

—
Vereinbarung

zwischen

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

—
und der

Deutschen Krankenhausgesellschaft

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

zum 01.01.2022

Präambel

Diese Vereinbarung regelt die Finanzierung

1. der Ausstattung und des Zusatzaufwands der an der Erprobung der Telematikinfrastruktur (Feldtests) teilnehmenden Krankenhäuser (§ 1) sowie
2. der Investitions- und Betriebskosten der am späteren Produktivbetrieb der Telematikinfrastruktur teilnehmenden Krankenhäuser (§§ 2-11)

im Rahmen der Erprobung, Einführung und des Betriebs der elektronischen Gesundheitskarte gem. § 376 Abs. 1 SGB V („Online-Rollout der Telematikinfrastruktur“). Regelungsgegenstand dieser Vereinbarung sind ferner die erforderlichen Ausstattungskosten sowie die Kosten im laufenden Betrieb (§ 376 Abs. 2 SGB V) für die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement (§ 334 Abs. 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V) und elektronischer Medikationsplan (§ 334 Abs. 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V) sowie die elektronische Patientenakte nach § 341 SGB V (§ 334 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1), die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (§ 39 Abs. 1a SGB V), Kommunikation im Medizinwesen (KIM) als sicheres Übermittlungsverfahren gemäß § 311 Abs. 6 SGB V, elektronische Erklärungen zur Organ- und Gewebespende (§ 334 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2), Hinweise auf Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen (§ 334 Abs. 1 Satz 1 Nummer 3) und für elektronische Verordnungen (§ 334 Abs. 1 Satz 1 Nummer 6).

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich einig, dass der Inhalt dieser Vereinbarung anzupassen ist, sofern eine gesetzliche Verpflichtung zur personenindividuellen Arztsignatur (QES) der Datensätze der medizinischen Anwendungen mittels Heilberufsausweis entfällt.

Diese Vereinbarung knüpft an die zwischen der DKG und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) am 27.06.2008 und 30.10.2008 zum „Basis-Rollout“ der Telematikinfrastruktur (= offline-Auslesen der elektronischen Gesundheitskarte) geschlossenen Vereinbarungen an und entwickelt diese für die nächste Ausbaustufe der Telematikinfrastruktur weiter. Die Vereinbarung wird fortgeschrieben, sobald weitere Anwendungen der Telematikinfrastruktur oder der elektronischen Gesundheitskarte erprobt werden oder in einen bundesweiten Produktivbetrieb gehen.

§ 1

Feldtests für die Zulassung und Evaluation (Erprobungs- bzw. Feldtestkrankenhäuser)

(1) Die an den Feldtests teilnehmenden Krankenhäuser erhalten für die Organisation und Durchführung der Erprobung des „Online-Produktivbetriebs“ (OPB) der elektronischen Gesundheitskarte zweckgebunden die erforderlichen Finanzmittel von der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu gehören die Mittel für

1. Entwicklung, Test und Zulassung einer für Krankenhäuser geeigneten Konnektionslösung sowie die weitere für die Feldtests notwendige Ausstattung einschließlich 50% der Kosten für die elektronischen Heilberufsausweise gemäß § 9 Abs. 3 und die Anpassungskosten gemäß Abs. 2,

2. den durch die Feldtests bedingten personellen und betrieblichen Zusatzaufwand,
3. die notwendigen Maßnahmen zur Auswertung der Feldtests und Beteiligung an der testbegleitenden wissenschaftlichen Evaluation.

(2) Soweit die in den Feldtests eingesetzten Software- und Hardwareprodukte zu entwickeln, anzupassen, zu testen oder zuzulassen sind, gehen die Feldtestkrankenhäuser nach Maßgabe des von der gematik gewählten Marktmodells geeignete Kooperationen (Konsortialbildung, Beauftragung, arbeitsteiliges Zusammenwirken, etc.) mit hierzu befähigten Industrieunternehmen ein. Hierfür erhalten sie jeweils

1. für eine nach Durchführung des Feldtests von der gematik für den Wirkbetrieb zugelassene Konnektorlösung nach Maßgabe der Anlage 1. Wenn die eingesetzte Konnektorlösung ein Verbund von Rechenzentrums-konnektoren mit einer einheitlichen Administrationsoberfläche (Konnektorenverbundlösung) ist, erhält das Test-krankenhäuser eine Pauschale i. H. v. 1.350.000,00 EUR¹. Sofern der Hersteller einer zugelassenen Konnektorlösung diese in weiteren Krankenhäusern erprobt, erfolgt die Erstattung der Pauschale anteilig,
2. zur Durchführung des Feldtests von der gematik für den Wirkbetrieb zugelassene
 - a) Einboxkonnektoren oder
 - b) Rechenzentrums-konnektoren
 unter Beachtung von § 4 Abs. 3,
3. eHealth-Kartenterminals nach den §§ 5 Abs. 1 und 6 Abs. 1,
4. für eine nach Durchführung des Feldtests von der gematik für den Wirkbetrieb zugelassene Anwendung eine Pauschale i. H. v.
 - a) 400.000,00 EUR für die Anwendungen NFDM und eMP / AMTS
 - b) 100.000,00 EUR für die Anwendung KIM.
 - c) 200.000,00 EUR für die Anwendung ePA

(3) Die Feldtests sind nach den Testkonzepten und Verfahrensbeschreibungen der gematik in der jeweils aktuellen Fassung durchzuführen. Ihre erfolgreiche Durchführung ist Bedingung für eine von der gematik zu erteilende Wirkbetriebszulassung für Produkte und Dienste der Telematikinfrastruktur. Das Feldtestkrankenhäuser schuldet die Durchführung und Auswertung der Tests sowie die Teilnahme an der wissenschaftlichen Evaluation; nicht aber den Erfolg einer Zulassung der Konnektorlösung. Eine Finanzierung der Konnektorenverbundlösung nach Abs. 2 Nr. 1 erfolgt nur, wenn im Innenverhältnis zwischen dem Feldtestkrankenhäuser und dem kooperierenden Industriepartner das Zulassungsrisiko für die Konnektorenverbundlösung ausschließlich dem kooperierenden Industriepartner auferlegt ist.

¹ alle in dieser Vereinbarung genannten Beträge sind Bruttobeträge. Sollten Krankenhäuser in einzelnen Positionen die Mehrwertsteuer erstattet bekommen, reduzieren sich die genannten Pauschalen um diesen Betrag.

(4) Als Vergütung für die Organisation und Durchführung der Feldtests (Projektierung) erhalten die Feldtestkrankenhäuser für ihren testbedingten Zusatzaufwand jeweils eine Pauschale i. H. v.

1. 120.000,00 EUR für die Anwendung NFDM und eMP/AMTS
2. 50.000,00 EUR für die Anwendung KIM bei Erprobung von zwei Anwendungsfällen (z.B. Einweisung mit Überleitungsbericht, Aufnahme mit Überleitungsbericht, Untersuchungsanforderung externes Labor/Pathologie, Befundbericht externes Labor/Pathologie oder Entlassbrief).
3. 50.000,00 EUR für die Anwendung ePA

(5) Die in den Absätzen 1-4 genannten Pauschalen gelten nur für Feldtestkrankenhäuser und die Feldtests; die testbedingten Mehraufwände gehen nicht in die Berechnung des krankenhausesindividuellen Finanzierungsvolumens zur Ermittlung des Telematikzuschlags nach § 11 für den Produktivbetrieb ein. Die Komponenten nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 sowie § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3, die für den Feldtest und den Produktivbetrieb genutzt werden können, werden über den Telematikzuschlag refinanziert. Der Abrechnungsweg ist in Anlage 3 geregelt.

(6) Sollte das Evaluationskonzept der gematik für eine produktivbetriebsbegleitende wissenschaftliche Evaluation auch eine Teilnahme von Produktivbetriebskrankenhäusern vorsehen, werden die Vereinbarungspartner hierfür eine gesonderte Regelung über die gematik vorsehen.

(7) Die Finanzierung steht unter der Bedingung, dass die Feldtestkrankenhäuser nach den Vorgaben der gematik monatlich den Testfortschritt berichten, alle im Rahmen der Evaluation benötigten Daten an die mit der Evaluation beauftragte Stelle melden und auf Nachfrage des GKV-Spitzenverbandes oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft Auskünfte über den zweckgebundenen Einsatz der bereitgestellten Finanzmittel erteilen.

(8) Die teilnehmenden Krankenhäuser informieren die gematik über ihre Feldtestteilnahme. Die gematik meldet dem GKV-Spitzenverband nach Abschluss der Feldtests die Feldtestkrankenhäuser. Die gematik informiert zur gleichen Zeit die Krankenhäuser, die am Feldtest teilgenommen haben, über den erfolgreichen Abschluss des Feldtests und die Möglichkeit, eine Rechnung an den GKV-SV zu richten.

(9) Sollte ein Feldtestkrankenhaus während der Testmaßnahmen die Erprobung beenden, so weist dieses dem GKV-Spitzenverband seine testbedingten Mehraufwände in Form von rechnungsbegründenden Unterlagen zur Refinanzierung nach. Der GKV-Spitzenverband behält sich bei begründeten Zweifeln eine Reduktion bzw. die Nichterstattung der testbedingten Mehraufwände vor. Feldtestkrankenhäuser, die die Teilnahme vor Beginn der Testmaßnahmen beenden, haben keinen Anspruch auf eine Erstattung.

§ 2

Produktivbetrieb der Telematikinfrastuktur (Produktivbetriebskrankenhäuser)

Regelungsgegenstand dieser Vereinbarung ist der bundesweite Produktivbetrieb der elektronischen Gesundheitskarte. Dieser umfasst folgende Anwendungen und Funktionalitäten:

1. Online-Versichertenstammdatenmanagement (online-VSDM),
2. Basisdienst QES einschließlich Komfort-Signatur,
3. Notfalldatenmanagement (NFDM),
4. elektronischer Medikationsplan/Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (eMP/AMTS) und
5. Kommunikation im Medizinwesen (KIM) auch als sicheres Übermittlungsverfahren für elektronische Arztbriefe
6. elektronische Patientenakte (ePA)
7. elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)
8. elektronische Erklärungen zur Organ- und Gewebespende
9. Hinweise auf Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen
10. elektronische Verordnungen

nach Maßgabe der auf der Website der gematik veröffentlichten Releasedokumente in der jeweils gültigen Fassung.

§ 3

Betroffene Leistungsbereiche des Krankenhauses

(1) Die Finanzierung der bei einem Krankenhaus durch die Einführung der Telematikinfrastuktur verursachten Investitions- und Betriebskosten bezieht sich auf Organisations- bzw. Leistungsbereiche des Krankenhauses, in denen stationäre und stationsäquivalente Krankenhausbehandlung i. S. d. § 39 SGB V einschließlich belegärztlicher Behandlung nach § 121 SGB V erbracht wird.

(2) Zusätzlich einbezogen sind folgende ambulante Organisations- und Leistungsbereiche, insoweit sich diese an einem Krankenhaus befinden oder diesem organisatorisch zugeordnet sind:

1. ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b Abs. 2 und Abs. 8 SGB V,
2. Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1-3 SGB V,

3. psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V,
4. geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V,
5. sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V,
6. medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V,
7. Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V,
8. Notfallambulanzen und die medizinische Erbringung von Notfallleistungen nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V, § 2 Abs. 2 Ziff. 4 BMV-Ä,
9. ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V,
10. die Ermächtigungsambulanzen der persönlich ermächtigten Krankenhausärzte nach § 116 SGB V, § 4 Abs. 1 BMV-Ä, § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV,
11. Erbringung von ambulanten Leistungen bei Unterversorgung nach § 116a SGB V.

(2a) Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 SGB V sowie Notfallambulanzen nach § 75 Abs. 1b SGB V erhalten ihre Finanzierung dauerhaft von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nach den hierzu getroffenen Regelungen.

(2b) Falls für Einrichtungen nach § 3 Abs. 2 schon eine Finanzierung über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung in Anspruch genommen wurde, werden diese ab 01.01.2021 in die Betriebskostenpauschale des jeweiligen Krankenhauses übernommen und erhalten die Betriebspauschalen nur bis zu diesem Zeitpunkt von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Ein Ausgleich der Ausstattungspauschalen wird nicht vorgenommen.

(2c) Die in § 291b Absatz 5 Satz. 3 SGB V geregelte Frist findet auf alle in den Absätzen 2 und 2a sowie § 3a genannten, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen Anwendung.

§ 3a

Einrichtungen ohne organisatorische Anbindung an ein Krankenhaus

(1) Einrichtungen gemäß § 3 Abs. 2 lit 1. bis 11, die nicht an ein Krankenhaus angebunden sind und mit den Krankenkassen direkt abrechnen, haben zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur Anspruch auf eine Grundausstattung, bestehend aus einem Einboxkonnektor, einer SMC-B und einem Kartenterminal nebst Betriebskosten. Ein über die Grundausstattung hinausgehender Mehrbedarf ist gegen Nachweis unter den zuständigen Vertragsparteien auf Landesebene zu verhandeln.

(2) Die erforderliche Institutionskarte (SMC-B) erhält die Einrichtung über die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemäß den hierzu getroffenen Regelungen.

(3) Die Refinanzierung der in den Absätzen 1 und 2 genannten Komponenten wird durch die zuständigen Vertragsparteien auf Landesebene vereinbart.

§ 4 Konnektor und Institutionskarten (SMC-B)

(1) Das Krankenhaus hat Anspruch auf eine mandantenfähige Konnektorlösung zur performanten Anbindung der in § 3 genannten Organisations- bzw. Leistungsbereiche an die Telematikinfrastuktur. Hierfür kommen nach gegenwärtigem Kenntnisstand als Lösungen entweder

1. Konnektorenverbundlösungen auf Basis von Rechenzentrumskonnektor mit einheitlicher Administrationsoberfläche oder
2. Inboxkonnektoren

in Betracht. Die Anzahl der dem Krankenhaus zustehenden Inboxkonnektoren oder Rechenzentrumskonnektoren (Konnektorenverbundlösung) ergibt sich aus dem aufzurundenden Ergebnis der Division der anzubindenden Kartenterminals durch die maximale Anzahl der jeweils pro Inboxkonnektor oder Rechenzentrumskonnektor unterstützten Kartenterminals. Verfügt das Krankenhaus über mehrere Standorte, bezieht sich der Anspruch auf jeden einzelnen Standort. Maßgeblich hierfür ist der durch das bundesweite Verzeichnis der Krankenhausstandorte gem. § 2a Abs. 1 S. 1 KHG i. V. m. § 293 Abs. 6 SGB V von der Verzeichnisstelle dokumentierte und im Internet veröffentlichte Standort eines Krankenhauses, sobald die Verzeichnisstelle ihren Betrieb aufgenommen hat.

(2) Bestandteil jeder Konnektorlösung nach Abs. 1 ist die Ausstattung aller dem Krankenhaus zustehenden Konnektoren mit einer Institutionskarte (SMC-B), die unter anderem die berechnete Institution gegenüber dem VPN-Zugangsdienst gemäß dem Konzept „Architektur der TI-Plattform“ in der jeweils gültigen Fassung ausweist.

(3) Über die konkrete Ausgestaltung der Konnektorlösung (Inboxkonnektoren oder Rechenzentrumskonnektoren) sowie die Festlegung der über die Mandantenverwaltung im Konnektor abzubildenden Leistungs- und Organisationsbereiche (Mandanten) gem. § 3 Abs. 2 entscheidet das Krankenhaus unter Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit. Das Krankenhaus erhält für die jeweiligen Mandanten die erforderliche Anzahl von Institutionskarten (SMC-B) gem. Abs. 2.

(4) Zur Gewährleistung einer hinreichenden Ausfallsicherheit und Redundanz erhält das Krankenhaus eine zusätzliche SMC-B und für jeden Standort einen Ersatzkonnektor.

(5) Zur Beschaffung der geeigneten Konnektorlösung nebst Institutionskarten (SMC-B oder entsprechender Zertifikate) erhält das Krankenhaus entsprechende Konnektoren refinanziert. Die beiden Pauschalen gemäß Nr. 1 und Nr. 2 wurden orientiert am günstigsten Marktpreis festgelegt und gelten, unabhängig von der weiteren Marktentwicklung, bis neue Pauschalen mit einer Fortschreibung dieser Vereinbarung Gültigkeit erlangen. Ab dem 4. Quartal 2020 gilt:

1. eine Pauschale i. H. v. 1.394,00 EUR pro Inboxkonnektor bzw.
2. eine Pauschale i. H. v. 2.788,00 EUR pro Rechenzentrumskonnektor (siehe Anlage 1) und, falls zwei oder mehr Rechenzentrumskonnektoren betrieben werden (ohne Zählung der Konnektoren nach Abs. 4), eine Pauschale i. H. v. 2.000,00 EUR für eine Software, die eine integrierte Administrationsoberfläche bietet.
3. Eine ePA-Update-Pauschale in Höhe von 400,00 EUR je kalkuliertem Inboxkonnektor

4. Eine einmalige eRezept-Integrationspauschale in Höhe von 120,00 EUR je kalkuliertem Einboxkonnektor

Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, sobald von der gematik Konnektor-Upgrades zugelassen und am Markt verfügbar werden, innerhalb einer Frist von zwei Wochen die Erstattungspauschalen dieser Vereinbarung, unter Berücksichtigung der aktuellen Marktsituation, ab dem Folgequartal neu zu bemessen. Dabei gilt für den Rechenzentrums-konnektor in Relation zum Einboxkonnektor der doppelte Preis.

(6) Diese Vereinbarung erfasst noch nicht eine Ausstattung der Krankenhäuser/Konnektoren mit Hardware-Sicherheitsmodulen Typ B (HSM-B). Sobald ein HSM-B oder eine andere technische Lösung spezifiziert, erprobt, von der gematik zugelassen und am Markt verfügbar ist, wird über eine Pauschale für dessen Beschaffung und Betrieb verhandelt.

(7) Wird ein Konnektor beschafft, der noch nicht die in § 2 genannten Anwendungen unterstützt, z.B. ein sogenannter PTV3-Konnektor, so stehen dem Krankenhaus Update-Pauschalen bis zur Erreichung des beschriebenen Funktionsumfangs zu.

§ 5

Stationäre eHealth-Kartenterminals für das Versichertenstammdatenmanagement

(1) Zur Durchführung des sog. Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) im Rahmen des ORS1 Phase 1 hat das Krankenhaus für je angefangene 25 Planbetten² einen Anspruch auf Ausstattung mit einem eHealth-Kartenterminal.

(2) Zusätzlich erhalten die ambulanten Leistungsbereiche für die Ermächtigungsambulanzen (§ 3 Abs. 2 Nr. 10) 1 eHealth-Kartenterminal und für die Notfallambulanzen nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V, § 2 Abs. 2 Ziff. 4 BMV-Ä (§ 3 Abs. 2 Nr. 11) 3 eHealth Kartenterminals.

(2a) Für die weiteren in § 3 genannten ambulanten Leistungsbereiche sind die notwendigen Kartenterminals in der Ausstattungszahl nach Abs. 1 enthalten.

(3) Zur Beschaffung und Inbetriebnahme der eHealth-Kartenterminals erhält das Krankenhaus für jedes stationäre eHealth-Kartenterminal eine Pauschale in Höhe von 595,00 EUR.

§ 6

eHealth-Kartenterminals für die Nutzung medizinischer Anwendungen

(1) Zusätzlich zu den eHealth-Kartenterminals nach § 5 erhält das Krankenhaus zur Nutzung der im Online-Produktivbetrieb hinzukommenden medizinischen Anwendungen Kommunikation im Medizinwesen (KIM), Notfalldatenmanagement (NFDM), elektroni-

² In dieser Vereinbarung maßgeblich ist die laut Krankenhausplan ausgewiesene Anzahl der Planbetten. In Bundesländern mit einer Krankenhausplanung ohne Ausweis von Planbetten ist auf die in der Pflege-satz-/ Entgeltvereinbarung zugrunde gelegte Anzahl der aufgestellten Ist-Betten abzustellen. Im Krankenhausplan ausgewiesene teilstationäre Plätze werden wie Planbetten gezählt.

scher Medikationsplan/Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (eMP/AMTS), elektronische Patientenakte (ePA), elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU), elektronische Erklärungen zur Organ- und Gewebespende, Hinweise auf Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen sowie elektronische Verordnungen inklusive des Basisdienstes QES einschließlich der Komfort-Signatur eHealth-Kartenterminals. Die Anzahl berechnet sich aus der Division der Anzahl der ärztlichen Beschäftigten umgerechnet auf Vollzeitkräfte und der Zahl 2,0 aufgerundet auf die nächste volle Zahl. Der Nachweis der ärztlichen Vollzeitkräfte erfolgt in analoger Weise zum Nachweis der Pflegekräfte für den Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG. Für die Höhe der Pauschale gilt § 5 Abs. 3 entsprechend.

(2) Die erforderliche Ausstattung mit eHealth-Kartenterminals wird neu verhandelt, wenn der Gesetzgeber auf eine personenindividuelle Arztsignatur der Datensätze der medizinischen Anwendungen mittels Heilberufsausweis verzichtet.

(3) Zum Zwecke der stationsäquivalenten Behandlung nach § 39 SGB V hat das Krankenhaus für jedes ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteam Anspruch auf Ausstattung mit einem mobilen Kartenterminal entsprechend der jeweils gültigen Spezifikation mobiles eHealth-Kartenterminal der gematik. Zur Beschaffung und Inbetriebnahme der mobilen Kartenterminals erhält das Krankenhaus für jedes mobile Kartenterminal eine Pauschale i. H. v. 350,00 EUR.

§ 7

Anpassung der IT- Infrastruktur des Krankenhauses

(1) Das Krankenhaus erhält den zur Anpassung der krankenhauses internen IT-Infrastruktur erforderlichen Aufwand zur Nutzung der im online-Produktivbetrieb bereitgestellten Anwendungen und Funktionalitäten erstattet.

(2) Der in Abs. 1 genannte Aufwand umfasst

1. den Investitionsaufwand zur Bereitstellung der für die Anbindung der eHealth-Kartenterminals an die Konnektorenlösung erforderlichen Netzwerkports etc. und
2. den Investitionsaufwand zur Anpassung der krankenhauses internen Software, insbesondere die Anbindung des Krankenhausinformationssystems an die TI (Lizenzkosten für neue Module) und die Anpassung des Krankenhausinformationssystems an die Erfordernisse der eGK.

(3) Zur Finanzierung des Aufwands wird

- a) nach Abs. 2 Nr. 1 eine Pauschale i. H. v. 40.000,00 EUR pro Rechenzentrums-konnektor und 20.000,00 EUR pro Einboxkonnektor und
- b) nach Abs. 2 Nr. 2 eine Pauschale i. H. v. 95.000,00 EUR pro Krankenhaus für die Anwendungen VSDM, NFDm, eMP/AMTS, KIM, ePA, eAU, elektronische Erklärungen zur Organ- und Gewebespende, Hinweise auf Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen und für elektronische Verordnungen für apothekenpflichtige Arzneimittel, sowie die Umsetzung der Komfortsignatur

- c) nach Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 2 Nr. 2 eine Pauschale i. H. v. 50,00 EUR je Planbett für die Integration der Anwendungen VSDM, NFDM, eMP/AMTS, KIM, ePA und eAU in die Konnektoren und Arbeitsplätze (Komponenten/ Lizenzen für angepasste Netzwerk-Segmentierung und zur Verwaltung der Arbeitsplätze) im Krankenhaus

festgesetzt. Sobald weitere Anwendungen von der gematik zugelassen werden, werden die Verhandlungen zu einer Pauschale analog Abs. 3 lit. b) aufgenommen.

(4) Wurden bereits einzelne Anwendungen umgesetzt und der Aufwand finanziert, so steht dem Krankenhaus der Differenzbetrag zu den hier aufgeführten Anwendungspauschalen zu.

§ 8

Aufwand der organisatorischen Umstellung

(1) Das Krankenhaus erhält den zur Umsetzung des online-Produktivbetriebs erforderlichen internen Planungsaufwand erstattet. Dieser Aufwand umfasst insbesondere die Planung für die Implementierung der Telematikinfrasturktur sowie die Anpassung der Ausfallkonzepte.

(2) Das Krankenhaus erhält die Kosten für die internen Schulungen der Mitarbeiter für den Umgang mit den Diensten, Anwendungen sowie Komponenten der Telematikinfrasturktur. Hierzu gehören Schulungen für IT-Mitarbeiter des Krankenhauses, für die Anwenderbetreuung durch IT-Mitarbeiter sowie für medizinische und administrative Krankenhausmitarbeiter. Hierbei gehen die Vereinbarungspartner von einem Schulungskonzept (train the trainer) aus, bei dem überwiegend Multiplikatoren geschult werden. Der Aufwand der organisatorischen Umstellung wird für ein Krankenhaus jeweils als Pauschale i. H. v. 200,00 EUR pro Planbett festgesetzt.

§ 9

Kosten im laufenden Betrieb

(1) Das Krankenhaus erhält die Kosten, die während des laufenden Betriebs der Telematikinfrasturktur entstehen, insbesondere für

1. den Zugang zur Telematikinfrasturktur mittels VPN-Zugangsdienst,
2. den Betrieb des Konnektors inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration sowie Erhalt der Funktionsfähigkeit der gSMC-K,
3. den Betrieb der eHealth-Kartenterminals, inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration sowie Erhalt der Funktionsfähigkeit der gSMC-KT,
4. die Wartungsgebühren für die angepassten Softwaremodule und
5. den Erhalt der Funktionsfähigkeit der SMC-B der Konnektorlösung.

(2) Die in Abs. 1 genannten Kosten für die medizinischen Anwendungen werden ab Nutzung der medizinischen Anwendungen als jährliche Pauschale wie folgt festgesetzt:

1. für jeden Konnektor 20% der Ausstattungspauschale nach § 4 Abs. 5 für Hardwarewartung,
2. eine Pauschale von 792,00 EUR für jeden in Nutzung befindlichen VPN-Zugangsdienst,
3. eine Betriebspauschale pro Block von 25 Kartenterminals in i. H. v. 100,00 EUR für den ersten Block und 1.800,00 EUR für alle weiteren Blöcke, diese ist auf maximal 54.100,00 EUR pro Krankenhaus begrenzt und
4. für jedes eingesetzte Zertifikat (SMC-B oder entsprechendes Zertifikat) eine Pauschale in Höhe von 93,00 EUR pro Jahr
5. Laufende Wartungskosten der Softwaremodule ePA und elektronische Verordnung einschließlich der Komfort-Signatur i. H. v. 6.000,00 EUR je Krankenhaus und 10,00 EUR je Planbett.

(3) Das Krankenhaus erhält nach Wahl für jeden im Krankenhaus tätigen ärztlichen Mitarbeiter sowie Apotheker und Pharmazieingenieure der Krankenhausapotheken gegen Nachweis anteilig die Kosten für dessen elektronischen Heilberufsausweis (HBA) in Höhe von pauschal 46,50 EUR pro Jahr. Bei Wahl dieser Option gewährleistet das Krankenhaus im Innenverhältnis die Weiterleitung des Betrags an die jeweiligen ärztlichen Mitarbeiter sowie Apotheker und Pharmazieingenieure der Krankenhausapotheken. Der Anspruch nach Satz 1 wird neu verhandelt, wenn der Gesetzgeber die Anforderung einer personenindividuellen Arztsignatur mittels Heilberufsausweis ganz oder teilweise streicht (Protokollnotiz zu § 6).

(4) Die Betriebskosten können frühestens ab Verfügbarkeit von zugelassenen eHealth-Konnektoren angesetzt werden. Wird der Betrieb unterjährig aufgenommen, so gelten die Pauschalen proportional zur Anzahl der angefangenen Betriebsmonate.

§ 10

Nutzungs- bzw. transaktionsbezogene Kosten

Die transaktionsbezogenen Kosten werden außerhalb des Telematik-Zuschlages separat verhandelt.

§ 11

Ermittlung des Telematikzuschlags

(1) Die Kostenträger nach § 18 Abs. 2 KHG vereinbaren mit jedem Krankenhaus das krankenhausesindividuelle Finanzierungsvolumen nach Maßgabe der §§ 2 bis 9. Die für die Berechnung der Pauschalen notwendigen Grunddaten (Datum des Betriebsbeginns, Bettenzahl, Anzahl Fachabteilungen, Standorte, Anzahl der ärztlichen Vollzeitäquivalente, Anzahl Ambulanzen nach § 3 Abs. 2) sind in den Budgetverhandlungen mit geeigneten Nachweisen vorzulegen. Sobald die in den §§ 2 bis 8 genannten Investitionskosten des Krankenhauses refinanziert sind, gehen in die Ermittlung des weitergeltenden Telematikzuschlags nur noch die Betriebskosten nach § 9 ein.

(2) Der Zuschlag unterliegt nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 3 BpflV, das Erlösbudget nach § 4 KHEntgG und die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG ein und wird bei der Ermittlung der entsprechenden Erlösausgleiche nicht berücksichtigt. Weicht die Summe der für den Vereinbarungszeitraum tatsächlich abgerechneten Zuschlagsbeträge von dem Finanzierungsvolumen aus Abs. 1 ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen, indem sie mit dem Finanzierungsvolumen für das nächstmögliche Kalenderjahr verrechnet werden.

(3) Die Finanzierung erfolgt anteilig über den Telematikzuschlag nach § 377 SGB V, d. h. fallbezogen im Abrechnungszeitraum, für den eine Budget- und Entgeltvereinbarung nach Einführung der jeweiligen Anwendungen durch das Krankenhaus geschlossen wird. Die erste Finanzierung erfolgt ab Verfügbarkeit und Nutzung der Anwendungen des eHealth-Konnektors (VSDM, eMP/AMTS und NFDM). Der Zuschlag ergibt sich aus der Division des jährlichen krankenhausindividuellen Finanzierungsvolumens nach Abs. 1 oder 2 durch die vereinbarte Fallzahl der voll- und teilstationären Krankenhaufälle. Der Telematikzuschlag wird in den Rechnungen der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen.

(4) Wurde bereits eine Pauschale für die Erstausrüstung für einzelne Anwendungen nach § 2 vereinbart, so steht dem Krankenhaus die Pauschale für die Erstausrüstung für die weiteren Anwendungen als pauschaler Ergänzungsbetrag von der bisher vereinbarten Pauschale zu dem gemäß dieser Vereinbarung zustehenden Betrag in der nächsten Budget- und Entgeltvereinbarung zu.

§ 11a

Ermittlung des Abschlags bei Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur

(1) Die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG vereinbaren gemäß § 5 Absatz 3e KHEntgG 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. Der Anschluss an die Telematikinfrastruktur kann auf Verlangen der Krankenkasse mit einem Formblatt „Anschluss Telematikinfrastruktur“ (Anlage 4) nachgewiesen werden. Haben die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Abschlag vereinbart, stellt das Krankenhaus dies im Rahmen seiner Abrechnung nach § 301 Absatz 1 SGB V als Abzugsbetrag in Rechnung. Erfolgt dies nicht, ist die Krankenkasse berechtigt, den Abschlagsbetrag durch Übermittlung in einem Zahlsatz umzusetzen.

(2) Für die Ermittlung des Abschlagsbetrages nach Absatz 1 werden von dem Brutto-Rechnungsbetrag, sofern darin enthalten, folgende Entgelte herangezogen:

- a. im Anwendungsbereich des KHEntgG: abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 KHEntgG) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a KHEntgG, oder
- b. im Anwendungsbereich der BpflV: abgerechnete Höhe der bewerteten PEPP und die Zusatzentgelte (§ 7 Satz 1 Nummern 1 und 2 BpflV) sowie auf die

krankenhausindividuellen Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 4 BpflV und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Unberücksichtigt bleiben Zu- oder Abschläge im Rechnungsbetrag.

- (3) Nach Ablauf der Frist gemäß § 3 Absatz 2c dieser Vereinbarung i. V. m. § 291b Absatz 5 Satz 3 SGB V, wird die Vergütung vertragsärztlicher Versorgung solange um 2,5 Prozent gekürzt, bis sich die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen an die Telematikinfrastuktur angeschlossen haben und über die für die Prüfung nach § 291b Absatz 2 SGB V erforderliche Ausstattung verfügen. Das Krankenhaus stellt dies im Rahmen seiner Abrechnung nach § 301 Absatz 1 SGB V als Abzugsbetrag (ohne Berücksichtigung des Abschlagsbetrages selbst) in Rechnung. Ein Nachweis, dass sich die Einrichtungen an die Telematikinfrastuktur angeschlossen haben und über die für die Prüfung nach § 291b Absatz 2 SGB V erforderliche Ausstattung verfügen, kann auf Verlangen der Krankenkasse durch das Formblatt „Anschluss Telematikinfrastuktur“ (Anlage 4) erfolgen.
- (4) Für die Abrechnung der Abschläge sind die dafür vorgesehenen Entgeltschlüssel gemäß der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 301 Absatz 3 SGB V zu verwenden.

§ 12 Kündigung

Dieser Vertrag kann vom GKV-Spitzenverband oder der DKG insgesamt oder in Teilen mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Im Falle der Kündigung gelten die gekündigten Inhalte der Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung oder einer Festsetzung durch die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes fort.

§ 13 Salvatorische Klausel

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

§ 14 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2022 in Kraft und ersetzt die am 01.10.2020 in Kraft getretene Vereinbarung.

Anlage 1 zur Vereinbarung zwischen dem

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

und der

Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

zur

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

- Anforderungen an Rechenzentrums-Konnektoren -

1 Einleitung

Um im aktuellen Marktmodell für eHealth-Konnektoren und die Anwendungen NFDM und eMP/AMTS auch für die Rechenzentren von Krankenhäusern geeignete Konnektoren in das Zulassungsverfahren und die Feldtests zu bringen, wurde in Abstimmung mit der gematik ein Verfahren gewählt, dass die bestehenden Spezifikationen und Schutzprofile nicht verändert, aber einige Zusatz-Anforderungen stellt, die von den Konnektor-Herstellern für ein Modell erfüllt werden müssen, damit sich dieses „Rechenzentrums-Konnektor“ (RZK) nennen darf und für die Feldtests unter besonderen Finanzierungsbedingungen infrage kommt. Darüber hinaus können einzelne Krankenhäuser weitere Anforderungen stellen, die aber keinen Einfluss auf die Zulassung und die Wirksamkeit der Finanzierungsvereinbarung zwischen DKG und GKV-SV haben – diese müsse dementsprechend bilateral vereinbart werden.

RZK erfordern keine komplett neuen Entwicklungen, es wird vielmehr davon ausgegangen, dass diese mit der gleichen Software betrieben werden, die ein Hersteller bereits im EinBox-Konnektor gemäß Spezifikation der gematik einsetzt. Abweichungen in der Hardware, z.B. eine angepasste Gehäuseform, sollten auf einer im EinBox-Konnektor verwendeten Platine aufsetzen können, um damit den Entwicklungs- und Zulassungsaufwand zu minimieren.

Grundsätzlich werden RZK genau wie EinBox-Konnektoren zugelassen und müssen die Verfahren der gematik, des BSI und der Prüfstellen durchlaufen. Allerdings werden die RZK als Varianten der EinBox-Konnektoren verstanden und es erscheint denkbar, dass die Wiederverwendung bestehender Bestätigungen zu beschleunigten Verfahren führen kann.

2 Zusätzliche Anforderungen an einen RZK

ID	Anforderung	Erläuterung
RZK-H001	Als Gehäuse MUSS ein 19“-Einschubgehäuse verwendet werden, das üblichen Brandschutzvorgaben entspricht und alle Anschlüsse an der Rückseite herausführt. Das Netzteil MUSS in dem 19“-Einschubgehäuse integriert sein. Evtl. vorhandene Anzeige- und Kontrollelemente MÜSSEN alle an der Vorderseite angebracht sein.	Damit wird die Lagerung, der Einbau und Austausch vereinfacht, Platz eingespart und die optische Kontrolle vereinfacht.
RZK-H002	Es MÜSSEN mindestens drei gSMC-K verbaut werden. Weitere gSMC-K sind wünschenswert.	Die Mindestzahl ist heute nicht spezifiziert, hat aber Einfluss auf die Performance.
RZK-H003	Die Speichergröße SOLLTE mindestens 4 GB betragen. Eine Speichergröße von 8 GB ist wünschenswert. Grundsätzlich darf die Speichergröße zu keinen Performanceeinschränkungen unter Volllast führen.	Nur mit einem genügend großen Speicher können die Performance-Anforderungen der Krankenhäuser, z.B. bei paralleler Verarbeitung von Anfragen, realisiert werden.
RZK-H004	Der RZ-Konnektor SOLLTE über Hardware-Kryptographie in Übereinstimmung mit der TR-03116-1 verfügen, die per Konfigurationseinstellung in Betrieb genommen werden kann. Die Performancemessungen und die Zulassung insgesamt erfolgen auf Basis der vom BSI vorgegebenen Einsetzbarkeit dieser Komponenten – nach aktuellem Kenntnisstand müssen die Komponenten im Auslieferungszustand ausgeschaltet sein.	Dies ermöglicht eine einfache Aktivierung der Hardware-Kryptographie.
RZK-H005	Der RZ-Konnektor MUSS über mindestens 4 Prozessorkerne verfügen.	Nur durch eine genügende Anzahl von Prozessorkernen können parallele Anfragen performant beantwortet werden.

ID	Anforderung	Erläuterung
RZK-P001	Im Zusammenspiel mit einer externen Administrations-Software MUSS der RZ-Konnektor 50 Kartenterminals handhabbar, performant und ergonomisch unterstützen und mit der Angabe der Anzahl der unterstützten Kartenterminals in das Zulassungsverfahren gegeben werden.	Nur so lassen sich auch große Krankenhäuser mit einer größeren Anzahl von Arbeitsplätzen und Kartenterminals betreiben. Die Angabe der Kartenterminal-Anzahl im Zulassungsverfahren ermöglicht der gematik eine entsprechende Prüfung. Die Anzahl stellt eine zugesicherte Eigenschaft des RZK dar.
RZK-P002	Der RZ-Konnektor MUSS bei der maximalen Anzahl von Kartenterminals (RZK-P001) das Wartungspairing innerhalb von 12 Minuten abschließen.	So lässt sich eine Wiederverfügbarkeit innerhalb der für Krankenhäuser der Größenklasse LEU-2 bis 4 vorgegebenen 15 Minuten sicherstellen.
RZK-P003	Maximal zehn RZ-Konnektoren MÜSSEN gemeinsam die Anforderungen aus der GemSpecPerf für die LE-U 4 erfüllen. Dies MUSS über eigenverantwortliche Tests und deren Dokumentation nachgewiesen werden. (GS-A_5098, GS-A_5101, GS-A_5104, GS-A_5231, GS-A_5106, GS-A_5109, GS-A_5332)	Dies sind die Anforderungen, die vom HighSpeed-Konnektor übernommen wurden und für die Funktion im Krankenhaus notwendig sind.
RZK-S001	Es MUSS eine Software mitgeliefert werden, die die Administration und Wartung von mehreren Konnektoren über eine gemeinsame Oberfläche performant und ergonomisch zusammenführt und auch Konnektorübergreifende Operationen erlaubt. Diese MUSS in der Lage sein, den Kartenterminals textuelle Identifizierer zuzuordnen, die den physikalischen Ort der Kartenterminals repräsentieren, und die aktuelle Zuordnung zwischen Konnektoren und Kartenterminals zu exportieren. Beim Export MÜSSEN auch die IP-Adressen der Komponenten und der Ort der Kartenterminals ausgegeben werden. Als Exportformat MUSS mindestens eine Komma-Separierte Textdatei (CSV) angeboten werden.	Nur so lassen sich Verbünde von mehreren Konnektoren pflegen und mit dem Management der virtuellen Umgebungen im Krankenhaus verbinden.

3 Anforderungen an den Feldtest

Ein RZK erfüllt nur dann die besonderen Anforderungen für die Zulässigkeit der Finanzierungsvereinbarungen für den Feldtest, wenn bei der erprobenden Organisation mindestens 2 Konnektoren produktiv eingesetzt werden und ein Ausfallkonnektor bereitgehalten wird. Für die Feldtests sollen Konstellationen mit mehr als fünf Konnektoren bevorzugt werden. Zusätzlich muss die Administrationssoftware für die Konfiguration der Konnektor-Einstellungen und die Pflege des Informationsmodells in den genannten Konnektoren genutzt werden. Im Rahmen des Feldtests muss zumindest einmal ein Wechsel von einem ggf. testweise entfernten, grundsätzlich produktiven Konnektor auf den Ausfallkonnektor durchgeführt werden.

Anlage 2 zur Vereinbarung zwischen dem
GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
und der
Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)
zur

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

- Berechnungsregel für Pauschalen -

4 Berechnung der Ausstattungspauschale

4.1 Grundzahlen

Zur Bestimmung der Ausstattungspauschale bestimmt das Krankenhaus die folgenden Zahlen:

Variable	Inhalt	Herkunft/Nachweis
B	Anzahl Betten	Maßgeblich ist die laut Krankenhausplan ausgewiesene Anzahl der Planbetten. In Bundesländern mit einer Krankenhausplanung ohne Ausweis von Planbetten ist auf die in der Pflegesatz-/ Entgeltvereinbarung zugrunde gelegten Anzahl der aufgestellten Ist-Betten abzustellen
VK	Anzahl ärztliche Vollkräfte	entsprechend der Meldung an das jeweilige statistische Landesamt
ANÄ	Anzahl Ärzte	Diese Zahl gibt die Obergrenze der zu finanzierenden HBAs an. Es reicht aus die Anzahl der Ärzte anzugeben und nachzuweisen, die einen HBA benötigen.
St	Anzahl der Standorte	ab 2020 entsprechend dem Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V
FA	Anzahl der Fachabteilungen	Nur benötigt, wenn das Datenschutzgesetz verlangt, dass für Fachabteilungen verschlüsselt werden muss

Variable	Inhalt	Herkunft/Nachweis
A_{Erm}	Anzahl persönliche Ermächtigungsambulanzen	Nachweis über Zulassungsschreiben der KV, bzw. Regelungen vor Ort
A_{NFA}	Anzahl Notfallambulanzen nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V	Im Normalfall eine pro Krankenhaus, ansonsten Nachweis nach Regelung vor Ort. Die Notfallambulanzen nach § 75 SGB V werden nicht gezählt.
STÄB	Anzahl der Behandlungsteams für Stationsäquivalente Behandlungen	

4.2 Anzahl Kartenterminals

Danach wird der Anspruch auf Kartenterminals bestimmt. Dieser setzt sich zusammen aus den Kartenterminals für die Aufnahmearbeitsplätze (§ 5 Abs. 1):

$$KT_{Auf} = \text{Aufrunden} (B / 25)$$

Für den zusätzlichen Anspruch der Ermächtigungs- und Notfallambulanzen nach § 5 Abs. 2:

$$KT_{Amb} = A_{Erm} + (A_{NFA}) * 3$$

Für die Nutzung der medizinischen Anwendungen (§ 6):

$$KT_{Med} = \text{Aufrunden} (VK / 2)$$

Der Gesamtanspruch an Kartenterminals ergibt sich als Summe der drei Bereiche:

$$KT_{Ges} = KT_{Auf} + KT_{Amb} + KT_{Med}$$

4.3 Art und Anzahl der Konnektoren

Die Bestimmung der Anzahl der Konnektoren erfolgt für jeden Standort einzeln, wobei davon ausgegangen wird, dass die Standorte räumlich getrennt sind. Hierfür müssen die Kartenterminals auf die Standorte entsprechend der Größe verteilt werden. Falls keine nachweisbaren Zahlen zu den Standorten vorliegen, können die Kartenterminals entsprechend der Bettenzahlen auf die Standorte aufgeteilt werden.

Wenn die Anzahl der Kartenterminals 50 erreicht wird davon ausgegangen, dass ein Rechenzentrumskonnektor wirtschaftlicher ist. Wenn ein Krankenhaus mehrere Standorte von einem Rechenzentrum versorgt, kann es auf die Aufteilung nach Standorten verzichten.

4.4 Berechnung auf Basis EinBox-Konnektoren

Der Anspruch an EinBox-Konnektoren berechnet sich auf Basis der aktuellen Leistungsfähigkeit nach der folgenden Formel (§ 4 Abs. 1):

$$\text{EBK} = \text{Maximum} (\text{St} ; \text{Aufrunden} (\text{KT}_{\text{Ges}} / 25)) + \text{St}$$

Der Anspruch an Rechenzentrumskonnektoren berechnet sich entsprechend zu:

$$\text{RZK} = \text{Maximum} (\text{St}; \text{Aufrunden} (\text{KT}_{\text{Ges}} / 50)) + \text{St}$$

Die Berücksichtigung der Standorte ergibt sich aus dem Anspruch auf mindestens einen Konnektor und einen Ersatzkonnektor pro Standort (§ 4 Abs. 4).

4.5 Anzahl der Institutionskarten (SMC-B)

Für jeden Konnektor besteht der Anspruch für eine SMC-B. Zusätzlich erhält das Krankenhaus eine Ersatz-SMC-B. Wenn das Krankenhaus mehrere Mandanten führen muss, so hat auch jeder dieser Mandanten Anspruch auf eine SMC-B. Mandanten entstehen zum einen aus den Ambulanzen oder falls das landesspezifische Datenschutzrecht vorgibt, dass Berechtigungen, und damit Verschlüsselungen, auch für einzelne Fachabteilungen möglich sein müssen (§ 4 Abs. 3 + 4).

Die Anzahl der SMC-B ergibt sich daher nach der folgenden Formel:

$$\text{AN}_{\text{SMC}} = (\text{EBK oder RZK} - \text{St}) + 1 + (\text{A}_{\text{Em}} + \text{A}_{\text{NFA}})$$

Dies erhöht sich bei entsprechenden Datenschutzvorgaben um:

$$\text{AN}_{\text{SMC-FA}} = \text{FA}$$

$$\text{AN}_{\text{SMC-Ges}} = (\text{AN}_{\text{SMC}} + \text{AN}_{\text{SMC-FA}}) \text{ bei Datenschutzvorgaben, anderenfalls } \text{AN}_{\text{SMC}}$$

4.6 Berechnung der Gesamtpauschale

Die Gesamtpauschale berechnet sich entsprechend der §§ 4 - 8. Dabei werden die aktuell in der Finanzierungsvereinbarung vorgesehenen Konnektorpreise angesetzt.

4.6.1 Bei Einbox-Konnektoren

Es werden die folgenden Beträge summiert:

EBK * 1.394,00	Konnektoren (inkl. Reserve)	§ 4 Abs. 5 Nr. 1
EBK * 400,00	ePA-Updatepauschale	§ 4 Abs. 5 Nr. 3
EBK * 120,00	eRezept-Integrationspauschale	§ 4 Abs. 5 Nr. 4
KT _{Ges} * 595,00	Kartenterminals	§ 5 Abs. 3
STÄB * 350,00	Mobile Kartenterminals	§ 6 Abs. 3
(EBK - St) * 20.000,00	Investitionsaufwand zur Bereitstellung	§ 7 Abs. 3 Lit. a)

95.000,00	Investitionsaufwand zur Anpassung der krankenhausinternen Software	§ 7 Abs. 3 Lit. b)
B * 50,00	Anwendungsintegration	§ 7 Abs. 3 Lit. c)
B * 200,00	Aufwand der organisatorischen Umstellung	§ 8 Abs. 2

4.6.2 Bei Rechenzentrumskonnektoren

Es werden die folgenden Beträge summiert:

RZK * 2.788,00	Konnektoren (inkl. Reserve)	§ 4 Abs. 5 Nr. 2
Wenn RZK - St > 1 2.000,00 Sonst 0,00	Administrationssoftware RZK-Verbund, wenn mindestens 2 aktive Konnektoren eingesetzt werden	§ 4 Abs. 5 Nr. 2
EBK * 400,00	ePA-Updatepauschale	§ 4 Abs. 5 Nr. 3
EBK * 120,00	eRezept-Integrationspauschale	§ 4 Abs. 5 Nr. 4
KT _{Ges} * 595,00	Kartenterminals	§ 5 Abs. 3
STÄB * 350,00	Mobile Kartenterminals	§ 6 Abs. 3
(RZK - St) * 40.000,00	Investitionsaufwand zur Bereitstellung	§ 7 Abs. 3 Lit. a)
95.000,00	Investitionsaufwand zur Anpassung der krankenhausinternen Software	§ 7 Abs. 3 Lit. b)
B * 50,00	Anwendungsintegration	§ 7 Abs. 3 Lit. c)
B * 200,00	Aufwand der organisatorischen Umstellung	§ 8 Abs. 2

5 Berechnung der Betriebspauschale

Die Betriebspauschalen basieren auf den Ausstattungspauschalen (siehe Abschnitt 4.6) und werden wie folgt berechnet:

RZK * 2.788,00 * 0,2 oder EBK * 1.394,00 * 0,2	Hardwarewartung	§ 9 Abs. 2 Nr. 1
(EBK o. RZK) - St) * 792,00	Pauschale für VPN-Zugangsdienste	§ 9 Abs. 2 Nr. 2
Minimum ((Aufrunden (KT _{Ges} / 25) - 1) * 1.800,00 + 100,00; 54.100,00)	Pauschale für Betriebsaufwände in Höhe von 100 € für den ersten und von 1.800€ ab dem zweiten Block von 25 Kartenterminals	§ 9 Abs. 2 Nr. 3
AN _{SMC-Ges} * 93,00	Auf Jahre aufgeteilte Pauschale für SMC-B	§ 9 Abs. 2 Nr. 4
B * 10 + 6.000	Wartungskosten der Softwaremodule ePA und elektronische Verordnung einschließlich der Komfort-Signatur	§ 9 Abs. 2 Nr. 5

Bis zu (ANÄ * 46,50)	Anteilige Kostenübernahme für HBA, wenn das Krankenhaus sicherstellt, dass diese an die Ärzte weitergeleitet wird	§ 9 Abs. 3
----------------------	---	------------

6 Beispielrechnungen

6.1 Krankenhaus mit EinBox-Konnektoren

Ein Krankenhaus mit einem Standort, der 170 Betten, 30 ärztlichen Vollzeitstellen, eine Notfallambulanz und drei ermächtigten Ambulanzen umfasst, kommt zu der folgenden Pauschale:

$$KT_{\text{Auf}} = \text{Aufrunden} (170 / 25) = 7$$

$$KT_{\text{Amb}} = 3 + 1 * 3 = 6$$

$$KT_{\text{Med}} = \text{Aufrunden} (30 / 2) = 15$$

$$KT_{\text{Ges}} = 7 + 6 + 15 = 28$$

$$EBK = \text{Aufrunden} (28 / 25) + 1 = 3$$

3 * 1.394,00	4.182,00 €	Konnektoren (inkl. Reserve)
3 * 400,00	1.200,00 €	ePA-Updatepauschale
3 * 120,00	360,00 €	eRezept-Integrationspauschale
28 * 595,00	16.660,00 €	Kartenterminals
0 * 350,00	0,00 €	Mobile Kartenterminals
2 * 20.000,00	40.000,00 €	Investitionsaufwand zur Bereitstellung
95.000,00	95.000,00 €	Investitionsaufwand zur Anpassung der krankenhausesinternen Software
170 * 50,00	8.500,00 €	Anwendungsintegration
170 * 200,00	34.000,00 €	Aufwand der organisatorischen Umstellung
	199.902,00 €	

Unter der Annahme, dass das Krankenhaus den TI-Betrieb zum 14.2.2021 aufnimmt, können für 2021 11 Zwölftel der Betriebspauschale angesetzt werden. Wenn 20 Personen mit HBA ausgestattet werden ergibt sich die folgende Betriebspauschale:

$$AN_{\text{SMC}} = (EBK - St) + 1 + (A_{\text{Em}} + A_{\text{NFA}}) = (3 - 1) + 1 + (3 + 1) = 7$$

3 * 1.394,00 * 0,2	836,40 €	Hardwarewartung
--------------------	----------	-----------------

(3-1) * 792,00	1.584,00 €	Pauschale für VPN-Zugangsdienste
(2-1) * 1.800,00 + 100,00	1.900,00 €	Pauschale für Betriebsaufwände
7 * 93,00	651,00 €	Auf Jahre aufgeteilte Pauschale für SMC-B
170 * 10,00 + 6.000,00	7.700,00 €	Wartungskosten der Softwaremodule ePA und elektronische Verordnung einschließlich der Komfort-Signatur
20 * 46,50	930,00 €	Anteilige Kostenübernahme für HBA, wenn das Krankenhaus sicherstellt, dass diese an die Ärzte weitergeleitet wird
Jahrespauschale	13.601,40 €	
Pauschale 2021	12.467,95 €	

6.2 Krankenhaus mit Rechenzentrums-Konnektoren

Ein Krankenhaus mit einem Standort, der 1.420 Betten, 426 ärztliche Vollzeitstellen, eine Notfallambulanz, 9 ermächtigte Ambulanzen und ein Behandlungsteam für Stationsäquivalente Behandlungen umfasst, kommt zu der folgenden Pauschale:

$$KT_{\text{Auf}} = \text{Aufrunden} (1.420 / 25) = 57$$

$$KT_{\text{Amb}} = 9 + 1 * 3 = 12$$

$$KT_{\text{Med}} = \text{Aufrunden} (426 / 2) = 213$$

$$KT_{\text{Ges}} = 57 + 12 + 213 = 282$$

$$RZK = \text{Aufrunden} (282 / 50) + 1 = 7$$

$$EBK = \text{Aufrunden} (282 / 25) + 1 = 13$$

7 * 2.788,00	19.516,00 €	Konnektoren (inkl. Reserve)
13 * 400,00	5.200,00 €	ePA-Update
13 * 120,00	1.560,00 €	eRezept-Update
2.000,00	2.000,00 €	Administrationssoftware
282 * 595,00	167.790,00 €	Kartenterminals
1 * 350,00	350,00 €	Mobile Kartenterminals
6 * 40.000,00	240.000,00 €	Investitionsaufwand zur Bereitstellung
95.000,00	95.000,00 €	Investitionsaufwand zur Anpassung der krankenhausesinternen Software
1.420 * 50,00	71.000,00 €	Anwendungsintegration
1.420 * 200,00	284.000,00 €	Aufwand der organisatorischen Umstellung
	886.416,00 €	

Von der KV wird die Ausstattungspauschale nach dem aktuell gültigen Schlüssel für das MVZ im Rahmen der Abrechnung ausgezahlt. MVZ und Notfallambulanzen auf Basis des § 75 SGB V gehen nicht in die Pauschalen ein, die über den Telematik-Zuschlag ausgezahlt werden.

Unter der Annahme, dass das Krankenhaus den TI-Betrieb zum 21.7.2021 aufnimmt, können für 2021 6 Zwölftel der Betriebspauschale angesetzt werden. Wenn 200 Ärzte einen HBA bekommen ergibt sich die folgende Betriebspauschale für 2021:

$$AN_{SMC} = (RZK - St) + 1 + (A_{Erm} + ANFA) = (7 - 1) + 1 + (9 + 1) = 17$$

7 * 2.788,00 * 0,2	3.903,20 €	Hardwarewartung
6 * 792,00	4.752,00 €	Pauschale für VPN-Zugangsdienste
11 * 1.800,00 + 100,00	19.900,00 €	Pauschale für Betriebsaufwände
17* 93,00	1.581,00 €	Auf Jahre aufgeteilte Pauschale für SMC-B
1.420 * 10,00 + 6.000,00	20.200,00 €	Wartungskosten der Software-module ePA und elektronische Verordnung einschließlich der Komfort-Signatur
200 * 46,50	9.300,00 €	Anteilige Kostenübernahme für HBA, wenn das Krankenhaus sicherstellt, dass diese an die Ärzte weitergeleitet wird
Jahrespauschale	59.636,20 €	
Pauschale 2021	29.818,10 €	

Anlage 3 zur Vereinbarung zwischen dem
GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
und der
Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)
zur

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

- Abrechnung Feldtest -

Im Zusammenhang mit der Wirksamkeitszulassung der eHealth-Konnektoren nach den Vorgaben der gematik, werden sogenannte Feldtests durchgeführt. Krankenhäuser, die an einem Feldtest teilnehmen, können die in § 1 genannten Pauschalen abrechnen. Die Feldtestteilnehmer müssen dazu mit den notwendigen Komponenten gemäß § 1 Absatz 2 Nummer 2 und 3 ausgestattet sein – diese werden entsprechend der Regelungen nach § 11 erstattet. Mit der Teilnahme an einem Feldtest ist die Teilnahme an der wissenschaftlichen Evaluation verpflichtend verbunden.

Nachdem die gematik nach Abschluss der Feldtests dem GKV-Spitzenverband die teilnehmenden Feldtestkrankenhäuser mitgeteilt hat, stellt das Krankenhaus dem GKV-Spitzenverband bis zum 15. des auf den Abschluss des Feldtests folgenden Monats eine entsprechende Rechnung gemäß den in dieser Anlage hierzu enthaltenen Vorgaben. Sollte der 15. auf einen Sonn- oder Feiertag fallen, gilt der nachfolgende Werktag.

Der GKV-Spitzenverband zahlt den Rechnungsbetrag für Rechnungen, die bis zum 15. eines Monats eingegangen sind, jeweils bis zum 15. des zweiten darauffolgenden Monats an das Krankenhaus. Sollte der 15. auf einen Sonn- oder Feiertag fallen, gilt der nachfolgende Werktag.

Zahlungen an das Krankenhaus erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für den GKV-Spitzenverband und die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen. Ein direkter Zahlungsanspruch des Feldtestkrankenhauses gegenüber den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen besteht nicht.

Als Rechnungsadresse ist „GKV-Spitzenverband, Abteilung Telematik/IT-Management - Referat Telematik, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin“ und als Verwendungszweck entweder „Feldtest NFDM und eMP/AMTS“, „Feldtest KOM-LE“ oder „Feldtest ePA“ zu verwenden. Auch wenn beide Feldtests parallel in einem Krankenhaus durchgeführt werden

sollten, sind zwei dem Sachverhalt zu Grunde liegenden separierten Rechnungen zu erstellen. Falls das Krankenhaus zum Abzug der MwSt. berechtigt ist, muss dies auf den Rechnungen ausgewiesen werden.

Die Rechnung enthält für den Feldtest von NFDM und eMP/AMTS die folgenden Angaben:

- Genaue Bezeichnung des erprobten Konnektors und falls dies nicht aus der Bezeichnung nicht offensichtlich ist, die Erläuterung ob es sich um einen EinBox-Konnektor oder einen Rechenzentrumskonnektor handelt.
- Falls zwei Krankenhäuser am Feldtest beteiligt waren, den Namen des jeweils anderen Krankenhauses.
- Die Einzelpositionen mit Verweisen auf die entsprechenden Vereinbarungsinhalte:
 - Falls ein RZK genutzt wird nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 der ganze oder anteilige Betrag ausgewiesen
 - Die Pauschale nach § 1 Absatz 2 Nummer 4 lit. a
 - Die Pauschale nach § 1 Absatz 4 Nummer 1
- Die Summe über alle Pauschalen als Rechnungsbetrag.

Die Rechnung enthält für den Feldtest von KOM-LE die folgenden Angaben:

- Genaue Bezeichnung des erprobten Konnektors und des KOM-LE-Anbieters
- Die Einzelpositionen mit Verweisen auf die entsprechenden Vereinbarungsinhalte:
 - Die Pauschale nach § 1 Absatz 2 Nummer 4 lit. b
 - Die Pauschale nach § 1 Absatz 4 Nummer 2
- Die Summe über alle Pauschalen als Rechnungsbetrag

Nachweise sind nicht zu erbringen, da sich der Anspruch automatisch aus dem erfolgreichen Zulassungsverfahren des Konnektorherstellers oder des KOM-LE-Anbieters ergibt und die Teilnahme des Krankenhauses von der gematik an den GKV-SV gemeldet wird. Auch der Nachweis über die Teilnahme an der WEV erfolgt indirekt über die dem GKV-SV vorliegende Liste der WEV-Teilnehmer.

Anlage 4 zur Vereinbarung zwischen dem

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

und der

Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

zur

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

- Formblatt Anschluss Telematikinfrastuktur

Name des Krankenhauses:

IK bzw. BSNR (Ambulanz):

Die Krankenhäuser haben sich mit den für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte erforderlichen Komponenten und Diensten auszustatten und sich an die Telematikinfrastuktur nach § 306 anzuschließen. Kommen sie der Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastuktur nach Satz 1 nicht nach, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG für die Zeit ab dem 1. Januar 2022 einen Abschlag in Höhe von 1 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall.

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

- Ist ein Internetanschluss vorhanden?
 ja nein
- Liegt eine freigeschaltete SMC-B vor?
 ja nein
- Ist ein E-Health-Kartenterminal vorhanden?
 ja nein
- Ist ein Konnektor vorhanden?
 ja nein
- Das Primärsystem hat erfolgreich die Konnektorversion zur Anzeige gebracht?
 ja nein

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

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

- Kann eine Online-Prüfung der Versichertenstammdaten durchgeführt werden:
 ja nein