

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 Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Abs. 7 Satz 5 SGB V**

vom 9. Juni 2017

Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	3
§ 1 Vereinbarungsgegenstand.....	3
§ 2 Erforderliche Komponenten zur Herstellung der Funktionsfähigkeit.....	4
§ 3 Betriebskosten.....	5
§ 4 Dienstleister.....	5
§ 5 Abrechnungsbedingungen.....	5
§ 6 Abrechnung der Erstausrüstung	6
§ 7 Abrechnung der Betriebskosten.....	7
§ 8 Abrechnungsprozess für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2018.....	7
§ 9 Abrechnungsprozess für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2019.....	9
§ 10 Inkrafttreten und Anpassung.....	10
§ 11 Kündigung	10
§ 12 Salvatorische Klausel	11
Anlage 1: Erforderliche Komponenten zur Herstellung der Funktionsfähigkeit.....	12
Anlage 2: Pauschalen für die Erstattung der Kosten.....	13
Anlage 3: Glossar.....	15

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 gesetzlich vorgesehenen Anwendungen zu ermöglichen. Mit Einführung der Telematikinfrastuktur werden nicht sofort alle möglichen Anwendungen zur Verfügung stehen.

Gemäß § 291a Abs. 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. Inhalt dieser Vereinbarung ist die Erstattung der Kosten, die in der Einführungsphase sowie im laufenden Betrieb entstehen.

§ 1 Vereinbarungsgegenstand

- (1) Diese Vereinbarung regelt die Erstattung der Kosten, die der Vertragsarztpraxis durch die Einführung und den ersten Wirkbetrieb der Telematikinfrastuktur (Versichertenstammdatenmanagement, Basisdienst QES und sicherer Internetzugang) entstehen. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass dies 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 Abs. 1 Satz 1 SGB V soweit eine eigene Betriebsstättennummer nach der Richtlinie der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern vergeben wurde.
- (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 Anpassung oder eine Ergänzung bereits finanzierter Ausstattung erfordert, ist über die damit verbundenen Kosten und die Kostenübernahme gesondert zu verhandeln.
- (4) Vertragsärzte, die gleichzeitig über eine vertragszahnärztliche Zulassung verfügen, rechnen nach den Regelungen der vertragszahnärztlichen Versorgung ab.

§ 2 Erforderliche Komponenten zur Herstellung der Funktionsfähigkeit

- (1) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass zur Anbindung der Vertragsarztpraxis an die Telematikinfrastruktur folgende Komponenten notwendig sind
 - a. Online-Anbindung an die zentrale Telematikinfrastruktur mittels VPN-Zugangsdienst
 - b. Konnektor mit nachrüstbarer QES-Funktion, inklusive zugehöriger gSMC-K Smartcard
 - c. Stationäres eHealth-Kartenterminal, inklusive zugehöriger gSMC-KT Smartcard
 - d. SMC-B Smartcard
 - e. Mobiles Kartenterminal, inklusive zugehöriger SMC-B Smartcard
 - f. HBA Smartcard,sofern Anspruch gemäß § 6 i. V. m. Anlage 2 dieser Vereinbarung besteht.
- (2) Sofern in Vertragspraxen 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, in das Praxisverwaltungssystem und
 - d. für die patientenbezogene Herstellung der Funktionsfähigkeit der Komponenten nach Absatz 1 und den Online-Abgleich der Versichertenstammdaten gemäß § 291 Abs. 2b Satz 3 SGB V und § 291a Abs. 7 Satz 5 SGB Ventstehen.
- (4) Die Erstattung der Kosten nach Absatz 1 und 3 erfolgt gemäß § 6 i. V. m. Anlage 2 dieser Vereinbarung.
- (5) Solange zum Zeitpunkt der Installation der Komponenten nach Absatz 1 nur Konnektoren ohne QES-Funktion verfügbar sind, dürfen diese vorübergehend erworben und verwendet werden. Diese Konnektoren müssen jedoch gemäß der Spezifikation und diesbezüglichen Fristsetzung der gematik mit der QES-Funktion nachgerüstet werden können. Ab dem Zeitpunkt der Verfügbarkeit von Konnektoren mit QES-Funktion sind nur noch Konnektoren mit QES-Funktion gemäß § 6 i. V. m. Anlage 2 dieser Vereinbarung erstattungsfähig. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass ein Nachrüsten der QES-Funktion mit den Pauschalen nach dieser Vereinbarung abgegolten ist.

§ 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. Anlage 2 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 erstmalige 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 Abs. 2b Satz 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte nutzt. Die Vertragsarztpraxis erhält entsprechend dem geltend gemachten Ausstattungsanspruch Pauschalen gemäß Anlage 2 dieser Vereinbarung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V. Der Anspruch auf Zahlung der Pauschalen kann ausschließlich über die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung geltend gemacht werden.

- (3) Die Abrechnung der Kosten ist in § 6 und § 7 geregelt. Der Abrechnungsweg ist in § 8 und § 9 geregelt.
- (4) Die Abwicklung der Finanzierung erfolgt bei KV-übergreifenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften über die jeweilige zuständige Kassenärztliche Vereinigung.
- (5) Sofern für die Umsätze aus dieser Vereinbarung eine Umsatzsteuerpflicht festgestellt wird, erhöhen sich die Pauschalen gemäß Anlage 2 dieser Vereinbarung entsprechend.

§ 6 Abrechnung der Erstausrüstung

- (1) Die Kosten der erstmaligen Ausstattung der Vertragsarztpraxis gemäß § 2 Absatz 1 lit. b. bis d. werden durch Zahlung einer einmaligen Erstausrüstungspauschale gemäß Anlage 1 und 2 dieser Vereinbarung erstattet. Der Umfang der Erstausrüstung, für die ein Anspruch auf Erstattung der Kosten besteht, ist abhängig von der Anzahl der Vertragsärzte in der Vertragsarztpraxis entsprechend der Staffelung gemäß 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 Erstausrüstungspauschale zu der anderen Erstausrüstungspauschale entsprechend der Anlage 2 dieser Vereinbarung vergütet.
- (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 und 05230 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes durchgeführt und abgerechnet hat oder den Abschluss eines Kooperationsvertrages gemäß § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) entspricht, nachweistund
 - 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 Anlage 2 dieser Vereinbarung erstattet.
- (4) Der Anspruch auf Zahlung der Pauschalen nach den Absätzen 1 bis 3 entsteht in dem Quartal der erstmaligen Nutzung der Telematikinfrastruktur-Anwendung gemäß § 291 Abs. 2b Satz 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte.
- (5) Soweit die Komponenten gemäß § 2 in der Vertragsarztpraxis bereits verfügbar sind oder weiter genutzt werden können, entfällt der Anspruch gemäß Absatz 1

bis 4. Dies gilt auch für Vertragsarztpraxen, die bereits an der Erprobung der Telematikinfrastruktur teilgenommen haben und von ihrem Wahlrecht der Rückgabe nach dem Erprobungsbetrieb keinen Gebrauch machen.

- (6) Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung prüft die Anspruchsberechtigung der Vertragsarztpraxis gemäß dieser Vereinbarung.

§ 7 Abrechnung der Betriebskosten

- (1) Die Betriebskosten der Vertragsarztpraxis gemäß § 3 Absatz 1 lit. a. bis e. werden durch Zahlung einer Betriebskostenpauschale gemäß Anlage 2 dieser Vereinbarung quartalsweise erstattet.
- (2) Die Betriebskosten der Vertragsarztpraxis gemäß § 3 Absatz 1 lit. f. werden durch Zahlung einer Betriebskostenpauschale gemäß 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 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 Telematikinfrastruktur-Anwendung gemäß § 291 Abs. 2b Satz 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte. Der Anspruch endet im Quartal der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Vertragsarztpraxis. Erprobungspraxen haben keinen Anspruch auf Erstattung der Betriebskosten, solange sie an der Erprobung teilnehmen. 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 Telematikinfrastruktur-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 Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln der KBV spätestens 3 Wochen nach Unterzeichnung dieser Vereinbarung zum Zweck der Berechnung nach Absatz 2 die
- 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.
- (2) Die KBV errechnet auf Grundlage der nach Absatz 1 gelieferten Daten i. V. m. Anlage 2
- den anzunehmenden Gesamtfinanzierungsbedarf für die Erstausrüstung i. V. m. § 6 je Kassenärztlicher Vereinigung für den Zeitraum vom 1. Juli 2017 bis zum 30. Juni 2018 sowie
 - die anzunehmenden Betriebskosten i. V. m. § 7 für den Zeitraum vom 1. Juli 2017 bis zum 30. Juni 2018.

Hierfür wird ein Ausstattungsgrad von 15 Prozent für das 3. Quartal 2017, von 30 Prozent für das 4. Quartal 2017, von 65 Prozent für das 1. Quartal 2018 und 100 Prozent für das 2. Quartal 2018 und alle folgenden Quartale angenommen.

- (3) Die detaillierte Zusammenstellung nach Absatz 1 und der anzunehmende Gesamtfinanzierungsbedarf sowie die anzunehmenden Betriebskosten nach Absatz 2 werden dem GKV-Spitzenverband mit der Rechnungsstellung nach Absatz 4 übermittelt.
- (4) Die Rechnungsstellung durch die KBV an den GKV-Spitzenverband erfolgt 6 Wochen nach Unterzeichnung dieser Vereinbarung. Der GKV-Spitzenverband leistet nach Rechnungsstellung Abschlagszahlungen i. H. v. 15 Prozent des Gesamtfinanzierungsbedarfes jeweils für das 3. und 4. Quartal 2017 zuzüglich der unter Absatz 2 für das jeweilige Quartal in Abhängigkeit vom Ausstattungsgrad definierten Betriebskosten. Die Abschlagszahlung ist vom GKV-Spitzenverband für das 3. und 4. Quartal 2017 bis zum 30. September 2017 an die KBV zu leisten. Bis zum 15. November 2017 wird festgelegt, wann die restlichen Abschlagszahlungen i. H. v. 70 Prozent des Gesamtfinanzierungsbedarfes zuzüglich der unter Absatz 2 für das jeweilige Quartal in Abhängigkeit vom Ausstattungsgrad definierten Betriebskosten für den Zeitraum ab dem 1. Quartal 2018 zu leisten sind.
- (5) Die KBV leistet in Abhängigkeit der vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleisteten Zahlungen, spätestens 10 Werkzeuge nach Zahlungseingang, Zahlungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend des Anspruches gemäß Absatz 1 und 2.
- (6) 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 Anlage 2 sowie das insgesamt ausgezahlte Finanzvolumen für die Pauschalen nach Anlage 2.
- (7) Die KBV teilt dem GKV-Spitzenverband bis zum 28. Februar 2019 die Differenz der vom GKV-Spitzenverband tatsächlich geleisteten Abschlagszahlungen gemäß Absatz 4 und der gemäß Absatz 6 gemeldeten Beträge mit. Dies erfolgt mittels einer detaillierten Aufstellung je Kassenärztlicher Vereinigung anhand der in der Anlage 2 dargestellten Staffelung
 - 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.

- (8) Bis zum 31. Dezember 2017 werden Details einer Regelung zur Stichprobenprüfung festgelegt. Gegenstand der Regelung nach Satz 1 soll die Prüfung von etwa 50 zahlungsbegründenden Unterlagen pro Jahr sein. Geprüft werden diese, nach einer Zufallsstichprobe ausgewählten Fälle, daraufhin, ob die Kriterien für den

Anspruch gemäß dieser Vereinbarung insbesondere zum Zeitpunkt des Zahlungsanspruchs erfüllt waren.

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

- (1) Der GKV-Spitzenverband leistet für das Jahr 2019 nach Rechnungsstellung Abschlagszahlungen i. H. v. 100 Prozent der anzunehmenden Betriebskosten nach § 8 Absatz 2 zuzüglich 5 Prozent des Gesamtfinanzierungsbedarfes für die Erstausrüstung nach § 8 Absatz 2 zur Abdeckung/Finanzierung kostenrelevanter Praxisveränderungen sowie der Ausstattung von Neupraxen. Die Abschlagszahlung eines jeweiligen Quartals beträgt 25 Prozent der in Satz 1 angeführten Kosten.
- (2) Das in Absatz 1 geregelte Verfahren gilt für den Zeitraum ab dem 1. Quartal des Jahres 2020 entsprechend mit der Maßgabe, dass die dort geregelte Zahlung in Höhe von 5 Prozent des Gesamtfinanzierungsbedarfes für die Erstausrüstung nach § 8 Absatz 2 zur Abdeckung/Finanzierung kostenrelevanter Praxisveränderungen sowie der Ausstattung von Neupraxen zunächst durch die Vertragspartner überprüft wird. Bei Feststellung eines abweichenden tatsächlichen Finanzierungsbedarfes wird die Zahlung in Höhe von 5 Prozent des Gesamtfinanzierungsbedarfes entsprechend angepasst.
- (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 Kalenderjahresan 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 Kalenderjahresan die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß Absatz 2 weiter.
- (6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen melden der KBV bis zum 31. Januar eines Kalenderjahres, erstmals zum 31. Januar 2020, die Anzahl der im vorherigen Kalenderjahr quartalsweise tatsächlich an die Vertragsarztpraxen ausgezahlten Pauschalen gemäß Anlage 2 sowie das insgesamt ausgezahlte Finanzvolumen für die Pauschalen nach Anlage 2.
- (7) Die KBV teilt dem GKV-Spitzenverband bis zum 28. Februar eines Kalenderjahres erstmals zum 28. Februar 2020 die Differenz der vom GKV-Spitzenverband

tatsächlich geleisteten Abschlagszahlungen gemäß Absatz 1 bzw. ab dem 28. Februar 2021 gemäß Absatz 2 und der gemäß Absatz 6 gemeldeten Beträge mit.

- 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 8 gilt entsprechend.

§ 10 Inkrafttreten und Anpassung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Juli 2017 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.
- (4) Eine Finanzierung aufgrund dieser Vereinbarung erfolgt ab dem Zeitpunkt, an dem die grundlegenden Komponenten von der gematik zertifiziert wurden und am Markt zur Verfügung stehen. Bis zu diesem Zeitpunkt werden die Vertragspartner die Anlage 2 dieser Vereinbarung ergänzen. Die Vertragspartner informieren ihre Mitglieder, wenn solche zertifizierten grundlegenden Komponenten am Markt verfügbar sind.

§ 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.

Berlin, den 9. Juni 2017

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

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin

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. Anlage 2 dieser Vereinbarung besteht, ist in Abhängigkeit von der Anzahl Ärzte in der Vertragsarztpraxis wie folgt gestaffelt.
- (2) Für die Ermittlung der Anzahl der Vertragsärzte 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

Anlage 2: Pauschalen für die Erstattung der Kosten

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

Die Pauschale für die Erstausrüstung basiert auf einem Konnektorpreis in Höhe von 2.620,00 Euro brutto im 3. Quartal 2017. In den Folgequartalen bis zum 3. Quartal 2018 wird ausgehend vom Startpreis nach Satz 1 ein um jeweils 10 % reduzierter Konnektorpreis bei der Berechnung der Pauschale berücksichtigt. Ab dem 3. Quartal 2018 ist bei der Berechnung der Pauschale ein Konnektorpreis in Höhe von 720,00 Euro brutto zu berücksichtigen. § 10 Absatz 2 gilt.

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale in Abhängigkeit von			
	Quartal der erstmaligen Nutzung	Anzahl Ärzte in der Vertragsarztpraxis (kumuliertes Vollzeitäquivalent)		
		<= 3	> 3 bis <= 6	> 6
Pauschale für die Erstausrüstung gemäß § 2 Abs. 1 lit. b. bis d. 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 €
	ab 3. Quartal 2018	1.155,00 €	1.590,00 €	2.025,00 €

- (3) Die Höhe der nachfolgenden Pauschalen ist unabhängig von der Anzahl der Vertragsärzte 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 Abs. 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 Erstausrüstung 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 Abs. 1 lit. a. und		900,00 €

Abs. 3 („TI-Startpauschale“) i. V. m. § 6 Absatz 3, einmalig je Vertragsarztpraxis	
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: Glossar

Abkürzung	Erläuterung
gematik	Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH
gSMC-K	Gerätespezifische Security Module Smartcard, Typ Konnektor. <i>Die gSMC-K ist die den Konnektor innerhalb der Telematikinfrastuktur eindeutig identifizierende fest verbaute Gerätekarte.</i>
gSMC-KT	Gerätespezifische Secure Module Card vom Typ Kartenterminal. <i>Die gSMC-KT ist die das eHealth-Kartenterminal identifizierende versiegelte Gerätekarte und stellt eine dauerhafte Verbindung des Kartenterminals mit dem Konnektor sicher.</i>
HBA	Heilberufsausweis <i>Der elektronische Heilberufsausweis ist ein personenbezogener Ausweis im Gesundheitswesen, der an Heilberufler ausgegeben wird. Er beinhaltet (neben einer visuellen Ausweisfunktion) die Dienste Authentifizierung, Verschlüsselung sowie elektronische Signatur und ermöglicht den Zugriff auf Daten der elektronischen Gesundheitskarte.</i>
HSM-B	Hardware Security Module – Typ B <i>Der HSM-B ist funktional äquivalent zur SMC-B, kann aber höhere Anforderungen an die Verarbeitungsgeschwindigkeit erfüllen.</i>
MobKT	Mobiles Kartenterminal <i>Das mobile Kartenterminal kommt hauptsächlich außerhalb der Vertragsarztpraxis – z.B. bei Hausbesuchen oder Behandlungen in Heimen – zum Einsatz. Es soll dem Leistungserbringer ermöglichen, außerhalb seiner Vertragsarztpraxis die Versichertenstammdaten seiner Patienten zu Abrechnungszwecken zu erfassen.</i>
KT	Kartenterminal <i>Zu unterscheiden ist zwischen stationären und mobilen Kartenterminals (MobKT). Onlinefähige stationäre Kartenterminals der Telematikinfrastuktur werden auch eHealth-Kartenterminals genannt. Sogenannte eHealth-BCS-Kartenterminals, teilweise auch BCS-Kartenterminals genannt, sind nicht für die Online-Anbindung an die Telematikinfrastuktur geeignet.</i>
QES	Qualifizierte elektronische Signatur
SMC-B	Secure Module Card Typ B <i>Die SMC-B ist ein Schlüsselspeicher für die privaten Schlüssel, die eine Einheit oder Organisation des Gesundheitswesens (z.B. Praxis, Apotheke, Krankenhaus) ausweisen. Diese Schlüssel dienen als Ausweis gegenüber der eGK und gegenüber anderen Komponenten der Telematikinfrastuktur.</i>
TI	Telematikinfrastuktur