

**Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin,**

– einerseits –

und

**der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d.ö.R.,  
Berlin,**

– andererseits –

schließen als Anlage 32 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) die nachstehende

**Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung  
der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen  
der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastuktur  
gemäß § 378 Absätze 1 und 2 SGB V  
vom 14. Dezember 2017 in der Fassung vom 26. August 2022\***

## Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	4
§ 1 Vereinbarungsgegenstand.....	4
§ 2 Erforderliche Komponenten zur Herstellung der Funktionsfähigkeit.....	6
§ 3 Betriebskosten.....	7
§ 4 Dienstleister.....	7
§ 5 Abrechnungsbedingungen.....	7
§ 6 Abrechnung der Pauschalen für die erforderliche Ausstattung.....	8
§ 6a Abrechnung der Pauschalen für die Teilnahme an Feldtests .....	11
§ 7 Abrechnung der Betriebskosten.....	11
§ 8 Abrechnungsprozess für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2018.....	12
§ 8a Abrechnungsprozess für die Förderung der Teilnahme an einem Feldtest nach Anlage 6 .....	13
§ 9 Abrechnungsprozess für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2019.....	13
§ 9a Abrechnungsprozess für eine zusätzliche Abschlagszahlung 2019 .....	15
§ 9b Abrechnungsprozess für eine zusätzliche Abschlagszahlung 2020 .....	16
§ 9c Abrechnungsprozess für die Abschlagszahlungen 2021 .....	16
§ 10 Inkrafttreten und Anpassung.....	17
§ 11 Kündigung .....	17
§ 12 Salvatorische Klausel .....	17
Anlage 1: Erforderliche Komponenten zur Herstellung der Funktionsfähigkeit.....	19
Anlage 2: Pauschalen für die Erstattung der Kosten.....	20
Anlage 3: - nicht besetzt - .....	22
Anlage 4: Stichprobenprüfungen .....	23
Anlage 5: Pauschalen für die Erstattung der Kosten für die Nutzung der Telematikinfrastruktur für die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan .....	25
Anlage 6: Förderung der Teilnahme an einem Feldtest und/oder einer wissenschaftlichen Evaluation .....	26
Anlage 7: - nicht besetzt - .....	27
Anlage 8: Regelungen über die Erstattung der Kosten zum Anschluss einer Vertragsarztpraxis an einen sicheren Dienst zur Übermittlung medizinischer Dokumente und Übermittlung von eArztbriefen .....	28
Anlage 9: Förderung der Teilnahme an Feldtests für die elektronische Patientenakte .....	30
Anlage 10: Pauschalen für die Erstattung der Kosten für die Nutzung der Telematikinfrastruktur in Verbindung mit den Fachanwendungen elektronische Patientenakte und elektronische Verordnung von apothekenpflichtigen Arzneimitteln.....	32
Anlage 11: Pauschalen für die Erstattung der Kosten für die Nutzung der Telematikinfrastruktur in Verbindung mit der Nutzung der weiterentwickelten Fachanwendung elektronische Patientenakte der Stufe 2.0 .....	34

Anlage 12: Pauschalen für die Erstattung der Kosten im Zusammenhang mit dem Austausch von Komponenten mit abgelaufenen Sicherheitszertifikaten.....35

## Präambel

Mit der Telematikinfrastruktur wird eine technisch sichere Basis geschaffen, mit der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen durch die Nutzung von Informations- und Telekommunikationstechnik weiterentwickelt werden können. Diese soll die Grundlage für ein modernes Gesundheitssystem bilden.

Diese Vereinbarung schafft die Finanzierungsgrundlage, um in der vertragsärztlichen Versorgung die Telematikinfrastruktur zu etablieren und damit die Nutzung der gesetzlich vorgesehenen Anwendungen zu ermöglichen.

Gemäß § 378 Absätze 1 und 2 SGB V i. V. m. § 376 Satz 1 SGB V ist eine Vereinbarung zum Ausgleich der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Ärzten und Psychotherapeuten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Kosten, die den Ärzten und Psychotherapeuten im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen, zu schließen.

Ferner werden die erforderlichen Ausstattungskosten sowie die Kosten im laufenden Betrieb für folgende Fachanwendungen durch diese Vereinbarung geregelt:

- Notfalldatenmanagement (§ 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V)
- elektronischer Medikationsplan (§ 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 SGB V)
- das sichere Verfahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente (KIM) gemäß § 311 Absatz 6 SGB V
- elektronische Patientenakte (§ 378 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)
- elektronische Verordnungen für apothekenpflichtige Arzneimittel (§ 378 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V).

Weiterhin umfasst diese Vereinbarung auch die Erstattung der Kosten und besonderen Aufwände, die den Ärzten durch die Teilnahme an Feldtests und wissenschaftlichen Evaluationen entstehen.

## § 1 Vereinbarungsgegenstand

(1) Diese Vereinbarung regelt die Erstattung der Kosten, die der Vertragsarztpraxis durch die Einführung und den Wirkbetrieb der Telematikinfrastruktur entstehen. Dies umfasst:

- das Versichertenstammdatenmanagement,
- den Basisdienst QES,
- den sicheren Internetzugang sowie
- die Fachanwendung Notfalldatenmanagement,
- die Fachanwendung elektronischer Medikationsplan,
- das sichere Verfahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente gemäß § 311 Absatz 6 SGB V,
- die Nutzung der elektronischen Patientenakte und
- die Nutzung elektronischer Verordnungen für apothekenpflichtige Arzneimittel.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass diese Kostenerstattung auch die Anschaffung der in § 2 genannten, durch die gematik zugelassenen Komponenten sowie die in § 3 aufgeführten Finanzierungstatbestände umfasst.

- (2) Als Vertragsarztpraxis im Sinne dieser Vereinbarung gelten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V soweit eine eigene Betriebsstättennummer nach der Richtlinie der KBV nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern vergeben wurde. Als Vertragsarztpraxis gelten auch die Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Absatz 1c Satz 1 SGB V sowie die Notfalldienstpraxen nach § 75 Absatz 1b SGB V.
- (3) Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die im Rahmen dieser Vereinbarung finanzierte Ausstattung für weitere Anwendungen genutzt wird. Sofern die Einführung weiterer Anwendungen der Telematikinfrastruktur einen Austausch, eine Anpassung oder eine Ergänzung bereits finanzierter Ausstattung erfordert, ist über die damit verbundenen Kosten und die Kostenübernahme gesondert zu verhandeln. Die Vertragspartner sind sich einig, dass davon unberührt für die in § 334 Absätze 1 und 2 SGB V und § 291b Absatz 1 SGB V benannten Anwendungen kein über diese Vereinbarung hinausgehender Anspruch auf Ausstattung und Finanzierung von stationären und mobilen Kartenterminals besteht.
- (4) Vertragsärzte, die gleichzeitig über eine vertragszahnärztliche Zulassung verfügen, rechnen nach den Regelungen der vertragszahnärztlichen Versorgung ab.
- (5) Die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Ärzte und Einrichtungen, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllen, rechnen ab dem 1. Januar 2019 nach den Regelungen der Vereinbarung „zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten im Rahmen der Einführung und des Betriebs der Telematikinfrastruktur gem. §291a Abs. 7a SGB V“ zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ab.

Dieses sind:

- Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1-3 SGB V
- psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
- geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V
- sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V
- medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V
- Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V
- Leistungsbereiche des ambulanten Operierens im Krankenhaus nach § 115 b SGB V
- Ermächtigungsambulanzen der persönlich ermächtigten Krankenhausärzte (§ 116 SGB V, § 4 Abs. 1 BMV-Ä, §§ 31, 31a Abs. 1 Ärzte-ZV)
- Notfallambulanzen gem. § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V, § 2 Abs. 2 Ziff. 4 BMV-Ä
- Einrichtungen zur Erbringung von ambulanten Leistungen bei Unterversorgung nach § 116a SGB V

Oben genannte Einrichtungen, die sich vor dem 1. Januar 2019 bereits mit den erforderlichen Komponenten gemäß § 2 Abs. 1 ausgestattet haben und Anspruch auf die Auszahlung der Erstausstattungspauschalen gemäß Anlage 2 dieser Vereinbarung erwirkt haben, erhalten die Betriebskostenpauschalen gemäß Anlage 2 bis zum 31. Dezember 2020.

(6) Die KBV teilt dem GKV-Spitzenverband einmalig bis zum 30. Juni 2019 die gem. § 1 Abs. 5 bis zum 31. März 2019 ausgestatteten Einrichtungen mit. Diese Mitteilung beinhaltet folgende Angaben:

- Organisationsform der Einrichtung
- Betriebsstättennummer
- Name der Institution nebst Anschrift
- Tag des ersten VSDM-Abgleichs
- Anzahl der Komponenten (Konnektoren, Kartenterminals, mobile Kartenterminals, SMC-B, HBA)

### **§ 2 Erforderliche Komponenten zur Herstellung der Funktionsfähigkeit**

(1) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 1 Absatz 1 für die Vertragsarztpraxis folgende Komponenten notwendig sind

- a. Online-Anbindung an die zentrale Telematikinfrastruktur mittels VPN-Zugangsdienst,
- b. Konnektor mit nachrüstbarer QES-Funktion sowie den nachrüstbaren Fachanwendungen Notfalldatenmanagement, elektronischer Medikationsplan und elektronische Patientenakte, inklusive zugehöriger gSMC-K Smartcard,
- c. Stationäre eHealth-Kartenterminals, inklusive zugehöriger gSMC-KT Smartcards und ggf. Switch-Funktionalität,
- d. SMC-B Smartcard (Praxisausweis),
- e. Mobiles Kartenterminal, inklusive zugehöriger SMC-B Smartcard,
- f. HBA Smartcard,

sofern Ansprüche gemäß § 6 i. V. m. den Anlagen 2, 5, 10, 11 und 12 dieser Vereinbarung bestehen.

(2) Sofern in Vertragsarztpraxen die Anforderungen der gematik an die spezifizierten Leistungsdaten der SMC-B nicht erfüllt werden, verhandeln die Vertragspartner ergänzend zu den in Absatz 1 genannten Komponenten eine Ersatzlösung (z. B. HSM-B oder eine andere technische Lösung).

(3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass zur Herstellung der Funktionsfähigkeit der Komponenten nach Absatz 1 Aufwendungen/Kosten

- a. für die Installation der Komponenten nach Absatz 1 sowie die Schulungen bzw. Einweisungen in der Vertragsarztpraxis,
- b. für die Ausfallzeiten der Vertragsarztpraxis aufgrund der Einrichtung der Komponenten und Schulungen bzw. Einweisungen nach Absatz 3 lit. a. und c.,
- c. für die Implementierung, insbesondere der Konnektor-Funktionen ggf. erweitert um die Funktionalitäten Notfalldatenmanagement, elektronischer Medikationsplan, elektronische Patientenakte und elektronische Verordnung von apothekenpflichtigen Arzneimitteln, in das Praxisverwaltungssystem und
- d. für die patientenbezogene Herstellung der Funktionsfähigkeit der Komponenten nach Absatz 1 und den Online-Abgleich der Versichertenstammdaten gemäß

§ 291b Absatz 2 SGB V und § 378 Absätze 1 und 2 SGB V, das Notfalldatenmanagement gemäß § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V, des elektronischen Medikationsplans gemäß § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 SGB V, der elektronischen Patientenakte gemäß § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V und die elektronischen Verordnungen von apothekenpflichtigen Arzneimitteln gemäß § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V entstehen.

- (4) Die Erstattung der Kosten nach den Absätzen 1 und 3 erfolgt gemäß § 6 i. V. m. der Anlage 2 ggf. zuzüglich der Anlagen 5, 10, 11 und 12.

### **§ 3 Betriebskosten**

- (1) Die Kosten, die der Vertragsarztpraxis im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur mit den Komponenten nach § 2 Absatz 1 in der Vertragsarztpraxis entstehen (Betriebskosten), umfassen:
- a. Zugang zur Telematikinfrastruktur mittels VPN-Zugangsdienst,
  - b. Betrieb des Konnektors, inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration sowie Erhalt der Funktionsfähigkeit der gSMC-K,
  - c. Betrieb der stationären eHealth-Kartenterminals, inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration sowie Erhalt der Funktionsfähigkeit der gSMC-KT Smartcards,
  - d. Betrieb der mobilen Kartenterminals, inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration,
  - e. sofern vorhanden, Erhalt der Funktionsfähigkeit des HSM-B oder der jeweiligen technischen Lösung,
  - f. Erhalt der Funktionsfähigkeit der SMC-B-Smartcards,
  - g. Erhalt der Funktionsfähigkeit der HBA-Smartcards,
  - h. Betrieb der Fachanwendungen gemäß § 2 Abs. 3 lit. c, inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration.
- (2) Die Erstattung der Kosten nach Absatz 1 erfolgt gemäß § 7 i. V. m. der Anlage 2 ggf. zuzüglich der Anlagen 5, 10 und 11 dieser Vereinbarung.

### **§ 4 Dienstleister**

- (1) Für die Anbindung der Vertragsarztpraxis an die Telematikinfrastruktur kann die Vertragsarztpraxis professionelle endnutzernahe Dienstleister beauftragen.
- (2) Alternativ hat jede Vertragsarztpraxis die Möglichkeit, statt der Beauftragung eines endnutzernahen Dienstleisters nach Absatz 1, die Komponenten und Dienstleistungen gemäß § 2 und § 3 dieser Vereinbarung selbst zu beschaffen. In diesem Fall ist die Vertragsarztpraxis für die Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Komponenten verantwortlich.

### **§ 5 Abrechnungsbedingungen**

- (1) Die Kostenerstattungen nach dieser Vereinbarung erfolgen aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen.

- (2) Anspruch auf die Erstattung der Kosten für die erforderliche Ausstattung gemäß § 2 und der für die Nutzung der Telematikinfrastruktur relevanten Betriebskosten gemäß § 3 hat jede Vertragsarztpraxis, solange sie an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und die gesetzlich vorgeschriebene Anwendung gemäß § 291b Absatz 1 SGB V i. V. m. der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte nutzt. Die Vertragsarztpraxis erhält entsprechend dem geltend gemachten Ausstattungsanspruch Pauschalen gemäß der Anlage 2 ggf. zuzüglich der Anlagen 5, 6, 9, 10, 11 und 12 dieser Vereinbarung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 295 Absatz 4 SGB V. Der Anspruch auf Zahlung der Pauschalen kann ausschließlich über die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung geltend gemacht werden. Die Abrechnung der Kosten ist in den §§ 6, 6a und 7 geregelt. Der Abrechnungsweg ist in den §§ 8, 8a und 9 geregelt.
- (2a) Jede Vertragsarztpraxis gemäß § 1 Absatz 2 dieser Vereinbarung hat abweichend von den Regelungen in Absatz 2 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Ausstattung und den laufenden Betrieb im Rahmen der Nutzung eines sicheren Verfahrens zur Übermittlung medizinischer Dokumente gemäß den Regelungen der Anlage 8. Vertragsärzte auf die die Regelungen gemäß § 1 Absatz 4 und Absatz 5 dieser Vereinbarung zutreffen, haben keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten nach Satz 1. Der Abrechnungsweg ist in § 9 geregelt.
- (3) Die Abwicklung der Finanzierung erfolgt bei KV-übergreifenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften über die jeweilige zuständige Kassenärztliche Vereinigung.
- (4) Sofern für die Umsätze aus dieser Vereinbarung eine Umsatzsteuerpflicht durch eine finanzgerichtliche Entscheidung festgestellt wird, erhöhen sich für die betroffenen Vertragsarztpraxen die Pauschalen gemäß der Anlage 2 und/oder Anlage 5 und/oder ggf. Anlage 6 und/oder Anlage 8 und/oder Anlage 9 und/oder Anlage 10 und/oder Anlage 11 und/oder Anlage 12 entsprechend, sofern die Umsatzsteuerpflicht nicht durch eine Vorsteuerabzugsberechtigung der betroffenen Vertragsarztpraxis ausgeglichen werden kann.

### **§ 6 Abrechnung der Pauschalen für die erforderliche Ausstattung**

- (1) Die Kosten der Ausstattung der Vertragsarztpraxis gemäß § 2 Absatz 1 lit. b., c. und e. werden durch Zahlung einer einmaligen Erstausstattungs pauschale gemäß den Anlagen 1 und 2 sowie bei Update des Konnektors auf die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan auch durch Zahlung der Pauschalen gemäß der Anlage 5 dieser Vereinbarung erstattet. Sofern ein Konnektor mit der Fachanwendung elektronische Patientenakte in der Praxis verfügbar ist, werden die damit verbundenen zusätzlichen Kosten durch die Zahlung der Pauschalen der Anlage 10 und Anlage 11 erstattet. Sofern die über diese Vereinbarung finanzierte Ausstattung der Vertragsarztpraxis aufgrund des Auslaufens der Sicherheitszertifikate ausgetauscht werden muss, sind die damit verbundenen Kosten nach Anlage 12 zu erstatten. Der Umfang der Ausstattung, für die ein Anspruch auf Erstattung der Kosten besteht, ist abhängig von der Anzahl der Vertragsärzte sowie der Anzahl der Betriebsstättenfälle gemäß § 21 Absatz 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt in der Vertragsarztpraxis entsprechend der Staffelung gemäß der Anlage 1 dieser Vereinbarung. Sofern durch Änderungen der Anzahl der Vertragsärzte in der Vertragsarztpraxis der Anspruch auf Erstattung zusätzlicher Komponenten entsteht, wird die Differenz



der bereits erstatteten Pauschalen zu den Pauschalen des zusätzlichen Erstattungsanspruchs entsprechend der Anlage 2 dieser Vereinbarung vergütet.

Als Betriebsstättenfall mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt zählen die Betriebsstättenfälle, in denen mindestens eine der Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01320, 01321, 03000, 03030, 04000, 04030, 05210 bis 05212, 06210 bis 06212, 07210 bis 07212, 08210 bis 08212, 09210 bis 09212, 10210 bis 10212, 11210 bis 11212, 12210, 13210 bis 13212, 13290 bis 13292, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13640 bis 13642, 13690 bis 13692, 14210 bis 14211, 15210 bis 15212, 16210 bis 16212, 17210, 18210 bis 18212, 19210, 20210 bis 20212, 21210 bis 21215, 22210 bis 22212, 23210 bis 23214, 24210 bis 24212, 25210, 25211, 25214, 26210 bis 26212, 27210 bis 27212, 30700 abgerechnet wurde.

- (1a) Zusätzlich relevant für die Fallzählung gemäß Absatz 1 ist die Anzahl der Betriebsstättenfälle im Quartal bei Vertragsärzten, die an einem Vertrag nach § 73b SGB V und/oder an einem Vertrag zur knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmen. Diese zusätzlichen Betriebsstättenfälle werden ausschließlich für teilnehmende Versicherte mit einer tatsächlichen Inanspruchnahme von Leistungen der in Satz 1 genannten Verträge im jeweiligen Quartal gezählt. Diese Betriebsstättenfälle sind nicht zu zählen, wenn für den Versicherten im jeweiligen Quartal kollektivvertragliche Leistungen gemäß § 73 SGB V von Ärzten gemäß § 73 Absatz 1a Nr. 1, 3, 4 und 5 SGB V in derselben Vertragsarztpraxis über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.
- (2) Ein Anspruch auf Erstattung eines/von mobilen Kartenterminals gemäß § 2 Absatz 1 lit. e. durch Zahlung einer einmaligen Pauschale je mobiles Kartenterminal entsteht:
- a. je ausgelagerter Praxisstätte, die bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung angezeigt ist und
  - b. je Vertragsarzt mit einem Tätigkeitsumfang von mindestens 0,5 gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid, der im Vorquartal und/oder im aktuellen Quartal nachweislich mindestens drei Besuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01418, 01721 und 05230 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes durchgeführt und abgerechnet hat oder den Abschluss eines Kooperationsvertrages gemäß § 119b Absatz 1 SGB V, welcher den Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) entspricht, nachweist oder
  - c. je Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut, der über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung verfügt und Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169, 35173 bis 35179 oder Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes durchführt und abrechnet oder
  - d. je Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut, der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01410 im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus (Zusatzkennzeichnung gemäß der ers-

ten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01410) oder der Gebührenordnungsposition 01413 im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus (Zusatzkennzeichnung gemäß der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01413) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes durchführt und abrechnet.

Als Besuch nach Punkt b zählt auch ein Besuch der im Rahmen eines in Absatz 1a Satz 1 genannten Vertrages durchgeführt wurde.

- (3) Die Kosten gemäß § 2 Absatz 1 lit. a. und Absatz 3 werden durch Zahlung einer einmaligen Pauschale je Vertragsarztpraxis gemäß der Anlage 2 sowie bei Update auf die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan auch durch Zahlung der Pauschalen gemäß der Anlage 5 dieser Vereinbarung erstattet. Sofern ein Konnektor mit der Fachanwendung elektronische Patientenakte in der Praxis verfügbar ist, werden die zusätzlichen Betriebskosten durch die Zahlung der Pauschalen der Anlagen 10 und 11 erstattet.
- (4) Der Anspruch auf Zahlung der Pauschalen nach den Absätzen 1 bis 3 entsteht in dem Quartal der erstmaligen Nutzung der Anwendung gemäß § 291b Absatz 1 SGB V i. V. m. der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte sowie bei Update auf die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und/oder elektronischer Medikationsplan bzw. bei dem Update auf einen Konnektor mit der Fachanwendung elektronische Patientenakte ab dem Zeitpunkt der Betriebsbereitschaft.
- (5) unbesetzt
- (6) Soweit die Komponenten gemäß § 2 in der Vertragsarztpraxis bereits verfügbar sind oder weiter genutzt werden können, entfällt der Anspruch gemäß den Absätzen 1 bis 4. Vertragsarztpraxen, die sich im Rahmen eines Feldtests mit Konnektoren mit den Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan ausgestattet haben, haben Anspruch auf die Finanzierung eines Updates gemäß der Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 sofern die Komponenten aus dem Feldtest zum Ende des Feldtests keine nebenbestimmungsfreie Wirkbetriebszulassung erhalten haben oder spätestens sechs Monate nach Ende des Feldtests keine solche erhalten.
- (7) Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung prüft die Anspruchsberechtigung der Vertragsarztpraxis gemäß dieser Vereinbarung.
- (8) Die Kosten, die im Zusammenhang mit der Ausstattung für das sichere Verfahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und der Versendung des eArztbriefes entstehen werden nach den Regelungen der Anlage 8 § 2 Absatz 2 erstattet. Absatz 7 gilt entsprechend.
- (9) Kann eine dezentrale Komponente der Telematikinfrastruktur – insbesondere der Konnektor oder ein stationäres Kartenterminal – nicht weiter genutzt werden, kann die Vertragsarztpraxis auf Antrag gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Kostenerstattung für den Ersatz der Komponente gemäß den Regelungen der Anlagen 2, 5, 10 und 11 für eine Ersatzbeschaffung erhalten. Für die Erstattung dieser Kosten leistet der GKV-Spitzenverband je Kalenderjahr eine Zahlung in Höhe von vier Millionen Euro. Über die Verteilung und Abrechnungsbedingungen dieser Mittel entscheidet die KBV.

## **§ 6a Abrechnung der Pauschalen für die Teilnahme an Feldtests**

- (1) Im Zusammenhang mit der Wirkbetriebszulassung der Konnektoren mit den Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan nach den Vorgaben der gematik, werden sogenannte Feldtests durchgeführt. Vertragspraxen, die an einem Feldtest teilnehmen, können die entsprechenden Pauschalen der Anlage 6 abrechnen. Mit der Teilnahme an einem Feldtest ist die Teilnahme an der feldtestbegleitenden wissenschaftlichen Evaluation verbunden.
- (2) Im Zusammenhang mit der Wirkbetriebszulassung der Konnektoren mit der Fachanwendung elektronische Patientenakte nach den Vorgaben der gematik, werden sogenannte Feldtests durchgeführt. Vertragspraxen, die an einem Feldtest teilnehmen, können die entsprechenden Pauschalen der Anlage 9 Absatz 3 abrechnen. Zusätzlich wird es sogenannte erweiterte Feldtests nach den Vorgaben der gematik geben. Vertragsarztpraxen, die an einem erweiterten Feldtest teilnehmen, können die Pauschalen der Anlage 9 Absatz 4 abrechnen. Vertragsarztpraxen sind nur zur Teilnahme an einem Feldtest oder an einem erweiterten Feldtest berechtigt. Die parallele Abrechnung der Pauschalen der Anlage 9 Absatz 3 und Anlage 9 Absatz 4 ist ausgeschlossen.

## **§ 7 Abrechnung der Betriebskosten**

- (1) Die Betriebskosten der Vertragsarztpraxis gemäß § 3 Absatz 1 lit. a. bis e. werden durch Zahlung einer Betriebskostenpauschale gemäß der Anlage 2 ggf. zuzüglich des Zuschlags der Anlagen 5, 10 und 11 dieser Vereinbarung quartalsweise erstattet.
- (2) Die Betriebskosten der Vertragsarztpraxis gemäß § 3 Absatz 1 lit. f. werden durch Zahlung einer Betriebskostenpauschale gemäß der Anlage 2 dieser Vereinbarung quartalsweise je SMC-B-Smartcard gemäß § 2 Absatz 1 lit. d. und e. erstattet.
- (3) Die Betriebskosten der Vertragsarztpraxis gemäß § 3 Absatz 1 lit. g. werden durch Zahlung einer Betriebskostenpauschale gemäß der Anlage 2 dieser Vereinbarung quartalsweise je HBA-Smartcard erstattet.
- (4) Ein Anspruch auf Zahlung der Betriebskostenpauschalen nach Absatz 1 bis 3 besteht ab dem Quartal der erstmaligen Nutzung der Anwendung gemäß § 291b Absatz 2 Satz 1 SGB V i. V. m. der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte. Der Anspruch endet im Quartal der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Vertragsarztpraxis.
- (5) Die Pauschalen nach den Absätzen 1 bis 3 reduzieren sich im ersten Quartal der Nutzung um ein Drittel für jeden vollen Monat, in dem die Anwendung gemäß § 291b Absatz 1 SGB V noch nicht genutzt wurde. Hiervon ausgenommen sind die Zuschläge zu der Betriebskostenpauschalen im Zusammenhang mit den Updates auf Fachanwendungen gemäß der Anlagen 5, 10 und 11.
- (6) Die Betriebskosten, die im Zusammenhang mit der Nutzung des sicheren Verfahrens zur Übermittlung medizinischer Dokumente gemäß § 311 Absatz 6 SGB V und der Versendung des eArztbriefes entstehen werden nach den Regelungen der Anlage 8 § 2 Absatz 1 erstattet.

## § 8 Abrechnungsprozess für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2018

(1) Die KBV errechnet auf Grundlage der von den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeldeten

- Anzahl der Vertragsarztpraxen in ihrem KV-Bezirk gemäß der Staffelung der Anlage 1 zum Stichtag 31. März 2017 und
- Anzahl der Vertragsärzte und der ausgelagerten Praxisstätten in ihrem KV-Bezirk mit Anspruch auf ein mobiles Kartenterminal gemäß § 6 Absatz 2 i. V. m. der Anlage 2 quartalsweise

den anzunehmenden Finanzierungsbedarf für die Erstausrüstung i. V. m. § 6 je Kassenärztliche Vereinigung für den Zeitraum vom 1. Juli 2017 bis zum 31. Dezember 2018 sowie die anzunehmenden Betriebskosten i. V. m. § 7 für den Zeitraum vom 1. Juli 2017 bis zum 31. Dezember 2018.

Die anzunehmenden Betriebskosten werden für das 3. Quartal 2017 bis zum 4. Quartal 2018 für das jeweils erste Quartal der Nutzung um den Faktor 0,5 i. S. d. § 7 Absatz 4 gekürzt.

Hierfür wird von einem Ausstattungsgrad von

- 15 Prozent für das 3. Quartal 2017
- 30 Prozent für das 4. Quartal 2017
- 30 Prozent für das 1. Quartal 2018
- 53 Prozent für das 2. Quartal 2018
- 76 Prozent für das 3. Quartal 2018 und
- 100 Prozent ab dem 4. Quartal 2018

ausgegangen.

(2) Die detaillierte Zusammenstellung der Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen des anzunehmenden Finanzierungsbedarfs sowie der anzunehmenden Betriebskosten werden dem GKV-Spitzenverband von der KBV mit der Rechnungsstellung nach Absatz 3 übermittelt.

(3) Der GKV-Spitzenverband leistet nach Rechnungsstellung durch die KBV bis zum 30. September 2017 Abschlagszahlungen in Höhe des anzunehmenden Finanzierungsbedarfes und der anzunehmenden Betriebskosten für das 3. und 4. Quartal 2017 nach Absatz 1.

Die Rechnungsstellung durch die KBV an den GKV-Spitzenverband für das 1. bis 4. Quartal 2018 erfolgt bis zum 28. Februar 2018. Der GKV-Spitzenverband leistet nach Rechnungsstellung Abschlagszahlungen in Höhe des anzunehmenden Finanzierungsbedarfes und der anzunehmenden Betriebskosten nach Absatz 1 für das

- 1. und 2. Quartal 2018 bis zum 15. Mai 2018,
- 3. Quartal 2018 bis zum 15. August 2018,
- 4. Quartal 2018 bis zum 15. Februar 2019.

(4) Die KBV leistet in Abhängigkeit der vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleisteten Zahlungen, spätestens 10 Werktage nach Zahlungseingang, Zahlungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend dem Anspruch gemäß Absatz 1.

- (5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen melden der KBV bis zum 31. Januar 2019 die Anzahl der im Zeitraum 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2018 quartalsweise tatsächlich an die Vertragsarztpraxen ausgezahlten Pauschalen gemäß der Anlagen 2, 5 und 6 sowie das insgesamt ausgezahlte Finanzvolumen.
- (6) Die KBV teilt dem GKV-Spitzenverband bis zum 28. Februar 2019 die Differenz der vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleisteten Abschlagszahlungen für das 3. Quartal 2017 bis 3. Quartal 2018 gemäß Absatz 3 und der gemäß Absatz 5 gemeldeten Beträge mit. Dies erfolgt mittels einer detaillierten Aufstellung je Kassenärztliche Vereinigung anhand der in den Anlagen 2, 5 und 6 dargestellten Pauschalen.
- Sofern die Summe aller Abschlagszahlungen des GKV-Spitzenverbandes die Gesamtforderungen aller Kassenärztlichen Vereinigungen überschreitet, erfolgt bis zum 30. April 2019 eine Zahlung in Höhe der Überschreitung durch die KBV an den GKV-Spitzenverband.
  - Sofern die Summe aller Abschlagszahlungen des GKV-Spitzenverbandes die Gesamtforderungen aller Kassenärztlichen Vereinigungen unterschreitet, erfolgt bis zum 30. April 2019 eine Zahlung in Höhe der Unterschreitung durch den GKV-Spitzenverband an die KBV.

Die Differenzbeträge werden zwischen der KBV und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ausgeglichen.

- (6a) Für die geleisteten Abschlagszahlungen des 4. Quartals 2018 gilt § 9 Absatz 6 bis 8 entsprechend.
- (7) Die zahlungsbegründenden Unterlagen sind stichprobenhaft zu prüfen. Die Details regelt die Anlage 4.

### **§ 8a Abrechnungsprozess für die Förderung der Teilnahme an einem Feldtest nach Anlage 6**

- (1) Spätestens zwei Wochen nachdem die gematik die Parteien über den Eingang eines Zulassungsantrages eines Konnektorherstellers informiert hat, stellt die KBV dem GKV-Spitzenverband für den Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung eine Rechnung auf Basis der sich aus der Anzahl der Teilnehmer des Feldtests und den Förderpauschalen der Anlage 6 ergebenden Beträge.
- (2) Der GKV-Spitzenverband zahlt diese Beträge nach Prüfung im Rahmen der quartalsweisen Abschlagszahlungen zu den in § 9 Absatz. 4 benannten Zeitpunkten an die KBV aus. Eine Auszahlung im jeweiligen Quartal setzt voraus, dass die Rechnung der KBV dem GKV-Spitzenverband spätestens zum Beginn des jeweiligen Quartals (erster Tag des ersten Monats im Quartal) zugegangen ist.
- (3) Die KBV leitet die nach Absatz 2 vom GKV-Spitzenverband überwiesenen Beträge spätestens 2 Wochen nach Zahlungseingang an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung weiter.
- (4) § 8 Absatz 6 und § 9 Absatz 7 gelten entsprechend.

### **§ 9 Abrechnungsprozess für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2019**

- (1) Der GKV-Spitzenverband leistet für das Kalenderjahr 2019 nach Rechnungsstellung quartalsweise Abschlagszahlungen in Höhe der anzunehmenden Betriebs-

kosten des 1. Quartals 2019 nach § 8 Absatz 1 zuzüglich 1,25 Prozent des Finanzierungsbedarfes (3. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018) für die Erstausrüstung nach § 8 Absatz 1 (ohne Berücksichtigung der Betriebskosten) zur Abdeckung/Finanzierung kostenrelevanter Praxisveränderungen sowie der Ausstattung von Neupraxen. Für die Finanzierung der Aufwendungen/Kosten für die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan erhöhen sich die Abschlagszahlungen nach Satz 1. Die Erhöhung der Abschlagszahlungen nach Satz 1 wird zu Beginn des ersten Feldtestes zwischen den Vertragspartnern festgelegt.

- (2) Die Höhe der quartalsweisen Abschlagszahlungen für die Kalenderjahre ab dem Jahr 2020 stimmen die Vertragspartner bis spätestens zum 31. Oktober des jeweiligen Vorjahres, erstmals zum 31. Oktober 2019, ab. Sofern unterjährig Anpassungen oder Erweiterungen an den Finanzierungsregelungen in dieser Vereinbarung vorgenommen werden, stimmen sich die Vertragspartner über eine ggf. notwendige Anpassung der Abschlagszahlungen nach Satz 1 ab.
- (3) Die Rechnungsstellung durch die KBV an den GKV-Spitzenverband erfolgt für die Abschlagszahlungen des abzurechnenden Kalenderjahres bis spätestens zum 30. November des jeweils vorherigen Kalenderjahres.
- (4) Die Abschlagszahlungen sind vom GKV-Spitzenverband
  - für das 1. Quartal bis zum 15. Februar des aktuellen Kalenderjahres,
  - für das 2. Quartal bis zum 15. Mai des aktuellen Kalenderjahres,
  - für das 3. Quartal bis zum 15. August des aktuellen Kalenderjahres und
  - für das 4. Quartal bis zum 15. November des aktuellen Kalenderjahres an die KBV zu leisten.
- (5) Die KBV leitet die vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleisteten Zahlungen
  - für das 1. Quartal bis zum 28. Februar des aktuellen Kalenderjahres,
  - für das 2. Quartal bis zum 31. Mai des aktuellen Kalenderjahres,
  - für das 3. Quartal bis zum 31. August des aktuellen Kalenderjahres und
  - für das 4. Quartal bis zum 30. November des aktuellen Kalenderjahres an die Kassenärztlichen Vereinigungen weiter.
- (6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen der KBV bis zum 31. Januar eines Kalenderjahres, erstmals zum 31. Januar 2020, die Anzahl und das damit verbundene ausgezahlte Finanzvolumen der im vorherigen Kalenderjahr tatsächlich an die Vertragsarztpraxen ausgezahlten
  - Pauschalen gemäß der Anlagen 2 und 5 mit dem jeweiligen Bezugsquartal (Quartal in dem der Anspruch entstanden ist),
  - Erstattungen kostenrelevanter Praxisveränderungen und
  - Erstattungen gemäß Anlage 6,
  - Erstattungen gemäß Anlage 8 § 2 Absätze 1 und 2,
  - Erstattungen gemäß Anlage 9 Absätze 3 und 4,
  - Erstattungen gemäß Anlage 10,
  - Erstattungen gemäß Anlage 11,
  - Erstattungen gemäß Anlage 12,

sowie das insgesamt ausgezahlte Finanzvolumen mit.

- Die KBV teilt dem GKV-Spitzenverband bis zum 20. Februar eines Kalenderjahres erstmals zum 20. Februar 2020 die Differenz der vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleisteten Abschlagszahlungen gemäß Absatz 1 bzw. ab dem 20. Februar 2021 gemäß Absatz 2 und der gemäß Absatz 6 gemeldeten insgesamt ausgezahlten Finanzvolumina mit. Die Meldung nach Satz 1 erfolgt gemäß den detaillierten Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Absatz 6. Bei der Ermittlung der Differenz nach Satz 1 für das Kalenderjahr 2019 sind zusätzlich die vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleisteten Abschlagszahlungen für das 4. Quartal 2018 sowie die Abschlagszahlung gemäß § 9a zu berücksichtigen.
- Sofern die Summe aller quartalsweisen Abschlagszahlungen die Gesamtforderungen aller Kassenärztlichen Vereinigungen überschreitet, erfolgt bis zum 30. April eines Kalenderjahres, erstmals zum 30. April 2020, eine Zahlung in Höhe der Überschreitung durch die KBV an den GKV-Spitzenverband.
- Sofern die Summe aller quartalsweisen Abschlagszahlungen die Gesamtforderungen aller Kassenärztlichen Vereinigungen unterschreitet, erfolgt bis zum 30. April eines Kalenderjahres, erstmals zum 30. April 2020, eine Zahlung in Höhe der Unterschreitung durch den GKV-Spitzenverband an die KBV.

Die Differenzbeträge werden zwischen der KBV und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ausgeglichen.

- (7) Die Regelung gemäß § 8 Absatz 7 gilt entsprechend.
- (8) Abweichend von den Regelungen in Absatz 1 bis 8 erfolgt die Rechnungslegung für die Pauschalen für die Versendung und den Empfang von eArztbriefen gemäß Anlage 8 § 2 Absatz 3 im Formblatt 3, Kontenart 400 - ärztliche Behandlung -, Ebene 6. Die Finanzierung dieser Pauschalen erfolgt auch außerhalb der Gesamtvergütung.
- (9) Bei der Rechnungsstellung gemäß Absatz 3 wird der Betrag in Höhe von vier Millionen Euro, der gemäß § 6 Absatz 9 für die Kostenerstattung des Ersatzes von nicht mehr nutzbaren dezentralen Komponenten geleistet wird, mitberücksichtigt. Der Zahlungszeitpunkt wird bei den Beratungen gemäß Absatz 2 abgestimmt. Die Regelungen des Absatzes 6 kommen dafür nicht zur Anwendung.

### **§ 9a Abrechnungsprozess für eine zusätzliche Abschlagszahlung 2019**

- (1) Der GKV-Spitzenverband leistet für das Kalenderjahr 2019 nach Rechnungsstellung eine zusätzliche Abschlagszahlung in Höhe der sich aus § 8 Absatz 6 ergebenden Differenz.
- (2) Die Rechnungsstellung durch die KBV an den GKV-Spitzenverband erfolgt bis spätestens zum 18. April 2019.
- (3) Die Abschlagszahlung ist vom GKV-Spitzenverband bis zum 30. April 2019 an die KBV zu leisten.

- (4) Die Abschlagszahlungen gemäß § 9 Absatz 1 i. V. m. § 9 Absatz 4 für das zweite, dritte und vierte Quartal 2019 entfallen.
- (5) Die KBV leitet die vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleistete Zahlung bis zum 10. Mai 2019 an die Kassenärztlichen Vereinigungen weiter.
- (6) Die Spitzabrechnung erfolgt nach § 9 Absatz 7.
- (7) § 8 Absatz 7 gilt entsprechend.

### **§ 9b Abrechnungsprozess für eine zusätzliche Abschlagszahlung 2020**

- (1) Der GKV-Spitzenverband leistet für das Kalenderjahr 2020 nach Rechnungsstellung eine zusätzliche Abschlagszahlung in Höhe der sich aus § 9 Absatz 7 ergebenden Differenz.
- (2) Die Rechnungsstellung durch die KBV an den GKV-Spitzenverband erfolgt bis spätestens zum 18. April 2020.
- (3) Die Abschlagszahlung ist vom GKV-Spitzenverband bis zum 30. April 2020 an die KBV zu leisten.
- (4) Die Abschlagszahlungen gemäß § 9 Absatz 1 i. V. m. § 9 Absatz 4 für das zweite, dritte und vierte Quartal 2020 entfallen.
- (5) Die KBV leitet die vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleistete Zahlung bis zum 10. Mai 2020 an die Kassenärztlichen Vereinigungen weiter.
- (6) Die Spitzabrechnung erfolgt nach § 9 Absatz 7.
- (7) § 8 Absatz 7 gilt entsprechend.

### **§ 9c Abrechnungsprozess für die Abschlagszahlungen 2021**

- (1) Der GKV-Spitzenverband leistet für das Kalenderjahr 2021 nach Rechnungsstellung eine zusätzliche Abschlagszahlung in Höhe der sich aus § 9 Absatz 7 ergebenden Differenz.
- (2) Die Rechnungsstellung für die zusätzliche Abschlagszahlung nach Absatz 1 durch die KBV an den GKV-Spitzenverband erfolgt bis spätestens zum 25. April 2021.
- (3) Die zusätzliche Abschlagszahlung nach Absatz 1 ist vom GKV-Spitzenverband bis zum 30. April 2021 an die KBV zu leisten.
- (4) Die KBV leitet die vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleistete Zahlung für die zusätzliche Abschlagszahlung nach Absatz 1 bis zum 10. Mai 2021 an die Kassenärztlichen Vereinigungen weiter.
- (5) Abweichend von § 9 Absatz 4
  - entfallen die Abschlagszahlungen für das erste und zweite Quartal 2021,
  - leistet der GKV-Spitzenverband bis zum 1. Juli 2021 eine Abschlagszahlung für das dritte Quartal 2021 in Höhe von 91.430.481,95 Euro,
  - leistet der GKV-Spitzenverband bis zum 1. Oktober 2021 eine Abschlagszahlung für das vierte Quartal 2021 in Höhe von 91.430.481,95 Euro.
- (6) Abweichend von § 9 Absatz 5 leitet die KBV die vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleisteten Abschlagszahlungen nach Absatz 5



- für das dritte Quartal 2021 bis zum 15. Juli 2021 und
- für das vierte Quartal 2021 bis zum 15. Oktober 2021
- an die Kassenärztlichen Vereinigungen weiter.

(7) Die Spitzabrechnung erfolgt nach § 9 Absatz 7.

(8) § 8 Absatz 7 gilt entsprechend.

### **§ 10 Inkrafttreten und Anpassung**

(1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Januar 2018 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2024. Die Vertragspartner sind sich einig, dass spätestens im April 2024 erneute Verhandlungen aufgenommen werden, um die Betriebsbereitschaft der technischen Komponenten zum Anschluss der Vertragsarztpraxen an die Telematikinfrastruktur sicherzustellen.

(2) Wenn sich neue Erkenntnisse über die Entwicklung der Marktpreise oder andere signifikante Veränderungen ergeben, nehmen die Vertragspartner umgehend Verhandlungen zur Anpassung dieser Vereinbarung auf.

(3) Sofern sich die Notwendigkeit ergibt, die unter § 2 Absatz 1 genannten Komponenten oder die in § 3 genannten Betriebskosten aufgrund von Änderungen der Anforderungen der Telematikinfrastruktur, insbesondere aufgrund von Änderungen des Datenschutzes oder der Datensicherheit, auszutauschen, zu ändern oder zu ergänzen, sind zur Finanzierung der daraus entstehenden Kosten umgehend Verhandlungen der Vertragspartner aufzunehmen.

### **§ 11 Kündigung**

(1) Dieser Vertrag kann von der KBV und dem GKV-Spitzenverband insgesamt oder in Teilen gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt sechs Monate zum Schluss eines Kalenderjahres. Die Kündigung hat durch eingeschriebenen Brief zu erfolgen. Im Fall der Kündigung gelten die Inhalte der gekündigten Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.

(2) Der die Kündigung aussprechende Vertragspartner hat das Bundesschiedsamt über die Kündigung unverzüglich durch eingeschriebenen Brief zu unterrichten.

### **§ 12 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung soll eine Bestimmung gelten, die dem in zulässiger Weise am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

### **Protokollnotiz**

1. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die mobilen Szenarien insbesondere für die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan, welche momentan durch die gematik spezifiziert werden, aktuell kein Bestandteil dieser Vereinbarung sind. Sobald die hierfür notwendigen Komponenten

spezifiziert sind, nehmen die Vertragspartner Verhandlungen über die Finanzierung der daraus entstehenden Kosten auf.

2. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die sich aus § 8 Absatz 6, 1. Spiegelstrich, ergebene Differenz mit der in § 9a geregelten zusätzlichen Abschlagszahlung 2019 sowie der in § 8a geregelten Beträge für mögliche Feldtests mit Beginn im Kalenderjahr 2019 aufgerechnet wird. Die in § 8a geregelte Rechnungsstellung entfällt hierdurch für das Kalenderjahr 2019. Durch die Aufrechnung erfolgen keine tatsächlichen Zahlungsflüsse zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband sowie der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen.
3. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass Einrichtungen gemäß § 1 Abs. 5, die ein Vertragsverhältnis zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur vor dem 1. Januar 2019 abgeschlossen haben, aber erst im Jahr 2019 ausgestattet wurden, die Aufwände für Erstausrüstung und Betriebskosten von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bis 31.12.2020 ausgezahlt bekommen.
4. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die sich aus § 9 Absatz 7, 1. Spiegelstrich, ergebene Differenz mit der in § 9b geregelten zusätzlichen Abschlagszahlung 2020 mit Beginn im Kalenderjahr 2020 aufgerechnet wird. Durch die Aufrechnung erfolgen keine tatsächlichen Zahlungsflüsse zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband sowie der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen.
5. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Kosten zum Betrieb und zur Nutzung des eRezept-Servers der Telematikinfrastruktur von der gematik getragen werden und Ärzte finanziell nicht belastet werden. Sollte dieses nicht zutreffen, und dem Arzt Kosten für die Anbindung an den eRezept-Server und/oder im laufenden Betrieb für die Nutzung entstehen, nehmen die Vertragspartner umgehend Verhandlungen zur Abbildung dieser Kosten auf.
6. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die sich aus § 9 Absatz 7, 1. Spiegelstrich, ergebene Differenz mit der in § 9c geregelten zusätzlichen Abschlagszahlung 2021 mit Beginn im Kalenderjahr 2021 aufgerechnet wird. Durch die Aufrechnung erfolgen keine tatsächlichen Zahlungsflüsse zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband sowie der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen.
7. Zum Zeitpunkt des Abschlusses der 16. Änderung der Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den Ärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und Betriebes der Telematikinfrastruktur gemäß § 378 Absätze 1 und 2 SGB V befinden sich die Vertragspartner in einem Schiedsverfahren zur Anpassung von einzelnen Regelungen und Pauschalen in den Anlagen 1, 2, 5, 8 und 10 dieser Vereinbarung. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Unterzeichnung dieser Änderung ausschließlich der Verlängerung der Laufzeit über den 31. März 2022 hinaus dient und keinen Rückschluss auf die jeweiligen Positionen im Schiedsverfahren AZ 1 Ä 34-21 zulässt.

## Anlage 1: Erforderliche Komponenten zur Herstellung der Funktionsfähigkeit

- (1) Die in § 2 Absatz 1 lit. b. bis d. definierte Ausstattung der Vertragsarztpraxis, für die ein Anspruch auf Erstattung gemäß § 6 i. V. m. der Anlage 2 dieser Vereinbarung besteht, ist in Abhängigkeit von der Anzahl Ärzte in der Vertragsarztpraxis wie in der Tabelle des Absatz 2 gestaffelt.
- (2) Für die Ermittlung der Anzahl der Ärzte in der Vertragsarztpraxis ist deren Tätigkeitsumfang gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid (kumuliertes Vollzeitäquivalent) maßgeblich. Maßgeblich ist die Größe der Vertragsarztpraxis am letzten Tag des jeweiligen Quartals.

Komponenten	Anzahl der Ärzte in der Vertragsarztpraxis (kumuliertes Vollzeitäquivalent)		
	<= 3 Ärzte	> 3 bis <= 6 Ärzte	> 6 Ärzte
<b>Konnektor inklusive gSMC-K</b>	1	1	1
<b>Stationäres Kartenterminal, inklusive gSMC-KT</b>	1	2	3
<b>SMC-B (Konnektor)</b>	1	1	1

- (3) Ab dem Quartal, in dem ein Konnektor mit den Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan in der Vertragsarztpraxis betriebsbereit ist, besteht für jede Vertragsarztpraxis, in Abhängigkeit der Anzahl der Betriebsstättenfälle gemäß Absatz 4, Anspruch auf weitere stationäre Kartenterminals, die über den Anspruch aus den Absätzen 1 und 2 hinausgehen.
- (4) Für die Ermittlung der stationären Kartenterminals nach Absatz 3 ist die jeweilige durchschnittliche Anzahl der Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt gemäß § 6 Absätze 1 und 1a der Quartale 3 und 4 des Jahres 2016 und der Quartale 1 und 2 des Jahres 2017 maßgeblich. Für Vertragsarztpraxen, die nach dem 31. März 2015 zugelassen wurden, gilt mindestens der Fachgruppendurchschnitt der vorgenannten Quartale.

Anzahl der Betriebsstättenfälle	Anzahl der Kartenterminals (zusätzlich zu den Absätzen 1 und 2)
In Vertragsarztpraxen je angefangene 625 Betriebsstättenfälle	1

**Anlage 2: Pauschalen für die Erstattung der Kosten**

- (1) Diese Anlage ist anzuwenden, wenn eine Vertragsarztpraxis an die Telematikinfrastruktur angebunden ist. Sofern eine Anspruchsberechtigung für die Erstattung der Kosten gemäß den Inhalten dieser Vereinbarung besteht, werden der Vertragsarztpraxis von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Pauschalen gemäß Absatz 2 und 3 erstattet.
- (2) Die Höhe der Pauschale für die Erstausrüstung ist abhängig vom Quartal der erstmaligen Nutzung der Anwendung gemäß § 291b Absatz 1 SGB V i. V. m. der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte und von der Anzahl der Ärzte in der Vertragsarztpraxis. Für die Ermittlung der Anzahl der Ärzte in der Vertragsarztpraxis ist deren Tätigkeitsumfang gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid (kumuliertes Vollzeitäquivalent) maßgeblich. Maßgeblich ist die Größe der Vertragsarztpraxis am letzten Tag des jeweiligen Quartals. Die Anspruchsvoraussetzungen sind insbesondere in § 6 Absatz 1 geregelt.

Die Pauschale für die Erstausrüstung basiert auf einem Konnektorpreis in Höhe von 2.620,00 Euro brutto im 3. Quartal 2017. In den Folgequartalen bis einschließlich dem 4. Quartal 2018 wird ausgehend vom Startpreis nach Satz 5 ein um jeweils 10% reduzierter Konnektorpreis bei der Berechnung der Pauschalen berücksichtigt.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale in Abhängigkeit von			
	Quartal der erstmaligen Nutzung	Anzahl Ärzte in der Vertragsarztpraxis (kumuliertes Vollzeitäquivalent)		
		<= 3	> 3 bis <= 6	> 6
Pauschale für die Erstausrüstung gemäß § 2 Absatz 1 lit. b) bis c) i. V. m. § 6 Absatz 1, einmalig	im 3. Quartal 2017	3.055,00 €	3.490,00 €	3.925,00 €
	im 4. Quartal 2017	2.793,00 €	3.228,00 €	3.663,00 €
	im 1. Quartal 2018	2.557,20 €	2.992,20 €	3.427,20 €
	im 2. Quartal 2018	2.344,98 €	2.779,98 €	3.214,98 €
	im 3. Quartal 2018	2.154,00 €	2.589,00 €	3.024,00 €
	ab 4. Quartal 2018	1.982,00 €	2.417,00 €	2.852,00 €
	ab 1. Quartal 2020	1.549,00 €	2.084,00 €	2.619,00 €
	ab 1. Quartal 2022	1.661,50 <sup>1</sup> €	2.309,00 €	2.956,50 €

- (3) Die Höhe der nachfolgenden Pauschalen ist unabhängig von der Anzahl der Ärzte in der Vertragsarztpraxis. Die Anspruchsvoraussetzungen sind insbesondere in § 6 Absatz 2 bis 4 und § 7 Absatz 2 bis 4 geregelt.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale	
Pauschale für die Betriebskosten gemäß § 3 Absatz 1 lit. a. bis e. i. V. m. § 7 Absatz 1, quartalsweise,	bis einschließlich 2. Quartal 2018	298,00 €
	ab 3. Quartal 2018	248,00 €

<sup>1</sup> Enthält 1.014,00 € für den Konnektor gemäß § 2 Abs. 1 lit b dieser Vereinbarung.

## TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä)

Pauschale für die Erstausrüstung mit einem mobilen Kartenterminal gemäß § 2 Absatz 1 lit. e. i. V. m. § 6 Absatz 2, einmalig je mobiles Kartenterminal	350,00 €
Pauschale für die Aufwendungen/Kosten gemäß § 2 Absatz 1 lit. a. und Absatz 3 („TI-Startpauschale“) i. V. m. § 6 Absatz 3, einmalig je Vertragsarztpraxis	900,00 €
Pauschale für die Betriebskosten einer SMC-B Smartcard gemäß § 3 Absatz 1 lit. f. i. V. m. § 7 Absatz 2, quartalsweise je SMC-B-Smartcard	23,25 €
Pauschale für die Betriebskosten einer HBA-Smartcard gemäß § 3 Absatz 1 lit. g. i. V. m. § 7 Absatz 3, quartalsweise je HBA-Smartcard	11,63 €

- (4) Vertragsarztpraxen haben Anspruch auf einen einmalig abrechenbaren „Kartenterminal-Zuschlag“ zur Finanzierung eines Aufsatzes für ein stationäres Kartenterminal des Herstellers Ingenico (Worldline Healthcare GmbH) zur Vermeidung von technischen Störungen. Anspruchsberechtigt sind Vertragsarztpraxen, die sich vor dem 1. Oktober 2022 an die Telematikinfrastruktur angeschlossen haben und Anspruch auf die Auszahlung einer Erstausrüstungspauschale gemäß § 2 Absatz 1 lit. b bis d i. V. m. § 6 Absatz 1 haben.

Bezeichnung der Pauschale	Anzahl der Ärzte in der Vertragsarztpraxis (kumuliertes Vollzeitäquivalent)		
	<= 3	> 3 bis <= 6	> 6
Kartenterminal-Zuschlag	35,46 €	66,28 €	97,10 €

Maßgeblich ist die Größe der Vertragsarztpraxis zum Auszahlungszeitpunkt der Erstausrüstungspauschale gemäß § 2 Absatz 1 lit b bis d i. V. m. § 6 Absatz 1.

**Anlage 3: - nicht besetzt -**

## Anlage 4: Stichprobenprüfungen

- (1) Die Parteien sind sich darüber einig, dass zahlungsbegründende Unterlagen stichprobenhaft geprüft werden. Hierzu übermittelt die KBV dem GKV-Spitzenverband für die zurückliegende Abrechnungsperiode (Kalenderjahr) eine Aufstellung der ausgestatteten Vertragsarztpraxen gemäß § 1 dieser Vereinbarung in pseudonymisierter Form bis zum 28. Februar des Folgejahres jeweils auf der Grundlage der von den Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten Daten. Die Aufstellung hat zwischen folgenden Fallkonstellationen zu unterscheiden:
- a. in dieser Abrechnungsperiode liegende vollständige Neuausstattung von Vertragsarztpraxen mit über drei Vertragsärzten (kumulierten Vollzeitäquivalent) gemäß Anlage 1 Absatz 2, aufgeteilt nach Vertragsarztpraxen mit drei bis sechs Vertragsärzten und Vertragsarztpraxen mit über sechs Vertragsärzten,
  - b. in dieser Abrechnungsperiode liegende Teilausstattungen (z. B. durch Schaffung der Voraussetzungen für das Notfalldatenmanagement oder den elektronischen Medikationsplan) von Vertragsarztpraxen mit über drei Vertragsärzten (kumuliertes Vollzeitäquivalent) gemäß Anlage 1 Absatz 2, aufgeteilt nach Vertragsarztpraxen mit drei bis sechs Vertragsärzten und Vertragsarztpraxen mit über sechs Vertragsärzten sowie
  - c. in dieser Abrechnungsperiode liegende Vertragsarztpraxen mit Ärzten, die Anspruch auf ein mobiles Kartenterminal haben und die mit mindestens einem mobilen Kartenterminal ausgestattet wurden.
- (2) Der GKV-Spitzenverband wählt bis jeweils zum 31. März eines Jahres – erstmalig zum 31. März 2019 - pro Kassenärztliche Vereinigung aus jeder Fallkonstellation nach Absatz 1 jeweils einen Fall aus. Die Auswahl der Fälle beschränkt sich in einer Kassenärztlichen Vereinigung auf die anspruchsberechtigten Vertragsarztpraxen, die einer in Absatz 1 benannten Fallkonstellation zuzuordnen sind. Die KBV übermittelt die Auswahl an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung.
- (3) Zu den gemäß Abs. 2 vom GKV-Spitzenverband ausgewählten Prüffällen hat die KBV bis zum 31. Mai des auf die Abrechnungsperiode folgenden Jahres die von den Kassenärztlichen Vereinigungen für die in Absatz 1 benannten Fallkonstellationen zur Verfügung gestellten Unterlagen an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln:

zu Absatz 1 lit. a)

- pseudonymisierte Arzt-/Betriebsstättennummer,
- formlose Bestätigung der Kassenärztlichen Vereinigung über den Monat der erstmaligen Nutzung der Telematikinfrastruktur,
- formlose Bestätigung der Kassenärztlichen Vereinigung über die in der Praxis gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid tätigen Vertragsärzte mit Angabe des Tätigkeitsumfanges zum Zeitpunkt der Ausstattung.

zu Absatz 1 lit. b)

- pseudonymisierte Arzt-/Betriebsstättennummer,
- formlose Bestätigung der Kassenärztlichen Vereinigung über den Monat der erstmaligen Nutzung der Telematikinfrastruktur,

- formlose Bestätigung der Kassenärztlichen Vereinigung über die in der Praxis gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid tätigen Vertragsärzte mit Angabe des Tätigkeitsumfanges zum Zeitpunkt der Ausstattung,
- formlose Bestätigung der Kassenärztlichen Vereinigung über die durchschnittliche Anzahl der Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt gemäß Anlage 1 Absatz 4 in Clustern:
  - o <= 310 Betriebsstättenfälle
  - o <= 625 Betriebsstättenfälle
  - o <= 935 Betriebsstättenfälle
  - o <= 1250 Betriebsstättenfälle
  - o usw.

zu Absatz 1 lit. c)

- pseudonymisierte Arzt-/Betriebsstättennummer,
  - formlose Bestätigung der Kassenärztlichen Vereinigung über den Monat der erstmaligen Nutzung der Telematikinfrastruktur,
  - formlose Bestätigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung über mindestens 3 Besuchsfälle je Vertragsarzt mit einem Tätigkeitsumfang von mindestens 0,5 gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid im Vorquartal und/oder im aktuellen Quartal oder formlose Bestätigung über den Abschluss eines Kooperationsvertrages gemäß § 119b Absatz 1 SGB V, welcher den Anforderungen der Rahmenvereinbarung nach § 119b Absatz 2 SGB V entspricht.
- (4) Sofern im Rahmen der Prüfungen Unstimmigkeiten mit der Folge zu hoher Erstattungen festgestellt werden, ist der GKV-Spitzenverband berechtigt, die Prüfungen auf maximal 50 Vertragsarztpraxen der von der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung zu der betroffenen Fallgruppe nach Absatz 1 übermittelten Fälle auszuweiten. Sollten bei dieser Prüfung weitere Unstimmigkeiten mit der Folge zu hoher Erstattungen festgestellt werden, verständigen sich die Vertragspartner über das weitere Vorgehen.
- (5) Gegebenenfalls festgestellte Überzahlungen sind von der KBV an den GKV-Spitzenverband zurückzuzahlen. Der GKV-Spitzenverband ist zur Aufrechnung berechtigt. Gegebenenfalls zu gering ausgezahlte Pauschalen können von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung über die KBV vom GKV-Spitzenverband nachgefordert werden.



## Anlage 5: Pauschalen für die Erstattung der Kosten für die Nutzung der Telematikinfrastruktur für die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan

- (1) Diese Anlage ist anzuwenden, wenn ein Konnektor vorgehalten und bei Bedarf genutzt wird, der zusätzlich zu den Funktionalitäten des ersten Wirkbetriebs der Telematikinfrastruktur (Versichertenstammdatenmanagement, sicherer Internetzugang und nachrüstbarerem Basisdienst QES) über die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und/oder elektronischer Medikationsplan verfügt. Sofern eine Anspruchsberechtigung für die Erstattung der Kosten gemäß den Inhalten dieser Vereinbarung besteht, werden der Vertragsarztpraxis von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Pauschalen gemäß den Absätzen 2 und 3 erstattet.
- (2) Ergänzend zu den Pauschalen der Anlage 2 dieser Vereinbarung können die folgenden Pauschalen in dem Quartal geltend gemacht werden, in dem ein Konnektor mit den Fachanwendungen Notfalldatenmanagement oder elektronischer Medikationsplan in der Praxis verfügbar ist und die Anwendung gemäß § 291b Absatz 1 SGB V i. V. m. der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte genutzt wird.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
NFDM/eMP-Update-Pauschale gemäß § 2 Abs. 1 lit. b) i.V.m. § 2 Abs. 3 lit. a) und b), einmalig je Vertragsarztpraxis	530,00 €
NFDM/eMP Integrations-Pauschale gemäß § 2 Abs. 3 lit. c) und d)	400,00 €
Zuschlag I zur Pauschale für die Betriebskosten gemäß Anlage 2 Absatz 3, quartalsweise je Vertragsarztpraxis Bestehend aus folgenden Teilpauschalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betriebskosten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a) bis e): 4,50 €</li> <li>• Betriebskosten gemäß § 3 Abs. 1 lit. h) für NFDM: 5,25 €</li> <li>• Betriebskosten gemäß § 3 Abs. 1 lit. h) für eMP: 7,50 €</li> </ul>	17,25 €

- (3) Der Anspruch auf weitere stationäre Kartenterminals für die Nutzung der Fachanwendungen bestimmt sich nach der Anzahl der Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt gemäß Anlage 1 Absatz 4.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
Pauschale je stationäres Kartenterminal	677,50 €

## Anlage 6: Förderung der Teilnahme an einem Feldtest und/oder einer wissenschaftlichen Evaluation

- (1) Im Zusammenhang mit der Wirkbetriebszulassung der Konnektoren mit den Modulen für die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan nach den Vorgaben der gematik werden Feldtests durchgeführt. Ab Beginn des Feldtests rechnen die teilnehmenden Vertragsarztpraxen die Pauschalen der Anlage 2 zuzüglich der Anlage 5 ab. Die Teilnahme an einem Feldtest ist unter Angabe der entsprechenden Betriebsstättennummer(n) sowie einer Abschrift des zu Grunde liegenden Vertrages mit dem Konnektorhersteller der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen. Die Anzahl der Vertragsarztpraxen, die an dem Feldtest teilnehmen, ist begrenzt auf die durch die gematik festgelegte Höchstgrenze an Teilnehmern des entsprechenden Feldtests.
- (2) Für den besonderen Aufwand, der durch die Teilnahme an einem Feldtest entsteht, erhalten die teilnehmenden Vertragsarztpraxen bezogen auf die teilnehmende(n) Betriebsstätte(n) eine zusätzliche Förderung. Der besondere Aufwand besteht aus:
- a. Kosten für die Durchführung des Feldtestes inkl. der Beibringung aller dafür benötigten zusätzlichen Komponenten (insbesondere Konnektorupdate, einschließlich Installation und Anpassung des Praxisverwaltungssystems),
  - b. Schulung und Einweisung in die neuen Komponenten und Fachanwendungen sowie den Feldtestablauf,
  - c. Teilnahme an den vorgesehenen Befragungen und Übermittlung von Informationen entsprechend der Auflagen für die Wirkbetriebszulassung bzw. den Feldtest durch die gematik und
  - d. Teilnahme an der wissenschaftlichen Evaluation im Rahmen der Feldtests.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
<b>Hersteller-Förderpauschale Feldtest für die Fachanwendungen</b> Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan für die Aufwände des Herstellers des Konnektors (lit. a. und b.), einmalig je Vertragsarztpraxis	10.000 €
<b>Arzt-Förderpauschale Feldtest für die Fachanwendungen</b> Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan für die Aufwände in der Vertragsarztpraxis (lit. c. und d.), einmalig je Vertragsarztpraxis	4.500 €

Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt nach Vorliegen der Bestätigungen über die Teilnahme an dem Feldtest und der wissenschaftlichen Evaluation.

**Anlage 7: - nicht besetzt -**

## **Anlage 8: Regelungen über die Erstattung der Kosten zum Anschluss einer Vertragsarztpraxis an einen sicheren Dienst zur Übermittlung medizinischer Dokumente und Übermittlung von eArztbriefen**

### **Präambel**

Diese Anlage trifft Regelungen zur Erstattung der Kosten, die für die Ausstattung sowie für den laufenden Betrieb im Rahmen der Nutzung eines sicheren Verfahrens zur Übermittlung medizinischer Dokumente gemäß § 311 Absatz 6 SGB V (KIM) in Verbindung mit der Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der KBV-Richtlinie elektronischer Brief (eArztbrief) in der jeweils aktuellen Fassung (§ 383 SGB V) entstehen.

Die Vertragspartner stimmen überein, dass die in dieser Anlage geregelten technische Ausstattung für die gerichtete Kommunikation, insbesondere für die Versendung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, in der vertragsärztlichen und sektorenübergreifenden Versorgung genutzt wird, sofern keine technischen oder organisatorischen Gründe dagegenstehen.

### **§ 1 Gegenstand**

Zur Übermittlung medizinischer Dokumente gemäß § 311 Absatz 6 SGB V (KIM) inklusive der Übermittlung elektronische Briefe (eArztbrief) sind die folgenden genannten Komponenten in der Vertragsarztpraxis notwendig:

- eHealth-Konnektor mit den Fachanwendungen Notfalldatenmanagement, elektronischer Medikationsplan und der qualifizierten elektronischen Signatur (QES),
- Dienst für die sichere Übermittlung medizinischer Dokumente (KIM), inkl. Aufwände für die Inbetriebnahme sowie den Betrieb inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration,
- Implementierung der notwendigen Funktionalitäten in das Praxisverwaltungssystem sowie den Betrieb inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration.

### **§ 2 Kostenerstattung**

(1) Jede Vertragsarztpraxis gemäß den Regelungen in § 5 Absatz 2a hat Anspruch auf 23,40 Euro pro Quartal.

<b>Bezeichnung der Pauschale</b>	<b>Höhe der Pauschale</b>
KIM-Betriebskostenpauschale je Vertragsarztpraxis, quartalsweise	23,40 €

(2) Sofern die Vertragsarztpraxis die notwendigen Komponenten für die Funktionsfähigkeit des sicheren Dienstes gemäß § 1 Absatz 1 installiert hat, besteht der Anspruch auf eine Einrichtungspauschale. Die Funktionsfähigkeit nach Satz 1 ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

<b>Bezeichnung der Pauschale</b>	<b>Höhe der Pauschale</b>
KIM/eArztbrief-Einrichtungspauschale, einmalig je Vertragsarztpraxis	200 €

- (3) Für die Übermittlung von eArztbriefen zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sind die Regelungen der Richtlinie elektronischer Brief der KBV in der jeweils gültigen Fassung zu berücksichtigen. Für das Versenden und Empfangen eines solchen eArztbriefes erhalten Ärzte folgende Vergütungen, sofern dadurch jeweils der Versand durch Post-, Boten- oder Kurierdienste sowie per Fax entfällt und daher hierfür nicht zusätzlich Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes abgerechnet werden:

<b>Pauschale</b>	<b>Bezeichnung der Pauschale</b>	<b>Höhe der Pauschale</b>
86900	eArztbrief-Versandpauschale, je versendeten eArztbrief	0,28 €
86901	eArztbrief-Empfangspauschale, je empfangenen eArztbrief	0,27 €

Der gemeinsame Höchstwert für die Pauschalen 86900 und 86901 beträgt je Arzt 23,40 Euro im Quartal. Die Abrechnung erfolgt gemäß § 9 Absatz 9.

### **Protokollnotizen**

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband überprüfen jährlich erstmals zum 30. Juni 2021, den Ausschöpfungsgrad der gemeinsamen Höchstwerte der Pauschalen 86900 und 86901 anhand der vorliegenden Abrechnungsdaten.
2. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Kosten in Höhe von 1.500 Euro für die Vertragsarztpraxen, die an dem Feldtest zur Testung des sicheren Verfahrens zur Übermittlung medizinischer Dokumente gemäß § 311 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit der Übermittlung elektronische Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 383 SGB V teilnehmen über die gematik ausgezahlt werden. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Feldtests zur Testung des sicheren Verfahrens zur Übermittlung medizinischer Dokumente spätestens im Jahr 2020 begonnen werden sollten und, dass die Teilnahme an einem solchen Feldtest für jede Vertragsarztpraxis nur einmal möglich sein sollte. Die Vertragspartner wirken darauf hin, dass in der gematik die entsprechenden Beschlüsse dazu gefasst werden.

## Anlage 9: Förderung der Teilnahme an Feldtests für die elektronische Patientenakte

- (1) Im Zusammenhang mit der Wirkbetriebzulassung der Konnektoren mit dem Modul für die Fachanwendung elektronische Patientenakte nach den Vorgaben der gematik wird ein Feldtest für jeden Konnektorhersteller durchgeführt. Ab Beginn des Feldtests können die teilnehmenden Vertragsarztpraxen die Pauschalen der Anlage 2 zuzüglich der Anlage 5 sowie der Anlage 10 Absatz 3 für die notwendigen Komponenten zur Nutzung der elektronischen Patientenakte abrechnen. Die Teilnahme an einem Feldtest und/oder einem erweiterten Feldtest ist durch die Vertragsarztpraxis unter Angabe der entsprechenden Betriebsstättennummer(n) sowie einer Abschrift des jeweils zu Grunde liegenden Vertrages mit dem Konnektorhersteller gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen. Die Anzahl der Vertragsarztpraxen, die an dem Feldtest teilnehmen, ist begrenzt auf die durch die gematik festgelegte Höchstgrenze an Teilnehmern des entsprechenden Feldtests. Vertragsarztpraxen sind nur zur Teilnahme an einem Feldtest oder an einem, erweiterten Feldtest berechtigt.
- (2) Für den besonderen Aufwand, der durch die Teilnahme an einem Feldtest entsteht, erhalten die teilnehmenden Vertragsarztpraxen bezogen auf die teilnehmende(n) Betriebsstätte(n) eine zusätzliche Förderung. Der besondere Aufwand besteht aus:
- a. Kosten für die Durchführung des Feldtestes inkl. der Beibringung aller dafür benötigten zusätzlichen Komponenten (insbesondere Konnektorupdate, einschließlich Installation und Anpassung des Praxisverwaltungssystems),
  - b. Schulung und Einweisung in die neuen Komponenten und die Fachanwendung sowie den Feldtestablauf,
  - c. Teilnahme an den vorgesehenen Befragungen und Übermittlung von Informationen entsprechend der Auflagen für die Wirkbetriebzulassung bzw. den Feldtest durch die gematik.
- (3) Für die Teilnahme am Feldtest sind folgende Pauschalen abrechenbar:

<b>Bezeichnung der Pauschale</b>	<b>Höhe der Pauschale</b>
<b>Hersteller-Förderpauschale Feldtest für die Fachanwendung</b> elektronische Patientenakte für die Aufwände des Herstellers des Konnektors (lit. a. und b.), einmalig je Vertragsarztpraxis	7.000,- €
<b>Arzt-Förderpauschale Feldtest für die Fachanwendung</b> elektronische Patientenakte für die Aufwände in der Vertragsarztpraxis (lit. c.), einmalig je Vertragsarztpraxis	2.700,- €

Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt nach Vorliegen der Bestätigungen über die Teilnahme an dem Feldtest.

(4) Für die Teilnahme am erweiterten Feldtest sind folgende Pauschalen abrechenbar:

<b>Bezeichnung der Pauschale</b>	<b>Höhe der Pauschale</b>
<b>Hersteller-Förderpauschale erweiterter Feldtest für die Fachanwendung</b> elektronische Patientenakte für die Aufwände des Herstellers des Konnektors (lit. a. und b.) im erweiterten Feldtest, einmalig je Vertragsarztpraxis	3.500,- €
<b>Arzt-Förderpauschale erweiterter Feldtest für die Fachanwendung</b> elektronische Patientenakte für die Aufwände in der Vertragsarztpraxis (lit. c.) im erweiterten Feldtest, einmalig je Vertragsarztpraxis	2.700.- €

Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt nach Vorliegen der Bestätigungen über die Teilnahme an dem erweiterten Feldtest.“

## Anlage 10: Pauschalen für die Erstattung der Kosten für die Nutzung der Telematikinfrastruktur in Verbindung mit den Fachanwendungen elektronische Patientenakte und elektronische Verordnung von apothekenpflichtigen Arzneimitteln

- (1) Diese Anlage ist anzuwenden, wenn mindestens ein Konnektor, der über die Funktionalitäten der Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan verfügt, in der Praxis zur Verfügung steht. Zusätzlich dazu wird entweder die Möglichkeit der elektronischen Verordnung von Arzneimitteln in der Praxis und/oder ein Konnektor mit der Fachanwendung elektronische Patientenakte in der Praxis vorgehalten. Sofern eine Anspruchsberechtigung für die Erstattung der Kosten gemäß den Inhalten dieser Vereinbarung besteht, werden der Vertragsarztpraxis von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Pauschalen gemäß den Absätzen 2 und 3 erstattet.
- (2) Ergänzend zu den Pauschalen der Anlagen 2 und 5 dieser Vereinbarung können die folgenden Pauschalen berechnet werden, wenn die Praxis über einen Online-Zugang zum eRezept-Server der Telematikinfrastruktur verfügt und das notwendige technische Modul in die Praxis-IT integriert wurde. Dies ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
eRezept-Integrationspauschale gemäß § 2 Abs. 3 lit. d), einmalig je Vertragsarztpraxis	120,00 €
Zuschlag II zur Pauschale für die Betriebskosten gemäß Anlage 2 Absatz 3, quartalsweise je Vertragsarztpraxis	1,00 €

- (3) Ergänzend zu den Pauschalen der Anlage 2 und 5 dieser Vereinbarung können die folgenden Pauschalen in dem Quartal geltend gemacht werden, in dem ein Konnektor mit der Fachanwendung elektronische Patientenakte (Konnektor der Produkttypversion 4 der gematik) in der Praxis verfügbar ist und die Anwendung gemäß § 291b Absatz 1 SGB V i. V. m. der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte genutzt wird. Dies ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
ePA-Pauschale gemäß § 2 Abs. 1 lit. b) i.V.m. § 2 Abs. 3 lit. a) und b), einmalig je Vertragsarztpraxis	400,00 €
ePA-Integrationspauschale gemäß § 2 Abs. 3 lit. c) und d), einmalig je Vertragsarztpraxis	350,00 €
Zuschlag III zur Pauschale für die Betriebskosten gemäß Anlage 2 Absatz 3, quartalsweise je Vertragsarztpraxis Bestehend aus folgenden Teilpauschalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betriebskosten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a) bis e): 4,50 €</li> <li>• Betriebskosten gemäß § 3 Abs. 1 lit. h) für ePA: 23,25 €</li> </ul>	27,75 €



(4) Für die Umsetzung der Komfortsignatur hat jede Vertragsarztpraxis Anspruch auf eine Pauschale für ein zusätzliches stationäres Kartenterminal. Sofern mehr als zwei Ärzte in der Praxis tätig sind, erhöht sich dieser Anspruch um je ein weiteres stationäres Kartenterminal je zwei weiterer Ärzte.

<b>Bezeichnung der Pauschale</b>	<b>Höhe der Pauschale</b>
Pauschale je stationäres Kartenterminal	677,50 €

## Anlage 11: Pauschalen für die Erstattung der Kosten für die Nutzung der Telematikinfrastruktur in Verbindung mit der Nutzung der weiterentwickelten Fachanwendung elektronische Patientenakte der Stufe 2.0

Ergänzend zu den Pauschalen der Anlagen 2, 5, 10 und 12 dieser Vereinbarung können die folgenden Pauschalen geltend gemacht werden, wenn ein Konnektor, der über die weiterentwickelte Fachanwendung elektronische Patientenakte der Stufe 2.0 (Konnektor der Produkttypversion 5 der gematik) verfügbar ist und die Anwendung gemäß § 291b Absatz 1 SGB V i. V. m. der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte genutzt wird.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
ePA-2-Pauschale, einmalig je Vertragsarztpraxis	250,00 €
ePA-2-Integrationspauschale, einmalig je Vertragsarztpraxis	200,00 €
Zuschlag IV zur Pauschale für die Betriebskosten gemäß Anlage 2 Absatz 3, quartalsweise je Vertragsarztpraxis Bestehend aus folgenden Teilpauschalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betriebskostenpauschale gemäß § 3 Abs. 1 lit. a) bis e): 2,00 €</li> <li>• Betriebskostenpauschale gemäß § 3 Abs. 1 lit. h): 3,50 €</li> </ul>	5,50 €

Diese Pauschalen können frühestens ab dem 1. Februar 2022 erstattet werden, sofern ein Update auf die Fachanwendung elektronische Patientenakte der Stufe 2.0 erfolgt ist.

## Anlage 12: Pauschalen für die Erstattung der Kosten im Zusammenhang mit dem Austausch von Komponenten mit abgelaufenen Sicherheitszertifikaten

- (1) Die Vertragsarztpraxis hat nach dieser Anlage 12 Anspruch auf Erstattung der Kosten für den Austausch eines Konnektors, dessen Sicherheitszertifikate innerhalb der nächsten sechs Monate ablaufen. Die in dieser Anlage enthaltenen Pauschalen umfassen nicht den Austausch defekter Komponenten gemäß § 6 Abs. 9 dieser Vereinbarung. Die Pauschalen können für einen ab dem 1. Februar 2022 erfolgten Austausch geltend gemacht werden.
- (2) Die Vertragsarztpraxis hat Anspruch auf Erstattung der Kosten für den Austausch einer Sicherheitsmodulkarte eines in der Praxis genutzten und über diese Vereinbarung finanzierten stationären Kartenterminals, sofern dieses innerhalb der nächsten sechs Monate abläuft.
- (3) Die Pauschale für den Konnektortausch umfasst auch den Austausch der Sicherheitsmodulkarte eines stationären Kartenterminals, die Installation der SMC-B Smartcard (Praxisausweis) sowie die Entsorgung der nicht mehr nutzbaren Hardware. Sofern die Sicherheitsmodulkarten weiterer über diese Vereinbarung finanzierter stationärer Kartenterminals innerhalb der nächsten sechs Monate ablaufen, kann die Pauschale „gSMC-KT-Tausch-Pauschale I“ geltend gemacht werden.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
Konnektortausch-Pauschale, einmalig je Vertragsarztpraxis	2.300,00 €
gSMC-KT-Tausch-Pauschale I, einmalig je stationäres Kartenterminal (umfasst neue gSMC-KT inkl. Dienstleistung)	100,00 €

- (4) Sofern zeitlich unabhängig vom Austausch des Konnektors die Sicherheitsmodulkarte eines über diese Vereinbarung finanzierten stationären Kartenterminals in der Vertragsarztpraxis gemäß Absatz 2 innerhalb der nächsten sechs Monate abläuft, kann die Pauschale „gSMC-KT-Tausch-Pauschale II“ von der Vertragsarztpraxis geltend gemacht werden.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
gSMC-KT-Tausch-Pauschale II, einmalig je stationäres Kartenterminal (umfasst neue gSMC-KT inkl. Versand und Dienstleistung)	100,00 €

### Protokollnotizen

1. Die Vereinbarungspartner gehen davon aus, dass entsprechend den Vorgaben der gematik die im Zuge des Austausches installierten Konnektoren und Sicherheitsmodulkarten zum Zeitpunkt der Installation eine Restlaufzeit von mindestens vier Jahren ausweisen.
2. Die Vereinbarungspartner gehen mit Blick auf die lediglich einmalige Erstattungsfähigkeit der in der Anlage 11 enthaltenen ePA-2-Pauschale für die Vertragsarztpraxis davon aus, dass die im Zuge des Konnektortausches installierten Konnektoren über dieselbe Produkttypversion verfügen wie die ausgetauschten Konnektoren.