

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 § 291a Absatz 7 Satz 5 SGB V sowie zur Abbildung
nutzungsbezogener Zuschläge
gemäß § 291a Absatz 7b Satz 3 SGB V
vom 14. Dezember 2017 in der Fassung vom 22. August 2019***

Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	3
§ 1 Vereinbarungsgegenstand.....	3
§ 2 Erforderliche Komponenten zur Herstellung der Funktionsfähigkeit.....	5
§ 3 Betriebskosten.....	6
§ 4 Dienstleister.....	6
§ 5 Abrechnungsbedingungen.....	6
§ 6 Abrechnung der Pauschalen für die erforderliche Ausstattung.....	7
§ 6a Abrechnung der Pauschalen nach Anlage 6.....	8
§ 7 Abrechnung der Betriebskosten.....	8
§ 8 Abrechnungsprozess für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2018.....	9
§ 8a Abrechnungsprozess für die Förderung der Teilnahme an einem Feldtest nach Anlage 6	10
§ 9 Abrechnungsprozess für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2019.....	11
§ 9a Abrechnungsprozess für eine zusätzliche Abschlagszahlung 2019.....	12
§ 10 Inkrafttreten und Anpassung.....	13
§ 11 Kündigung.....	13
§ 12 Salvatorische Klausel.....	13
Anlage 1: Erforderliche Komponenten zur Herstellung der Funktionsfähigkeit.....	15
Anlage 2: Pauschalen für die Erstattung der Kosten.....	16
Anlage 3: - nicht besetzt -.....	18
Anlage 4: Stichprobenprüfungen.....	19
Anlage 5: Pauschalen für die Erstattung der Kosten für die Nutzung der Telematikinfrastruktur inklusive der Fachanwendungen.....	21
Anlage 6: Förderung der Teilnahme an einem Feldtest und/oder einer wissenschaftlichen Evaluation.....	22
Anlage 7: eArztbrief.....	23
Präambel.....	23
§ 1 Vereinbarungsgegenstand.....	23
§ 2 Vergütung.....	24
§ 3 Finanzierung.....	25
§ 4 Rechnungslegung.....	25
§ 5 Gültigkeit.....	25
§ 6 Evaluation.....	25
§ 7 Salvatorische Klausel.....	25

Präambel

Mit der Telematikinfrastuktur 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 Telematikinfrastuktur zu etablieren und damit die Nutzung der gesetzlich vorgesehenen Anwendungen zu ermöglichen.

Gemäß § 291a Absatz 7 Satz 5 SGB V ist eine Vereinbarung zum Ausgleich der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Ärzten und Psychotherapeuten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastuktur sowie der Kosten, die den Ärzten und Psychotherapeuten im laufenden Betrieb der Telematikinfrastuktur entstehen, zu schließen.

Ferner werden die erforderlichen Ausstattungskosten sowie die Kosten im laufenden Betrieb für die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement (§ 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V) und elektronischer Medikationsplan (§ 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB V) gemäß § 291a Absatz 7b Satz 3 SGB V durch diese Vereinbarung geregelt.

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

Darüber hinaus ist dieser Vereinbarung auch die in sich geschlossene „Übergangvereinbarung zur Abrechnung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2018 bis zur Verfügbarkeit von für die Übermittlung des elektronischen Briefes zugelassenen Diensten nach § 291b Absatz 1e SGB V“ als Anlage beigefügt.

§ 1 Vereinbarungsgegenstand

- (1) Diese Vereinbarung regelt die Erstattung der Kosten, die der Vertragsarztpraxis durch die Einführung und den Wirkbetrieb der Telematikinfrastuktur (Versichertenstammdatenmanagement, Basisdienst QES und sicherer Internetzugang sowie die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan) entstehen. 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 1 Satz 2 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 Telematikinfrastuktur einen Austausch, eine An-

passung 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 § 291a Absatz 3 Satz 1 SGB V und § 291 Absatz 2b Satz 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 und elektronischer Medikationsplan, 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. der Anlage 2 und ggf. zuzüglich der Anlage 5 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 und elektronischer Medikationsplan, in das Praxisverwaltungssystem und
 - d. für die patientenbezogene Herstellung der Funktionsfähigkeit der Komponenten nach Absatz 1 und den Online-Abgleich der Versichertenstammdaten gemäß § 291 Absatz 2b Satz 3 SGB V und § 291a Absatz 7 Satz 5 SGB V, das Notfalldatenmanagement gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V und des elektronischen Medikationsplans gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB Ventstehen.
- (4) Die Erstattung der Kosten nach den Absätzen 1 und 3 erfolgt gemäß § 6 i. V. m. der Anlage 2 ggf. zuzüglich der Anlage 5.

§ 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.
- (2) Die Erstattung der Kosten nach Absatz 1 erfolgt gemäß § 7 i. V. m. der Anlage 2 ggf. zuzüglich der Anlage 5 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 § 291 Absatz 2b Satz 1 SGB V i. V. m. der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte nutzt. Ab Betriebsbereitschaft der Komponenten besteht Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Fachanwendung elektronischer Medikationsplan und/oder Notfalldatenmanagement, sofern die Vertragsarztpraxis diese Leistungen für die Versicherten vorhält. Die Vertragsarztpraxis erhält entsprechend dem geltend gemachten Ausstattungsanspruch Pauschalen gemäß der Anlage 2 ggf. zuzüglich der Anlagen 5 und ggf. 6 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 Kassen-

ärztliche 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.

- (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 festgestellt wird, erhöhen sich die Pauschalen gemäß der Anlage 2 und/oder Anlage 5 und/oder ggf. Anlage 6 dieser Vereinbarung entsprechend.

§ 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. 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.
 - a. 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, 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.
- (2) Ein Anspruch auf Erstattung eines/von mobilen Kartenterminals gemäß § 2 Absatz 1 lit. e. durch Zahlung einer einmaligen Pauschale je mobilem Kartenterminal entsteht:
 - a. 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

und

- b. je ausgelagerter Praxisstätte, die bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung angezeigt ist.
- (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.
- (4) Der Anspruch auf Zahlung der Pauschalen nach den Absätzen 1 bis 3 entsteht in dem Quartal der erstmaligen Nutzung der Anwendung gemäß § 291 Absatz 2b Satz 1 SGB V i. V. m. der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte sowie bei Update auf die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und/oder elektronischer Medikationsplan 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.

§ 6a Abrechnung der Pauschalen nach Anlage 6

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.

§ 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 Anlage 5 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 § 291 Absatz 2b 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. 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 § 291 Abs. 2b Satz 1 SGB V noch nicht genutzt wurde.

§ 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 Kassenärztlicher 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 Werkzeuge 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 Kassenärztlicher 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 Zeit-

punkten 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 Betriebskosten 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 vereinbaren die Vertragspartner bis spätestens zum 31. Oktober des jeweiligen Vorjahres, erstmals zum 31. Oktober 2019.
- (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,

sowie das insgesamt ausgezahlte Finanzvolumen mit.

(7) 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.

(8) Die Regelung gemäß § 8 Absatz 7 gilt entsprechend.

§ 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.

§ 10 Inkrafttreten und Anpassung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Januar 2018 in Kraft und gilt bis zum 31. März 2022. Die Vertragspartner sind sich einig, dass spätestens im April 2021 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 Rechnungsstel-

lung 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.

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
Konnektor inklusive gSMC-K	1	1	1
Stationäres Kartenterminal, inklusive gSMC-KT	1	2	3
SMC-B (Konnektor)	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 hinaus gehen.
- (4) Für die Ermittlung der stationären Kartenterminals nach Absatz 3 ist die jeweilige durchschnittliche Anzahl der Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt gemäß § 6 Absatz 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 je	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 Erstattung ist abhängig vom Quartal der erstmaligen Nutzung der Anwendung gemäß § 291 Absatz 2b Satz 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 Erstattung 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 Erstattung 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 €

Bis zum 31.12.2019 haben Vertragsarztpraxen mit mehr als 3 Vertragsärzten (kumuliertes Vollzeitäquivalent) zusätzlich zu den vorgenannten Pauschalen Anspruch auf einen einmalig abrechenbaren Komplexitätszuschlag, welcher sich für Vertragsarztpraxen mit mehr als 6 Ärzten (kumuliertes Vollzeitäquivalent) verdoppelt. Dieser Anspruch gilt rückwirkend auch für Praxen, die bereits die Pauschale für die Erstattung gemäß § 2 Absatz 1 lit. b. bis d. i. V. m. § 6 Absatz 1 erhalten haben.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale in Abhängigkeit von der Anzahl der Ärzte in der Vertragsarztpraxis (kumuliertes Vollzeitäquivalent)	
	> 3 bis <= 6	> 6
Komplexitätszuschlag, einmalig	230,00 €	460,00 €

(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 €
Pauschale für die Erstausstattung mit einem mobilen Kartenterminal gemäß § 2 Absatz 1 lit. e. i. V. m. § 6 Absatz 2, einmalig je mobilem 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 €

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 Kassenärztlicher 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 inklusive der Fachanwendungen

- (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 die Anwendung gemäß § 291 Absatz 2b Satz 1 SGB V i. V. m. der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte genutzt wird und mindestens ein Modul für eine Fachanwendung (Notfalldatenmanagement oder elektronischer Medikationsplan) in der Vertragsarztpraxis betriebsbereit ist.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
NFDM/eMP-Pauschale gemäß § 2 Abs. 1 lit. b) i.V.m. § 2 Abs. 3 lit. a) bis d), einmalig je Vertragsarztpraxis	530,00 €
Zuschlag zur Pauschale für die Betriebskosten gemäß Anlage 2 Absatz 3, quartalsweise je Vertragsarztpraxis	4,50 €
Zusatzpauschale NFDM/eMP je angefangene 625 Betriebsstättenfälle gemäß Anlage 1 Absatz 4 (berechnungsfähig vom 01.10.2019 bis 30.09.2020)	60,00 €

- (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 stationärem Kartenterminal	535,00 €

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:
- Kosten für die Durchführung des Feldtestes inkl. der Beibringung aller dafür benötigten zusätzlichen Komponenten (insbesondere Konnektorupdate, einschließlich Installation und Anpassung des Praxisverwaltungssystems),
 - Schulung und Einweisung in die neuen Komponenten und Fachanwendungen sowie den Feldtestablauf,
 - Teilnahme an den vorgesehenen Befragungen und Übermittlung von Informationen entsprechend der Auflagen für die Wirkbetriebszulassung bzw. den Feldtest durch die gematik und
 - Teilnahme an der wissenschaftlichen Evaluation im Rahmen der Feldtests.

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

Protokollnotiz

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Anzahl der Teilnehmer je Feldtest 75 Vertragsarztpraxen beträgt und wirken in der gematik darauf hin, dass diese Zahl in dem entsprechenden Beschluss so festgelegt wird. Sollten sich aus dem Beschluss der gematik Änderungen bzgl. der Anzahl der Teilnehmer ergeben, soll diese Vereinbarung entsprechend angepasst werden.

Anlage 7: eArztbrief

Übergangsvereinbarung zur Abrechnung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2018 bis zur Verfügbarkeit von für die Übermittlung des elektronischen Briefes zugelassenen Diensten nach § 291b Absatz 1e SGB V

Präambel

Nach § 291f Absatz 5 SGB V wird die Höhe des Zuschlages für elektronische Briefe für den Zeitraum ab dem Jahr 2018 durch die Vertragspartner nach § 291a Absatz 7b Satz 2 SGB V vereinbart. § 291f Absatz 5 Satz 2 SGB V sieht vor, dass der Zuschlag nur vereinbart werden darf, wenn für die Übermittlung des elektronischen Briefes zugelassene Dienste nach § 291b Absatz 1e SGB V genutzt werden.

Aufgrund von zeitlichen Verschiebungen werden die Dienste nach § 291b Absatz 1e SGB V entgegen der Erwartung des Gesetzgebers allerdings zu Beginn des Jahres 2018 noch nicht zur Verfügung stehen.

Um eine Unterbrechung der Übermittlung und Abrechnung elektronischer Briefe in den vertragsärztlichen Praxen zu vermeiden, sieht es das Bundesministerium für Gesundheit ausdrücklich als vertretbar an, wenn die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband für einen befristeten Übergangszeitraum – bis die Dienste nach § 291b Absatz 1e SGB V genutzt werden können – eine Vergütung für die Übermittlung elektronischer Briefe im Bundesmantelvertrag vereinbaren, sofern die Festlegungen der Richtlinie nach § 291f Absatz 2 SGB V sowie die Regelungen nach § 291f Absatz 1 SGB V erfüllt werden.

Vor diesem Hintergrund vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in dieser Anlage als Bestandteil des Bundesmantelvertrages für einen befristeten Übergangszeitraum eine Vergütung für die Übermittlung elektronischer Briefe.

§ 1 Vereinbarungsgegenstand

Diese Vereinbarung regelt die Abrechnung der elektronischen Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291f SGB V i. V. m. der Richtlinie Elektronischer Brief in der Fassung vom 8. Dezember 2017 für den Zeitraum vom 1. Januar 2018 bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Dienste nach § 291b Absatz 1e SGB V genutzt werden können, längstens aber bis zum 31. Dezember 2019.

§ 2 Vergütung

- (1) Es wird die Übermittlung eines elektronischen Briefes zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen nach den Regelungen der Richtlinie Elektronischer Brief in der Fassung vom 8. Dezember 2017 vergütet.
- (2) Für das Versenden und Empfangen eines elektronischen Briefes nach den Regelungen der Richtlinie Elektronischer Brief in der Fassung vom 8. Dezember 2017 erhalten Vertragsärzte folgende Vergütungen:

Kostenpauschale	Bezeichnung	Vergütung
86900	Versenden eines elektronischen Briefes je Empfänger-Praxis	0,28 €
86901	Empfangen eines elektronischen Briefes	0,27 €

Für das Versenden eines elektronischen Briefes nach den Regelungen dieser Anlage sind die Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nicht berechnungsfähig.

- (3) Die nach den Regelungen der Richtlinie Elektronischer Brief in der Fassung vom 8. Dezember 2017 versendeten elektronischen Briefe ersetzen den vergleichbaren Versand mit konventionellen Post-, Boten- und Kurierdiensten sowie per Fax. Die in Absatz 2 genannten Kostenpauschalen können nur berechnet werden, sofern für die Übermittlung eines Dokumentes gleichen Inhalts und bei gleichem Empfänger die Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nicht berechnet werden. Erfolgt neben den genannten Kostenpauschalen die Berechnung von Kostenpauschalen entsprechend Abschnitt 40.4 infolge des Versandes an einen anderen (nicht an der Richtlinie Elektronischer Brief in der Fassung vom 8. Dezember 2017 teilnehmenden) Empfänger, sind diese Kostenpauschalen über die entsprechenden Pseudoziffern für die Kostenpauschalen abzurechnen.

Kostenpauschale	Bezeichnung	Pseudoziffer
40120	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 20 g	86902
40122	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 50 g	86903
40124	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 500 g	86904

40126	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 1000 g	86905
-------	--	-------

§ 3 Finanzierung

Die Finanzierung der Leistungen 86900 und 86901 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

§ 4 Rechnungslegung

Die Rechnungslegung der Leistungen erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400 - ärztliche Behandlung -, Ebene 6.

§ 5 Gültigkeit

Diese Übergangsvereinbarung tritt am 1. Januar 2018 in Kraft und endet zu dem Zeitpunkt, zu dem die Dienste nach § 291b Absatz 1e SGB V genutzt werden können, spätestens jedoch am 31. Dezember 2019.

§ 6 Evaluation

Die Partner dieser Vereinbarung evaluieren die Entwicklung der Leistungsmenge und des Leistungsbedarfes der Kostenpauschalen 86900 und 86901 nach Vorliegen der Abrechnungsdaten. Mit der Evaluation kann ein Dritter beauftragt werden. Die Inhalte der Evaluation werden gesondert geregelt.

§ 7 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:

Die Partner dieser Vereinbarung beschließen bis zum 31. März 2018 im Bewertungsausschuss ein Übergangsverfahren zur Anpassung der Behandlungsbedarfe nach § 87a Abs. 4 SGB V aufgrund des Wegfalls des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste infolge der Übermittlung elektronischer Briefe gemäß § 291f Abs. 1 Satz 2 SGB V. Dieses beinhaltet die Anpassung der Behandlungsbedarfe der Jahre 2017 und 2018 durch die KV-spezifische Verrech-

nung der Kürzungen des Behandlungsbedarfs für jedes der Quartale der Jahre 2018 und 2019. Die KV-spezifischen Kürzungen des Behandlungsbedarfs sind bis Ende Juli des jeweiligen Jahres 2018 bzw. 2019 vom Bewertungsausschuss zu beschließen und im Rahmen der Rechnungslegung zu berücksichtigen. Sie werden bestimmt auf Basis der Anzahl der im jeweiligen Vorjahresquartal der Jahre 2018 bzw. 2019 empfangenen E-Arztbriefe, reduziert um die über den arithmetischen Mittelwert der jeweils für das Jahr 2017 bzw. 2018 empfohlenen demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsrate hinausgehende Mengenentwicklung bei den insgesamt übermittelten Briefen, die mit der häufigkeitsgewichteten durchschnittlichen Kostenpauschale herkömmlich übermittelter Briefe bewertet werden.