

TI-Hinweise 2.2

Finanzierung und Fristen Version 2.2 vom 1.1.2024

Inhalt

1	Einleitung.....	1
1.1	Präambel	1
1.2	§ 1 Leistungsbereiche.....	2
1.3	§ 2 Einrichtungen ohne organisatorische Anbindung an ein Krankenhaus...5	
1.4	§ 3 Berechnung des TI-Zuschlags.....	5
1.5	§ 4 Notwendige Anwendungen, Komponenten und Dienste.....	5
1.6	§ 5 Ermittlung des TI-Zuschlags	6
1.7	§ 6 Ermittlung des Abschlages bei Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur.....	6
1.8	§§ 7-9 und Anlagen	7

1 Einleitung

Diese Hinweise erläutern die aktualisierte Finanzierungsvereinbarung zum Telematik-Zuschlag mit Wirkung ab dem 1.1.2024.

Die Finanzierungsvereinbarung mit Wirkung ab dem 1.1.2024 ist keine Fortschreibung der vorherigen Vereinbarung, sondern die Vereinbarung wurde neu aufgesetzt und erheblich vereinfacht. Die Finanzierung erfolgt pauschal und bemisst sich nicht mehr an den Kosten einzelner TI-Komponenten. Grundlage der vorliegenden TI-Hinweise sind die TI-Hinweise 2.1, die weiterhin für die Vereinbarungszeiträume bis 2023 Gültigkeit haben; viele Passagen wurden aber ersatzlos gestrichen.

1.1 Präambel

Die Vereinbarungspartner werden per Gesetz aufgefordert, eine Vereinbarung über den Ausgleich der Ausstattungs- und Betriebskosten der Krankenhäuser für die Telematikinfrastruktur abzuschließen. Die Vereinbarung knüpft an die zwischen der DKG und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) geschlossene TI-Finanzierungsvereinbarung in der Fassung vom 01.04.2022 an und entwickelt diese für die nächste Ausbaustufe der Telematikinfrastruktur weiter.

1.2 § 1 Leistungsbereiche

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

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

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

Nr.	Bezeichnung	Begründung
11	Erbringung von ambulanten Leistungen bei Unterversorgung nach § 116a SGB V	Nicht genannt

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

Nachfolgend werden die in der Fortschreibung der Finanzierungsvereinbarungen festgelegten Änderungen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die einzelnen ambulanten Bereiche im Krankenhaus dargestellt. Für alle Einrichtungen der fünf differenzierten Gruppen sind die Verfahren und Auswirkungen jeweils einheitlich. Änderungen gegenüber der ursprünglichen Vereinbarung sind grau hinterlegt:

Gruppe	Frist	Zusätzliche Karten-terminals	Finanzierungsweg	Anbindungsweg ¹
1 Persönlich ermächtigte Ärztinnen und Ärzte	Wie KH	Je eins	Über KH	Über KH
2 Notfallversorgung nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V	Keine	Je drei	Über KH	Über KH
3 MVZ und Einrichtungen nach § 400 SGB V in mehrheitlichem Besitz des Krankenhauses	Wie KH, mit Restunsicherheit	Nach KV-Regelung	Über KV	Wahlfrei
4 Notfallambulanzen nach § 75 Abs. 1b SGB V mit Kooperationsvertrag in organisatorischer Leitung des Krankenhauses	Wie KH	Nach KV-Regelung	Über KV	Wahlfrei
5 Alle weiteren Einrichtungen der ambulanten Versorgung am Krankenhaus	Wie KH	Keine, Ausstattung aus „1 KT je 25 Betten“	Über KH	Über KH

1.2.1 Gruppe 1: Persönliche Ermächtigungen

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

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

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

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

1.2.3 Gruppe 3: MVZ und Einrichtungen nach § 402 SGB V

Durch den zusätzlichen Verweis auf den § 402 SGB V sind Polikliniken und weiteren Ambulanzformen, die dort den MVZ gleichgestellt werden, von der Finanzierungsvereinbarung umfasst. Da der mehrheitliche Besitz durch ein Krankenhaus nur kompliziert nachweisbar ist und sich jederzeit ändern kann, wurde eine Lösung gesucht, den Prozess zu vereinfachen. Im Einzelfall ist immer prüfbar und häufig offensichtlich, dass eine solche Einrichtungen zu einem Krankenhaus gehört. Daher wurden diese Einrichtungen in der vorliegenden Finanzierungsvereinbarung dem Krankenhaus zugeordnet. GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und DKG stimmen darin überein, dass für diese Einrichtungen auch unter die Frist für Krankenhäuser anzuwenden ist. Da seitens der KBV keine analoge Formulierung in die Finanzierungsvereinbarung für den vertragsärztlichen Bereich aufgenommen wurde, bestehen für KVen keine expliziten Vorgaben hinsichtlich der Auslegung der Sanktionsfrist. KVen könnten daher in der Abrechnung entsprechender Einrichtungen die Fristen für die vertragsärztliche Versorgung anwenden.

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

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

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

diese Ambulanzen unter die Frist des Krankenhauses fallen, ist aufgrund des KV-Finanzierungsweges eine Refinanzierung der Ausstattung und des Betriebs mit bereits verfügbaren VSDM-Konnektoren möglich und kann daher vorgezogen werden.

1.2.5 Gruppe 5: Alle weiteren Einrichtungen des Krankenhauses

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

1.2.6 Übergangsregelung

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

1.3 § 2 Einrichtungen ohne organisatorische Anbindung an ein Krankenhaus

Für Einrichtungen, die direkt mit den Kassen abrechnen und keinem Krankenhaus zugeordnet sind (z. B. einige psychotherapeutische Ausbildungsambulanzen), wurde in § 2 die Finanzierung nach den Regelungen im vertragsärztlichen Bereich gemäß der Festlegungen des Bundesministeriums für Gesundheit vereinbart. Die Finanzierung kann mit den Krankenkassen in den Verhandlungen vor Ort vereinbart werden.

1.4 § 3 Berechnung des TI-Zuschlags

Das Krankenhaus bekommt ab dem 01.01.2024 40.000,00 Euro und 168,60 Euro pro Bett/Platz. Krankenhäuser, die sich erst vor Kurzem (nach dem 1.7.2021) an die TI angebunden und die erhöhte Vergütung für die Erstausrüstung erhalten haben, bekommen einschließlich des 30. Monats nach Betriebsbeginn einen reduzierten Telematikzuschlag von 7.000,00 Euro pro Krankenhaus und 90,06 Euro pro Bett/Platz. Ab dem 31. Monat nach Betriebsbeginn werden die regulären Zuschläge berechnet. Der Betriebsbeginn ist nach § 5 Abs. 4 der Vereinbarung die Verfügbarkeit und Nutzung der Anwendungen des eHealth-Konnektors (VSDM, eMP/AMTS und NFDm).

Die Höhe der Telematikzuschläge wird jährlich zum 1.1. - erstmalig zum 1.1.2025 - nach Maßgabe des Veränderungswertes gemäß § 9 Abs. 1b Satz 1 KHEntgG angepasst. Die neuen Zuschläge werden auf der Internetseite der DKG veröffentlicht und die TI-Rechenhilfe entsprechend angepasst.

Die Telematikzuschläge gelten pro Krankenhaus und nicht pro Standort.

1.5 § 4 Notwendige Anwendungen, Komponenten und Dienste

Voraussetzung für den Erhalt des vollen Telematikzuschlags ist, dass im Krankenhaus bestimmte Anwendungen verfügbar sind. Die elektronische Patientenakte muss erst ab Version 3.0 („ePA für alle“) eingesetzt werden. Die Verfügbarkeit der ePA-Versionen

1.0, 2.0 und 2.5 sind für die Berechnung des Telematikzuschlages irrelevant. Die Rechtsfolgen der Nichtverfügbarkeit von Anwendungen wird in § 5 Abs. 2 geregelt.

Ausnahmen von der Verfügbarkeit einer Anwendung können die Vereinbarungspartner nach § 18 Abs. 2 KHG vorsehen, wenn das Krankenhaus die Anwendungen nicht benötigt, da die Anwendungsfälle (beispielsweise das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Verordnungen) auch in der Vergangenheit nicht verwendet wurden.

Zudem ist für den Erhalt des Telematikzuschlags auch die Ausstattung mit bestimmten Komponenten und Diensten erforderlich, ohne die eine Anbindung und Nutzung der Telematikinfrastruktur nicht möglich ist.

1.6 § 5 Ermittlung des TI-Zuschlags

Bei geringerem Leistungsangebot bzw. Verfügbarkeit von Anwendungen im Krankenhaus reduziert sich der Anspruch auf Finanzierung der Telematikinfrastruktur. Dabei wird eine Reduktion von pauschal 50% pro Anwendung angenommen, so dass bei zwei fehlenden Anwendungen keine Finanzierung der Telematikinfrastruktur mehr erfolgt. Die Bereitstellungstermine für die Anwendungen sind in § 4 Abs. 1 der Vereinbarung aufgeführt. Die jeweils gültige Version der ePA muss spätestens sechs Monate nach Zulassung der ersten Aktensysteme der Krankenkassen verfügbar sein. Die DKG wird den Bereitstellungstermin veröffentlichen und die Mitglieder per Rundschreiben informieren. Die erforderlichen Anwendungen und der Betriebsbeginn sind mit einem Formular (Anlage 1) nachzuweisen. Dieses Formblatt ist im Rahmen der Budgetverhandlungen aktuell ausgefüllt bezogen auf das Vorjahr vorzulegen. Die Krankenkassen sind berechtigt, als weiteren Nachweis die Protokolle, die den Tag der Installation und die Version der Anwendung erkennen lassen, anzufordern.

Zur Vermeidung unterjähriger Veränderungen wird eine Betrachtung des vergangenen Jahres vorgenommen. Die Betrachtung des vergangenen Jahres beginnt im Jahre 2025 für das Jahr 2024. Im Vereinbarungszeitraum 2024 erfolgt keine Kürzung. Ab 2025 berechnet sich das Finanzvolumen aus dem Korrekturbetrag aus dem Vorjahr und des Telematikzuschlages. Als Unterstützung für die Ermittlung des TI-Zuschlags kann die TI-Rechenhilfe verwendet werden, die auch die Kürzung wegen fehlender Anwendungen berücksichtigt.

Die Nachweise für die unterschiedlichen Basiszahlen für die Berechnung der Pauschalen sollten mit wenig Aufwand bereitzustellen sein.

Für den Betriebsbeginn gelten auch nach dem 1.1.2024 die alten Regelungen, dass die erste Finanzierung ab Verfügbarkeit und Nutzung der Anwendungen des eHealth-Konnektors (VSDM, eMP/AMTS und NFDM) erfolgt.

1.7 § 6 Ermittlung des Abschlags bei Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur

Wenn ein Krankenhaus seiner Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 341 Abs. 7 Satz 1 SGB V nicht nachkommt, muss es ab dem 01.01.2022 einen Abschlag in Höhe von 1 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall hinnehmen. Der Anschluss an die Telematikinfrastruktur kann auf Verlangen der Krankenkasse mit einem Formblatt „Anschluss Telematikinfrastruktur“ (Anlage 2) nachgewiesen werden. Die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG vereinbaren einen

Abschlag und das Krankenhaus stellt dies im Rahmen seiner Abrechnung nach § 301 Abs. 1 SGB V als Abzugsbetrag in Rechnung. Die Vergütung vertragsärztlicher Versorgung wird um 2,5 Prozent gekürzt, wenn sich die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen haben und über die für die Prüfung der Versichertenstammdaten erforderliche Ausstattung verfügen.

1.8 §§ 7-9 und Anlagen

Diese Paragraphen regeln u. a. die Kündigungsfristen, die salvatorische Klausel und das Inkrafttreten. Der Gesetzgeber hat in § 5 Abs. 3h KHEntgG festgelegt, dass die Digitalisierungsabschlagsvereinbarung Gegenstand der TI-Finanzierungsvereinbarung nach § 377 SGB V ist. Die Digitalisierungsabschlagsvereinbarung wurde daher als Anlage 3 in die TI-Finanzierungsvereinbarung aufgenommen. Da die Vereinbarungen inhaltlich unabhängig voneinander sind, können sie jeweils gesondert angepasst und gekündigt werden.