



Informationen zur Telematikinfrastuktur

Inhaltsverzeichnis

Die Telematikinfrastuktur (TI)	2
Erste Anwendung: Versichertenstammdatenmanagement	4
Voraussetzungen für den Anschluss einer Praxis an die TI	7
Notwendige technische Ausstattung	7
Checkliste: 5 Schritte zur Telematikinfrastuktur	8
Finanzierungsvereinbarung	9
Eckpunkte der Finanzierungsvereinbarung	9
Auszahlung der Förderung durch die KV Hessen	10
Rechtsgrundlagen	10



Die Telematikinfrastruktur (TI)

Die Telematikinfrastruktur (TI) soll alle Beteiligten im deutschen Gesundheitswesen wie Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken und Krankenkassen miteinander vernetzen und den Datenaustausch innerhalb der Sektoren und über Sektorengrenzen hinaus ermöglichen. Die Online-Kommunikation der einzelnen Akteure – wie elektronischer Arztbrief oder Telekonsile – soll nur noch über die TI laufen. Teil dieser Struktur ist auch die elektronische Gesundheitskarte (eGK). Auf ihr werden künftig medizinische Informationen gespeichert sein, beziehungsweise über sie soll auf medizinische Daten zugegriffen werden können.

Ein wesentliches Ziel ist es, dass medizinische Informationen, die für die Behandlung der Patienten benötigt werden, schneller und einfacher verfügbar sind. Oberste Priorität hat dabei die Datensicherheit. Bis zum 31. Dezember 2018 sollen alle Praxen an die TI angeschlossen sein und als erste Anwendung das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) durchführen können. Können sie das nicht, wird Vertragsärzten das Honorar um ein Prozent gekürzt (siehe § 291 Absatz 2b Satz 14 SGB V). Der Gesetzgeber hat die Frist kürzlich um ein halbes Jahr auf den genannten Zeitraum verschoben, weil es immer wieder zu Verzögerungen bei der Bereitstellung der notwendigen Technik gekommen war.

Verantwortlich für Aufbau, Betrieb und Weiterentwicklung der TI ist gemäß § 291a SGB V die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik). Gesellschafter der gematik sind die Spitzenverbände des deutschen Gesundheitswesens: GKV-Spitzenverband, KBV, Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer und der Deutsche Apothekerverband e.V.

Aktuelle und geplante Anwendungen der Telematikinfrastruktur

Versichertenstammdatenmanagement

Die Aktualisierung der Versichertenstammdaten auf der eGK ist bereits jetzt möglich.

Notfalldatenmanagement (NFDM) und elektronischer Medikationsplan (eMP)

Bei der Anwendung NFDM geht es um die Erstellung einer übersichtlichen Darstellung von notfallrelevanten Diagnosen, Informationen und Medikation, die im Rahmen einer Notfallsituation für Ärzte wichtig sind. Es ist hierbei eine Ermessensentscheidung des Arztes, ob ein Notfalldatensatz für einen Versicherten relevant ist. Primäre Zielgruppen für die Anlage von Notfalldatensätzen waren in den bisherigen gematik-Projekten beziehungsweise Studien Patienten mit komplexer Krankengeschichte (z.B. langjährig bestehende chronische Erkrankung) mit einer Vielzahl von Diagnosen und Medikamenten und/oder Patienten mit wenigen oder einzelnen Erkrankungen, die jedoch aufgrund krankheitsspezifischer Merkmale eine hohe Notfallrelevanz innehaben (z.B. bekannte schwere anaphylaktische Reaktion). Darüber hinaus wurde in einem gematik-Pilotprojekt die Anlage eines Notfalldatensatzes bei Schwangeren, bei Patienten mit seltenen Erkrankungen sowie bei Patienten mit dem Wunsch zur Hinterlegung von Kontaktinformationen bezüglich der Angehörigen und des Hausarztes teilweise durch Ärzte für sinnvoll erachtet. Auch Krankenhäuser können Notfalldatensätze erstellen und aktualisieren. Wenn sich sowohl Arzt als auch Versicherter auf die Anlage eines Notfalldatensatzes verständigen, wird dieser auf der eGK gespeichert. Zudem empfiehlt sich ein Ausdruck für den Versicherten.



Elektronischer Medikationsplan (eMP)

Bei der Anwendung eMP handelt es sich um die Weiterentwicklung des bisher papiergebundenen bundeseinheitlichen Medikationsplans. Damit kann der Medikationsplan auf der eGK gespeichert und von Apothekern und weiterbehandelnden Ärzten ausgelesen und aktualisiert werden. Bei einer Aktualisierung des Medikationsplans (z.B. in der Apotheke bei Abgabe eines Arzneimittels mit anderem Handelsnamen im Rahmen von Rabattverträgen) muss stets der aktuelle Datensatz auf der eGK gespeichert werden. Es bleibt aber dabei, dass der Versicherte – sofern er Anspruch auf einen Medikationsplan gemäß § 29a BMV-Ä i.V.m. § 31a SGB V hat – weiterhin den Ausdruck des bundeseinheitlichen Medikationsplans in der bereits gewohnten Form erhält. Im Zuge der Einführung des eMP auf der eGK müssen, sofern die Patienten das wünschen, neben Hausärzten auch Fachärzte Medikationspläne aktualisieren (§ 31a SGB V Absatz 3). Neben den Ärzten werden auch Apotheken und Krankenhäuser an die TI angebunden. Krankenhäuser können im Rahmen des Entlassmanagements den bundeseinheitlichen Medikationsplan erstellen beziehungsweise aktualisieren.

Mit den Beschlüssen der Gesellschafterversammlung der gematik wurden die Grundlagen dafür geschaffen, dass die Industrie die entsprechenden Produkte für die Umsetzung der Fachanwendungen NFDM und eMP entwickeln kann. Wann die Fachanwendungen bundesweit in den Vertragsarztpraxen eingesetzt werden können ist somit abhängig von der Industrie, die die entsprechenden Produkte entwickeln und bei der gematik zulassen muss.

Elektronischer Arztbrief

Ärzte und Psychotherapeuten können schon länger elektronische Arztbriefe (eArztbriefe) direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) heraus versenden und empfangen. Das E-Health-Gesetz sieht dafür eine besondere Förderung vor. Voraussetzung für die im E-Health-Gesetz vorgesehene besondere Förderung des eArztbriefes ist, dass dessen Übertragung sicher erfolgt und der Papierversand entfällt. Ärzte und Psychotherapeuten benötigen für den Versand den elektronischen Heilberufsausweis, um damit qualifizierte elektronische Signaturen (QES) erstellen zu können. Das PVS und das eArztbrief-Modul müssen von der KBV zugelassen sein.

Allerdings lief die Förderung vom 1. Januar bis 31. Dezember 2017. Danach sollten eArztbriefe nur noch vergütet werden, wenn sie mit einem Kommunikationsdienst in der Telematikinfrastruktur verschickt werden. So sieht es das E-Health-Gesetz vor. Da ein solcher Dienst noch nicht zur Verfügung steht, konnte sich die KBV mit den Krankenkassen darauf einigen, übergangsweise an der bisherigen technischen Umsetzung und Vergütung festzuhalten. Da sowohl Sender als auch Empfänger in die technische Infrastruktur investieren müssen, um Arztbriefe elektronisch übermitteln zu können, wird die Förderung von 55 Cent pro Brief zwischen beiden aufgeteilt. Des Weiteren regelt eine Richtlinie die Details zu Inhalt, Struktur sowie Übermittlung der Briefe und eine Vergütungsvereinbarung die Abrechnung. Besondere Sicherheitsanforderungen werden auch an den Kommunikationsdienst zur Übermittlung der Briefe gestellt. Er muss unter anderem eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung der Nachricht sowie die eindeutige Identifizierung von Absender und Empfänger gewährleisten. Diese Voraussetzungen erfüllt beispielsweise der Kommunikationsdienst KV-Connect.

Telemedizinische Anwendungen

Seit 1. Januar 2017 wird der eArztbrief gesondert gefördert. Zudem werden seit dem 1. April 2017 Telekonsile zwischen Ärzten bei der Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen sowie Online-Videosprechstunden im EBM abgebildet.

Welche Anwendungen sind in Zukunft für die Telematikinfrastruktur geplant?

Die elektronische Patientenakte und ein elektronisches Patientenfach sollen als weitere Anwendungen folgen.



Erste Anwendung: Versichertenstammdatenmanagement

Stimmen die Angaben des Versicherten noch, die auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert sind? Oder hat sich zum Beispiel die Adresse oder der Versichertenstatus geändert? Dies abzugleichen, ist künftig Sache der Praxen. Nach dem E-Health-Gesetz sind Ärzte und Psychotherapeuten verpflichtet, das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) durchzuführen. Wie der Online-Datenabgleich funktioniert, ab wann er Pflicht wird und was dabei zu beachten ist, erläutern wir nachfolgend.

Was ist das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)?

Beim Versichertenstammdatenmanagement geht es darum, die Versichertenstammdaten der gesetzlich Krankenversicherten, die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sind, aktuell zu halten. Das sind folgende Daten:

- Persönliche Daten: Name, Geburtsdatum, Anschrift
- Angaben zur Krankenversicherung: Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus etc.

Bisher können diese Informationen in der Praxis eingelesen, aber nicht aktualisiert werden. Auch können Vertragsärzte und -psychotherapeuten derzeit nicht elektronisch prüfen, ob die eGK gültig ist. Mit der Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) ist dies nun nicht nur möglich, sondern auch Pflicht: Ärzte und Psychotherapeuten müssen das VSDM bei jedem ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal durchführen und dies gegenüber ihrer Kassennärztlichen Vereinigung mit den Abrechnungsunterlagen nachweisen – nach jetzigem Stand spätestens ab 1. Januar 2019. Anderenfalls drohen laut Gesetz Honorarkürzungen.

Das VSDM umfasst zwei Schritte: Die Online-Prüfung und die Aktualisierung. Bei der Online-Prüfung wird abgefragt, ob die Daten und das Versichertenverhältnis noch aktuell sind. Dazu werden die Informationen auf der Karte mit den Informationen abgeglichen, die bei der Krankenkasse des Versicherten hinterlegt sind. Stimmen die Angaben nicht überein, werden veraltete Daten auf der Karte überschrieben.

Sowohl die Prüfung als auch die Aktualisierung erfolgen automatisiert beim Einlesen der Karte. Die Online-Prüfung wird bei jedem ersten Einlesen der eGK im Quartal durchgeführt, die Aktualisierung nur dann, wenn das System neue Informationen meldet. Der Arzt kann auf Wunsch die Karte auch in kürzeren Abständen prüfen und aktualisieren lassen.

Voraussetzung für eine Aktualisierung ist, dass der Versicherte seine Krankenkasse auch über etwaige Änderungen informiert hat, zum Beispiel nach einem Umzug. Dann ändert die Kasse beispielsweise die Anschrift des Versicherten in ihrem System. Beim nächsten Praxisbesuch wird die neue Adresse beim Einlesen der Karte auf die eGK geschrieben und in die Patientendatei der Praxis übertragen. Auch heute schon müssen Versicherte ihre Kassen über solche Änderungen informieren. Sie erhalten dann eine neue eGK. Mit dem VSDM ist ein Kartenaustausch nicht mehr nötig.

Hinweis: Ärzte und Psychotherapeuten sind nicht verpflichtet, den Versicherten nach Änderungen seiner eGK-Daten zu fragen oder Änderungen in ein VSDM-System der Krankenkassen einzutragen.



Wie funktionieren das VSDM und die Datenabfrage?

Das VSDM nutzt als erste Anwendung die Telematikinfrastruktur. Das heißt: Um den Datenabgleich vornehmen zu können, muss die Praxis an die TI angeschlossen sein. So läuft das VSDM-Standardverfahren im Einzelnen ab:

- Der Patient legt seine eGK am Empfangstresen vor. Die Karte wird in das E-Health-Kartenterminal gesteckt.
- Sobald die Karte eingesteckt ist, beginnt automatisiert der Datenabgleich: Der Konnektor fragt über die TI beim Versichertenstammdatendienst der Krankenkasse an, ob die eGK gültig ist und ob die auf der eGK gespeicherten Daten aktuell sind. Ist die eGK gültig und sind neue Daten beim VSDM-Dienst vorhanden, werden die Daten auf der eGK aktualisiert. Der Prüfungsnachweis wird auf der Karte gespeichert, auch dann, wenn die VSDM-Daten noch aktuell waren. Nach dem Datenabgleich übernimmt das Praxisverwaltungssystem (PVS) den Prüfungsnachweis der eGK und zeigt eine der folgenden Meldungen an:
 - Die Karte und die Daten sind aktuell.
oder
 - Aktualisierte Daten liegen vor.
Per Knopfdruck können die auf der eGK aktualisierten Daten auch in die Patientendatei der Praxis übernommen werden.
- Ist die eGK ungültig, zeigt das PVS eine entsprechende Meldung an. Es werden weder Daten noch Prüfungsnachweis auf die eGK geschrieben oder an das PVS übermittelt.
- Die eGK wird wie gewohnt aus dem Kartenterminal entnommen.

Wer muss VSDM machen?

Zum VSDM sind alle Ärzte und Psychotherapeuten beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal verpflichtet. Das bedeutet, dass alle Praxen bis zum gesetzlichen Stichtag (1. Januar 2019) an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sein müssen.

Ist im Versorgungskontext kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt vorgesehen, ist das VSDM nicht möglich. Damit besteht für diese Ärzte keine VSDM-Pflicht. Dies ist zum Beispiel bei Pathologen und Laborärzten typisch. Sie übernehmen für die Abrechnung weiterhin die Versichertendaten, die im Personalienfeld des Auftrags stehen. Ein anderer Sonderfall betrifft Anästhesisten, wenn sie außerhalb ihrer Praxisräume tätig sind. Zum Einlesen der eGK benutzen sie dann in der Regel ein mobiles Kartenterminal. Diese Terminals können nicht mit der TI verbunden werden, sie arbeiten nur im Offline-Betrieb. Anästhesisten können somit kein VSDM-Update durchführen, sondern nur die auf der eGK gespeicherten Versichertendaten auslesen.

Dennoch gilt: Ärzte, die nie oder extrem selten mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt behandeln, müssen grundsätzlich in der Lage sein, das VSDM durchzuführen. Das heißt, auch diese Praxen müssen bis zu dem vom Gesetzgeber vorgegebenen Termin an die TI angeschlossen sein. Damit können sie künftig auch auf andere Anwendungen in der TI zugreifen.

Wie lange dauert das VSDM?

Vorgaben an die Hersteller der Technik sehen vor, dass die Online-Prüfung nicht länger als fünf Sekunden dauern soll; mit Aktualisierung maximal 13 Sekunden. Trotzdem kann es in der Anfangszeit zu Verzögerungen kommen. Deshalb sind in der Starterpauschale (900 Euro), die jede Praxis mit dem Anschluss an die TI erhält, auch Kosten für einen eventuellen Mehraufwand beim Einlesen der Karte berücksichtigt.



Welche Prüfungsnachweise gibt es für die Abrechnung?

Wenn die Praxis das VSDM durchgeführt hat, generiert das System einen Prüfungsnachweis, der im PVS gespeichert und mit der Abrechnung an die KV übermittelt wird. Der Prüfungsnachweis ist mit einem Zahlencode versehen, der für unterschiedliche Ergebnisse steht. Wird ein Prüfungsnachweis generiert und im PVS abgelegt, gilt das VSDM als durchgeführt. Das trifft auch zu, wenn der Prüfungsnachweis technische Fehler ausweist, zum Beispiel wenn keine Online-Verbindung hergestellt werden konnte. Die eGK gilt auch dann weiterhin als gültiger Versicherungsnachweis. Ist das VSDM häufiger aus technischen Gründen nicht möglich, sollte die Praxis den technischen Dienstleister kontaktieren und die Anbindung prüfen lassen.

Die folgende Übersicht zeigt die möglichen Prüfungsnachweise:

Zahlencode	VSDM-Ergebnis
1 = Aktualisierung durchgeführt	Bei der Krankenkasse des Versicherten lagen neue Daten vor. Diese wurden erfolgreich auf der eGK aktualisiert.
2 = Keine Aktualisierung erforderlich	Bei der Krankenkasse des Versicherten lagen keine neuen Daten vor. Eine Aktualisierung der eGK war nicht erforderlich.
3 = Aktualisierung technisch nicht möglich	Es ist keine Online-Verbindung möglich.
	Es konnte nicht ermittelt werden, ob neue Daten vorlagen, z. B. weil der Fachdienst der Kasse nicht erreichbar war.
	Die Daten konnten nicht aktualisiert werden.
5 = Onlineprüfung des Authentifizierungszertifikats technisch nicht möglich	Das Authentifizierungszertifikat kann aus technischen Gründen nicht online überprüft werden.
6 = Aktualisierung technisch nicht möglich und maximaler Offline-Zeitraum überschritten	Der maximale Offline-Zeitraum des Konnektors wurde überschritten. Es werden sicherheitsbedingt bis zur Aktualisierung des Konnektor keine VSDM-Anfragen mehr durchgeführt.

Was ist zu tun, wenn die Karte ungültig ist?

Ist die eGK ungültig, zeigt das PVS beim Einlesen eine entsprechende Meldung an. Der Patient kann in diesem Fall kein gültiges Versicherungsverhältnis mit seiner Krankenkasse nachweisen. Er muss sich zur Klärung an seine Krankenkasse wenden. Die Praxis kann nach zehn Tagen eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Legt der Patient bis Ende des Quartals eine gültige eGK vor, wird die Privatabrechnung ungültig. Veranlasste Leistungen können mit dem Vermerk „ohne Versicherungsnachweis“ privat verordnet werden.



Welche Fehlermeldungen können auftreten?

Fehlermeldung	Vorgehensweise
Beim Einlesen der Karte können verschiedene Fehler auftreten, die entsprechende Meldungen im PVS auslösen. Karte gesperrt/ungültig	Der Patient hat keinen gültigen Versicherungsnachweis. Nach zehn Tagen kann die Praxis eine Privatrechnung ausstellen. Diese wird ungültig, wenn der Patient bis Ende des Quartals eine gültige eGK vorlegt.
Karte defekt	Die Praxis wendet das Ersatzverfahren an, d. h., die Daten müssen händisch erfasst werden.
Konnektor oder Kartenterminal defekt	Die Praxis wendet das Ersatzverfahren an.

Voraussetzungen für den Anschluss einer Praxis an die TI

Notwendige technische Ausstattung

Grundvoraussetzung, um einen TI-Zugang überhaupt herzustellen, ist ein Internetanschluss mit der Bandbreite von mindesten DSL oder größer.

Komponente	Erläuterung
	<p>Der Konnektor stellt über ein Virtuelles Privates Netzwerk (VPN) eine geschützte Verbindung für den Datenaustausch in der Telematikinfrastruktur her. Der zertifizierte Konnektor sollte die qualifizierte elektronische Signatur unterstützen oder mittels kostenlosem Update nachrüstbar sein. Dies ist wichtig, da in absehbarer Zukunft die qualifizierte elektronische Signatur Pflicht werden wird, somit also Geräte, die hierzu nicht in der Lage sind, nicht mehr betrieben werden können.</p>
VPN-Zugangsdienst	Für den Zugang zur TI benötigen Praxen einen speziellen VPN-Zugangsdienst – ähnlich einem Internetprovider, der den Zugang zum Internet bereitstellt.
E-Health-Kartenterminal	<p>Ein zertifiziertes (stationäres) Kartenlesegerät mit Aufnahme-Schacht für Praxisausweise (SMC-B-Karte).</p> <p>Optional: Ein mobiles Kartenlesegerät. Die Kostenerstattung dafür ist an die Voraussetzungen gemäß der TI-Finanzierungsvereinbarung gebunden.</p>
PVS-Anpassung	Die Praxissoftware muss TI-fähig sein. Software-Hersteller können eine Bestätigung der gematik darüber erhalten, dass alles korrekt umgesetzt wurde.
	<p>Der Praxisausweis dient der Authentisierung der Praxis gegenüber den Diensten der TI. Die Authentisierung stellt den Nachweis einer Person dar, dass sie tatsächlich diejenige Person ist, die sie vorgibt zu sein. Der SMC-B ist bei einem von der KBV vertraglich verifizierten Trust Service Provider (Dienstleister) vom verantwortlichen Arzt der Praxis online zu bestellen.</p>
Elektronischer Heilberufsausweis (eHBA; elektronischer Arztausweis)	<p>Der eHBA ist für die Anbindung der Praxis an die TI nicht zwingend erforderlich, aber für bestimmte Anwendungen der TI. Der Inhaber kann mit dem elektronischen Arztausweis eine elektronische Unterschrift erstellen, die sogenannte qualifizierte elektronische Signatur (QES). Diese wird heute schon benötigt, wenn Sie den qualifiziert signierten elektronischen Arztbrief oder für Überweisungen zum Labor (Muster 10 und 10A) bzw. radiologischen Telekonsil (Muster 6) digitale Vordrucke nutzen.</p> <p>Im Rahmen der TI-Anwendungen kann mit dem elektronischen Arztausweis auf die medizinischen Daten zugegriffen werden, die auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) abgespeichert sind. Dies bezieht sich absehbar auf die Anwendungen „Notfalldaten“ und „Medikationsplan“.</p> <p>Der eHBA kann über einen Link auf der Website der Landesärztekammer bestellt werden.</p>



Checkliste: 5 Schritte zur Telematikinfrastruktur

1. Zeitpunkt für Einstieg festlegen

Mittlerweile haben nach unserem Kenntnisstand die Konnektoren der KoCo Connector GmbH, von T-Systems, der secunet Security Networks AG und der Research Industrial Systems Engineering (RISE) GmbH zugelassen. Informationen über den aktuellen Stand finden Sie übrigens im Fachportal der gematik (<https://fachportal.gematik.de>). Fragen Sie außerdem bei Ihrem PVS-Hersteller nach, ab wann er das Software-Update bereitstellen kann. Das Update ist für den Anschluss an die TI erforderlich; ebenso wie ein Internetanschluss.

2. Angebot einholen

Holen Sie sich ein oder mehrere Angebote für die Erstausrüstung und den laufenden Betrieb ein, die Sie in Ruhe prüfen. Beachten Sie Folgendes:

- Sind die Kosten mit der Erstausrüstungspauschale gedeckt? Bedenken Sie, dass sich die Höhe der Pauschale danach richtet, wann Sie das erste VSDM durchgeführt haben und nicht danach, wann Sie die Technik bestellt haben. Lassen Sie sich deshalb schon im Vertrag zusichern, in welchem Quartal die Geräte installiert werden.
- Ist ein kostenloses Update für die qualifizierte elektronische Signatur (QES) des Konnektors enthalten?
- Ist bei einem Defekt ein zeitnahe Austausch der Geräte (Konnektor, Kartenterminal, Praxisausweis) festgelegt?
- Prüfen Sie die Vertragslaufzeit. Verträge über mehrere Jahre schränken Optionen für einen Wechsel auf bessere Komponenten oder günstigere Betriebskosten stark ein.

3. Praxisausweis bestellen

Für die Anmeldung in der TI benötigen Sie einen Praxisausweis (SMC-B-Karte). Bestellen Sie den Ausweis rechtzeitig bei einem zertifizierten Kartenhersteller, damit er mit der PIN zur Installation des TI-Anschlusses vorliegt.

4. Termin für Installation vereinbaren

Vereinbaren Sie einen Termin für die Installation. Halten Sie für die Installation die Administrator-Passwörter für die Praxis-IT, die Passwörter für Internet und Internet-Router sowie die PIN für den Praxisausweis bereit. Nach dem Anschluss können Sie den Versichertenstammdatenabgleich durchführen.

5. Finanzierungspauschalen erhalten

Die Förderbeträge für die Erstausrüstung und den laufenden Betrieb erhalten Sie von ihrer Kassennärztlichen Vereinigung. Die Förderungen für die Mitglieder der KV Hessen werden 6 Wochen nach Quartalsende automatisiert an Sie ausgezahlt. Voraussetzung für die Auszahlung ist ein erfolgreich durchgeführtes VSDM.

Hinweis: Erster Ansprechpartner für die Installation sollte Ihr IT-Dienstleister sein. Dieser kann sehr gut beurteilen, wann für Sie und Ihre Praxis ein guter Zeitpunkt für einen Anschluss an die Telematikinfrastruktur ist.



Finanzierungsvereinbarung Eckpunkte der Finanzierungsvereinbarung

Die Höhe der Pauschale ist nach dem Zeitpunkt der erstmaligen Nutzung gestaffelt. Der Zeitpunkt der erstmaligen Nutzung, ist der Tag an dem erstmalig das Versichertenstammdatenmanagement durchgeführt wird. Allerdings ist für die Berechnung des Erstattungsbetrages das Quartal maßgebend, in dem die Telematikinfrastruktur erstmalig genutzt wurde, und **nicht** das Datum des Kaufvertrages oder der Lieferung des Konnektors.

Erstattungsbetrag für Konnektor und stationäre Kartenterminals

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 Erstausstattung gem. § 2 Abs. 1 lit b. bis d. i. V. m. § 6 Abs. 1 der Finanzierungsvereinbarung, einmalig	1/2018	2.557,20 €	2.992,20 €	3.427,20 €
	2/2018	2.344,98 €	2.779,98 €	3.214,98 €
	3/2018	2.154,00 €	2.589,00 €	3.024,00 €
	ab 4/2018	1.982,00 €	2.417,00 €	2.852,00 €

In diesen Pauschalen ist ein Wert von 435,00 € je Kartenterminal inkludiert.

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

Pauschale für mobiles Kartenterminal

Einmalige Förderung von 350 € je mobilem Kartenterminal:

- je Vertragsarzt mit mindestens halber Zulassung,
 - der mindestens drei Haus- und/oder Heimbefuche im Quartal durchführt und/oder
 - an einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V (Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen) teilnimmt
- je ausgelagerter Praxisstätte (keine Kriterien)

Telematikinfrastruktur-Startpauschale

Einmalig erhalten Praxen eine Telematikinfrastruktur-Startpauschale, welche je zugelassener Betriebsstätte berechnet werden kann. Mit dieser Pauschale werden Aufwände im Zusammenhang mit der Herstellung der Funktionsfähigkeit der Komponenten, wie z.B. Schulungen/Einweisungen, Ausfallzeiten während der Installation, Anpassungen im PVS, Zeitaufwand für das Versichertenstammdatenmanagement in der Arztpraxis abgebildet. Die Starterpauschale beträgt **900,00 €**.

Laufender Betrieb

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale	
Pauschale für die Betriebskosten gem. § 3 Abs. 1 lit. a. bis e. i.V.m. § 6 Abs. 1, der Finanzierungsvereinbarung, quartalsweise	bis einschl. 2.Quartal 2018	298,00 €
	ab 3. Quartal 2018	248,00 €
Pauschale für die Betriebskosten einer SMC-B Smartcard gem. § 3 Abs. 1 lit. f. i.V.m. § 7 Abs. 2, quartalsweise je SMC-B-Smartcard	23,25 €	
Pauschale für die Betriebskosten einer HBA-Smartcard gem. § 3 Abs. 1 lit. g. i.V.m. § 7 Abs. 3 der Finanzierungsvereinbarung, quartalsweise je HBA-Smartcard (Arzt zählt nach Köpfen)	11,63 €	

Hinweis: Im ersten Quartal der Nutzung werden die laufenden Betriebskosten ab dem Monat, in dem die Praxis an die TI angeschlossen ist, anteilig übernommen.



Auszahlung der Förderung durch die KV Hessen

Voraussetzung für die Auszahlung der Förderungen für den Anschluss an die Telematikinfrastruktur ist ein erfolgreicher Abgleich mit dem Versichertenstammdaten (VSDM). Anschließend erhalten Sie automatisch **6 Wochen** nach Ende des Quartals, in welchem ein erfolgreicher Abgleich mit dem VSDM stattgefunden hat, die Förderungen.

Rechtsgrundlagen

- Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Abs. 7 Satz 5 SGB V und § 291b SGB V
- Anlage 4a – Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte
- Anwendung der eGK – Technische Anlage zu Anlage 4a