

§ 291a SGB V – elektronische Gesundheitskarte

Vereinbarung

zwischen

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

und der

Deutschen Krankenhausgesellschaft

**zur Finanzierung der
bei den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten
im Rahmen der Einführung und des Betriebs der
Telematikinfrastruktur gem. § 291a Abs. 7a SGB V**

Präambel

Diese Vereinbarung regelt die Finanzierung

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

im Rahmen der Erprobung, Einführung und des Betriebs der elektronischen Gesundheitskarte gem. § 291a Abs. 7a SGB V („Online-Rollout der Telematikinfrastruktur“). Regelungsgegenstand dieser Vereinbarung sind ferner die erforderlichen Ausstattungskosten sowie die Kosten im laufenden Betrieb für die Fachanwendungen Notfalldatenmanagement (§ 291a Abs. 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V) und elektronischer Medikationsplan (§ 291a Abs. 3 Satz 1 Nummer 3 SGB V) sowie die sichere Kommunikation Leistungserbringer (KOM-LE) als sicheres Übermittlungsverfahren gemäß § 291b Abs. 1e SGB V.

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

Diese Vereinbarung knüpft an die zwischen der DKG und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) am 27.6.2008 und 30.10.2008 zum „Basis-Rollout“ der Telematikinfrastruktur (= offline-Auslesen der elektronischen Gesundheitskarte) geschlossenen Vereinbarungen an und entwickelt diese für die nächste Ausbaustufe der Telematikinfrastruktur weiter. Die Vereinbarung wird fortgeschrieben, sobald weitere Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte erprobt werden oder in einen bundesweiten Produktivbetrieb gehen.

§ 1

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

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

1. Entwicklung, Test und Zulassung einer für Krankenhäuser geeigneten Konnektortlösung sowie die weitere für die Feldtests notwendige Ausstattung einschließlich 50% der Kosten für die elektronischen Heilberufsausweise gemäß § 9 Abs. 3 und die Anpassungskosten gemäß Abs. 2,
2. den durch die Feldtests bedingten personellen und betrieblichen Zusatzaufwand,
3. die notwendigen Maßnahmen zur Auswertung der Feldtests und Beteiligung an der testbegleitenden wissenschaftlichen Evaluation.

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

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

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

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

1. 120.000,00 EUR für die Anwendung NFDM und eMP/AMTS

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

2. 50.000,00 EUR für die Anwendung KOM-LE bei Erprobung von zwei Anwendungsfällen (z.B. Einweisung mit Überleitungsbericht, Aufnahme mit Überleitungsbericht, Untersuchungsanforderung externes Labor/Pathologie, Befundbericht externes Labor/Pathologie oder Entlassbrief).

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

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

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

(8) Die teilnehmenden Testkrankenhäuser weisen ihre Feldtestteilnahme gegenüber der gematik nach. Die gematik meldet dem GKV-Spitzenverband nach Abschluss der Feldtests die Erprobungs- und Feldtestkrankenhäuser.

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

§ 2

Produktivbetrieb der Telematikinfrastruktur (Produktivbetriebskrankenhäuser)

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

1. Online-Versichertenstammdatenmanagement (online-VSDM),
2. Basisdienst QES,
3. Notfalldatenmanagement (NFDM),

4. elektronischer Medikationsplan/Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (eMP /AMTS),
5. Kommunikation Leistungserbringer (KOM-LE) auch als sicheres Übermittlungsverfahren für elektronische Arztbriefe

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

§ 3

Betroffene Leistungsbereiche des Krankenhauses

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

(2) Zusätzlich einbezogen sind folgende ambulante Organisations- und Leistungsbereiche, soweit diese ihre informationstechnische Versorgung nicht über unabhängige Systeme sondern als Bestandteil der IT des Krankenhauses erhalten und hierüber an die Telematikinfrastruktur angebunden werden:

1. ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b Abs. 2 und Abs. 8 SGB V,
2. Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1-3 SGB V,
3. psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V,
4. geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V,
5. sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V,
6. medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V,
7. Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V,
8. Notfallambulanzen (§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V, § 2 Abs. 2 Ziff. 4 MBV-Ä)
9. ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V,

sowie

10. die Ermächtigungsambulanzen der persönlich ermächtigten Krankenhausärzte (§ 116 SGB V, § 4 Abs. 1 BMV-Ä, § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV),
11. die medizinischen Versorgungszentren (§ 95 SGB V).

(3) Eine Finanzierung der unter § 3 Abs. 2 Nr. 8, 10 und 11 genannten Ermächtigungsambulanzen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach dieser Vereinbarung

erfolgt nur, wenn die ermächtigten Ärzte und für das MVZ Verantwortlichen gegenüber dem Krankenhausträger schriftlich ihren Verzicht erklären, eine Finanzierung ihrer durch die Telematikinfrastruktur verursachten Investitions- und Betriebskosten von ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in Anspruch zu nehmen (Ausschluss einer Doppelfinanzierung). Der Krankenhausträger übersendet Ablichtungen der Verzichtserklärungen der zuständigen KV und legt sie auf Verlangen seinen Vertragspartnern nach § 11 KHEntgG im Rahmen der Vereinbarung des krankenhausindividuellen Telematikzuschlags in den Budget und Pflegesatzverhandlungen vor.

(4) Wird keine Verzichtserklärung abgegeben, verbleibt es für die in Abs. 3 genannten Ärzte und Einrichtungen bei einer Finanzierung nach den Vorgaben der zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen Finanzierungsvereinbarung gem. § 291a Abs. 7b SGB V. In diesem Fall fehlt es – mangels Anwendbarkeit der DKG/GKV-Finanzierungsvereinbarung – an einer „anderen Vereinbarung“ i. S. v. § 1 Abs. 5 der KBV/GKV-Finanzierungsvereinbarung.

§ 4

Konnektor und Institutionskarten (SMC-B)

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

1. Konnektorenverbundlösungen auf Basis von Rechenzentrums-konnektor mit einheitlicher Administrationsoberfläche oder
2. Inboxkonnektoren

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

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

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

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

(5) Zur Beschaffung der geeigneten Konnektorlösung nebst Institutionskarten (SMC-B oder entsprechender Zertifikate) erhält das Krankenhaus entsprechende Konnektoren refinanziert. Die Refinanzierung orientiert sich an dem günstigsten Marktpreis. Für das 4. Quartal 2018 gilt:

1. eine Pauschale i. H. v. 1.547,00 EUR pro Einboxkonnektor bzw.
2. eine Pauschale i. H. v. 3.000,00 EUR pro Rechenzentrumskonnektor (siehe Anlage 1) und, falls zwei oder mehr Rechenzentrumskonnektoren betrieben werden (ohne Zählung der Konnektoren nach Abs. 4), eine Pauschale i. H. v. 2000,00 EUR für eine Software, die eine integrierte Administrationsoberfläche bietet.

Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, sobald der von der gematik im Vergabeverfahren "Entwicklung Modularer Konnektor" (EU-Bekanntmachung Nr. 2016/S 172-309248 vom 7.9.2016) beauftragte Konnektor grundsätzlich für alle Krankenhäuser am Markt verfügbar ist und von VPN-Anbietern auch angeboten wird, innerhalb einer Frist von zwei Wochen eine Vereinbarung zu schließen, um unter Berücksichtigung der aktuellen Marktsituation und des im Rahmen des Vergabeverfahrens vereinbarten Konnektorpreises die Erstattungspauschalen ab dem Folgequartal neu zu bemessen. Dabei gilt für den Rechenzentrumskonnektor in Relation zum Einboxkonnektor der doppelte Preis. Für die Bemessung der Pauschalen gilt immer der für den Tag der Installation vereinbarte Preis.

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

§ 5

Stationäre eHealth-Kartenterminals für das Versichertenstammdatenmanagement

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

(2) Zusätzlich erhalten die in § 3 Abs. 3 genannten ambulanten Leistungsbereiche für die Ermächtigungsambulanzen (Nr. 10) 1 eHealth-Kartenterminal und für die MVZ und Notfallambulanzen (Nr. 8 und 11) 3 eHealth Kartenterminals.

(3) Zur Beschaffung und Inbetriebnahme der eHealth-Kartenterminals erhält das Krankenhaus für jedes stationäre eHealth-Kartenterminal eine Pauschale i. H. v. 435,00 EUR.

§ 6

eHealth-Kartenterminals für die Nutzung medizinischer Anwendungen

(1) Zusätzlich zu den eHealth-Kartenterminals nach § 5 erhält das Krankenhaus zur Nutzung der im Online-Produktivbetrieb hinzukommenden medizinischen Anwendungen Kommunikation Leistungserbringer (KOM-LE), Notfalldatenmanagement (NFDM) sowie elektronischer Medikationsplan/Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (eMP/AMTS) inklusive des Basisdienstes QES eHealth-Kartenterminals. Die Anzahl berechnet sich aus der Division der Anzahl der ärztlichen Beschäftigten umgerechnet auf Vollzeitkräfte und der Zahl 3 aufgerundet auf die nächste volle Zahl. Der Nachweis der ärztlichen Vollzeitkräfte erfolgt in analoger Weise zum Nachweis der Pflegekräfte für den Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG. Für die Höhe der Pauschale gilt § 5 Abs. 3 entsprechend.

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

Protokollnotiz:

Die Partner dieser Vereinbarung halten eine personenindividuelle Arztsignatur der Datensätze der medizinischen Anwendungen mittels Heilberufsausweis für unpraktikabel und kostentreibend und befürchten deutliche Behinderungen der Abläufe vor Ort. Sie streben gegenüber dem Gesetzgeber die Streichung gesetzlicher Verpflichtungen zur Arztsignatur mittels Heilberufsausweises im Krankenhaus an und halten stattdessen eine Institutionssignatur mittels SMC-B für geeignet und ausreichend. Die erforderliche Rückverfolgbarkeit der ärztlichen Anordnung auf eine individuelle Person ergibt sich hinreichend aus der Protokollierung in den Primärsystemen der Leistungserbringer. Sofern aufgrund gesetzlicher Änderungen eine personenindividuelle Arztsignatur der Datensätze der medizinischen Anwendungen nicht erforderlich ist, werden die Absätze 1 und 2 angepasst.

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

§ 7

Anpassung der IT- Infrastruktur des Krankenhauses

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

(2) Der in Abs. 1 genannte Aufwand umfasst

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

(3) Zur Finanzierung des Aufwands wird

- a) nach Abs. 2 Nr. 1 eine Pauschale i. H. v. 40.000,00 EUR pro Rechenzentrumskonnektor und 20.000,00 EUR pro Inbox-Konnektor und
- b) nach Abs. 2 Nr. 2 eine Pauschale i. H. v. 50.000,00 EUR pro Krankenhaus für die Anwendungen VSDM, NFDM, eMP/AMTS, KOM-LE und ePA/ePF

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

§ 8

Aufwand der organisatorischen Umstellung

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

(2) Das Krankenhaus erhält die Kosten für die internen Schulungen der Mitarbeiter für den Umgang mit den Diensten, Anwendungen sowie Komponenten der Telematikinfrastruktur. Hierzu gehören Schulungen für IT-Mitarbeiter des Krankenhauses, für die Anwenderbetreuung durch IT-Mitarbeiter sowie für medizinische und administrative Krankenhausmitarbeiter. Hierbei gehen die Vereinbarungspartner von einem Schulungskonzept (train the trainer) aus, bei dem überwiegend Multiplikatoren geschult werden. Der Aufwand der organisatorischen Umstellung wird als Pauschale i. H. v. 150,00 EUR pro Planbett² festgesetzt.

§ 9

Kosten im laufenden Betrieb

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

1. den Zugang zur Telematikinfrastruktur mittels VPN-Zugangsdienst,

² Maßgeblich ist die laut Krankenhausplan ausgewiesene Anzahl der Planbetten. In Bundesländern mit einer Krankenhausplanung ohne Ausweis von Planbetten ist auf die in der Pflegesatz-/ Entgeltvereinbarung zugrunde gelegte Anzahl der aufgestellten Ist-Betten abzustellen.

2. den Betrieb des Konnektors inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration sowie Erhalt der Funktionsfähigkeit der gSMC-K,
 3. den Betrieb der eHealth-Kartenterminals, inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration sowie Erhalt der Funktionsfähigkeit der gSMC-KT,
 4. die Wartungsgebühren für die angepassten Softwaremodule,
 5. den Erhalt der Funktionsfähigkeit der SMC-B der Konnektorlösung.
- (2) Die in Abs. 1 genannten Kosten für die medizinischen Anwendungen werden ab Nutzung der medizinischen Anwendungen als jährliche Pauschale wie folgt festgesetzt:
1. für jeden Konnektor 20% der Ausstattungspauschale nach § 4 Abs. 5 für Hardwarewartung
 2. eine Pauschale von 792,00 EUR für jeden in Nutzung befindlichen VPN-Zugangsdienst
 3. eine Betriebspauschale pro Block von 25 Kartenterminals in i. H. v. 100 EUR für den ersten Block und 1.800,00 EUR für alle weiteren Blöcke, diese ist auf maximal 54.100,00 EUR pro Krankenhaus begrenzt
 4. für jedes eingesetzte Zertifikat (SMC-B oder entsprechendes Zertifikat) eine Pauschale in Höhe von 93,00 EUR pro Jahr
- (3) Das Krankenhaus erhält nach Wahl für jeden im Krankenhaus tätigen ärztlichen Mitarbeiter gegen Nachweis anteilig die Kosten für dessen elektronischen Heilberufsausweis (HBA) in Höhe von pauschal 46,52 EUR pro Jahr. Bei Wahl dieser Option gewährleistet das Krankenhaus im Innenverhältnis die Weiterleitung des Betrags an die jeweiligen ärztlichen Mitarbeiter. Der Anspruch nach Satz 1 wird neu verhandelt, wenn der Gesetzgeber die Anforderung einer personenindividuellen Arztsignatur mittels Heilberufsausweis ganz oder teilweise streicht (Protokollnotiz zu § 6).
- (4) Die Betriebskosten können frühestens ab Verfügbarkeit von zugelassenen eHealth-Konnektoren angesetzt werden. Wird der Betrieb unterjährig aufgenommen, so gelten die Pauschalen proportional zur Anzahl der angefangenen Betriebsmonate.

§ 10

Nutzungs- bzw. transaktionsbezogene Kosten

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

§ 11

Ermittlung des Telematikzuschlags

(1) Die Kostenträger nach § 18 Abs. 2 KHG vereinbaren mit jedem Krankenhaus das krankenhausesindividuelle Finanzierungsvolumen nach Maßgabe der §§ 2 bis 9. Die für

die Berechnung der Pauschalen notwendigen Grunddaten (Datum des Betriebsbeginns, Bettenzahl, Anzahl Fachabteilungen, Standorte, Anzahl der ärztlichen Vollzeitäquivalente, Anzahl Ambulanzen nach § 3 Abs. 3 und deren Verzichtserklärungen) sind in den Budgetverhandlungen mit geeigneten Nachweisen vorzulegen. Sobald die in den §§ 2 bis 8 genannten Investitionskosten des Krankenhauses refinanziert sind, gehen in die Ermittlung des weitergeltenden Telematikzuschlags nur noch die Betriebskosten nach § 9 ein.

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

(3) Die Finanzierung erfolgt anteilig, d. h. fallbezogen im nächsten Vereinbarungszeitraum nach Einführung der jeweiligen Anwendungen durch das Krankenhaus über den Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a SGB V. Der Zuschlag ergibt sich aus der Division des jährlichen krankenhausesindividuellen Finanzierungsvolumens nach Abs. 1 oder 2 durch die vereinbarte Fallzahl der voll- und teilstationären Krankenhausfälle. Der Telematikzuschlag wird in den Rechnungen der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen,

§ 12 Kündigung

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

§ 13 Salvatorische Klausel

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

§ 14 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 1.10.2018 in Kraft.

Berlin, den

GKV-Spitzenverband

Berlin, den

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.