

FAQs - Telematikinfrastuktur

Version 2.2, Stand: 01.09.2021

Inhalt

FAQs - Telematikinfrastuktur	1
I. Allgemeine Fragen zur TI und ihren Anwendungen	8
1. Was ist die Telematikinfrastuktur (TI)?	8
2. Wer betreibt die Telematikinfrastuktur?	8
3. Warum wird die TI eingeführt?	8
4. Welche Anwendungen bietet die TI?	8
5. Was ist das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)?	9
6. Wie funktioniert das VSDM?	9
7. Ist das VSDM mit der Datenschutz-Grundverordnung vereinbar?	10
8. Wer muss an der TI teilnehmen?	11
9. Was muss ich machen, wenn ich mich für die Anbindung an die TI ausstatten will? ..	11
10. Wie / wo / wann erhalte ich weitere Informationen?	11
II. Fragen zu TI-Anbindungsfristen und zur VSDM-Pflicht	12
11. Bis wann muss ich meine Praxis auf die TI umgestellt haben?	12
12. Was passiert, wenn ich meine Praxis nicht auf die TI umstelle?	12
13. Ich beginne in Kürze meine vertragsärztliche Tätigkeit. Welche Übergangsfristen gibt es für Neuzulassungen?	13
14. Wer muss das VSDM verpflichtend durchführen?	13
15. Obwohl wir einer Arztgruppe angehören, deren Versorgungskontext einen Arzt-Patienten-Kontakt in den eigenen Praxisräumen vorsieht, haben wir keinen persönlichen Patientenkontakt. Sind wir von der VSDM-Pflicht ausgenommen?	14
16. Müssen wir als ermächtigte Ärzte, ermächtigte Psychotherapeuten oder ermächtigte Einrichtung das VSDM durchführen?	15
17. NEU: Müssen sich ermächtigte Krankenhäuser und Krankenhäuser mit BSD-Kooperationsvertrag an die TI anbinden und das VSDM durchführen?	15
18. Meine Ermächtigung ist befristet. Gilt für mich eine Ausnahmeregelung?	15
19. Ich bin Ermächtigter ohne Arzt-Patienten-Kontakt. Muss ich mich dennoch an die TI anbinden? Muss ich auch das VSDM durchführen?	15
20. Wo finde ich die Rechtsgrundlage meiner Ermächtigung?	16
21. Muss ich als Laborarzt, Pathologe oder Anästhesist VSDM machen?	16

22. Ich bin in einer Hauptbetriebsstätte und einer Nebenbetriebsstätte oder Filiale tätig. Muss ich auch in einer Nebenbetriebsstätte oder Filiale den VSD-Abgleich durchführen?	17
23. Ich bin Belegarzt an einem Krankenhaus. Muss ich dort ebenfalls den VSD-Abgleich durchführen und mich dafür ausstatten?	17
24. Ich bin Poolarzt. Muss ich die TI-Anwendungen nutzen?	17
25. Werden die KVB Bereitschaftspraxen an die TI angebunden?	17
26. Müssen sich Laborgemeinschaften an die TI anbinden?	17
III. Fragen zu Technik und Betrieb	19
27. Welche Konnektoren-Betriebsarten gibt es und wie unterscheiden sich diese?	19
28. Welche technische Ausstattung benötige ich?	20
29. Welche Anforderungen müssen die technischen Komponenten erfüllen?.....	21
30. Woher bekomme ich die erforderlichen technischen Komponenten?	21
31. Was sollte vor der Beschaffung der Komponenten besonders beachtet werden?.....	21
32. Muss ich die Komponenten aus dem Komplettpaket meines PVS-Anbieters anbinden oder kann ich auch die Ausstattung anderer Anbieter kaufen?.....	22
33. Was ist ein Konnektor? Wozu benötige ich einen Konnektor?	23
34. Was ist ein „E-Health-Konnektor“?.....	23
35. Was ist ein „ePA-Konnektor“?	23
36. Gibt es bauliche Anforderungen an die Einsatzumgebung des Konnektors?.....	24
37. Ist nach der Zwischenschaltung des Konnektors noch eine Fernwartung des PVS möglich?	24
38. Kann ich einen Konnektor für mehrere Betriebsstätten verwenden?.....	24
39. Wie viele stationäre Kartenlesegeräte können an einen Konnektor angeschlossen werden?	24
40. Ich habe neben meiner Hauptbetriebsstätte eine Nebenbetriebsstätte/ Filiale. Wie viele stationäre Kartenlesegeräte und SMC-B Karten sind erforderlich?	24
41. Benötige ich ein TI-fähiges mobiles Kartenterminal, um VSDM durchführen zu können?	25
42. Muss ich mein mobiles Lesegerät austauschen?	25
43. Benötige ich weiterhin KV-SafeNet?	25
44. Ich nutze bisher KV-Ident Plus für den Zugang zu Services der KVB sowie den Zugriff auf das Sichere Netz der KVen (SNK). Kann ich den KV-Ident Plus Token trotz der Anbindung an die TI weiter nutzen?.....	25
45. Kann ich mit meinem an die TI angeschlossenen Computer das „freie“ Internet nutzen?	26
46. Wie schnell muss mein Internet sein, welche Bandbreite ist für das VSDM erforderlich?	26
47. Kann die TI mit einem Internet-Stick über das Mobilfunknetz verwendet werden? ...	26

48. Was ist ein „virtuelles privates Netzwerk“ (VPN)?	27
49. Benötige ich zusätzlich zu meinem Internet-/SafeNet-Anschluss einen VPN-Zugangsdienst?	27
50. Gibt es eine Abhängigkeit der TI-Komponenten zum Betriebssystem (z.B. Windows oder Linux) der Praxis-PCs?.....	27
51. Kann ich mir mit meinem Kollegen aus der Praxisgemeinschaft einen Router teilen, wenn wir 2 unterschiedliche Software Systeme und 2 Konnektoren einsetzen?.....	27
52. Ist eine Übernahme/Übergabe der TI-Komponenten möglich?	28
53. Wie verfare ich bei Praxisbeendigung mit meinen TI-Komponenten?	28
54. Ich bin ein „reisender“ Anästhesist und habe keinen Arzt-Patienten-Kontakt in den eigenen Praxisräumen. Was muss ich bei der TI-Anbindung beachten?	29
55. Wir sind ein MVZ und bereits an die TI angeschlossen. In unserem MVZ sind auch Laborärzte tätig. Muss das Labor nun ebenfalls nochmal alle erforderlichen Komponenten wie Konnektor etc. anschaffen?	29
56. Was schützt die vorhandenen informationstechnischen Systeme von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern vor Hacker-Angriffen?	29
57. Stimmt es, dass z.B. „Bundestrojaner“ u.U. auf unseren Praxisservern platziert werden können?	30
58. Ist eine Praxis für die Sicherheit der Telematikinfrastruktur (TI) verantwortlich?	30
59. Wer haftet im Falle einer Sicherheitslücke im System (z. B. Datenverlust, Ausspähung von Daten etc.)?	31
60. Welche Prüfungsnachweise gibt es für die Abrechnung?	32
61. Welche Fehlermeldungen können auftreten?	32
62. Wie lange dauert das VSDM?	33
63. An wen wende ich mich bei technischen Störungen?.....	33
64. Wer ist der Betreiber des TI-Servers?.....	33
65. Was muss ich tun, wenn eine für das Einlesen der eGK erforderliche Komponente (z. B. stationäres Kartenlesegerät) defekt ist?	33
66. Meine Praxis ist bereits an die TI angebunden, seitdem können oftmals die eGKs nicht eingelesen werden, was kann ich tun?	33
67. Wann kann das Ersatzverfahren angewendet werden?.....	34
68. Gibt es eine Ausfallpauschale z. B. bei technischen Störungen?	34
69. Gibt es eine Garantie auf die Konnektoren und wenn ja wie lange?.....	34
70. Was passiert, wenn nach Ablauf der Gewährleistungsfrist eine Komponente (z. B. Konnektor) ausgetauscht werden muss?	34
71. Kann ich mich bei Fragen zu meinem TI-Vertrag/ zu den TI-Verträgen an die KVB wenden?	35
IV. Fragen zur SMC-B Karte (Praxis-/Institutionsausweis).....	36
72. Was ist der Praxis-/Institutionsausweis (SMC-B Karte) und wofür benötige ich ihn?.	36
73. Wo kann ich die SMC-B Karte (Praxis-/Institutionsausweis) bestellen?	36

74. Wie geht es nach der Bestellung für die SMC-B Karte (Praxisausweis) weiter?	36
75. Wie viele SMC-B Karten (Praxisausweise) benötige ich?	37
76. An wen kann ich mich bei Fragen zur SMC-B Karte (Praxisausweis) wenden?	37
77. Wo finde ich meine Vorgangsnummer?	37
78. Ich habe 2 SMC-B Karten (Praxisausweise) oder mehr bestellt, benötige aber nur 1 SMC-B Karte, was kann ich tun?.....	37
79. In welchem Status befindet sich meine SMC-B Kartenbestellung?	37
80. Ich habe meine SMC-B Karte (Praxisausweis) bestellt, wann erhalte ich diese?	38
81. Ich konnte die Zustellung der Karten nicht annehmen, was passiert jetzt?.....	38
82. Ist mein Antrag angekommen?	38
83. Kann der Antrag noch geändert werden, auch wenn dieser von der KVB schon freigegeben wurde?	38
84. Ich habe in meinem Antrag etwas falsch eingegeben bzw. eine Angabe (z.B. Bestellcode) vergessen. Wie kann ich den Antrag ändern?	38
85. Der Bestellcode wird nicht angenommen (sofern Sie von einem Reseller einen Bestellcode erhalten haben), was kann ich tun?	38
86. Welche SMC-B Karte (Praxisausweis) sollen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (MKG) mit Doppelzulassung nutzen?.....	38
87. In unserer Gemeinschaftspraxis ist sowohl ein Arzt als auch ein Psychotherapeut tätig. Welchen SMC-B Kartentyp muss ich bei der Beantragung wählen?.....	39
88. Benötigen ermächtigte Krankenhausärzte eine eigene SMC-B Karte?.....	39
89. Wann muss eine SMC-B Karte (Praxisausweis) gesperrt werden und an wen kann ich mich für die Sperrung der Karte wenden?.....	39
90. Was muss getan werden, wenn der Antragsteller der SMC-B Karte (Praxisausweis) z.B. die Gemeinschaftspraxis verlässt?	39
V. Fragen zum elektronischen Heilberufsausweis (eHBA)	40
91. Wer ist mein Ansprechpartner bei Fragen zum eHBA?	40
92. Benötige ich einen eHBA?	40
93. Benötigt jeder Arzt/Psychotherapeut in einer Praxis einen eigenen eHBA?	40
94. NEU: Wofür benötigen Laborärzte und Anästhesisten ohne Arzt-Patienten-Kontakt einen eHBA (eArztausweis)?	40
95. Benötigen Aus- und Weiterbildungsassistenten einen eigenen eHBA?	41
96. NEU: Benötigen Vertreter (bspw. Sicherstellungsassistenten) einen eigenen eHBA? ..	41
97. Benötigen Poolärzte in den Bereitschaftspraxen einen eigenen eHBA?	41
98. Benötigen Ärzte mit einer Doppelmitgliedschaft bei der Zahn- Ärztekammer (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen) 2 eHBAs?	41
99. Wo kann ich einen eHBA (eArztausweis/ePsychotherapeutenausweis) beantragen?...	41
100. Im Antragsformular für den eHBA kann ich optional eine E-Mail-Adresse für die Signatur von E-Mails angeben. Welche E-Mail-Adresse muss ich hier angeben?.....	42

VI. Fragen zu Kosten und Finanzierung.....	43
101. Wer übernimmt die Kosten für die Anbindung der Praxen an die TI?	43
102. Welche Kosten sind durch die Finanzierungsvereinbarung abgedeckt?.....	43
103. Ist in der Finanzierungsvereinbarung ein Enddatum für die Auszahlung der Pauschalen für die Erstausrüstung sowie den laufenden Betrieb festgelegt?	44
104. Welche einmaligen Pauschalen für die Anbindung der Praxen an die TI werden erstattet?.....	44
105. Wie kann ich ermitteln, wie viele Pauschalen für stationäre Kartenlesegeräte ich erstattet bekomme?.....	46
106. Welche Pauschalen für den laufenden Betrieb werden erstattet?.....	46
107. Warum werden die Betriebskostenpauschalen im ersten Quartal der VSDM-Durchführung gekürzt und in welcher Höhe?.....	47
108. Mein PVS-Anbieter bietet mir kein Komplettpaket an, sondern nur ein TI-Modul zur Anbindung zertifizierter Komponenten. Gibt es für das TI-Modul und damit verbundene Kosten für die Wartung eine eigene Pauschale?	48
109. Welche Praxen haben Anspruch auf die Erstattung der Pauschalen für den Konnektor und stationäre Kartenterminals, die dazugehörige Betriebskostenpauschale und TI-Startpauschale?	48
110. Wer hat außerdem Anspruch auf die genannten Pauschalen?	48
111. Erhalten auch Bereitschaftspraxen, die keine Eigeneinrichtung der KVB sind, die Pauschalen zur Ausstattung mit den notwendigen TI-Komponenten zur Durchführung des VSDM erstattet?	49
112. Die Höhe der Pauschale für stationäre Kartenlesegeräte für die Erstausrüstung hängt von der Anzahl der Ärzte in der Praxis ab. Werden Sicherstellungsassistenten, Ausbildungsassistenten und Weiterbildungsassistenten bei der Ermittlung der Anzahl der Ärzte berücksichtigt?.....	49
113. Wer hat Anspruch auf mobile Kartenterminals samt Betriebskosten für eine SMC-B Karte (Praxis-/Institutionsausweis)?	49
114. Wer hat Anspruch auf eine Pauschale für den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA)?	50
115. Wieviel kostet ein eHBA?.....	50
116. Wie bekomme ich die Pauschalen für die Erstausrüstung sowie die Betriebskostenpauschalen erstattet?	50
117. Ich möchte für die Kosten zur Ausstattung meiner Praxis zur Anbindung an die TI nicht in Vorleistung gehen. Ist eine Vorauszahlung für die Pauschalen der Erstausrüstung möglich?.....	52
118. Wird die Pauschale für das mobile Kartenlesegerät inkl. der Quartalspauschale für eine SMC-B Karte ebenfalls für das Quartal des ersten VSD-Abgleichs ausgezahlt? ..	52
119. Erfolgt die Auszahlung für mobile Kartenlesegeräte ebenso automatisch wie für stationäre Geräte?	52
120. Werden die Quartalspauschalen für ein mobiles Kartenlesegerät auch ausgezahlt, wenn ich in einem Quartal nicht die erforderlichen GOPen für Hausbesuche abrechne?	52

121. Muss ich beim ersten VSD-Abgleich für den Nachweis in der Abrechnung etwas beachten?	52
122. Muss ich die erhaltenen Pauschalen zurückzahlen, wenn ich meine vertragsärztliche Tätigkeit beende oder sich die Anzahl der Ärzte in meiner Praxis verringert?	53
123. Erhalte ich für einen ausgelagerten Praxisraum ebenfalls die Pauschalen für die Erstausrüstung zur Anbindung an die TI?	53
124. Wir sind eine Praxisgemeinschaft mit zwei separaten Betriebsstättennummern und wollen gemeinsam einen Konnektor verwenden. Wie viele Pauschalen für den Konnektor werden erstattet?	53
125. Wir sind eine KV-übergreifende überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft. Von welcher KV erhalten wir die Pauschalen?	53
126. Wie oft muss ich jedes Quartal den VSD-Abgleich durchführen, damit die Pauschalen für die laufenden Betriebskosten quartalsweise erstattet werden?	54
127. Werden die TI-Pauschalen bei der Berechnung der Verwaltungskosten einbezogen?	54
128. Wie kann ich im Honorarbescheid nachvollziehen, welche Pauschalen in welcher Höhe für die Anbindung an die TI ausgezahlt wurden?	54
129. Erhalte ich die Pauschalen für die Betriebskosten auch bei Ruhen der Zulassung weiter?	54
130. Wird für die Anschaffung eines mobilen Kartenterminals, welches ich nur im Bereitschaftsdienst benötige, die Pauschale für das mobile Kartenlesegerät erstattet?	55
131. Welche ermächtigten Einrichtungen erhalten die Erstattungspauschalen ausschließlich über die Finanzierungsvereinbarung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)?	55
132. Wir sind eine ermächtigte Einrichtung ohne Krankenhausanbindung. Nach welcher Finanzierungsvereinbarung erhalten wir die Erstattungspauschalen?	56
133. Wir sind ein MVZ. Über welche Finanzierungsvereinbarung haben wir Anspruch auf Kostenerstattung?	56
134. Ich bin Mund-Kiefer-Gesichtschirurg (MKG) und bin sowohl ärztlich als auch zahnärztlich tätig. Was muss ich tun, wenn ich eine Doppelzulassung habe (ärztliche und zahnärztliche)?	56
135. Meine Praxis hat bisher keinen Internetanschluss. Wird mir nun auch ein Internetanschluss finanziert?	56
VII. Fragen zur Honorarkürzung	57
136. Welche Honorarbestandteile werden gekürzt?	57
137. Welches Honorar ist nicht von der Kürzung betroffen?	57
138. Werden Notfalleleistungen gekürzt?	57
139. Werden Leistungen, die im Rahmen der Behandlung von Corona-Patienten erbracht werden, gekürzt?	57
140. Was passiert mit dem gekürzten Honorar?	57
141. Wo finde ich Details zum Kürzungsbetrag auf dem Honorarbescheid?	58

142. Wie kann ich den Kürzungsbetrag nachrechnen bzw. das „kürzungsrelevante GKV-Honorar“ ermitteln? 58
143. Muss ich mit weiteren Sanktionen im Zusammenhang mit der Einführung weiterer TI-Anwendungen rechnen? 58
144. In meinem aktuellen Honorarbescheid (z.B. Q1/2021) ist eine Korrektur des Honorarabzugs TI für das Quartal 4/2020 enthalten. Warum wurde mein Honorar für das Quartal erneut gekürzt? 59
145. Wie kann ich überprüfen, dass die VSDM-Prüfnachweise in der Abrechnung enthalten sind? 59
146. Ich gehöre zu einer nicht VSDM-pflichtigen Arztgruppe (Laborarzt). Wird mein Honorar gekürzt wenn ich mich nicht bis zum 30.06.2020 an die TI angeschlossen habe? 59
147. Ich möchte Widerspruch gegen die Honorarkürzung einlegen. Was muss ich beachten?
60
148. Unterstützt die KVB ein Musterwiderspruchsverfahren? 60
149. Gibt es eine Mustervorlage zur Einreichung eines Widerspruchs gegen die TI-Honorarkürzung? 61
150. Sind in Bayern bereits gerichtliche Entscheidungen in Zusammenhang mit der TI ergangen? 61
151. Kann ich nach Ablauf der Widerspruchsfrist noch Änderungen am Honorarbescheid erreichen? 61

I. Allgemeine Fragen zur TI und ihren Anwendungen

1. Was ist die Telematikinfrastruktur (TI)?

Die Telematikinfrastruktur (TI) vernetzt alle Akteure des deutschen Gesundheitswesens und gewährleistet den sicheren Austausch von Informationen, da es vom öffentlichen Internet getrennt ist. Die TI ist ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer (Personen und Institutionen) mit einem elektronischen Ausweis Zugang erhalten. Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und dem Aufbau einer sicheren, einrichtungsübergreifenden Kommunikationsinfrastruktur im Gesundheitswesen soll die Grundlage für einen sicheren Austausch wichtiger medizinischer Daten geschaffen werden.

2. Wer betreibt die Telematikinfrastruktur?

Der gesetzliche Auftrag der gematik GmbH gemäß §311 SGB V ist die Einführung, der Betrieb und die Weiterentwicklung der TI im Gesundheitswesen, der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sowie zugehöriger Fachanwendungen für die Datenkommunikation zwischen Heilberuflern, Kostenträgern und Versicherten. Die gematik entwickelt die übergreifenden IT-Standards für den Aufbau und Betrieb einer bundesweiten, möglichst nahtlos zusammenarbeitenden und sektorübergreifenden Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (TI). Sie ist für den Wirkbetrieb zudem Testzentrum und Zulassungsstelle für alle industriellen Produkte der TI. Gesellschafter der gematik sind neben der Bundesrepublik Deutschland vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, die Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens, also der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der Deutsche Apothekerverband.

3. Warum wird die TI eingeführt?

Die digitale Datenautobahn TI soll alle Beteiligten im Gesundheitswesen wie Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen, Apotheken und Krankenkassen miteinander vernetzen und den Datenaustausch auch über Sektorengrenzen hinweg erleichtern. Den Aufbau der TI regelt das Sozialgesetzbuch V und hier vor allem der § 306.

4. Welche Anwendungen bietet die TI?

Die TI bietet Versicherten sowie (Zahn-)Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Apotheken verschiedene Anwendungen.

Die Einführung der TI begann mit der Umsetzung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM). Diese Anwendung ist für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, die an der Versorgung gesetzlich Versicherter teilnehmen, verpflichtend.

Aktuell erfolgt der Ausbau der TI mit den neuen medizinischen Anwendungen Notfalldatenmanagement (NFDM), elektronischer Medikationsplan (eMP), dem Kommunikationsdienst „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM), der den Versand von eArztbriefen, eNachrichten und zukünftig der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) ermöglicht sowie der elektronischen Patientenakte (ePA) und dem elektronischen Rezept (eRezept).

Weitere Informationen zu den neuen Anwendung NFDM, eMP, eArztbrief, eAU, ePA und eRezept finden Sie auf der jeweiligen Themenseite unter www.kvb.de/ti. Zudem finden Sie in den FAQ-Dokumenten „NFDM/eMP“, „KIM“, „ePA“ und „eRezept“ die Antworten auf häufig gestellte Fragen. Die FAQ-Dokumente sind über die Themenseiten aufrufbar.

5. Was ist das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)?

Die Einführung der TI begann mit der Umsetzung des VSDM. Die Anwendung ist für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, die an der Versorgung gesetzlich Versicherter teilnehmen, verpflichtend.

Beim VSDM überprüfen (Zahn-) Ärzte und Psychotherapeuten in Echtzeit („online“), ob die auf der eGK gespeicherten Versichertenstammdaten aktuell sind bzw. ob überhaupt ein gültiges Versicherungsverhältnis besteht. Zu den Stammdaten gehören Daten des Versicherten wie Name, Geburtsdatum, Anschrift und Versichertenstatus sowie ergänzende Informationen, z.B. zum Zuzahlungsstatus. Sie dienen Ihnen als Nachweis, dass der Patient versichert ist und als Grundlage für die Abrechnung der Leistungen. Diese Online-Überprüfung ist bei jedem ersten Patientenkontakt im Quartal verpflichtend.

6. Wie funktioniert das VSDM?

Durch eine geschützte direkte Online-Verbindung der Praxis mit dem jeweiligen Versichertenstammdatendienst der Krankenkasse wird in Echtzeit („online“) geprüft, ob die auf der eGK eines Patienten gespeicherten Versichertenstammdaten aktuell sind bzw. ob überhaupt ein gültiges Versicherungsverhältnis besteht. Mit dieser Anwendung kann eine eGK ggf. auch aktualisiert oder gesperrt werden. Ein Austausch der Karte – zum Beispiel bei Adress- oder Statusänderungen – ist dann nicht mehr notwendig.

Beispiel:

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 Prüfnachweis wird auf der Karte gespeichert, auch dann, wenn die VSDM-Daten noch aktuell waren. Nach dem Datenabgleich übernimmt das PVS den Prüfnachweis 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 dann weder Daten noch Prüfungsnachweis auf die eGK geschrieben oder an das PVS übermittelt.

Die eGK wird wie gewohnt aus dem Kartenterminal entnommen.

7. Ist das VSDM mit der Datenschutz-Grundverordnung vereinbar?

Die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) enthält in den Art. 6 Abs. 2 und Art. 9 Abs. 2 Öffnungsklauseln für den nationalen Gesetzgeber, u. a. im Sozialleistungsbereich sowie im Bereich der Gesundheitsversorgung. Der nationale Gesetzgeber darf also insbesondere im SGB eigene bzw. spezifische Regelungen schaffen bzw. diese beibehalten.

Das VSDM ist in § 291b SGB V geregelt. Absatz 2 dieser Vorschrift erlegt den Leistungserbringern grundsätzlich die Pflicht auf einen VSD-Abgleich unter Nutzung der Dienste nach Absatz 1 durchzuführen. Diese Verpflichtung stellt gleichzeitig die gesetzliche Übermittlungsbefugnis der hierfür erforderlichen Daten dar. Nachdem die Datenübermittlung gesetzlich vorgegeben ist, bedarf es hierfür keiner Patienteneinwilligung. Im Übrigen ist die Nichtdurchführung des VSD-Abgleichs über § 291b Abs. 5 SGB V zu Lasten des Arztes sanktioniert. Allein dieser Umstand würde bereits zu einer Übermittlungsbefugnis nach Art. 6 Abs. 1 Buchstabe f DSGVO führen. Es gibt keine Rechtsvorschrift in der DSGVO, die eine Einsichtsmöglichkeit in Daten-/ Übermittlungsprotokolle vorschreibt. Nach § 291b Abs. 5 Satz 3 SGB V ist die Durchführung der VSDM-Prüfung allerdings auf der eGK zu speichern. Ferner ist die Durchführung der Prüfung nach § 291b Absatz 3 SGB V der zuständigen KV mit den Abrechnungsdaten mitzuteilen.

Der Auskunftsanspruch nach Art. 15 DSGVO betrifft nur die in der Praxis gespeicherten Daten (hier z. B. VSD-Abgleich durchgeführt) sowie die Kategorien der Empfänger von Daten - nicht aber die vorgenannten Protokolle. Empfänger der Daten im Rahmen der VSDM-Prüfung ist der VSDM-Fachdienst innerhalb der TI - bzw. die Krankenkasse des Versicherten. Über die Datenverarbeitung beim Empfänger sind die Ärzte / Psychotherapeuten nicht auskunftspflichtig. Es steht „Bedenkenträgern“ frei, sich selbst an eine (regionale oder nationale) Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Mitte März 2019 wurde das erste bayerische Klageverfahren zur TI beendet. Dem Antragsteller ging es in seiner Klage vor dem Sozialgericht München u. a. um den Datenschutz. (SG München, Beschluss v. 22.03.2019 – S 38 KA 52/19 ER). Das Verfahren wurde abgewiesen. Das Gericht begründete dazu wie folgt:

„[...] Auch ein Verstoß gegen Datenschutzrecht ist nicht ersichtlich. Die Regelung der Ausgestaltung und Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte sind mit höherrangigem Recht, vor allem mit dem Grundrecht der Patienten auf informationelle Selbstbestimmung als eine Ausprägung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz) vereinbar (vgl. auch BSG, Urteil vom 18.11.2014, Az B 1 KR 35/13 R). Hinzu kommt, dass - wie die Antragsgegnerin ausführt - die Einhaltung des Datenschutzes auch dadurch sichergestellt ist, dass alle Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung vorgelegt werden müssen und auch der Bundesbeauftragte für den Datenschutz zu beteiligen ist (§ 291b Abs. 4 SGB V).“

Mit dem „Digitale Versorgung und Pflege - Modernisierungs-Gesetz“ (DVPMG) macht der Gesetzgeber einen großen Schritt in Bezug auf Transparenz im Kontext des TI-Datenschutzes: Bei der gemäß Art. 35 Abs. 10 DSGVO normierten, vorgezogenen Datenschutz-Folgenabschätzung (DSFA) übernimmt der Gesetzgeber die Verantwortlichkeit für die Durchführung und entlastet damit die Verantwortlichen und Regelungsadressaten des Gesetzes von einer etwaigen Durchführungspflicht. Die DSFA ist also bereits durchgeführt und liegt dem Gesetz als Anlage zu § 307 SGB V bei.

8. Wer muss an der TI teilnehmen?

Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheken sind zur Anbindung an die TI verpflichtet. Pflegeeinrichtungen, Hebammen und Physiotherapeuten dürfen sich anbinden.

9. Was muss ich machen, wenn ich mich für die Anbindung an die TI ausstatten will?

Ihr Softwarehaus ist Ihr erster Ansprechpartner für die Bestellung der Komponenten, bei Fragen zur Installation und ggf. der Klärung, welche Konnektor- und PVS-Updates für die neuen Anwendungen aktuell zur Verfügung stehen.

Wir empfehlen allen Praxen, vor dem Kauf von Komponenten und Diensten das Preis-Leistungs-Verhältnis und die vertraglichen Bedingungen der Anbieter genau zu prüfen, denn es wird nicht der tatsächliche Rechnungsbetrag erstattet, sondern ausschließlich die auf Basis der TI-Finanzierungsvereinbarung festgelegten Pauschalen (siehe weitere Fragen zu den Pauschalen unter Abschnitt 0).

10. Wie / wo / wann erhalte ich weitere Informationen?

Auf unserer Internetseite unter www.kvb.de/ti finden Sie alle relevanten und aktuellen Informationen zur TI und sämtlichen Anwendungen. Verlinkt sind zudem ergänzende Informationsmaterialien wie die „Checkliste TI-Anschluss“ sowie Übersichtsdokumente zur „TI-Finanzierung“ und den „TI-Komponenten“.

Die gematik bietet auf ihrer Internetseite <https://fachportal.gematik.de/zulassungen/> eine Übersicht der zugelassenen Komponenten und Dienste an.

Auch die KBV informiert auf ihrer Homepage über die TI, die technischen Voraussetzungen, die Finanzierung und die neuen Anwendungen:

<https://www.kbv.de/html/telematikinfrastruktur.php>.

Zudem stellen wir regelmäßig Serviceschreiben mit wichtigen/ aktuellen Informationen zur TI über das Mitgliederportal bereit.

II. Fragen zu TI-Anbindungsfristen und zur VSDM-Pflicht

11. Bis wann muss ich meine Praxis auf die TI umgestellt haben?

Die gesetzliche Grundlage für die Einführung der TI gemäß § 306 ist § 291b des Sozialgesetzbuches V. Seit dem 1. Januar 2019 müssen Vertragsärzte- und Psychotherapeuten an die TI angeschlossen sein und als erste Anwendung das VSDM durchführen. Bei Nicht-Durchführung ist ihnen nach § 291b Absatz 5 SGB V die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um aktuell 2,5 Prozent so lange zu kürzen, bis sie sich an die TI angebinden haben und über die für das VSDM erforderlichen Komponenten verfügen. Der Nachweis gegenüber der KVB erfolgt automatisch über entsprechende VSDM-Nachweise in den Abrechnungsunterlagen.

Abweichende Fristen gelten für nicht VSDM-pflichtige Ärzte, sowie ermächtigte Ärzte, ermächtigte Psychotherapeuten und ermächtigte Einrichtungen. Lesen Sie hierzu FAQ 14 und 16.

12. Was passiert, wenn ich meine Praxis nicht auf die TI umstelle?

Nach § 291b Abs. 2 SGB V sind Sie gesetzlich dazu verpflichtet Ihre Praxis an die TI anzuschließen und das VSDM durchzuführen. Schließen Sie Ihre Praxis nicht an die TI an und führen Sie das VSDM nicht durch, wird Ihr Honorar solange um aktuell 2,5 Prozent gekürzt, bis Sie Ihre Praxis an die TI angeschlossen haben und über die Komponenten verfügen, die für die Durchführung des VSDM erforderlich sind.

Abweichende Fristen/Regelungen gelten für nicht VSDM-pflichtige Ärzte, sowie ermächtigte Ärzte am Krankenhaus und ermächtigte Einrichtungen. Lesen Sie hierzu FAQ 14 und 16.

Vertragsärzte sind zudem ab 1. Oktober 2021 dazu verpflichtet, die eAU über KIM an die Krankenkassen zu versenden. Ab 1. Januar 2022 müssen Vertragsärzte für apothekenpflichtige Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eRezepte ausstellen. Auch die für Patienten freiwilligen TI-Anwendungen ePA, NFDM und eMP sind für Vertragsärzte Pflicht. Eine Grundvoraussetzung für die Anwendungen ist die Anbindung an die TI. Um den vertragsärztlichen Pflichten nachzukommen, ist daher eine Anbindung an die TI unerlässlich.

Zu beachten ist außerdem, dass als Übertragungsdienst von eArztbriefen seit 1. April 2021 nur noch KIM eingesetzt werden darf. Die elektronische Übertragung von eArztbriefen über andere Kommunikationswege ist für Vertragsärzte/-psychotherapeuten nicht mehr zulässig.

13. Ich beginne in Kürze meine vertragsärztliche Tätigkeit. Welche Übergangsfristen gibt es für Neuzulassungen?

Für Ärzte oder Psychotherapeuten, die sich neu niederlassen, sieht der Gesetzgeber keine Übergangsfristen in Bezug auf die TI-Anbindung und VSDM-Pflicht (§ 291b Absatz 2 SGB V), die Bereitstellung weiterer TI-Anwendungen sowie die Honorarkürzungen (§ 291b Absatz 5 SGB V und § 341 Absatz 6 SGB V) vor.

Somit müssen sich neu zugelassene Praxen im selben Quartal ihrer Niederlassung an die TI anschließen und das VSDM durchführen, um keine Honorarkürzung um aktuell 2,5 Prozent zu riskieren. D. h. zum Beispiel für Neuzulassungen im Laufe des zweiten Quartals, das diese bis Ende Juni an die TI angeschlossen sein und das VSDM durchführen müssen. Um darüber hinaus trotz TI-Anbindung und VSDM-Durchführung keine Honorarkürzung von 1 Prozent im Zusammenhang mit der ePA zu riskieren, müssen neu zugelassene Praxen zudem im Quartal ihrer Niederlassung die technischen Voraussetzungen für den Zugriff auf die ePA in ihrer Praxis schaffen.

Sobald Ärzte und Psychotherapeuten eine bestandskräftige Zulassung vorliegen haben, sollten sie also die TI-Komponenten bestellen. Wir empfehlen Ärzten und Psychotherapeuten, die sich neu zulassen, sich schon vor Erhalt der Zulassung Gedanken darüber zu machen, welches PVS sie im Falle einer Niederlassung einsetzen werden. Der PVS-Anbieter kann die Neuzugelassenen hinsichtlich einer TI-Installation beraten und ein TI-Angebot machen.

14. Wer muss das VSDM verpflichtend durchführen?

Seit dem 1. Januar 2019 gilt die VSDM-Pflicht für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und Einrichtungen mit direktem Arzt-Patienten-Kontakt.

D.h. wer bei der erstmaligen Inanspruchnahme von Leistungen durch den Patienten im jeweiligen Quartal die Prüfung der Versichertenstammdaten nicht durchführt, dem muss die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen um aktuell 2,5 Prozent gekürzt werden, solange bis er sich an die TI angeschlossen hat und über die für das VSDM erforderlichen Komponenten verfügt. Der Nachweis gegenüber der KVB erfolgt automatisch über entsprechende VSDM-Nachweise in den Abrechnungsunterlagen. Die KVB ist aufgrund der gesetzlichen Vorgaben gem. § 291b Absatz 5 SGB V verpflichtet, diese Kürzung vorzunehmen.

Erfolgt der Arzt-Patienten-Kontakt nicht in den eigenen Praxisräumen (z.B. Anästhesisten oder Versorgung in Pflegeeinrichtungen), ist das VSDM nicht möglich. In diesen Fällen kommt weiterhin ein mobiles Kartenlesegerät zum Einsatz, mit dem kein VSD-Abgleich vorgenommen werden kann. Mobile Kartenlesegeräte arbeiten im Offline-Betrieb und sind nicht VSDM-fähig, da mit diesen Geräten kein Datenabgleich erfolgen kann. Genauere Informationen zur Anbindungspflicht für Anästhesisten siehe FAQ 21.

Ist im Versorgungskontext kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt vorgesehen, ist das VSDM nicht möglich. Damit besteht für Ärzte in diesen Fällen keine VSDM-Pflicht. Sie übernehmen für die Abrechnung weiterhin die Versichertendaten, die im Personalienfeld des Auftrags stehen. Dies betrifft insbesondere folgende Fachgruppen:

- Laborärzte
- Pathologen
- Transfusionsmediziner

Bei Ärzten dieser Fachgruppen **kann** die VSDM-Pflicht allerdings auch greifen, wenn z. B. Leistungen gemäß der Gebührenordnungsposition 19210 „Konsiliarpauschale“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) erbracht werden, bei der ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im obligaten Leistungsinhalt gefordert wird oder wenn Patienten in seltenen Fällen Praxen dieser Ärzte direkt aufsuchen. Für diese seltenen Fälle mit Arzt-Patienten-Kontakt benötigen auch diese Praxen eine TI-Anbindung und müssen das VSDM durchführen.

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wurde beschlossen, dass sich auch nicht-VSDM-pflichtige Ärzte bis zum 30.06.2020 an die TI anschließen mussten. Von der VSDM-Pflicht sind sie nach wie vor befreit und werden demnach auch nicht sanktioniert, wenn sie kein VSDM durchführen. Um jedoch keine Honorarkürzung von 1 Prozent im Zusammenhang mit der ePA zu riskieren, müssen auch nicht-VSDM-pflichtige Ärzte die technischen Voraussetzungen für den Zugriff auf die ePA in ihrer Praxis schaffen.

15. Obwohl wir einer Arztgruppe angehören, deren Versorgungskontext einen Arzt-Patienten-Kontakt in den eigenen Praxisräumen vorsieht, haben wir keinen persönlichen Patientenkontakt. Sind wir von der VSDM-Pflicht ausgenommen?

Nein. Ärzte, die einer Arztgruppe angehören, deren Versorgungskontext einen Arzt-Patienten-Kontakt vorsieht, sind VSDM-pflichtig. Auch sie müssen sich an die TI anschließen und VSDM durchführen. Auch zur Bereitstellung der für den Zugriff auf die ePA erforderlichen Komponenten und Diensten sind sie verpflichtet.

Eine Zulassung berechtigt nicht nur, sondern verpflichtet auch zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Zu dieser Pflicht gehört u. a., dass Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten im Rahmen ihrer Zulassung Sprechzeiten entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung anbieten müssen (§ 17 BMV-Ä).

D.h., dass sich Vertragsärzte, wie z. B. Gynäkologen, die keine Sprechzeiten anbieten, weil sie beispielsweise ausschließlich Einsendezytologien untersuchen, trotzdem an die TI anschließen, das VSDM durchführen und sich mit den für den Zugriff auf die ePA erforderlichen Komponenten und Diensten auszustatten müssen. Tun sie das nicht, muss das Honorar gekürzt werden.

16. Müssen wir als ermächtigte Ärzte, ermächtigte Psychotherapeuten oder ermächtigte Einrichtung das VSDM durchführen?

Auch Ermächtigte sind verpflichtet sich an die TI anzubinden, das VSDM durchzuführen und sich mit den für den Zugriff auf die ePA erforderlichen Komponenten und Diensten auszustatten. Ermächtigte Krankenhäuser, ermächtigte Ärzte am Krankenhaus und die nach § 75 Absatz 1b Satz 3 auf Grund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinbarung in den Notdienst einbezogenen zugelassenen Krankenhäuser sind jedoch von den Honorarkürzungen bis zum 31. Dezember 2021 ausgenommen.

D.h. ermächtigten Ärzten/Psychotherapeuten, die sich nicht an die TI angebinden haben und das VSDM nicht durchführen, wird bereits jetzt die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 2,5 Prozent so lange gekürzt, bis sie sich an die TI angebinden haben und über die für das VSDM erforderlichen Komponenten verfügen. Ermächtigten Krankenhäusern, ermächtigten Ärzten am Krankenhaus und die nach § 75 Absatz 1b Satz 3 auf Grund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinbarung in den Notdienst einbezogenen zugelassenen Krankenhäuser drohen die Sanktionen erst ab 1. Januar 2022. Der Nachweis gegenüber der KVB erfolgt automatisch über entsprechende VSDM-Nachweise in den Abrechnungsunterlagen.

17. NEU: Müssen sich ermächtigte Krankenhäuser und Krankenhäuser mit BSD-Kooperationsvertrag an die TI anbinden und das VSDM durchführen?

Auch die ermächtigten Krankenhäuser, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sowie die nach § 75 Absatz 1b Satz 3 auf Grund einer Kooperationsvereinbarung mit der KV in den Notdienst einbezogenen zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an die TI anzuschließen, das VSDM durchzuführen und sich mit den für den Zugriff auf die ePA erforderlichen Komponenten und Diensten auszustatten. Eine Sanktion ist für diese jedoch erst ab dem 1. Januar 2022 vorgesehen.

18. Meine Ermächtigung ist befristet. Gilt für mich eine Ausnahmeregelung?

Ausnahmen aufgrund von befristeten Ermächtigungen sind nicht möglich. Auch Ärzte, Psychotherapeuten und Einrichtungen mit befristeten Ermächtigungen sind zur TI-Anbindung, zum VSDM und zur Bereitstellung der für den Zugriff auf die ePA erforderlichen Komponenten und Diensten verpflichtet. Tun sie das nicht, muss das Honorar nach den gesetzlichen Fristen gekürzt werden.

Die TI-Komponenten können, wenn sie z.B. durch eine Tätigkeitsbeendigung nicht mehr benötigt werden, de-registriert und wieder verkauft werden. Siehe FAQ 52 und 53.

19. Ich bin Ermächtigter ohne Arzt-Patienten-Kontakt. Muss ich mich dennoch an die TI anbinden? Muss ich auch das VSDM durchführen?

Bei ermächtigten Laborärzten, Pathologen und Transfusionsmedizinern ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt ist die Durchführung des VSDM nicht möglich. Daher besteht in

diesen Fällen keine Pflicht zum VSDM aber dennoch die Pflicht zur Anbindung an die TI und zur Bereitstellung der technischen Voraussetzungen für den Zugriff auf die ePA.

Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt auf Antrag. Das dafür erforderliche Antragsformular ist auf unserer Homepage auf folgenden Seiten verfügbar:

<https://www.kvb.de/service/formulare-und-antraege/formulare-mit-t/> sowie

<https://www.kvb.de/praxis/it-in-der-praxis/telematikinfrastruktur/> unter "Auszahlung der Erstattungspauschalen". Als Nachweis für den TI-Anschluss müssen die Ärzte eine Kopie des Installation-Abnahmeprotokolls beifügen.

20. Wo finde ich die Rechtsgrundlage meiner Ermächtigung?

Bei persönlichen Ermächtigungen finden Sie die Rechtsgrundlage Ihrer Ermächtigung in Ihrem Zulassungsbescheid. Institute, welche nicht kraft Gesetzes ermächtigt sind, erhalten nach Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss einen Beschluss, in dem die Rechtsgrundlage angegeben wird. In Sonderfällen gelten die Ermächtigungen unmittelbar kraft Gesetzes (§117; §118 Absatz 2 und 3 SGB V).

21. Muss ich als Laborarzt, Pathologe oder Anästhesist VSDM machen?

Grundsätzlich besteht für alle Vertragsärzte die Pflicht am VSDM teilzunehmen, sofern es in ihrem Versorgungskontext möglich ist. Im Falle einer Behandlung, in der ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (z. B. Laborüberweisung) nicht erfolgt, ergeben sich Ausnahmen aus Anlage 4a zum BMV-Ä, die die KBV und der GKV-Spitzenverband bezüglich der Regelungen zum VSDM angepasst haben.

In diesem Falle muss der Arzt kein VSDM durchführen. Sofern eine solche Ausnahme gegeben ist, werden die Versichertenstammdaten auf der Grundlage der Patientendatei übernommen. Anästhesisten suchen häufig Patienten in der Praxis eines anderen Arztes auf. In diesem Versorgungskontext verwendet ein Anästhesist ein mobiles Kartenterminal.

Vor dem Hintergrund der Einführung weiterer medizinischer TI-Anwendungen, wie dem NFDm, dem eMP, dem eArztbrief über den Kommunikationsdienst KIM und der ePA **hat der Gesetzgeber mit dem DVG auch die nicht VSDM-pflichtigen Ärzte verpflichtet, sich bis zum 30. Juni 2020 an die TI anzuschließen. Um keine Honorarkürzung von 1 Prozent im Zusammenhang mit der ePA zu riskieren, müssen auch nicht-VSDM-pflichtige Ärzte die technischen Voraussetzungen für den Zugriff auf die ePA in ihrer Praxis schaffen.**

Laborärzte, Pathologen, Transfusionsmediziner und Anästhesisten werden somit für den Anschluss an die TI ausgestattet und erhalten die entsprechende Förderung, damit sie die neuen Anwendungen in der TI nutzen können. Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt auf Antrag. Das dafür erforderliche Antragsformular ist auf unserer Homepage auf folgenden Seiten verfügbar:

<https://www.kvb.de/service/formulare-und-antraege/formulare-mit-t/> sowie

<https://www.kvb.de/praxis/it-in-der-praxis/telematikinfrastruktur/> unter "Auszahlung der

Erstattungspauschalen". Als Nachweis für den TI-Anschluss müssen die Ärzte eine Kopie des Installation-Abnahmeprotokolls beifügen.

22. Ich bin in einer Hauptbetriebsstätte und einer Nebenbetriebsstätte oder Filiale tätig. Muss ich auch in einer Nebenbetriebsstätte oder Filiale den VSD-Abgleich durchführen?

Der VSD-Abgleich ist bei jedem ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal durchzuführen. Bei dieser Vorgabe gibt es keine Unterscheidung, ob dieser Arzt-Patienten-Kontakt in der Hauptbetriebsstätte oder in einer Nebenbetriebsstätte oder Filiale stattfindet. Auch in den Nebenbetriebsstätten oder Filialen sind die technischen Voraussetzungen zu schaffen, um bei jedem ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal den VSD-Abgleich durchführen zu können.

23. Ich bin Belegarzt an einem Krankenhaus. Muss ich dort ebenfalls den VSD-Abgleich durchführen und mich dafür ausstatten?

Für die Tätigkeit als Belegarzt im Krankenhaus kann weiterhin das mobile Kartenlesegerät verwendet werden. In diesem Versorgungskontext ist kein VSD-Abgleich durchzuführen und es ist keine Ausstattung mit den Komponenten erforderlich.

24. Ich bin Poolarzt. Muss ich die TI-Anwendungen nutzen?

Ja, u.a. die digitale Übermittlung der eAU ab 1. Oktober 2021 und die Verwendung des eRezeptes ab 1. Januar 2022 sowie das Anrecht der Patienten auf die Befüllung einer ePA sind gesetzlich vorgeschrieben. Für die Signatur von beispielweise eAU und eRezepten ist ein eigener eHBA erforderlich (siehe FAQ 97 „Benötigen Poolärzte in den Bereitschaftspraxen einen eigenen eHBA?“).

Die Bereitschaftspraxen wurden mit den erforderlichen Komponenten zur Durchführung des VSD-Abgleichs ausgestattet. Darüber hinaus werden die Voraussetzungen für die Nutzung weiterer TI-Anwendungen, in den Bereitschaftspraxen geschaffen.

25. Werden die KVB Bereitschaftspraxen an die TI angebunden?

Ja, die Eigeneinrichtungen der KVB sind bereits fast vollständig an die TI angebunden und das VSDM ist möglich. Auch für die neuen TI-Anwendungen werden die technischen Voraussetzungen in den Bereitschaftspraxen geschaffen.

26. Müssen sich Laborgemeinschaften an die TI anbinden?

Da Laborgemeinschaften keine zugelassenen Leistungserbringer im Sinne des SGB V sind, sind sie nicht zur TI-Anbindung verpflichtet. Ebenfalls besteht keine Pflicht zum VSDM. Mit Blick auf kommende TI-Anwendungen - die, wie beispielsweise KIM, einen Austausch über Einrichtungs- und Sektorengrenzen hinweg fördern - können sich Laborgemeinschaften freiwillig für einen Anschluss an die TI entscheiden.

Ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Einführung und den Betrieb der TI besteht allerdings nur, wenn eine Betriebsstättennummer vergeben wurde. Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt dann auf Antrag. Das dafür erforderliche Antragsformular ist auf unserer Homepage auf folgenden Seiten verfügbar:

<https://www.kvb.de/service/formulare-und-antraege/formulare-mit-t/> sowie

<https://www.kvb.de/praxis/it-in-der-praxis/telematikinfrastruktur/> unter "Auszahlung der Erstattungspauschalen". Als Nachweis für den TI-Anschluss müssen die Ärzte eine Kopie des Installation-Abnahmeprotokolls beifügen.

III. Fragen zu Technik und Betrieb

27. Welche Konnektoren-Betriebsarten gibt es und wie unterscheiden sich diese?

Es gibt verschiedene Möglichkeiten zur Integration des Konnektors in das Netzwerk: a) im Reihbetrieb, b) im Rahmen der Netzwerktrennung oder c) im Parallelbetrieb. Je nach Betriebsart ergeben sich Unterschiede bei den verfügbaren Funktionen, Diensten und der Sicherheit.

Daher sollten Sie - **bevor Sie sich für eine Betriebsart entscheiden und diese installieren** - mit dem TI-Anbieter abklären, ob es besondere praxis-spezifische IT-Anforderungen gibt, beispielsweise eine Zugriffsmöglichkeit auf den Praxisrechner von zu Hause oder die Nutzung von Internet-Telefonie. Denn danach richtet sich, wie der Konnektor in das Netzwerk der Praxis eingebunden wird und welche Sicherheitsmaßnahmen nötig sind. Die Sicherheit des Praxissystems muss auf jeden Fall gewahrt bleiben.

Im **Reihbetrieb** sind alle Komponenten (Praxisverwaltungssystem und Kartenlesegerät) mit dem Konnektor verbunden und erhalten hierüber Zugang zur TI. Die integrierte Firewall des Konnektors schützt das Praxisnetzwerk zwar vor Angriffen von außen. Trotzdem muss auch dieser Rechner zusätzlich abgesichert werden (Virenschutzprogramm), beispielsweise für den Fall, dass auf diesen Rechner per CD-ROM oder USB-Stick externe Daten eingespielt werden sollen. Das Internet ist nur eingeschränkt über Secure Internet Service (SIS) nutzbar. Das Datenvolumen des SIS ist abhängig vom TI-Anbieter und vom eingesetzten VPN-Zugangsdienst begrenzt, so dass Remote-Zugriff, Fernwartungen oder Updates nur eingeschränkt bzw. gar nicht möglich sind. Zusätzliches Datenvolumen kann allerdings hinzugekauft werden. IP-Telefonie ist im Reihbetrieb nicht möglich.

Beim Reihbetrieb mit **Netzwerktrennung** wird zusätzlich zum Praxisnetzwerk im Reihbetrieb (LAN 1) ein „Internet-PC“ an den Praxis-Router angeschlossen (LAN 2), der somit getrennt vom Konnektor / SIS / TI läuft und damit auch nicht abgesichert ist. Über diesen vom Praxisnetzwerk getrennten PC ist die Nutzung des Internets uneingeschränkt möglich. Bei dieser Betriebsart ist der Rechner mit dem Praxisverwaltungssystem (PVS) analog zum Reihbetrieb durch die Konnektor-Firewall geschützt. Zum Schutz des Internet-PCs sind zusätzliche Maßnahmen wie Firewall und Virens Scanner erforderlich.

Im **Parallelbetrieb** sind alle Komponenten des Praxisnetzwerkes wie Computer und Kartenlesegeräte mittels eines Routers/Switch miteinander verbunden und hängen direkt am Internet. Parallel dazu wird der Konnektor ebenfalls an den Router angeschlossen. D.h. das Praxisnetzwerk hängt nicht am Konnektor, sondern am Router. Internetnutzung ist somit vom Praxisnetzwerk aus uneingeschränkt möglich. Damit sind sämtliche Updates (PVS, Betriebssystem, Virenschutz, etc.) auch über diesen Weg einspielbar.

Da der Konnektor in diesem Fall nicht das Praxisnetzwerk schützt, sind gesonderte Sicherheitsmaßnahmen wie Firewall und Virens Scanner zwingende Voraussetzung für diese Betriebsart. Alle Netzwerkkomponenten müssen unterschiedlich / eigenständig konfiguriert

werden; das Netzwerk ist aber flexibel konfigurierbar (z.B. nur SIS, nur Internet, Internet und SIS).

Überblick Betriebsarten Konnektor

	Reihenbetrieb	Netztrennung	Parallelbetrieb
Schutz durch Sicherheitsfunktionen des Konnektors	ja	ja (nur LAN 1)	nein
Secure Internet Service	ja	ja (nur LAN 1)	ja
Nutzung von Internetdiensten außerhalb des Secure Internet Service	nein	ja (nur LAN 2)	ja
Einrichtungs- und Administrationsaufwand	mittel	mittel	niedrig
Empfehlung für	Praxis-IT-Umgebungen ohne Internetzugang bzw. bei ausschließlicher Nutzung des Secure Internet Service	Praxis-IT-Umgebungen, die auf zusätzliche Internetdienste angewiesen sind	Praxis-IT-Umgebungen mit komplexen Netzwerken und eigenem Sicherheitssystem

Quelle: gematik, Informationsblatt Anschluss einer medizinischen Einrichtung

28. Welche technische Ausstattung benötige ich?

Für die TI-Anbindung benötigen Sie neben einem regulären Internetanschluss (einfacher DSL-Anschluss ist ausreichend) einen für die TI zugelassenen sogenannten Konnektor, ein für die TI zugelassenes stationäres Kartenlesegerät (sogenannter E-Health-Kartenterminal) und eine SMC-B Karte (Praxisausweis).

Sofern Sie ein mobiles Kartenlesegerät im Einsatz haben, ist auch dieses zukünftig durch ein TI-fähiges mobiles Kartenlesegerät auszutauschen. Zudem benötigen Sie für das neue mobile Kartenlesegerät eine weitere SMC-B Karte (Praxisausweis) oder einen eHBA. Derzeit können Sie noch Ihr altes mobiles Kartenlesegerät nutzen, auch wenn Ihre Praxis bereits an die TI angeschlossen ist.

Zudem gibt es weitere technische Komponenten, die von Ihrem Techniker bzw. Ihrem PVS-Anbieter zur Verfügung gestellt werden. Hierzu zählen beispielsweise Gerätekarten, welche mit dem Konnektor und den E-Health-Kartenterminals ausgeliefert werden sowie der VPN-Zugangsdienst. Auch das PVS muss durch Ihren Anbieter angepasst werden, damit das Auslesen und ggf. Aktualisieren der Versichertenstammdaten möglich sind.

Bitte beachten Sie, dass für die Nutzung der neuen TI-Anwendungen/-Dienste weitere Komponenten erforderlich sind. Weitere Informationen zu den technischen Voraussetzungen von NFD, eMP, KIM bzw. eArztbrief und eAU sowie ePA und eRezept finden Sie auf der entsprechenden Themenseite unter www.kvb.de/ti.

29. Welche Anforderungen müssen die technischen Komponenten erfüllen?

Die Komponenten müssen den Spezifikationen der gematik GmbH sowie den Sicherheitsvorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) entsprechen. Die KBV hat im Einvernehmen mit dem BSI eine Richtlinie zur Gewährleistung der IT-Sicherheit in den Praxen erstellt, in der unter anderem das Thema Telematikinfrastruktur eine Rolle spielt. Detaillierte Informationen finden Sie unter folgendem Link: <https://hub.kbv.de/site/its>.

30. Woher bekomme ich die erforderlichen technischen Komponenten?

- Ihr Softwarehaus ist Ihr erster Ansprechpartner für die Bestellung der Komponenten, bei Fragen zur Installation und der Klärung, wann die Komponenten für die neuen TI-Anwendungen für Ihr Praxisverwaltungssystem verfügbar sind.
- Eine Übersicht der bereits zugelassenen Komponenten und Dienste bietet die gematik auf ihrer Homepage <https://fachportal.gematik.de/zulassungen/> an.
- Bezüglich der Anbieter und des Bestellprozesses von SMC-B Karten (Praxisausweise) informieren Sie sich bitte auf der Internetseite der KVB unter www.kvb.de/ti auf der Themenseite Praxisausweis. Auf der Internetseite der KBV (www.kbv.de) steht Ihnen in der Rubrik *Service / Service für die Praxis / Praxis-IT / Telematikinfrastruktur/ Technische Ausstattung für die TI* das Downloaddokument „Liste der zugelassenen Anbieter von Praxisausweisen (SMC-B)“ zur Verfügung.
- Eine Bestellung der SMC-B Karte (Praxisausweis) direkt bei der KVB ist **nicht** möglich. Die Bestellung erfolgt über das Webportal des jeweiligen Kartenherstellers. Danach gibt die zuständige KV als sogenannte attributbestätigende Stelle, die vom Antragssteller gemachten Angaben bezüglich seiner Zulassung, für die Bestellung der Karte frei. Grundsätzlich kann nur ein zugelassener Arzt und Psychotherapeut für seine Betriebsstätte und Nebenbetriebsstätte die SMC-B Karte beantragen. Für Medizinische Versorgungszentren beantragt der ärztliche Leiter die Karte, unabhängig davon, ob er zugelassen oder angestellt ist. Die KV ist zudem für die ausgegebenen Karten sperrberechtigt, wenn die Grundlage der Attributbestätigung nicht mehr gegeben ist. Das Procedere der Bestellung und der Versendung, sowie die Preisgestaltung der Karte obliegt dem jeweiligen Hersteller.
- Die Bestellung des eHBA erfolgt über die zuständigen Landeskammern (Bayerische Landesärztekammer oder Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten).

31. Was sollte vor der Beschaffung der Komponenten besonders beachtet werden?

a) Achten Sie auf die Zulassung durch die gematik

Es dürfen ausschließlich Komponenten (Konnektoren, stationäre und mobile Kartenterminals bzw. ein Update für das mobile Gerät) verwendet werden, die durch die gematik zugelassen wurden. Dies sollte vor dem Kauf unbedingt durch die Praxis geprüft werden.

b) Wenden Sie sich an Ihren PVS-Hersteller

Darüber hinaus kann der Konnektor nur mit einem PVS „zusammenarbeiten“, das bereits die notwendigen Anpassungen an die TI erhalten hat. Ob dies auf das in der Praxis verwendete PVS zutrifft, sollte vor dem Kauf eines Konnektors geprüft werden. Ärzte und Psychotherapeuten sollten sich dazu an ihren PVS-Hersteller wenden.

Welche Anbieter bereits eine Bestätigung der gematik haben, dass sie für den Einsatz in der Telematikinfrastruktur geeignet sind, können Sie der Übersicht, welche die gematik auf ihrer Homepage anbietet, entnehmen.

<https://fachportal.gematik.de/service/konnektorsimulator-fuer-primaersysteme/liste-der-bestaetigten-primaersysteme/>

Bitte beachten Sie zudem, dass für die neuen TI-Anwendungen und -Dienste, wie NFDM, eMP, KIM bzw. eArztbrief, ePA, eAU und eRezept zusätzliche PVS-Updates erforderlich sind.

c) Bestellen Sie alle Komponenten in zeitlichem Zusammenhang

Die Höhe der Finanzierungspauschale richtet sich nicht nach dem Zeitpunkt der Bestellung, sondern nach der Inbetriebnahme. Sämtliche Pauschalen und Zuschläge, die die Krankenkassen Ihnen für den Anschluss und den Betrieb der TI zahlen, erhalten Sie erst ab dem ersten VSD-Abgleich, also wenn Sie die erste elektronische Gesundheitskarte mit Ihrem neuen Kartenterminal eingelesen haben und dabei die Versichertendaten des Patienten auf der Chipkarte automatisch online geprüft wurden.

Diese Regelung gilt auch für den Zuschuss zum elektronischen Heilberufsausweis.

Unabhängig davon empfiehlt die KVB, die SMC-B Karte erst ca. vier Wochen vor dem Installationstermin zu bestellen. Die Kosten für den Praxisausweis fallen nämlich bereits ab der Kartenproduktion an. Die Auszahlung der in der Finanzierungsvereinbarung festgelegten Betriebskostenpauschale für den Praxisausweis beginnt allerdings erst ab dem Quartal, in dem Sie sich an die TI anschließen und erstmalig den VSD-Abgleich durchführen.

32. Muss ich die Komponenten aus dem Komplettpaket meines PVS-Anbieters anbinden oder kann ich auch die Ausstattung anderer Anbieter kaufen?

Neben der Anbindung der von Ihrem PVS empfohlenen Komponenten aus dem Komplettpaket haben Sie auch die Möglichkeit, sich für die Komponenten eines anderen Anbieters zu entscheiden.

Hier empfehlen wir Ihnen Folgendes zu beachten:

- Klären Sie mit Ihrem PVS-Hersteller, ob dieser bereits die erforderliche Zertifizierung der gematik erhalten hat.

- Falls Sie dennoch das Angebot eines Fremd-PVS-Herstellers annehmen möchten, klären Sie vor Unterzeichnung eines Angebots ab, ob zusätzliche Kosten für die Inbetriebnahme und den laufenden Betrieb anfallen und wer in Störungsfällen die Haftung übernimmt.

Wenden Sie sich auf jeden Fall vor einer Vertragsunterzeichnung auch an Ihren PVS-Hersteller, um zu klären, ob sich Wartungs- bzw. Betriebskosten Ihrer Praxissoftware evtl. erhöhen, falls Sie die TI-Komponenten eines anderen Herstellers einsetzen.

33. Was ist ein Konnektor? Wozu benötige ich einen Konnektor?

Der Konnektor ist eine Art Router, ähnlich einem DSL-Router, allerdings auf einem deutlich höheren Sicherheitsniveau. Er ist mit den Kartenterminals und dem Praxisverwaltungs- bzw. Krankenhausinformationssystem verbunden und schafft den Zugang zur TI-Plattform. Der Konnektor stellt ein sogenanntes virtuelles privates Netzwerk (VPN) her, das es ermöglicht, elektronische Anwendungen unter Einsatz moderner Verschlüsselungstechnologien völlig abgeschirmt vom sonstigen Internet zu nutzen.

Daneben erfüllt der Konnektor noch andere Sicherheitsaufgaben, beispielsweise die Verschlüsselung und die qualifizierte elektronische Signatur (QES) von Dokumenten. Letztere steht mit dem Update zum E-Health-Konnektor (technische Bezeichnung: Updatestufe PTV 3) zur Verfügung. Daneben stellt der E-Health-Konnektor die Funktionalitäten für das NFDm und den eMP bereit. Das Konnektor-Update ePA (Updatestufe PTV 4, sog. ePA-Konnektor) ist für die Nutzung der ePA und des eRezepts notwendig.

34. Was ist ein „E-Health-Konnektor“?

Über ein Software-Update wird aus dem bisher zugelassenen Konnektor für den Online-Abgleich der Versichertenstammdaten ein E-Health-Konnektor (Updatestufe PTV 3). Das Gerät muss nicht ausgetauscht werden. Das Update zum E-Health-Konnektor enthält die Module für das NFDm sowie den eMP und ermöglicht die QES in Form der Einzel- und der Stapelsignatur. Damit sind auch der KIM-Dienst und die damit verknüpften Anwendungen eArztbrief und eAU möglich.

35. Was ist ein „ePA-Konnektor“?

Über das ePA-Software-Update Ihres Konnektors wird aus Ihrem bisherigen Konnektor der sog. „ePA-Konnektor“ (Updatestufe PTV 4). Der Konnektor muss nicht ausgetauscht werden. Das ePA-Update des Konnektors stellt die ePA-Funktionalität bereit und ermöglicht je nach Anbieter bereits die Nutzung der Komfortsignatur. Andernfalls wird diese in einem weiteren Update (Updatestufe PTV4+) nachgeliefert. Bitte wenden Sie sich bei Fragen diesbezüglich an Ihren IT-Servicepartner/TI-Anbieter.

36. Gibt es bauliche Anforderungen an die Einsatzumgebung des Konnektors?

Die Anforderungen an die Einsatzumgebung des Konnektors ergeben sich aus dessen Sicherheitszertifizierung. Das Handbuch des jeweiligen Konnektors enthält dazu entsprechende Sicherheitshinweise. Auf diese Sicherheitshinweise können Sie jederzeit verweisen. Wichtig ist, dass der Konnektor vor dem physischen Zugriff unberechtigter Dritter geschützt ist und nur autorisierte Personen (wie Arzt oder Fachpersonal) auf den Konnektor zugreifen können. Diese Anforderung findet sich auch in der Richtlinie nach § 75b SGB V über die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit wieder.

37. Ist nach der Zwischenschaltung des Konnektors noch eine Fernwartung des PVS möglich?

Ob eine Fernwartung des PVS möglich ist, richtet sich nach der Betriebsart des Konnektors (siehe FAQ 27). Daher sollten Sie, bevor Sie sich für eine Betriebsart entscheiden und diese installieren, mit Ihrem PVS-Hersteller klären, welche Anbindungsvariante für Sie die geeignete ist.

38. Kann ich einen Konnektor für mehrere Betriebsstätten verwenden?

Laut Vorgabe der gematik muss ein Konnektor mandantenfähig sein. Es muss also möglich sein, dass ein Konnektor zur Verwendung in mehreren Betriebsstätten eingesetzt wird. Ihr IT-Systembetreuer kann Ihnen sagen, ob für Ihre Praxiskonstellation ein Konnektor ausreicht (beispielsweise eine Haupt- und mehrere Nebenbetriebsstätten, oder auch eine Praxisgemeinschaft) eingesetzt werden kann, oder ob pro Betriebsstätte jeweils ein Konnektor erforderlich ist.

39. Wie viele stationäre Kartenlesegeräte können an einen Konnektor angeschlossen werden?

Nach uns vorliegenden Informationen können an einen Konnektor bis zu ca. 20 stationäre Kartenlesegeräte angeschlossen werden. Besprechen Sie diese Frage bitte mit Ihrem IT-Systembetreuer.

40. Ich habe neben meiner Hauptbetriebsstätte eine Nebenbetriebsstätte/ Filiale. Wie viele stationäre Kartenlesegeräte und SMC-B Karten sind erforderlich?

Sie benötigen für jede Betriebsstätte (auch Filiale) ein eigenes stationäres Kartenlesegerät sowie für jede Betriebsstättennummer eine eigene SMC-B Karte. D.h. sowohl für die Hauptbetriebsstätte als auch die Nebenbetriebsstätte/Filiale ist jeweils ein stationäres Kartenlesegerät mit jeweils einer eigenen SMC-B Karte je Betriebsstättennummer erforderlich.

Für die Nutzung der TI-Anwendungen NFD, eMP und ePA sowie der QES im Zusammenhang mit der eAU und dem eRezept sind gegebenenfalls weitere stationäre Kartenterminals

erforderlich. Weitere Informationen zu den technischen Voraussetzungen der genannten Anwendungen und zu den verschiedenen Signaturtypen finden Sie unter www.kvb.de/ti.

41. Benötige ich ein TI-fähiges mobiles Kartenterminal, um VSDM durchführen zu können?

Nein. Mit den neuen TI-fähigen mobilen Kartenterminals ist **kein VSD-Abgleich** möglich, da mobile Kartenterminals „offline“, nicht „online“ arbeiten. Für die bestehende VSDM-Pflicht ist also kein neues mobiles Lesegerät erforderlich.

42. Muss ich mein mobiles Lesegerät austauschen?

Da mit einem mobilen Kartenlesegerät grundsätzlich kein VSD-Abgleich möglich ist (Offline-Betrieb), ist die Anschaffung eines neuen TI-fähigen Kartenlesegeräts derzeit noch nicht verpflichtend. Auch wenn Ihre Praxis bereits an die TI angeschlossen ist, können Sie derzeit noch Ihr altes mobiles Kartenlesegerät nutzen. Wie bisher wird die eGK in das mobile Kartenlesegerät eingelesen und die gespeicherten Daten werden später in das Praxisverwaltungssystem übertragen. Für den Betrieb eines TI-fähigen neuen Kartenlesegeräts ist eine zusätzliche SMC-B Karte erforderlich oder ein elektronischer Heilberufsausweis (Generation 2).

43. Benötige ich weiterhin KV-SafeNet¹?

Seit Verfügbarkeit der TI sind alle Anwendungen im sicheren Netz der KVen (SNK) direkt über die TI erreichbar - somit auch sämtliche Anwendungen der KVB. Dadurch kann bzw. soll der KV-SafeNet-Anschluss mit Installation der TI in jeder Arzt- und Psychotherapeutenpraxis entfallen. Sind Ihnen darüber hinaus weitere SNK-Anwendungen wichtig, fragen Sie bei deren Anbietern nach, ob diese auch über den TI-Anschluss erreichbar sein werden.

Unser Tipp an alle Praxen, die sich die TI einrichten lassen: testen Sie bei der TI-Installation mit dem Techniker vor Ort, ob dieser SNK-Zugang wie gefordert funktioniert. Erst wenn sichergestellt wurde, dass die KV-Anwendungen auch wirklich direkt über die TI erreichbar sind, kann der KV-SafeNet Vertrag gekündigt werden.

Der Techniker darf für die Einrichtung des SNK-Zugangs keine zusätzliche Gebühr verlangen, diese Leistung muss er im Rahmen der Installation mit erbringen.

44. Ich nutze bisher KV-Ident Plus für den Zugang zu Services der KVB sowie den Zugriff auf das Sichere Netz der KVen (SNK). Kann ich den KV-Ident Plus Token trotz der Anbindung an die TI weiter nutzen?

KV-Ident Plus ist ein mobiler Zugangsweg zum sicheren Netz der KVen (SNK). Weitere Zugangswege sind KV-SafeNet und der TI-Anschluss. Wir empfehlen, den KV-Ident Plus-Token

¹ Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

zu behalten, da mit dieser mobilen Lösung ortsunabhängig bzw. von anderen Rechnern auf das SNK zugegriffen werden kann.

45. Kann ich mit meinem an die TI angeschlossenen Computer das „freie“ Internet nutzen?

Ja, beim Reihenbetrieb mit **Netzwerktrennung** wird zusätzlich zum Praxisnetzwerk im Reihenbetrieb (LAN 1) ein „Internet-PC“ an den Praxis-Router angeschlossen (LAN 2), der somit getrennt vom Konnektor / SIS / TI läuft und damit auch nicht über diesen abgesichert ist. Über diesen vom Praxisnetzwerk getrennten PC ist die Nutzung des Internets uneingeschränkt möglich. Bei dieser Betriebsart ist der Rechner mit dem Praxisverwaltungssystem (PVS) analog zum Reihenbetrieb durch die Konnektor-Firewall geschützt. Zum Schutz des Internet-PCs sind zusätzliche Maßnahmen wie Firewall und Virens Scanner erforderlich.

Im **Parallelbetrieb** sind alle Komponenten des Praxisnetzwerkes wie Computer und Kartenlesegeräte mittels eines Routers/Switch miteinander verbunden und hängen direkt am Internet. Parallel dazu wird der Konnektor ebenfalls an den Router angeschlossen. D.h. das Praxisnetzwerk hängt nicht am Konnektor, sondern am Router. Internetnutzung ist somit vom Praxisnetzwerk aus uneingeschränkt möglich. Damit sind sämtliche Updates (PVS, Betriebssystem, Virenschutz, etc.) auch über diesen Weg einspielbar. Da der Konnektor in diesem Fall nicht das Praxisnetzwerk schützt, sind gesonderte Sicherheitsmaßnahmen wie Firewall und Virens Scanner zwingende Voraussetzung für diese Betriebsart. Alle Netzwerkkomponenten müssen unterschiedlich / eigenständig konfiguriert werden; das Netzwerk ist aber flexibel konfigurierbar (z. B. nur SIS, nur Internet, Internet und SIS).

46. Wie schnell muss mein Internet sein, welche Bandbreite ist für das VSDM erforderlich?

Ein einfacher DSL-Anschluss (mind. 1 Mbit) reicht aus. Bei Modem-, ISDN- oder UMTS-Verbindungen können Verbindungsfehler auftreten. Die gematik hat die Funktionalität für Festnetzanschlüsse mit geringer Bandbreite (≤ 1024 kBit/s) untersucht. Die Analyse erbrachte keine signifikanten Unterschiede bei den Bearbeitungszeiten des Online-Abgleichs der Versichertenstammdaten.

Wichtig: Achten Sie darauf, dass der DSL-Router IPsec fähig ist! Fragen Sie hierzu ggf. Ihren Internet-Provider.

47. Kann die TI mit einem Internet-Stick über das Mobilfunknetz verwendet werden?

Theoretisch ja, dies wurde bei der Erprobung erfolgreich getestet. Jedoch kann es bei UMTS-Verbindungen zu Verbindungsfehlern kommen. Aus diesem Grund wird ein einfacher DSL-Anschluss empfohlen.

48. Was ist ein „virtuelles privates Netzwerk“ (VPN)?

Der Konnektor stellt mit Hilfe einer speziellen Software ein sogenanntes virtuelles privates Netzwerk (VPN) zur TI her, das eine Kommunikation unter Einsatz moderner Verschlüsselungstechnologien völlig abgeschirmt vom Internet ermöglicht. Über das öffentliche Internet wird somit eine Ende-zu-Ende-Verbindung aufgebaut, d. h. die Daten werden in einem nach außen geschützten Tunnel verschlüsselt übermittelt.

Nur die Kommunikationspartner, die zu diesem privaten Netzwerk gehören, können miteinander kommunizieren und Informationen und Daten austauschen. Durch das VPN werden Sicherheit der Authentizität, Vertraulichkeit und Integrität sichergestellt. Authentizität bedeutet die Identifizierung von autorisierten Nutzern und die Überprüfung der Daten, dass sie nur aus der autorisierten Quelle stammen. Integrität bedeutet, dass gewährleistet ist, dass die Daten nicht durch Dritte verändert wurden. Unabhängig von der Infrastruktur sorgen VPNs für die Sicherheit der Daten, die darüber übertragen werden.

49. Benötige ich zusätzlich zu meinem Internet-/SafeNet-Anschluss einen VPN-Zugangsdienst?

Ja, für den Zugang zur TI wird ein spezieller VPN-Zugangsdienst benötigt - ähnlich einem Internetprovider, der den Zugang zum Internet bereitstellt. Erster Ansprechpartner ist auch hier der PVS-Hersteller bzw. Systembetreuer der Praxis.

Eine Übersicht der bereits zugelassenen VPN-Zugangsdienste bietet die gematik auf ihrer Homepage an.

<https://fachportal.gematik.de/zulassungen/online-produktivbetrieb/>

50. Gibt es eine Abhängigkeit der TI-Komponenten zum Betriebssystem (z.B. Windows oder Linux) der Praxis-PCs?

Nein, weder der Konnektor noch der VPN-Zugangsdienst benötigen ein definiertes Betriebssystem in der Praxis. Sofern das PVS (auch schon heute) ein bestimmtes Betriebssystem voraussetzt, kann dieses weiter verwendet werden.

In Praxen mit laufendem Primärsystem muss diese Frage nicht gestellt werden. Sowie ein Arzt-Informationssystem (AIS) funktionsfähig in Betrieb ist, sind auch für die TI alle generellen Betriebssystemvoraussetzungen gegeben. Das Betriebssystem Windows XP ist aus Sicherheitsgründen nicht zu empfehlen, da seitens Microsoft keine Sicherheitsupdates mehr zu erhalten sind. Zu beachten ist zudem, dass Microsoft das Betriebssystem Windows 7 zum 1. Januar 2020 abgekündigt hat.

51. Kann ich mir mit meinem Kollegen aus der Praxisgemeinschaft einen Router teilen, wenn wir 2 unterschiedliche Software Systeme und 2 Konnektoren einsetzen?

Grundsätzlich kann sich eine Praxis den Anschluss mit einem Kollegen teilen und auch einen gemeinsamen Router verwenden. Die Konnektoren und die meisten Router sind dahingehend so konfigurierbar, dass jedem ein bestimmter IP-Adressbereich, auch im selben

Netzwerk, zugewiesen werden kann. Dies ist jedoch vorab mit Ihrem Systemhaus/Servicetechniker zu besprechen.

52. Ist eine Übernahme/Übergabe der TI-Komponenten möglich?

Die Übernahme/Übergabe der TI-Komponenten (Konnektor, Kartenterminal) bei einem Inhaberwechsel der Praxis ist grundsätzlich möglich. Für den Konnektor ist aber durch den Verkäufer (oder seinen IT-Dienstleister) eine De-Registrierung beim Zugangsdienstprovider durchzuführen. Die dazu notwendigen Schritte sind im Handbuch des Konnektors beschrieben, wie durch die gematik gefordert (TIP1-A_5655 Deregistrierung bei Außerbetriebnahme). Der Käufer muss vor einer erneuten Inbetriebnahme die Unversehrtheit des Konnektors prüfen (Gehäuse-Siegel). Siehe auch FAQ 53.

Wichtig: Die SMC-B Karte (Praxisausweis) darf bei einem Inhaberwechsel (wenn eine neue BSNR vergeben wird) nicht übergeben werden. Der Antragsteller der SMC-B Karte sollte aus Sicherheitsgründen die SMC-B Karte sperren. Die Sperrung ist über das Antragsportal Ihres Anbieters jederzeit möglich. Die Zugangsdaten finden Sie in Ihrem Antragsdokument. Bitte beachten Sie, dass die Sperrung unwiderruflich ist und kein Zugriff mehr auf die Dienste der TI und des Sicheren Netzes der KVen (SNK), z. B. für Abrechnungseinreichung etc., erfolgen kann. Sofern Ihnen die Sperrung über das Antragsportal nicht möglich ist, wenden Sie sich bitte an uns.

53. Wie verfare ich bei Praxisbeendigung mit meinen TI-Komponenten?

Klären Sie mit dem Hersteller/Verkäufer des Gerätes was Sie bei einer Praxisbeendigung beachten müssen. Die Übernahme/Übergabe der TI-Komponenten (Konnektor, Kartenterminal) bei einem Inhaberwechsel der Praxis ist grundsätzlich möglich. Für den Konnektor ist aber durch den Verkäufer (oder seinen IT-Dienstleister) eine De-Registrierung beim Zugangsdienstprovider durchzuführen. Die dazu notwendigen Schritte sind im Handbuch des Konnektors beschrieben, wie durch die gematik gefordert (TIP1-A_5655 Deregistrierung bei Außerbetriebnahme). Der Käufer muss vor einer erneuten Inbetriebnahme die Unversehrtheit des Konnektors prüfen (Gehäuse-Siegel).

Die KVB hat die von den Krankenkassen finanzierten Fördergelder an die Praxen ausbezahlt, wie sie gemäß der Finanzierungsvereinbarung den Praxen bei Nutzung der TI und Durchführung des VSDMs zustehen. Rückforderungen bei Praxisbeendigungen sind in der Finanzierungsvereinbarung nicht vorgesehen.

In Bezug auf die SMC-B Karte sollten Sie den Vertrag mit dem Kartenhersteller und die Laufzeit des Vertrages beachten. Der Anspruch auf Zahlung der Betriebskostenpauschale endet nämlich im Quartal der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Praxis. Eine Sperrung der SMC-B Karte ist dann notwendig, wenn Sie Ihre Praxistätigkeit einstellen bzw. die BSNR beendet wird. Die Sperrung der Karte kann durch die KVB erfolgen oder Sie können die Sperrung selbst im Antragsportal Ihres SMC-B Kartenanbieters vornehmen. Die Karte selbst muss dann noch entsorgt (physikalisch vernichtet, zerschnitten) werden.

54. Ich bin ein „reisender“ Anästhesist und habe keinen Arzt-Patienten-Kontakt in den eigenen Praxisräumen. Was muss ich bei der TI-Anbindung beachten?

Als „reisender“ Anästhesist sind Sie nicht zur Durchführung des VSDM verpflichtet. Dennoch verpflichtet der Gesetzgeber mit dem DVG auch die nicht VSDM pflichtigen Ärzte, sich bis zum 30. Juni 2020 an die TI anzuschließen. Grundsätzlich müssen Patientendaten immer vor Einsichtnahme und Zugriff durch Unbefugte geschützt werden.

Ein Konnektor - sowie die Netzwerkkomponenten Switch und Internet Access Gateway (IAG), bspw. Router mit DSL-/Kabelmodem - darf gemäß Sicherheitsvorgaben der gematik nur in einem zugriffsgeschützten bzw. zugriffsbeschränkten Bereich aufgestellt werden. Dieser Bereich muss den physischen Schutz des Geräts gegen Angriffe sicherstellen und somit den unberechtigten Zugriff verhindern. Zu solchen vor dem physischen Zugriff geschützten Bereichen zählen bspw. ein verschließbarer Schrank oder ein vergleichbar gesichertes Objekt oder abschließbare Räume. Siehe auch FAQ 36.

Welche technische Ausstattung Sie für die TI-Anbindung benötigen beschreibt FAQ 28. Detaillierte Informationen zu den technischen Voraussetzungen der einzelnen Anwendungen sind auf unserer Webseite www.kvb.de/ti auf der jeweiligen Themenseite zu finden.

55. Wir sind ein MVZ und bereits an die TI angeschlossen. In unserem MVZ sind auch Laborärzte tätig. Muss das Labor nun ebenfalls nochmal alle erforderlichen Komponenten wie Konnektor etc. anschaffen?

Das MVZ ist bereits an die TI angeschlossen und führt das VSDM durch. Somit ist die gesetzliche Anforderung erfüllt, sofern bei jedem ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal im MVZ das VSDM durchgeführt wird. Da die Betriebsstätte an die TI angebunden ist und die Laborärzte und Anästhesisten in dieser Betriebsstätte tätig sind, sind auch diese darüber an die TI angebunden und benötigen keinen weiteren Konnektor etc. Für den Fall, dass es bei diesen Laborärzten zu einem Arzt-Patienten-Kontakt kommt, sind diese somit in der Lage das VSDM durchzuführen. Siehe auch FAQ 38.

Von der Pflicht zur Durchführung des VSDM sind Ärzte ohne direkten Arzt-Patienten-Kontakt nach wie vor befreit und werden demnach auch nicht sanktioniert, wenn sie kein VSDM durchführen.

Des Weiteren sind nun alle Ärzte im MVZ fähig, über die Praxis-TI-Anbindung die zukünftigen weiteren medizinischen TI-Anwendungen wie NFDM, eMP sowie ePA zu nutzen.

56. Was schützt die vorhandenen informationstechnischen Systeme von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern vor Hacker-Angriffen?

Ein Verbindungsaufbau in die TI erfolgt immer aus den Systemen der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker über den sogenannten Konnektor. Dieser schützt die Praxen bzw. Apotheken vor unberechtigten Zugriffen aus dem Internet und aus der TI, indem er die Kommunikation zwischen Praxissoftware, elektronischer Gesundheitskarte, Heilberufsausweis und TI

koordiniert und verschlüsselt. Gleichzeitig schützt der Konnektor auch die Telematikinfrastruktur vor beispielsweise Schadsoftware in der Arztpraxis. Er erreicht diese grundlegenden Sicherheitseigenschaften auf der Netzebene durch Firewall-Funktionen, durch die Prüfung der Integrität und Authentizität der Kommunikationspartner und auf der Anwendungsebene durch eine Strukturprüfung der eingehenden Daten.

Durch die Zertifizierungsverfahren und die dafür notwendige Sicherheitsüberprüfung für die Herstellung und den Betrieb von Produkten der TI und Diensten gewährleistet die gematik, dass die sensiblen Informationen von Versicherten vor unbefugtem Zugriff sicher sind. Produkte wie die Gesundheitskarten und Kartenterminals müssen aufwändige Testverfahren bestehen, um eine Zulassung zur Telematikinfrastruktur zu erhalten.

Daten verlassen eine Arztpraxis nur, wenn sie für die Übertragung durch die Telematikinfrastruktur verschlüsselt wurden. Unberechtigte können die verschlüsselten Daten während der Übertragung nicht lesen. Es dürfen nur berechtigte Personen auf die Daten des Versicherten zugreifen. Technisch und gesetzlich ist dies durch entsprechende Heilberufs- und Berufsausweise bzw. Ausweise der medizinischen Einrichtungen gewährleistet. Die Versicherten haben die Hoheit über ihre Daten und können den Zugriff gezielt freigeben. Er erfolgt durch Aushändigung und Freischaltung der eGK oder auch durch Vergabe einer Berechtigung für den Zugriff. Die Daten der Versicherten werden für die Gesundheitskarte versichertenindividuell verschlüsselt. Für Unberechtigte bleiben diese Daten unlesbar, da sie nur mit der eGK einer Person zugeordnet werden können.

Durchgeführte Gutachten und Analysen der Sicherheitsarchitektur bestätigen das hohe Schutzniveau für die medizinischen Daten. Der Zugang über die Gesundheitskarte und die Verschlüsselungs- und Anonymisierungstechniken sichern das Selbstbestimmungsrecht der Versicherten.

57. Stimmt es, dass z.B. „Bundestrojaner“ u.U. auf unseren Praxisservern platziert werden können?

Grundsätzlich ist es denkbar, dass auf jedes Gerät, das mit dem Internet verbunden ist, ein Trojaner installiert werden kann. Die Ursache liegt in der nicht komplett fehlerfreien Entwicklung von Betriebssystemen und Browsersoftware. Für bekannte Fehler werden kurzfristig aktuelle Fehlerbehebungen, so genannte Patches, von den Herstellerfirmen zur Verfügung gestellt. Der beste Schutz für Internet-Nutzer gegen Trojaner liegt daher im konsequenten und unverzüglichen Einspielen von Patches und Updates für Betriebssysteme und Browser.

Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (www.bsi.de) sowie der CERT-Bund (www.buerger-cert.de/) veröffentlichen bei Bedarf tagesaktuelle Informationen und Warnmeldungen.

58. Ist eine Praxis für die Sicherheit der Telematikinfrastruktur (TI) verantwortlich?

Die gematik stellt in ihrem Informationsblatt "Datenschutz und Haftung in der Telematikinfrastruktur" klar, dass die Haftung des Arztes/Psychotherapeuten nach der

Datenschutz-Grundverordnung in jedem Fall ausscheidet, wenn die zugelassenen Komponenten (insbesondere der Konnektor) der TI bestimmungsgemäß verwendet werden und gemäß den im Betriebshandbuch der Komponenten beschriebenen Anforderungen aufgestellt und betrieben werden.

Eine Haftung scheidet nach Auffassung der gematik in diesem Fall aber auch nach jeder anderen vergleichbaren Norm (Vertrags- oder Deliktsrecht) aus, da nach allen haftungsrechtlichen Tatbeständen den Datenverarbeiter ein Verschulden treffen müsse. Ein solches Verschulden liegt bei sachgemäßem Anschluss jedoch nicht vor. Die gematik weist außerdem darauf hin, dass dies auch für jegliche strafrechtliche Haftung des Arztes bei der Nutzung eines Konnektors gelte.

Gemäß § 307 SGB V liegt ab dem Konnektor die Verantwortung für den sicheren Betrieb der TI-Zugangsdienste bei der gematik und den jeweiligen Anbietern.

Im Übrigen wurde die gematik gemäß § 307 Abs. 5 SGB V dazu verpflichtet, eine koordinierende Stelle einzurichten, die Betroffenen allgemeine Informationen zur TI sowie Auskunft über Zuständigkeiten innerhalb der TI - insbesondere zur datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeit - erteilt.

59. Wer haftet im Falle einer Sicherheitslücke im System (z. B. Datenverlust, Ausspähung von Daten etc.)?

Grundsätzlich ist jeder, der Daten verarbeitet, egal um welche Daten es sich handelt (digital oder analog), auch für diese verantwortlich. In Bezug auf die TI ist hierbei entscheidend, wo sich ein möglicher Angriff auf die Daten ereignet. Sollte es auf Grund fehlender Datenschutzmaßnahmen innerhalb des Praxisnetzwerks, z.B. fehlende Absicherung der Hard- oder Software mittels Firewall, Zugriffsbeschränkung o.ä., zu einem Missbrauch kommen, ist hier die Praxis bzw. der verantwortliche Arzt/Psychotherapeut verantwortlich.

Ab dem Konnektor liegt die Verantwortung für den sicheren Betrieb der TI gemäß § 307 SGB V grundsätzlich bei der gematik und den jeweiligen Dienst-/ Netzanbietern. Die Architektur der TI wurde maßgeblich von der gematik definiert und entwickelt. Die Sicherheitsanforderungen an die TI wurden dabei vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) - also von der höchsten Instanz für IT-Datensicherheit in Deutschland - festgelegt. Die Einführung der TI wird laufend vom BSI und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) begleitet.

Natürlich ist allen Beteiligten bewusst, dass kein IT-System jemals eine hundertprozentige Sicherheit gewährleisten kann. Klar ist aber, dass bei einer Sicherheitsverletzung innerhalb der TI grundsätzlich die gematik gemeinsam mit dem BSI haftet, und nicht der einzelne Arzt bzw. Psychotherapeut.

Dadurch, dass Vertragsärzte und -psychotherapeuten aufgrund der Gesetzeslage in den §§ 291 ff. SGB V zum TI-Anschluss durch Sanktionsdrohungen regelrecht gezwungen werden,

haben sie keine Wahl, sondern müssen die damit einhergehenden, theoretischen (Rest-) Sicherheitsrisiken in Kauf nehmen. Diesem Umstand trägt der Gesetzgeber durch die Auflage Rechnung, dass die TI durchgängig interoperabel, kompatibel und sicher sein soll.

60. Welche Prüfungsnachweise gibt es für die Abrechnung?

Wenn die Praxis das VSDM durchführt, generiert das System bei jedem VSD-Abgleich einen Prüfungsnachweis, der im PVS gespeichert und mit der Abrechnung an die KV übermittelt wird. Jeder Prüfungsnachweis ist mit einem Zahlencode versehen, der für unterschiedliche Ergebnisse steht.

In allen Fällen, in denen ein Prüfungsnachweis generiert und im PVS abgelegt wird, 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

61. Welche Fehlermeldungen können auftreten?

Beim Einlesen der Karte können verschiedene Fehler auftreten, die entsprechende Meldungen im PVS auslösen.

Karte gesperrt/ungültig	Der Patient hat keinen gültigen Versichertennachweis. 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.

62. Wie lange dauert das VSDM?

Bei Tests in Praxen hat sich gezeigt, dass die Online-Prüfung ohne Aktualisierung in der Regel nicht länger als das Einlesen der eGK heute dauert. Etwas mehr Zeit benötigt das System, wenn Angaben aktualisiert werden. Dafür müssen Praxismitarbeiter die neuen Versichertendaten nicht mehr händisch eingeben, denn sie können automatisch in das PVS übernommen werden.

Vorgaben an die Hersteller der Technik sehen vor, dass die Online-Prüfung nicht länger als fünf Sekunden dauern soll; mit Aktualisierung maximal 13 Sekunden..

63. An wen wende ich mich bei technischen Störungen?

Bei technischen Störungen wenden Sie sich als erstes an Ihren Systembetreuer.

64. Wer ist der Betreiber des TI-Servers?

Der Betreiber des Servers ist die Firma Arvato (Bertelsmann), i.A. der gematik GmbH.

65. Was muss ich tun, wenn eine für das Einlesen der eGK erforderliche Komponente (z. B. stationäres Kartenlesegerät) defekt ist?

Wie in der Anlage 4a BMV-Ä (Stand 01.10.2020) beschrieben, kommt wie bisher auch vorübergehend das Ersatzverfahren zum Einsatz. Da Sie zur Durchführung des VSDM gesetzlich verpflichtet sind, ist es wichtig, dass Sie sich schnellstmöglich um die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit der Komponente kümmern. Wenden Sie sich hierzu an Ihren Systembetreuer.

66. Meine Praxis ist bereits an die TI angebunden, seitdem können oftmals die eGKs nicht eingelesen werden, was kann ich tun?

Sollten technische Probleme (z. B. Kartenlesegerät) vorliegen, ist grundsätzlich der Dienstleister in die Pflicht zu nehmen.

Elektronische Gesundheitskarten der Generation 1 und 1+ müssen vom Konnektor abgelehnt werden. In diesem Fall ist der Patient darauf hinzuweisen, sich an seine Krankenkasse zu wenden und um Austausch der eGK zu bitten. Karten der Generation 2 müssen auch in der TI funktionieren. Auffälligkeiten bestimmter Krankenkassen sowie Häufigkeit der nicht einlesbaren eGKs können der KVB gemeldet werden.

67. Wann kann das Ersatzverfahren angewendet werden?

Das Ersatzverfahren kann angewendet werden, wenn

- eine für das Einlesen der Karte erforderliche Komponente defekt ist
- die eGK defekt ist
- die Karte nicht benutzt werden kann, da für Haus- und Heimbefuche kein entsprechendes Gerät zur Verfügung steht und keine bereits in der Arztpraxis mit den Daten der eGK vorgefertigten Formulare verwendet werden können
- der Arzt noch nicht am VSDM teilnimmt und der Versicherte darauf hinweist, dass sich die zuständige Krankenkasse, die Versichertenart oder die Besondere Personengruppe geändert hat, die Karte dies aber noch nicht berücksichtigt

68. Gibt es eine Ausfallpauschale z. B. bei technischen Störungen?

Nein. In der Finanzierungsvereinbarung ist geregelt, dass sich die Vertragspartner einig sind, dass für die Installation sowie möglichen Ausfallzeiten der Vertragsarztpraxis bedingt durch die Einrichtung der Komponenten Aufwendungen und Kosten entstehen. Aus diesem Grunde wurde hierfür die TI-Startpauschale in Höhe von 900,00 Euro (einmalig) festgesetzt. Weitere Pauschalen für Ausfallzeiten im Regelbetrieb aufgrund technischer Störungen sind nicht enthalten.

69. Gibt es eine Garantie auf die Konnektoren und wenn ja wie lange?

Die Gewährleistungsdauer erfragen Sie bitte bei Ihrem Komponentenanbieter.

70. Was passiert, wenn nach Ablauf der Gewährleistungsfrist eine Komponente (z. B. Konnektor) ausgetauscht werden muss?

Zum jetzigen Zeitpunkt sind für den Ersatz von defekten TI-Komponenten nach Ablauf der Gewährleistungsfrist des Herstellers in der Finanzierungsvereinbarung keine zusätzlichen Erstattungspauschalen definiert und die KVB kann somit die Kosten der neuen Komponente und deren Installation nicht erstatten.

Nach aktuellem Stand handelt es sich um bedauerliche Einzelfälle. Sollte eine ganze Serie von Konnektoren nach Ablauf der gesetzlichen Gewährleistungszeit durch den Hersteller nicht mehr funktionsfähig sein, werden die Vertragspartner (KBV und GKV-Spitzenverband) umgehend Verhandlungen zur Anpassung der Finanzierungsvereinbarung aufnehmen. Nach § 291b SGB V besteht gesetzlich die Pflicht zu der Anbindung an die TI und der Durchführung

des VSDM. Um keine Honorarkürzung zu riskieren, sollte die Komponente daher zeitnah ausgetauscht werden.

71. Kann ich mich bei Fragen zu meinem TI-Vertrag/ zu den TI-Verträgen an die KVB wenden?

Bitte wenden Sie sich bei Fragen zu Ihrem TI-Vertrag/ Ihren TI-Verträgen direkt an Ihren jeweiligen Vertragspartner (TI-Anbieter, Systemhaus etc.). Die Klärung kann nur zwischen Ihnen und dem jeweiligen Vertragspartner auf Basis des geschlossenen Vertrages/ der geschlossenen Verträge mit allen dazugehörigen Unterlagen erfolgen. Im Bedarfsfall können Sie Ihre Fragen auch mit einem Anwalt Ihres Vertrauens besprechen.

IV. Fragen zur SMC-B Karte (Praxis-/Institutionsausweis)

72. Was ist der Praxis-/Institutionsausweis (SMC-B Karte) und wofür benötige ich ihn?

Damit sichergestellt ist, dass nur berechtigte Nutzer Zugang zur TI erhalten, benötigen alle Praxen und sonstigen medizinischen Einrichtungen einen elektronischen Praxis- beziehungsweise Institutionsausweis – in der IT-Sprache auch „Security Module Card Typ-B Karte“ genannt (kurz: SMC-B Karte). Neben dem Konnektor und dem stationären Kartenlesegerät ist der elektronische Praxis-/Institutionsausweis somit eine zwingend erforderliche Komponente für den TI-Zugang.

73. Wo kann ich die SMC-B Karte (Praxis-/Institutionsausweis) bestellen?

Die SMC-B Karte (Praxisausweis) können Sie nur über die Online-Portale zugelassener Kartenhersteller beantragen. Eine Bestellung direkt bei der KVB ist nicht möglich. Die zugelassenen Kartenhersteller finden Sie auf unserer Internetseite *unter www.kvb.de/ti unter dem Navigationspunkt Praxisausweis.*

Ausgenommen von der genannten Regelung sind Krankenhäuser. Für Krankenhäuser ist der Herausgeber für die SMC-B Karte (Institutionsausweis) die deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG).

74. Wie geht es nach der Bestellung für die SMC-B Karte (Praxisausweis) weiter?

Nachdem der Antrag von Ihnen ausgefüllt und eingereicht wurde, holt der Kartenhersteller bei der zuständigen KV die Bestätigung darüber ein, dass der Antragsteller tatsächlich Vertragsarzt bzw. -psychotherapeut oder ärztlicher Leiter eines MVZ ist und damit Anspruch auf einen Praxisausweis hat. So soll sichergestellt werden, dass nur berechtigte Nutzer Zugang zur TI erhalten.

Bitte beachten Sie, dass als Lieferanschrift die Anschrift der Betriebsstätte angegeben werden muss. Eine abweichende Lieferanschrift ist nicht möglich.

Als zusätzliche Sicherheitsmaßnahme wurde von der gematik festgelegt, dass ein Mitarbeiter der KV in der Praxis anruft und sich mittels Antragsnummer bestätigen lässt, dass die Praxis eine SMC-B Karte bei dem betreffenden Hersteller beantragt hat. Danach erhält der Antragsteller von der KVB einen Brief über die Freigabe seines Antrages und mit den wichtigsten Informationen zum Einsatz des beantragten Praxisausweises.

Anschließend erfolgen durch den Kartenhersteller Produktion und Versand der Karte. Spätestens nach 4 Wochen wird Ihnen der Praxisausweis vom Kartenanbieter mit der Post per Einschreiben zugestellt. Die dazugehörige PIN und den PUK erhalten Sie zeitlich versetzt in einem separaten Umschlag mit normaler Briefpost.

Wichtig: Sobald Sie Ihre SMC-B Karte und PIN/PUK-Brief erhalten haben, müssen Sie den Praxisausweis im Online-Portal des Kartenherstellers freischalten. Damit bestätigen Sie, dass

Sie die SMC-B Karte und den PIN/PUK-Brief in einem unversehrten Zustand erhalten haben. Zur Freischaltung benötigen Sie Ihre Zugangsdaten zum Online-Portal. Diese finden Sie im PDF-Antragsformular des Kartenherstellers, welches Ihnen bei Antragsstellung zum Download angeboten wurde.

75. Wie viele SMC-B Karten (Praxisausweise) benötige ich?

Es ist nur **eine SMC-B-Karte** (Praxisausweis) pro BSNR erforderlich, auch wenn mehrere stationäre Kartenlesegeräte in der Praxis eingesetzt werden. Pro Betriebsstätte wird die Pauschale auch nur für eine SMC-B Karte ausgezahlt.

Pro Betriebsstättennummer muss ein Antrag gestellt werden. Es ist leider nicht möglich, mehrere Betriebsstättennummern in einem Kartenantrag anzugeben.

Pro mobilem (neuen TI-fähigen) Kartenlesegerät ist ebenso eine SMC-B Karte erforderlich (pro anspruchsberechtigtem mobilen Kartenlesegerät wird eine weitere SMC-B Karte finanziert). Die neuen TI-fähigen Kartenlesegeräte können auch mit einem elektronischen Heilberufsausweis betrieben werden (ab Kartengeneration 2, eHBA G2).

76. An wen kann ich mich bei Fragen zur SMC-B Karte (Praxisausweis) wenden?

Bei Fragen zu Ihrer SMC-B Karte (Praxisausweis) oder PIN-Brief wenden Sie sich bitte an den Kartenhersteller, bei Verlust der Vorgangsnummer an die KVB.

77. Wo finde ich meine Vorgangsnummer?

Die Vorgangsnummer ist in dem PDF Dokument ersichtlich, welches nach Antragstellung abgespeichert oder ausgedruckt werden sollte. Wurde das PDF Dokument nicht ausgedruckt, kann die Vorgangsnummer bei der KVB erfragt werden.

78. Ich habe 2 SMC-B Karten (Praxisausweise) oder mehr bestellt, benötige aber nur 1 SMC-B Karte, was kann ich tun?

Sie können Änderungen an dem Antrag selber vornehmen, solange dieser von der KVB noch nicht bearbeitet wurde.

Loggen Sie sich hierfür in das Online-Portal Ihres Kartenherstellers ein. Eine Änderung unsererseits ist leider nicht möglich. Sollte der Antrag bereits durch die KVB freigegeben worden sein, ist eine Stornierung bzw. Bearbeitung nicht mehr möglich.

79. In welchem Status befindet sich meine SMC-B Kartenbestellung?

Der Status der Bestellung kann im Antragsportal des jeweiligen Kartenherstellers eingesehen werden.

80. Ich habe meine SMC-B Karte (Praxisausweis) bestellt, wann erhalte ich diese?

Die Zustellung der Karte ab Freigabe der KVB erfolgt - je nach Kartenhersteller - spätestens nach 4 Wochen.

81. Ich konnte die Zustellung der Karten nicht annehmen, was passiert jetzt?

Sollte die Zustellung z. B. aufgrund des Praxisurlaubes oder Nicht-Anwesenheit nicht angenommen werden können, geht der Brief an die zuständige Postfiliale. Eine Nachricht über die Nichtzustellung sollte vom Briefträger hinterlassen werden.

Innerhalb einer Woche kann das Einschreiben auf der Postfiliale abgeholt werden. Wird der Brief nicht innerhalb einer Woche abgeholt, geht er zurück an den Kartenhersteller. In diesem Fall, wenden Sie sich direkt an den Kartenhersteller.

82. Ist mein Antrag angekommen?

Sobald Sie den Antrag abgeschickt haben, erhalten Sie eine Bestätigung per E-Mail. Sehen Sie ggf. auch im SPAM-Ordner nach.

83. Kann der Antrag noch geändert werden, auch wenn dieser von der KVB schon freigegeben wurde?

Ein bereits von der KV freigegebener Antrag ist nicht mehr änderbar! Die Kartenhersteller beginnen nach der Freigabe durch uns mit der Produktion der beantragten Karte/ Karten.

84. Ich habe in meinem Antrag etwas falsch eingegeben bzw. eine Angabe (z.B. Bestellcode) vergessen. Wie kann ich den Antrag ändern?

Je nach Kartenhersteller können Sie inhaltliche Änderungen im Antragsportal selbst vornehmen. Sollte dies jedoch nicht möglich sein, setzen Sie sich umgehend mit der KV bzw. Kartenhersteller in Verbindung.

85. Der Bestellcode wird nicht angenommen (sofern Sie von einem Reseller einen Bestellcode erhalten haben), was kann ich tun?

Ein Bestellcode kann pro Bestellung nur einmal verwendet werden. Sollte der Code bereits verwendet worden sein, ist bei Ihrem Dienstleister ein neuer Code zu erfragen.

86. Welche SMC-B Karte (Praxisausweis) sollen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (MKG) mit Doppelzulassung nutzen?

Aufgrund der Zugriffsrechte für die MKG-Praxis ist es empfehlenswert, dort eine ärztliche SMC-B zu nutzen. Grundsätzlich steht es der Praxis aber frei, welche sektorale Karte sie nutzen möchte. Es wird nur ein Praxisausweis benötigt.

Für Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI), wie z. B. Organspendeerklärung oder andere Erklärungen des Versicherten, ist es für MKG-Praxen grundsätzlich sinnvoll, einen ärztliche Praxisausweis zu nutzen, da dieser über die hierfür notwendigen Zugriffsrechte verfügt (Zahnärzte erhalten aufgrund gesetzlicher Vorgaben keinen Zugriff auf Verweise über das Vorliegen von Erklärungen des Versicherten). Für die Abrechnung ist es inhaltlich nicht relevant, ob ein ärztlicher oder zahnärztlicher Praxisausweis genutzt wird. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztliche Bundesvereinigung empfehlen die Nutzung des ärztlichen Praxisausweises für MKG-Praxen aufgrund der Zugriffsrechte für aktuell anstehende bzw. geplante Anwendungen der TI.

87. In unserer Gemeinschaftspraxis ist sowohl ein Arzt als auch ein Psychotherapeut tätig. Welchen SMC-B Kartentyp muss ich bei der Beantragung wählen?

In diesem Fall wählen Sie bitte bei der Beantragung im Portal des Kartenherstellers den SMC-B Kartentyp für die Arztpraxis.

88. Benötigen ermächtigte Krankenhausärzte eine eigene SMC-B Karte?

Ja ermächtigte Krankenhausärzte benötigen für ihre Betriebsstättennummer eine eigene SMC-B Karte. Kartenherausgeber ist die KVB, Informationen zur Kartenbestellung können in FAQ 73 nachgelesen werden.

89. Wann muss eine SMC-B Karte (Praxisausweis) gesperrt werden und an wen kann ich mich für die Sperrung der Karte wenden?

Eine Sperrung der SMC-B Karte kann aus folgenden Gründen notwendig werden:

- Der Praxisinhaber stellt seine Tätigkeit ein (BSNR wird beendet)
- Karte verloren
- BSNR ändert sich

Die Sperrung der Karte kann durch die KV erfolgen oder durch Sie über das Antragsportal Ihres Anbieters.

90. Was muss getan werden, wenn der Antragsteller der SMC-B Karte (Praxisausweis) z.B. die Gemeinschaftspraxis verlässt?

Da die SMC-B Karte als Praxisausweis einer Betriebsstättennummer zugeordnet ist, verbleibt die Karte in der Praxis.

V. Fragen zum elektronischen Heilberufsausweis (eHBA)

91. Wer ist mein Ansprechpartner bei Fragen zum eHBA?

Bei Fragen zum eHBA (eArztausweis/ePsychotherapeutenausweis) wenden Sie sich bitte an Ihre zuständige Landeskammer ([Bayerische Landesärztekammer](#) oder [Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten](#)).

Umfassende Informationen zu häufig gestellten Fragen (FAQ) und zugehörigen Antworten finden Sie zudem auf den Internetseiten der Bundesärztekammer (<https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/telematiktelemedizin/earztausweis/faq/>) und der Bayerischen Psychotherapeutenkammer (https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/id/pa_faqs_epta.html).

92. Benötige ich einen eHBA?

Mit Hilfe des eHBAs (eArztausweis/ePsychotherapeutenausweis) und der darauf basierenden QES werden Notfalldatensätze, eArztbriefe und zukünftig auch eRezepte und eAU rechtssicher signiert. Da ab 1. Oktober 2021 die eAU nur noch digital über die TI an die Krankenkassen geschickt werden darf, ist es wichtig, dass Praxen rechtzeitig die technischen Voraussetzungen schaffen, zu denen u.a. der eHBA der 2. Generation gehört.

Zudem ist der eHBA eine gesetzliche Vorgabe für den Zugriff auf die Daten der ePA und damit verpflichtend vorzuhalten. Mit einem eHBA der Generation 2 kann ferner das TI-fähige mobile Kartenlesegerät betrieben werden. Darüber hinaus ist er Voraussetzung für die SMC-B Kartenbestellung (Praxis-/Institutionsausweis).

Erhältlich ist der eHBA bei der zuständigen Landesärzte- beziehungsweise Psychotherapeutenkammer. Die Kammern sind als Kartenherausgeber erster Ansprechpartner für Ihre Fragen zum eHBA.

93. Benötigt jeder Arzt/Psychotherapeut in einer Praxis einen eigenen eHBA?

Der eHBA ist eine gesetzliche Vorgabe für den Zugriff auf die Daten der ePA (vgl. § 39 Absatz 3 SGB V) und damit für Vertragsärzte und -psychotherapeuten verpflichtend. Zudem kann das Signieren von beispielweise Notfalldaten, eArztbriefen oder der eAU nur durch den Besitzer eines eHBA erfolgen. Wenn also mehrere Ärzte oder Psychotherapeuten in einer Praxis Dokumente mittels eHBA signieren, benötigt hierfür jeder Arzt / Psychotherapeut zwingend seinen eigenen eHBA.

94. NEU: Wofür benötigen Laborärzte und Anästhesisten ohne Arzt-Patienten-Kontakt einen eHBA (eArztausweis)?

Laborärzte und Anästhesisten benötigen den eHBA z.B. für die qualifizierte elektronische Signatur elektronischer Arztbriefe (Laborberichte, Befunde etc.). Der eHBA ist zudem eine gesetzliche Vorgabe für den Zugriff auf die Daten der ePA (vgl. § 39 Absatz 3 SGB V) und laut § 340 SGB V Voraussetzung für die Bestellung einer SMC-B Karte (Praxisausweis).

95. Benötigen Aus- und Weiterbildungsassistenten einen eigenen eHBA?

Assistenten, die im Rahmen ihrer Tätigkeit in der Praxis signieren müssen, benötigen dafür einen eigenen eHBA. Beachten Sie jedoch, dass Aus- und Weiterbildungs-assistenten keinen Anspruch auf die Erstattung der eHBA-Pauschale gemäß der TI-Finanzierungsvereinbarung haben (siehe auch FAQ 114 Wer hat Anspruch auf eine Pauschale für den eHBA?).

96. NEU: Benötigen Vertreter (bspw. Sicherstellungsassistenten) einen eigenen eHBA?

Die eRezepte und eAU etc. sind immer von der ausstellenden Person mit eigenem eHBA qualifiziert elektronisch zu signieren. Entsprechend benötigen auch Vertreter wie Sicherstellungsassistenten für die Signatur ihren eigenen eHBA. Beachten Sie jedoch, dass Sicherstellungsassistenten keinen Anspruch auf die Erstattung der eHBA-Pauschale gemäß der TI-Finanzierungsvereinbarung haben (siehe auch FAQ 114 Wer hat Anspruch auf eine Pauschale für den eHBA?).

97. Benötigen Poolärzte in den Bereitschaftspraxen einen eigenen eHBA?

eRezepte und eAU etc. sind immer von der ausstellenden Person mit eigenem eHBA qualifiziert elektronisch zu signieren. Entsprechend benötigen Poolärzte für ihre Tätigkeit in den Bereitschaftspraxen einen eigenen eHBA. Die Finanzierungsvereinbarung sieht derzeit keine Erstattung von Pauschalen für Poolärzte vor, dies umfasst auch die Kosten für den eHBA (siehe auch FAQ 114 Wer hat Anspruch auf eine Pauschale für den eHBA?).

98. Benötigen Ärzte mit einer Doppelmitgliedschaft bei der Zahn- Ärztekammer (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen) 2 eHBAs?

Nein, ein Ausweis ist in der Regel ausreichend. Grundsätzlich steht es Ihnen frei einen eArztausweis und einen eZahnarztausweis zu beantragen. Da der eArztausweis zusätzlich die Möglichkeit bietet auf Informationen zur Organspende und Patientenverfügung zuzugreifen und damit weitere Rechte umfasst, ist die Nutzung des eArztausweises zu empfehlen, sofern Sie nur einen HBA beantragen möchten. Nur wenn Sie die beiden Fachqualifikationen organisatorisch trennen möchten (z.B. getrennte Praxen oder getrennte KIM-Postfächer), sind beide HBAs erforderlich.

99. Wo kann ich einen eHBA (eArztausweis/ePsychotherapeutenausweis) beantragen?

Das Antragsverfahren für den eHBA erfolgt ähnlich wie beim "normalen" Arzt- bzw. Psychotherapeutenausweis über die zuständige Landeskammer.

- [Bayerische Landesärztekammer](#)
- [Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten](#)

Weitere Informationen und Antworten auf Ihre Fragen zur Antragsstellung erhalten Sie von Ihrer zuständigen Landeskammer und unter <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/telematiktelemedizin/earztausweis/faq/> sowie unter www.ehba.de und https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/id/pa_elektronischer_psychotherapeutenausweis.html.

100. Im Antragsformular für den eHBA kann ich optional eine E-Mail-Adresse für die Signatur von E-Mails angeben. Welche E-Mail-Adresse muss ich hier angeben?

Die E-Mail-Adresse wird abgefragt, wenn der eHBA mit den Zertifikaten für die E-Mail-Verschlüsselung und elektronische Signatur verwendet werden soll. Hierfür muss die E-Mail-Adresse, mit der signiert und ent- bzw. verschlüsselt werden soll, im Antrag angegeben werden. Es können nur E-Mails signiert und verschlüsselt werden, die von der hinterlegten E-Mail-Adresse versendet werden, d.h. ohne E-Mail-Adresse kann die Funktion nicht verwendet werden. Eine nachträgliche Änderung der E-Mail-Adresse im Zertifikat ist nicht möglich, daher ist es mit Blick auf die Praktikabilität sinnvoll persönliche E-Mail-Adressen anzugeben unabhängig von Institutionen/Praxen (anstelle von Postfach-Adressen).

Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei nicht um den verschlüsselten Versand und Empfang von Nachrichten über KIM handelt und somit nicht die KIM-Adresse angegeben werden soll.

Bei Fragen zur eHBA-Antragsstellung wenden Sie sich bitte generell an Ihre zuständige Landeskammer (Bayerische Landesärztekammer, Psychotherapeutenkammer Bayern).

VI. Fragen zu Kosten und Finanzierung

101. Wer übernimmt die Kosten für die Anbindung der Praxen an die TI?

Nach §378 Abs. 1 SGB V erhalten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten zum Ausgleich der Ausstattungs- und Betriebskosten für die TI Erstattungen von den Krankenkassen. Die Details werden nach §378 Abs. 2 SGB V in der "Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der TI ("Finanzierungsvereinbarung TI") zwischen KBV und GKV-Spitzenverband geregelt.

Die Finanzierungsvereinbarung ist auf der Homepage der KBV unter Service/Service in der Praxis/Praxis-IT/Telematikinfrastruktur veröffentlicht.

102. Welche Kosten sind durch die Finanzierungsvereinbarung abgedeckt?

Im SGB V wurde die TI-Kostenübernahme im § 376 SGB V wie folgt festgelegt: „Nach den §§ 377 bis 382 sind Vereinbarungen zu treffen über die Erstattung

1. der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie
2. der erforderlichen Betriebskosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur [...] entstehen.“

Der Gesetzgeber hat den Praxen somit nicht individuelle Preise zugestanden, sondern nur „erforderliche“ Kosten. Das Schiedsamt, das die TI-Finanzierungsvereinbarung in letzter Instanz entschieden hat, hat diese Formulierung dahingehend interpretiert, dass gängige Marktpreise angesetzt wurden, und zwar nur für die Ausstattung eines Standard-Szenarios (das heißt des Online-Szenarios). Die definierten Pauschalen decken somit ganz bewusst lediglich „Standardkosten“ ab, die einer Durchschnittspraxis für die TI-Installation der Standard-Lösung entstehen.

Siehe dazu auch die Fragen 104 „Welche einmaligen Pauschalen für die Anbindung der Praxen an die TI werden erstattet?“ und 106 „Welche Pauschalen für den laufenden Betrieb werden erstattet?“

Mitte März 2019 wurde das erste bayerische Klageverfahren zur TI beendet. Dem Antragsteller ging es in seiner Klage vor dem Sozialgericht München u. a. um die nicht gedeckten Kosten (SG München, Beschluss v. 22.03.2019 – S 38 KA 52/19 ER). Das Verfahren wurde abgewiesen. Das Gericht begründete dazu wie folgt:

„ [...] Unabhängig davon ist den gesamten Regelungen, allen voran den §§ 291, 291a SGB V nicht zu entnehmen, dass die Pauschalen kostendeckend im Sinne einer Vollkostenerstattung sein müssen. Derartiges ergibt sich auch nicht aus der Gesetzesbegründung hierzu (vgl. Bt-DRS 15/4924). Es handelt sich vielmehr um eine Anschubfinanzierung in Form von Pauschalen, was nicht zuletzt aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung zweckdienlich erscheint. Dabei kann die Pauschale, die einen Geldbetrag darstellt, durch den eine Leistung,

die sich aus verschiedenen Positionen zusammensetzt, abgegolten wird, über den Ausgaben für das notwendige Equipment liegen, aber auch darunter. Unvereinbar mit der gesetzlichen Regelung des § 291a Abs. 7 S. 5 und § 291a Abs. 7b S. 3 SGB V und mit dem Willen des Gesetzgebers wäre lediglich, wenn die Finanzierungsvereinbarung nur eine symbolische Kostenerstattung in niedriger Höhe enthielte. Davon kann aber bei den in Anlage 2 zur Anlage 32 zum BMV-Ä aufgeführten Pauschalen nicht die Rede sein. [...]“

103. Ist in der Finanzierungsvereinbarung ein Enddatum für die Auszahlung der Pauschalen für die Erstausrüstung sowie den laufenden Betrieb festgelegt?

Die aktuelle TI-Finanzierungsvereinbarung gilt bis zum 31. März 2022. Über die Ausgestaltung einer Folgevereinbarung wird zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband verhandelt.

In §10 Absatz 2 der Vereinbarung ist ebenfalls festgelegt, dass die KBV und der GKV-Spitzenverband Verhandlungen zur Anpassung der Vereinbarung aufnehmen, wenn sich neue Erkenntnisse über die Entwicklung der Marktpreise oder andere signifikante Veränderungen ergeben.

104. Welche einmaligen Pauschalen für die Anbindung der Praxen an die TI werden erstattet?

Um die TI nutzen zu können, werden verschiedene Komponenten und Dienste benötigt. Für die Erstausrüstung wurden zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband folgende Pauschalen vereinbart:

a) Erstausrüstungspauschale „Konnektor“ und „stationäres Kartenterminal“

- Die Pauschale für die Erstausrüstung beinhaltet die Ausstattung einer Praxis mit einem Konnektor und einem/mehreren stationären Kartenterminals und kann je zugelassener Betriebsstätte berechnet werden.
- Je nach Anzahl der Vertragsärzte/-psychotherapeuten (Vollzeitäquivalente) in einer Praxis werden bis zu drei stationäre Kartenterminals erstattet. Maßgeblich ist der kumulierte Zulassungsumfang aller in der Praxis tätigen Ärzte 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

Quelle: Anlage 1 TI-Finanzierungsvereinbarung

- Die einmalige Erstattungspauschale für Konnektor und stationäres Kartenterminal setzt sich aus zwei Beträgen zusammen:
 - Erstattungsbetrag je stationärem Kartenterminal in Höhe von 535,00 Euro
 - Erstattungsbetrag für den Konnektor in Höhe von 1.014,00 Euro.

Grundlage für die Ermittlung der Anzahl der Vertragsärzte/ -psychotherapeuten in der Praxis ist deren Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- und Genehmigungsbescheid (kumuliertes Vollzeitäquivalent). Maßgeblich ist dabei die Größe der Vertragsarzt- bzw. Vertragspsychotherapeutenpraxis am letzten Tag des Quartals, in dem die Praxis an die TI angeschlossen wird.

Für die Höhe der Pauschale für den Konnektor ist nicht das Quartal der Bestellung entscheidend, sondern das Quartal, in dem in der jeweiligen Betriebsstätte/ Nebenbetriebsstätte der erste Online-Abgleich der Versichertenstammdaten erfolgt ist.

- Informationen zu den Erstattungspauschalen weiterer TI-Anwendungen, u.a. die Pauschalen zur Finanzierung der ePA-PVS- und -Konnektor-Updates, des Kommunikationsdienstes KIM sowie Pauschalen für weitere stationäre Kartenlesegeräte im Zusammenhang mit der eMP- und NFDM-Einführung finden Sie auf den entsprechenden Themenseiten unter www.kvb.de/ti. Zudem finden Sie in den verlinkten FAQ-Dokumenten die Antworten auf die am häufigsten gestellten Fragen.

b) Einmalige „TI-Startpauschale“

- Je zugelassener Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte erhalten Praxen eine einmalige TI-Startpauschale in Höhe von 900,00 Euro.
Damit werden Kosten erstattet, die im Zusammenhang mit der Einrichtung der Komponenten und Dienste entstehen (z.B. Praxisausfall während der Installation des Konnektors, Anpassung des Praxisverwaltungssystems, Schulung des Praxispersonals)

c) Erstausrüstungspauschale „mobiles Kartenterminal“

- Der Erstattungsbetrag für ein mobiles Kartenterminal beträgt 350,00 Euro.
- Voraussetzungen für die Kostenerstattung eines mobilen Kartenterminals:
 - Vertragsarzt/-psychotherapeut mit einem Tätigkeitsumfang von mind. 0,5 gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid; im Vorquartal und/oder im aktuellen Quartal wurden mind. drei Besuche nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01418, 01721 und 05230 durchgeführt und abgerechnet oder Nachweis des Abschlusses eines Kooperationsvertrages gemäß § 119 b SGB V (Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen), der den Vorgaben der Anlage 27 zum BMV-Ä entspricht
 - Je ausgelagertem Praxisraum (keine Kriterien)

Die Pauschale für das mobile Kartenlesegerät sowie die zugehörige Pauschale für eine weitere SMC-B Karte wird ausgezahlt, wenn die in dieser Betriebsstätte tätigen Ärzte an die TI angebunden sind sowie die Voraussetzungen für die Kostenerstattung eines mobilen Kartenterminals erfüllen.

105. Wie kann ich ermitteln, wie viele Pauschalen für stationäre Kartenlesegeräte ich erstattet bekomme?

Die Höhe der Erstattungspauschale für stationäre Kartenterminals für die Erstausrüstung ist abhängig von der Anzahl bzw. des Tätigkeitsumfangs der Ärzte/Psychotherapeuten (Vollzeitäquivalente), die an der jeweiligen Betriebsstätte ihren hauptsächlichen Tätigkeitsort haben. Je nach Anzahl der Vertragsärzte/-psychotherapeuten (Vollzeitäquivalente) in einer Praxis werden bis zu drei stationäre Kartenterminals erstattet. Die Vollzeitäquivalente einer Praxis werden ermittelt auf Basis des Tätigkeitsumfangs aller in der Praxis tätigen Ärzte/Psychotherapeuten gemäß der Zulassungs- und Genehmigungsbescheide. D. h.: Nicht die Anzahl der Personen ist entscheidend, sondern deren Tätigkeitsumfang. Beispiel: Für eine Gemeinschaftspraxis mit sechs Ärzten/Psychotherapeuten, die jeweils eine halbe Zulassung haben, ergibt sich ein Vollzeitäquivalent von 3,0.

Angestellte Ärzte/Psychotherapeuten werden in der Zählung berücksichtigt; Sicherstellungs-, Weiterbildungs- und Ausbildungsassistenten sowie Jobsharing-Juniorpartner sind hingegen nicht einzurechnen. Ist ein Arzt/Psychotherapeut in mehreren Betriebsstätten tätig, wird sein Tätigkeitsumfang nur am hauptsächlichen Tätigkeitsort gezählt. Hat an einer Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte kein Arzt/Psychotherapeut seinen hauptsächlichen Tätigkeitsort, wird die Grundausstattung finanziert (Pauschale für 1 stationäres Kartenlesegerät).

Für die neuen TI-Anwendungen NFDM und eMP haben Praxen einen zusätzlichen Anspruch auf ein KT je angefangene 625 Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt. Informationen zur Berechnung finden Sie im NFDM/eMP-FAQ-Dokument auf den NFDM- und eMP-Themenseiten.

106. Welche Pauschalen für den laufenden Betrieb werden erstattet?

Für die Finanzierung des laufenden Betriebs erhalten die Praxen folgende Pauschalen:

a) Betriebskostenpauschale „Wartung Konnektor/ VPN“

- Mit dieser Pauschale werden den Praxen bzw. jeder Betriebsstätte Kosten für die Wartung/Updates des Konnektors und Gebühren für den VPN-Zugangsdienst erstattet. Die Erstattung erfolgt quartalsweise und ist unabhängig von der Anzahl der Ärzte, die in der Betriebsstätte tätig sind. Seit Quartal 3/2018 beträgt die Pauschale 248,00 Euro je Quartal.
- Beim Einsatz eines E-Health-Konnektors mit den Funktionalitäten **NFDM/eMP** (Updatestufe PTV 3) wird ein Zuschlag auf die Betriebskostenpauschale in Höhe von 4,50 Euro pro Quartal erstattet.

- Bei erfolgreichem Konnektor-Update mit **ePA-Funktionalität** (Updatestufe PTV 4) wird die Betriebskostenpauschale um 4,50 Euro pro Quartal erhöht.
- Der Anspruch auf Zahlung der Betriebskostenpauschale endet im Quartal der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Praxis.

b) Betriebskostenpauschale „SMC-B Karte“ (Praxisausweis)

- Quartalsweise wird eine Pauschale in Höhe von 23,25 Euro je SMC-B Karte erstattet.
- Gezahlt wird die Pauschale für eine SMC-B Karte für das stationäre Kartenlesegerät (unabhängig von der Anzahl der stationären Kartenlesegeräte in der Praxis) und ggf. eine SMC-B Karte für jedes mobile Kartenlesegerät.

c) Betriebskostenpauschale „elektronischer Heilberufsausweis“ (eHBA)

- Die Pauschale für den eHBA beträgt 11,63 Euro pro Quartal.

d) KIM-Betriebskostenpauschale

- Die Pauschale beträgt 23,40 Euro pro Quartal und Betriebsstätte.
- Die Betriebskostenpauschale wird seit Quartal 2/2020 automatisch als Ergänzung zu den allgemeinen TI-Betriebskosten ausgezahlt, auch wenn noch keine KIM-Anbindung erfolgt ist.

Hinweis: Im ersten Quartal der Nutzung werden die Betriebskostenpauschalen a-c (ausgenommen die zusätzlichen Betriebskostenpauschalen in Höhe von jeweils 4,50 Euro für den E-Health-Konnektor und das ePA-Update) ab dem Monat, in dem die Praxis an die TI angeschlossen ist, anteilig übernommen. D.h. die Pauschale wird im ersten Quartal der Nutzung pro nicht genutzten Monat um ein Drittel reduziert.

107. Warum werden die Betriebskostenpauschalen im ersten Quartal der VSDM-Durchführung gekürzt und in welcher Höhe?

Laut TI-Finanzierungsvereinbarung besteht ein Anspruch auf die Zahlung der Betriebskostenpauschalen (Betriebskostenpauschale „Wartung Konnektor/ VPN“, Betriebskostenpauschale „SMC-B Karte“, Betriebskostenpauschale „elektronischer Heilberufsausweis“) ab dem Quartal der erstmaligen Nutzung der TI. In der Finanzierungsvereinbarung ist festgelegt, dass die Betriebskostenpauschalen sich im ersten Quartal der Nutzung um jeweils ein Drittel für jeden vollen Monat reduzieren, in dem das VSDM noch nicht durchgeführt wurde.

Daraus ergibt sich folgende Berechnung:

- Führt eine Praxis innerhalb des ersten Monats eines Quartals erstmalig das VSDM durch, werden die vollen Betriebskostenpauschalen ausgezahlt.
- Führt eine Praxis innerhalb des zweiten Monats eines Quartals erstmalig das VSDM durch, werden die Betriebskostenpauschalen um ein Drittel gekürzt.

- Führt eine Praxis innerhalb des dritten Monats eines Quartals erstmalig das VSDM durch, werden die Betriebskostenpauschalen um zwei Drittel gekürzt.

108. Mein PVS-Anbieter bietet mir kein Komplettpaket an, sondern nur ein TI-Modul zur Anbindung zertifizierter Komponenten. Gibt es für das TI-Modul und damit verbundene Kosten für die Wartung eine eigene Pauschale?

Nach Information der KBV wurden in der Finanzierungsvereinbarung solche Positionen in die Pauschalen für die Installationskosten sowie die Betriebskosten eingerechnet. Dafür gibt es keine separate Pauschale, die ausgezahlt werden kann.

109. Welche Praxen haben Anspruch auf die Erstattung der Pauschalen für den Konnektor und stationäre Kartenterminals, die dazugehörige Betriebskostenpauschale und TI-Startpauschale?

Grundsätzlich hat jede Vertragsarztpraxis (jede genehmigte Betriebs- und Nebenbetriebsstätte) Anspruch auf Erstattung der Kosten für die erforderliche erstmalige Ausstattung und der für die TI-Nutzung relevanten Betriebskosten sowie alle zusätzlichen Pauschalen, die für die weiteren TI-Anwendungen erstattet werden (Details siehe u.a. NFDM-, KIM- und ePA-Themenseiten unter www.kvb.de/ti).

Dies gilt, solange diese Praxis an die TI angeschlossen ist und die gesetzlich vorgeschriebenen Anwendungen gemäß § 291b SGB V i. V. m. der Anlage 4a BMV-Ä nutzt. Als Vertragsarztpraxis im Sinne der TI-Finanzierungsvereinbarung gelten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V, soweit eine eigene Betriebsstättennummer entsprechend der Richtlinie der KBV vergeben wurde (Richtlinie nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern).

110. Wer hat außerdem Anspruch auf die genannten Pauschalen?

a) Ermächtigte Ärzte, Psychotherapeuten und Einrichtungen

Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten (außer ermächtigte Krankenhausärzte) sowie Notfallambulanzen nach § 75 Abs. 1b SGB V mit Bereitschaftsdienstkooperationsvertrag erhalten die Pauschalen nach der Finanzierungsvereinbarung des GKV-Spitzenverbandes und der KBV über die KVB ausgezahlt.

Alle ermächtigten Krankenhausärzte sowie alle weiteren ermächtigten Einrichtungen werden nach der TI Finanzierungsvereinbarung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbandes finanziert (siehe FAQ 131)

b) Facharztgruppen, die von der VSDM-Pflicht ausgenommen, aber dennoch zur Anbindung an die TI verpflichtet sind

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wurde beschlossen, dass sich auch nicht-VSDM-pflichtige Ärzte bis zum 30.06.2020 an die TI anschließen müssen. Von der VSDM-Pflicht sind sie nach wie vor befreit, werden demnach auch nicht sanktioniert, wenn sie kein VSDM durchführen. Da sie jedoch als Vertragsärzte zur Bereitstellung der technischen Voraussetzungen für den Zugriff auf die ePA verpflichtet sind, droht ihnen bei Nicht-TI-Anbindung an die TI und Nicht-Bereitstellung der ePA-Funktionalitäten eine Honorarkürzung in Höhe von 1 Prozent.

111. Erhalten auch Bereitschaftspraxen, die keine Eigeneinrichtung der KVB sind, die Pauschalen zur Ausstattung mit den notwendigen TI-Komponenten zur Durchführung des VSDM erstattet?

Bereitschaftspraxen, die keine Eigeneinrichtungen der KVB sind erhalten die Kosten zur Anbindung an die TI nicht erstattet, da dies in der TI-Finanzierungsvereinbarung nicht vorgesehen ist.

112. Die Höhe der Pauschale für stationäre Kartenlesegeräte für die Erstausrüstung hängt von der Anzahl der Ärzte in der Praxis ab. Werden Sicherstellungsassistenten, Ausbildungsassistenten und Weiterbildungsassistenten bei der Ermittlung der Anzahl der Ärzte berücksichtigt?

Nein. Sicherstellungs-, Ausbildungs- und Weiterbildungsassistenten werden bei der Ermittlung der Anzahl der Ärzte in der Praxis nicht mitgezählt.

113. Wer hat Anspruch auf mobile Kartenterminals samt Betriebskosten für eine SMC-B Karte (Praxis-/Institutionsausweis)?

a) Ausgelagerte Praxisräume

Von der KV genehmigte, ausgelagerte Praxisräume haben keinen Anspruch auf die Erstausrüstungspauschale für Konnektor und stationäre Kartenterminals.

Alternativ haben diese Praxisräume Anspruch auf die Finanzierung eines mobilen Kartenterminals, inklusive der Betriebskosten für einen zusätzlichen Praxisausweis (SMC-B Karte).

b) Vertragsärzte/ -psychotherapeuten (inkl. angestellte Ärzte, ohne Job-Sharing Junior-Partner)

Vertragsärzte/ -psychotherapeuten haben Anspruch auf die Erstattung der Kosten für ein mobiles Kartenterminal, wenn sie mindestens einen Tätigkeitsumfang von 0,5 gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid haben und zusätzlich eine dieser Bedingungen erfüllen:

- Sie haben mindestens drei Hausbesuche nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01418, 01721 und 05230 im Vorquartal und / oder im aktuellen Quartal durchgeführt und abgerechnet.

Oder

- Sie weisen den Abschluss eines Kooperationsvertrages gemäß § 119 b SGB V (Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen), der den Vorgaben der Anlage 27 zum BMV-Ä entspricht, nach.

114. Wer hat Anspruch auf eine Pauschale für den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA)?

Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt/Psychotherapeut in einer Vertragsarztpraxis, die an die TI angeschlossen ist, hat Anspruch auf die Erstattung der Pauschale für die Betriebskosten eines eHBA von derzeit 11,63 Euro je Quartal pro Arzt/Psychotherapeut. Erstattet wird somit ca. die Hälfte der Kosten.

Sicherstellungs-, Aus- und Weiterbildungsassistenten haben keinen Anspruch auf die Erstattung der eHBA-Pauschale. Auch Ärzte im Praktikum, Belegärzte, Notärzte und Poolärzte wurden nicht in der TI-Finanzierungsvereinbarung berücksichtigt.

Die Pauschale für den eHBA wird ab dem Quartal der erstmaligen VSDM-Durchführung ausgezahlt.

115. Wieviel kostet ein eHBA?

Detaillierte Aussagen über die Kosten können nicht gegeben werden, da Ihre zuständige Landesärzte- bzw. -Psychotherapeutenkammer als Ansprechpartner fungiert.

Laut Information der Bundesärztekammer (BÄK) belaufen sich die Kosten für einen eHBA auf ca. 100,- € pro Jahr.

Weitere Informationen erhalten Sie von Ihrer zuständigen Landeskammer und unter <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/telematiktelemedizin/earztausweis/faq/> sowie unter www.ehba.de.

Im Rahmen der Anbindung der Praxen an die TI werden von den KVen Pauschalen in Höhe von 11,63 € pro Quartal je Arzt/Psychotherapeut ohne gesonderte Beantragung ausbezahlt.

116. Wie bekomme ich die Pauschalen für die Erstausrüstung sowie die Betriebskostenpauschalen erstattet?

a) Praxen, die das VSDM durchführen müssen:

Es muss **keine** Beantragung der Pauschalen bei der KVB erfolgen! Für jeden durchgeführten VSD-Abgleich generiert das System einen Prüfnachweis, der im PVS gespeichert und mit der Abrechnung an uns übermittelt wird. Wir prüfen in jeder Abrechnung, ob und wann eine Praxis zum ersten Mal das VSDM durchgeführt hat.

Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt dann mit der Restzahlung für das Quartal, in dem zu ersten Mal das VSDM durchgeführt wurde. Wurde beispielsweise in Q1/2021 zum ersten Mal der VSD-Abgleich vorgenommen, prüfen wir in der Abrechnung Q1/2021, ob entsprechend Prüfnachweise vorhanden sind und berechnen dann den auszahlenden Betrag für die Erstausrüstung der Betriebsstätte/ Nebenbetriebsstätte.

Zudem werden die Betriebskostenpauschalen für das Quartal der erstmaligen VSDM-Nutzung berechnet, pro nicht genutztem Monat wird die Pauschale um ein Drittel reduziert.

Die Auszahlung der Pauschale für die Erstausrüstung sowie die Pauschalen für die Betriebskosten erfolgt dann mit der Restzahlung für das jeweilige Quartal, für Q1/2021 am 31.07.2021. Die ausgezahlten Pauschalen werden zudem einzeln im Honorarbescheid aufgeführt.

Sonderzahlungen in Form von Erhöhung der Abschlagszahlungen können nicht umgesetzt werden.

Damit die Pauschalen für den laufenden Betrieb (Betriebspauschale, SMC-B Karte, eHBA) jedes Quartal ausgezahlt werden können, ist es wichtig, dass die Praxis das VSDM auch weiterhin jedes Quartal in jeder Betriebsstätte durchführt. Wir prüfen auch in den zukünftigen Abrechnungen, ob die Prüfnachweise für das VSDM ersichtlich sind und zahlen dann die Pauschalen für den laufenden Betrieb aus.

Bitte beachten Sie, dass auch die Nachweise über die Fördervoraussetzungen für NFDM/eMP, KIM und ePA- automatisch mit der Quartalsabrechnung erfolgen. Die dafür definierten Pauschalen werden wie alle anderen TI-Pauschalen ebenfalls mit den jeweiligen Restzahlungen ausgezahlt und im Honorarbescheid ausgewiesen. Detaillierte Informationen zu den Auszahlungsprozessen der NFDM/eMP-, KIM- und ePA-Pauschalen finden Sie auf den jeweiligen Themenseiten unter www.kvb.de/ti.

b) Facharztgruppen, die von der VSDM-Pflicht ausgenommen sind

Für Ärzte von Fachgruppen, die keinen VSD-Abgleich durchführen können, ist für die Erstattung der Erstausrüstungspauschalen ein Antrag erforderlich. Hier ist es der KVB nicht möglich, den TI-Anschluss anhand der eingereichten Abrechnungsdaten festzustellen. Das dafür erforderliche Antragsformular ist auf unserer Homepage auf folgenden Seiten verfügbar:

<https://www.kvb.de/service/formulare-und-antraege/formulare-mit-t/> sowie

<https://www.kvb.de/praxis/it-in-der-praxis/telematikinfrastruktur/> unter "Auszahlung der Erstattungspauschalen". Als Nachweis für den TI-Anschluss müssen die Ärzte eine Kopie des Installation-Abnahmeprotokolls beifügen.

Der Nachweis über die Fördervoraussetzungen der NFDM/eMP-, KIM- und ePA-Erstattungspauschalen erfolgt jedoch **nicht** über den Antrag für die Erstausrüstung. Die Nachweise über die Fördervoraussetzungen für KIM, eMP/NFDM und die ePA erfolgen automatisch über Ihre eingereichte Abrechnungsdatei d.h. ohne dass Sie aktiv werden

müssen. Die dafür definierten Pauschalen werden wie alle anderen TI-Pauschalen ebenfalls mit den jeweiligen Restzahlungen ausgezahlt und im Honorarbescheid ausgewiesen. Detaillierte Informationen zu den Auszahlungsprozessen der NFDM/eMP-, KIM- und ePA-Pauschalen finden Sie auf den jeweiligen Themenseiten unter www.kvb.de/ti. Zudem finden Sie in den verlinkten FAQ-Dokumenten die Antworten auf die am häufigsten gestellten Fragen.

117. Ich möchte für die Kosten zur Ausstattung meiner Praxis zur Anbindung an die TI nicht in Vorleistung gehen. Ist eine Vorauszahlung für die Pauschalen der Erstausrüstung möglich?

Nein, die Pauschalen werden mit der Restzahlung für das Quartal gezahlt, in dem zum ersten Mal der VSD-Abgleich durchgeführt wurde und dies auch in der Abrechnung ersichtlich ist.

118. Wird die Pauschale für das mobile Kartenlesegerät inkl. der Quartalspauschale für eine SMC-B Karte ebenfalls für das Quartal des ersten VSD-Abgleichs ausgezahlt?

Ja, wenn die Voraussetzungen für den Anspruch des mobilen Kartenlesegerätes erfüllt sind und die Praxis an die TI angebunden ist.

119. Erfolgt die Auszahlung für mobile Kartenlesegeräte ebenso automatisch wie für stationäre Geräte?

Ja, wenn die Voraussetzungen für den Anspruch des mobilen Kartenlesegerätes erfüllt sind und die Praxis an die TI angebunden ist

120. Werden die Quartalspauschalen für ein mobiles Kartenlesegerät auch ausgezahlt, wenn ich in einem Quartal nicht die erforderlichen GOPen für Hausbesuche abrechne?

Ja. Hat die KVB einmal ermittelt, dass ein Arzt/Psychotherapeut aufgrund des Vorhandenseins bestimmter GOPen Anspruch auf ein mobiles Kartenlesegerät hat, bekommt er die Einmalpauschale und die Quartalspauschale für die SMC-B Karte ausgezahlt. Die Quartalspauschale für die SMC-B Karte bekommt er in den Nachfolgepauschalen automatisch ausgezahlt, auch wenn er in einem Folgequartal die GOPen nicht mehr abrechnet. Voraussetzung für die weitere Auszahlung ist jedoch, dass er in der BSNR, die sein hauptsächlichlicher Tätigkeitsort ist, jedes Quartal VSDM durchführt.

121. Muss ich beim ersten VSD-Abgleich für den Nachweis in der Abrechnung etwas beachten?

Bitte beachten Sie, dass der VSDM-Nachweis in der Abrechnung nur berücksichtigt werden kann, wenn der Patient zu der eingelesenen Karte auch behandelt und die Behandlung entsprechend abgerechnet wird.

Wenn Sie sich vergewissern möchten, ob ihre Abrechnung tatsächlich VSDM-Prüfnachweise enthält, können Sie im KBV-Prüfmodul (KVDT, KV-Version) nachsehen. Ob und wie oft ein VSD-Abgleich in der eingereichten Abrechnungsdatei erfolgte, ist im Prüfprotokoll des KBV-Prüfmoduls ersichtlich.

122. Muss ich die erhaltenen Pauschalen zurückzahlen, wenn ich meine vertragsärztliche Tätigkeit beende oder sich die Anzahl der Ärzte in meiner Praxis verringert?

Grundsätzlich müssen keine Pauschalen zurückgezahlt werden. Da Ihnen bei der Anbindung an die TI sowie für den laufenden Betrieb Kosten entstanden sind, hatten Sie Anspruch auf die Pauschalen für die Erstausrüstung sowie die Pauschalen für den laufenden Betrieb. Die Zahlung der Betriebskostenpauschalen endet im Quartal der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Praxis.

123. Erhalte ich für einen ausgelagerten Praxisraum ebenfalls die Pauschalen für die Erstausrüstung zur Anbindung an die TI?

Nein, für einen ausgelagerten Praxisraum erhalten Sie nur die Pauschale für ein neues mobiles Kartenlesegerät inkl. SMC-B-Karte. In einem ausgelagerten Praxisraum wird kein VSD-Abgleich durchgeführt, da hier kein Erstkontakt mit Patienten stattfindet, dieser erfolgt am Vertragsarztsitz. Falls Sie einen von der KVB bestätigten, ausgelagerten Praxisraum gemäß § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV betreiben, haben Sie Anspruch auf ein TI-fähiges mobiles Kartenterminal für diesen Raum. Da die KVB die Erstattungspauschalen nicht automatisch auszahlen kann, müssen Praxisinhaber diese Pauschalen bei der KVB aktiv beantragen. Das Antragsformular finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik Service/Formulare und Anträge/Buchstabe T unter „Telematikinfrastruktur“. Erstattet werden gemäß TI-Finanzierungsvereinbarung für jeden ausgelagerten Praxisraum 350,00 Euro für das mobile Lesegerät sowie quartalsweise 23,25 Euro für den Praxisausweis (SMC-B Karte), der für den Betrieb des Geräts benötigt wird.

124. Wir sind eine Praxisgemeinschaft mit zwei separaten Betriebsstättennummern und wollen gemeinsam einen Konnektor verwenden. Wie viele Pauschalen für den Konnektor werden erstattet?

Wenn Sie in beiden Betriebsstätten den VSD-Abgleich durchführen, erhalten Sie für beide Betriebsstätten die Pauschale für den Konnektor. Bei den meisten Anbietern muss bei der Anbindung einer weiteren Praxis an einen Konnektor eine weitere Gebühr gezahlt werden.

125. Wir sind eine KV-übergreifende überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft. Von welcher KV erhalten wir die Pauschalen?

Die Erstattung der Pauschalen bei KV-übergreifenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften erfolgt über die jeweilige zuständige KV. Liegt z.B. eine Betriebsstätte in Baden-Württemberg, so ist für die Betriebsstätte die KV Baden-Württemberg zuständig. Für alle Betriebsstätten, die in Bayern liegen, erstattet die KVB die Pauschalen.

126. Wie oft muss ich jedes Quartal den VSD-Abgleich durchführen, damit die Pauschalen für die laufenden Betriebskosten quartalsweise erstattet werden?

Damit die Pauschalen für die laufenden Betriebskosten (Betriebskostenpauschale, Pauschale SMC-B Karte, Pauschale eHBA) nach dem ersten VSD-Abgleich auch weiterhin jedes Quartal ausgezahlt werden können, müssen die Praxen wenn möglich bei jedem ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal das VSDM durchführen. Führt eine Praxis das VSDM durch, wird ein Nachweis darüber im Praxisverwaltungssystem gespeichert und mit der Quartalsabrechnung an uns übermittelt. Wir prüfen in jeder eingereichten Abrechnung, ob und wann bei einer Praxis der VSD-Abgleich vorgenommen wurde.

Sollte in einer Betriebsstätte beispielweise aufgrund einer technischen Störung oder einem Defekt in einem ganzen Quartal kein VSDM möglich sein ist bitte die KVB zu kontaktieren um das Vorgehen bezüglich der Erstattung der Betriebspauschalen zu klären.

127. Werden die TI-Pauschalen bei der Berechnung der Verwaltungskosten einbezogen?

Nein, die TI-Pauschalen werden bei der Berechnung der Verwaltungskosten nicht einbezogen. Im Honorarbescheid werden die TI-Pauschalen auch nicht unter dem Abschnitt Honorar aufgeführt, sondern unter dem Abschnitt Verrechnungen/Abschlagszahlungen Auszahlung.

128. Wie kann ich im Honorarbescheid nachvollziehen, welche Pauschalen in welcher Höhe für die Anbindung an die TI ausgezahlt wurden?

Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt mit der Restzahlung für das Quartal, in dem zum ersten Mal das VSDM durchgeführt wurde. Die Pauschalen für die Anwendungen NFDm/eMP, KIM sowie ePA werden erstattet, wenn neben dem VSDM die Nachweise für NFDm/eMP sowie KIM und/oder die ePA in der Abrechnung enthalten sind. Informationen zu den Erstattungsvoraussetzungen der jeweiligen TI-Anwendungen finden Sie auf den entsprechenden Themenseiten unter www.kvb.de/ti.

Im Honorarbescheid werden die TI-Pauschalen auf der ersten Seite einzeln mit Name und Betrag aufgeführt. Zusätzlich zum Honorarbescheid werden die ausgezahlten Pauschalen in einer Anlage zum Honorarbescheid „Erstattungspauschalen Telematikinfrastruktur“ detailliert aufgeführt. Gehören zu einer Praxis mehrere Betriebsstätten, die die Erstattungsvoraussetzungen erfüllen, wird eine Anlage mit mehreren Seiten erstellt und für jede Betriebsstättennummer werden die Pauschalen dort einzeln aufgelistet. Die Anlage wird zusammen mit dem Honorarbescheid per Post versendet und im Mitgliederportal in der Online Anwendung „Unterlagen einsehen“ unter dem Namen „Telematikinfrastruktur“ eingestellt.

129. Erhalte ich die Pauschalen für die Betriebskosten auch bei Ruhen der Zulassung weiter?

Gemäß § 7 Absatz 4 der TI-Finanzierungsvereinbarung besteht ein Anspruch auf Auszahlung der Betriebskostenpauschalen, sofern die Anwendung gemäß § 291b SGB V i. V. m. der

Anlage 4a BMV-Ä genutzt wird. Es können die Betriebspauschalen bei einer ruhenden Zulassung einer an die TI angebundenen Praxis ausgezahlt werden, falls das VSDM regelhaft in der Praxis durchgeführt wurde, bevor der Grund für das Ruhen der Zulassung eingetreten ist. Hier ist eine entsprechende Nachricht zum Ruhen und der Dauer des Ruhens in Verbindung mit den TI-Erstattungspauschalen an die KVB erforderlich.

130. Wird für die Anschaffung eines mobilen Kartenterminals, welches ich nur im Bereitschaftsdienst benötige, die Pauschale für das mobile Kartenlesegerät erstattet?

Um die Pauschale für ein mobiles Kartenlesegerät im Bereitschaftsdienst zu erhalten, gelten die allgemeinen Voraussetzungen für die mobile Kartenlesegerätspauschale, unabhängig davon, ob diese im Bereitschaftsdienst erbracht wurden oder nicht (siehe Frage „Wer hat Anspruch auf mobile Kartenterminals samt Betriebskosten für SMC-B?“). Demnach ist es auch für den Bereitschaftsdienst erforderlich, dass je Vertragsarzt mit einem Tätigkeitsumfang von mind. 0,5 gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid mindestens drei Hausbesuche nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01418, 01721 und 05230 im Vorquartal und / oder im aktuellen Quartal durchgeführt und abgerechnet werden müssen.

Zudem ist für die Ermittlung des Anspruchs und der Auszahlung der Erstattungspauschale für das mobile Kartenlesegerät ebenfalls Voraussetzung, dass die Betriebsstätte, in der der Vertragsarzt tätig ist, an die Telematikinfrastruktur angebunden ist.

131. Welche ermächtigten Einrichtungen erhalten die Erstattungspauschalen ausschließlich über die Finanzierungsvereinbarung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)?

Folgende Einrichtungen erhalten die Erstattungspauschalen ausschließlich über die DKG-Vereinbarung:

- Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1-3 SGB V
- psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
- geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V
- sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V
- medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V
- Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V
- Leistungsbereiche des ambulanten Operierens im Krankenhaus nach § 115 b SGB V
- Ermächtigungsambulanzen der persönlich ermächtigten Krankenhausärzte (§ 116 SGB V, § 4 Abs. 1 BMV-Ä, §§ 31, §31a Abs. 1 Ärzte-ZV)
- Notfallambulanzen gemäß § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V, § 2 Abs. 2 Ziff. 4 BMV-Ä

Um die Vergütung über die Regelungen der DKG-Vereinbarung zu erhalten, ist es nicht mehr notwendig eine Verzichtserklärung abzugeben.

132. Wir sind eine ermächtigte Einrichtung ohne Krankenhausanbindung. Nach welcher Finanzierungsvereinbarung erhalten wir die Erstattungspauschalen?

Für diese Einrichtungen wurde in der DKG-Vereinbarung ein Passus aufgenommen, dass diese die Erstattungspauschalen durch die Vereinbarungspartner auf Landesebene erhalten.

133. Wir sind ein MVZ. Über welche Finanzierungsvereinbarung haben wir Anspruch auf Kostenerstattung?

Die Medizinische Versorgungszentren (MVZ) erhalten die Erstattungspauschalen ausschließlich über die KVen gemäß der Anlage 32 BMV-Ä („TI-Finanzierungsvereinbarung“). Auch für MVZ gelten die in FAQ Nr. 11 aufgeführten gesetzlichen Fristen.

134. Ich bin Mund-Kiefer-Gesichtschirurg (MKG) und bin sowohl ärztlich als auch zahnärztlich tätig. Was muss ich tun, wenn ich eine Doppelzulassung habe (ärztliche und zahnärztliche)?

In der Finanzierungsvereinbarung TI, vereinbart zwischen KBV und GKV-Spitzenverband, ist geregelt, dass Vertragsärzte, die gleichzeitig über eine vertragszahnärztliche Zulassung verfügen, nach den Regelungen der vertragszahnärztlichen Versorgung abrechnen. (§ 1, Abs. (4) Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur). Es erfolgt keine Finanzierung über die KVB.

Die technische Ausstattung ist über alle Sektoren hinweg einheitlich. Das heißt, es besteht kein Unterschied, ob es sich um eine Arzt-, Zahnarzt-, Psychotherapeutenpraxis oder ein Krankenhaus handelt.

Ein Unterschied besteht für die Ausgabe der SMC-B Karte (siehe FAQ 73) und des eHBA (siehe FAQ 99)

135. Meine Praxis hat bisher keinen Internetanschluss. Wird mir nun auch ein Internetanschluss finanziert?

Die Kosten für die Einrichtung und den Betrieb eines Internetanschlusses zählen zu den allgemeinen Praxiskosten einer Vertragsarzt- bzw. Vertragspsychotherapeutenpraxis. Sie sind bereits in den Gebührenordnungspositionen des EBM enthalten.

Eine gesonderte Vergütung des Internetanschlusses sieht die Finanzierungsvereinbarung der Telematikinfrastruktur nicht vor. Auch ist sie nicht Bestandteil der vereinbarten Pauschalen für die Erstausrüstung und die Betriebskosten.

VII. Fragen zur Honorarkürzung

136. Welche Honorarbestandteile werden gekürzt?

Die Kürzung wird vom kürzungsrelevanten GKV-Honorar vorgenommen. Dies ergibt sich aus dem GKV-Honorar der Leistungsgruppen 01 bis 13 sowie 15 und 16 (je inkl. aller Untergruppen). Der Kürzungsbetrag wird im Honorarbescheid ausgewiesen und in einer Anlage zum Honorarbescheid (Dokument „Honorarkürzung Telematikinfrastruktur“) für jede Betriebsstätte dargestellt.

Das Honorar der einzelnen Leistungsgruppen ist im Dokument „Gesamtübersicht Arzt ambulant KVB“ aufgeschlüsselt. Die Dokumente können Sie jederzeit im Mitglieder-Portal „Meine KVB“ unter der Kachel „Unterlagen einsehen“ einsehen.

137. Welches Honorar ist nicht von der Kürzung betroffen?

Das GKV-Honorar aus der Leistungsgruppe 14 (Sachkosten) ist von der Honorarkürzung ausgenommen. Honorar aus der Abrechnung mit Besonderen Kostenträgern (BesKo), der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV), der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sowie aus Direktverträgen/ Landeserziehungsgeld ist ebenfalls nicht von der Honorarkürzung betroffen.

138. Werden Notfalleleistungen gekürzt?

Grundleistungen für Notfälle (GOPen 01210-01218) gehören zur Leistungsgruppe 01 und werden gekürzt.

Notärzte sind von der Honorarkürzung ausgenommen. Sie sind nicht VSMD-pflichtig und rechnen ihre erbrachten Leistungen über emDoc ab.

139. Werden Leistungen, die im Rahmen der Behandlung von Corona-Patienten erbracht werden, gekürzt?

Es wurde festgelegt, dass „Corona-Leistungen“ extrabudgetär vergütet werden. Das Gesamthonorar besteht aus MGV (morbiditybedingte Gesamtvergütung) und EGV (Extrabudgetäre Gesamtvergütung). Im Rahmen der TI Honorarkürzung sind die Leistungen aus vertragsärztlicher Tätigkeit pauschal zu kürzen. Das heißt, dass EGV-Leistungen und somit auch Leistungen, die im Rahmen der Behandlung von Corona-Patienten erbracht wurden, gekürzt werden müssen.

140. Was passiert mit dem gekürzten Honorar?

Honorarkürzungen, die die KVB in den Fällen der nicht erfolgten Durchführung der Prüfung nach § 291b Abs. 2 und 3 SGB V (VSMD) vornimmt, sind anteilig für den Teil, der die Leistungen außerhalb der Morbiditybedingten Gesamtvergütung (MGV) betrifft, an die

Krankenkassen zurückzuzahlen. Der verbleibende Teil innerhalb der MGV wird wieder der Honorarverteilung an die Ärzte zugeführt.

141. Wo finde ich Details zum Kürzungsbetrag auf dem Honorarbescheid?

Auf dem Honorarbescheid ist lediglich der Kürzungsbetrag ausgewiesen. Details zum Kürzungsbetrag finden Sie in der Anlage „Honorarkürzung Telematikinfrastruktur“ des jeweiligen Honorarbescheids.

Im Mitgliederportal „Meine KVB“ stehen alle Anlagen online zur Verfügung (Kachel „Unterlagen einsehen“ > Aktentyp „Abrechnungsakte“ des jeweiligen Quartals). In der Anlage sind alle Ärzte/Psychotherapeuten aufgelistet, die VSDM-pflichtig sind und in der genannten Betriebsstätte tätig sind. Nur Betriebsstätten, die gekürzt werden müssen, werden in der Anlage aufgeführt.

142. Wie kann ich den Kürzungsbetrag nachrechnen bzw. das „kürzungsrelevante GKV-Honorar“ ermitteln?

Das kürzungsrelevante GKV-Honorar ergibt sich aus dem GKV-Honorar der Leistungsgruppen 01 bis 13 sowie 15 und 16 (je inkl. aller Untergruppen). Bis zum 31.03.2020 betrug die Höhe der Kürzung bei Nicht-Anbindung an die TI und fehlender VSDM-Durchführung 1 Prozent. Ab April 2020 wurde diese Honorarkürzung auf 2,5 Prozent angehoben. Praxen sind verpflichtet, ab dem 1. Juli 2021 die technischen Voraussetzungen für den Zugriff auf die ePA geschaffen zu haben. Andernfalls droht eine Honorarkürzung in Höhe von 1 Prozent. Sollte das Honorar aufgrund der Nicht-Anbindung an die TI und entsprechend fehlender VSDM-Nachweise bereits um 2,5 Prozent gekürzt werden, so bleibt es bei den 2,5 Prozent.

Der Kürzungsbetrag wird im Honorarbescheid ausgewiesen und in einer Anlage zum Honorarbescheid (Dokument „Honorarkürzung Telematikinfrastruktur“) für jede Betriebsstätte dargestellt. Das Honorar der einzelnen Leistungsgruppen ist im Dokument „Gesamtübersicht Arzt ambulant KVB“ aufgeschlüsselt.

Die Dokumente können Sie jederzeit im Mitgliederportal „Meine KVB“ unter der Kachel „Unterlagen einsehen“, Aktentyp „Abrechnungsakte“ des jeweiligen Quartals, einsehen.

143. Muss ich mit weiteren Sanktionen im Zusammenhang mit der Einführung weiterer TI-Anwendungen rechnen?

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wurde beschlossen, dass alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten ab dem 1. Juli 2021 die notwendige Ausstattung vorhalten müssen, um Daten in die elektronische Patientenakte (ePA) übertragen bzw. von der ePA auslesen zu können (§ 341 Abs. 6 SGB V). Andernfalls droht eine Kürzung der Vergütung um 1 Prozent, sofern nicht bereits die Kürzung der Vergütung gemäß § 291b Abs. 5 SGB V (VSDM) greift. Von dieser Kürzung sind somit auch diejenigen Ärzte betroffen, die nicht zum VSDM verpflichtet sind.

Laut Bundesgesundheitsministerium soll eine bis 30. Juni 2021 getätigte, verbindliche Bestellung der Komponenten genügen, falls die Technik noch nicht auslieferungsfähig ist. Diese Maßnahme dient dazu, „den geplanten Rollout wie vorgesehen im Laufe des dritten Quartals umzusetzen“. Weitere Informationen zur ePA-Einführung können Sie dem Serviceschreiben „TI - Informationen zur verpflichtenden Einführung der neuen Anwendung elektronische Patientenakte (ePA)“ vom 10. Juni 2021 entnehmen. Auf der ePA-Themenseite unter www.kvb.de/ti finden Sie zudem im ePA-FAQ-Dokument Antworten auf häufig gestellte Fragen zur ePA-Pflicht und zur ePA-Honorarkürzung.

144. In meinem aktuellen Honorarbescheid (z.B. Q1/2021) ist eine Korrektur des Honorarabzugs TI für das Quartal 4/2020 enthalten. Warum wurde mein Honorar für das Quartal erneut gekürzt?

Eine in der Vergangenheit erfolgte TI-Honorarkürzung wird immer neu berechnet, wenn sich das kürzungsrelevante GKV-Honorar des jeweiligen Quartals nachträglich noch verändert. Dies kann zum Beispiel bei sachlich-rechnerischen Richtigstellungen oder der Umsetzung von Antragsentscheidungen der Fall sein. Im Honorarbescheid ist dies durch den Buchungstext „Korr. Honorarabzug TI nach § 291b SGB V“ mit Nennung des zurückliegenden Quartals ausgewiesen. Detaillierte Informationen können im Mitglieder-Portal „Meine KVB“ unter der Kachel „Unterlagen einsehen“, in der NV-Akte des betroffenen Quartals eingesehen werden - Dokument „NV Korrekturübersicht Nachverrechnung“.

Wurde gegen den Honorarbescheid mit der ursprünglichen Kürzung, beispielsweise gegen den Honorarbescheid Q4/2020 mit dem die Honorarkürzung für das Quartal 4/2020 erstmals umgesetzt wurde, Widerspruch eingelegt, ist kein erneuter Widerspruch gegen den Honorarbescheid mit der Korrektur (beispielsweise gegen den Honorarbescheid Q1/2021) erforderlich. Hier handelt es sich um eine Änderung am grundlegenden Bescheid, die von Rechts wegen im Widerspruchsverfahren berücksichtigt wird. (§ 86 Satz 1 SGG: Wird während des Vorverfahrens der Verwaltungsakt abgeändert, so wird auch der neue Verwaltungsakt Gegenstand des Vorverfahrens.)

145. Wie kann ich überprüfen, dass die VSDM-Prüfnachweise in der Abrechnung enthalten sind?

Wenn Sie sich vergewissern möchten, ob Ihre Abrechnung tatsächlich VSDM-Prüfnachweise enthält, können Sie im KBV-Prüfmodul (KVDT, KV-Version) nachsehen. Ob und wie oft ein VSDM-Abgleich in der eingereichten Abrechnungsdatei erfolgte, ist im Prüfprotokoll des KBV-Prüfmoduls ersichtlich.

146. Ich gehöre zu einer nicht VSDM-pflichtigen Arztgruppe (Laborarzt). Wird mein Honorar gekürzt wenn ich mich nicht bis zum 30.06.2020 an die TI angeschlossen habe?

Von der Pflicht zur Durchführung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) sind nicht VSDM-pflichtige Ärzte befreit. Hierzu gehören Laborärzte, Pathologen und

Transfusionsmediziner ohne direkten Arzt-Patienten-Kontakt sowie Anästhesisten ohne direkten Arzt-Patienten-Kontakt in den eigenen Praxisräumen.

Diese Ärzte sind nach wie vor befreit und werden demnach auch nicht sanktioniert, wenn sie kein VSDM durchführen.

Vor dem Hintergrund der beschlossenen Einführung weiterer medizinischer TI-Anwendungen, wie NFDM, eMP sowie der ePA, verpflichtet der Gesetzgeber mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) aber auch die nicht VSDM-pflichtigen Ärzte, sich an die TI anzuschließen. Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten müssen ab dem 1. Juli 2021 die notwendige Ausstattung vorhalten, um Daten in die ePA übertragen bzw. von der ePA auslesen zu können (§ 341 Abs. 6 SGB V) bzw. zumindest diese verbindlich bestellt haben, falls die Technik noch nicht auslieferungsfähig ist. Andernfalls droht eine Kürzung der Vergütung um 1 Prozent, sofern nicht bereits die Kürzung der Vergütung gemäß § 291b Abs. 5 SGB V (VSDM) greift. Von dieser Kürzung sind somit auch diejenigen Ärzte betroffen, die nicht zum VSDM verpflichtet sind.

147. Ich möchte Widerspruch gegen die Honorarkürzung einlegen. Was muss ich beachten?

Praxisinhaber, die gegen die Honorarkürzung gemäß § 291b Abs. 5 SGB V Widerspruch einlegen wollen, können dies innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheides tun, in dem der Kürzungsbetrag konkret ausgewiesen und damit deutlich wird, in welchem Umfang eine Honorarkürzung erfolgen musste. Der Kürzungsbetrag wird mit Angabe des Quartals ausgewiesen und in einer separaten Anlage zum Honorarbescheid dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass Sie gegen jeden weiteren Honorarbescheid, mit dem Sie nicht einverstanden sind, innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Honorarbescheids erneut Widerspruch einlegen müssen.

Die Einlegung eines Widerspruchs ist erst ab dem Zeitpunkt möglich, zu dem Ihnen der Bescheid bekannt gegeben worden ist. Ein vorsorglich eingelegter Widerspruch wird auch dann nicht zulässig, wenn der Bescheid später ergeht (Meyer-Ladewig, Keller, Leitherer Kommentar zum SGG, § 83 R 3).

148. Unterstützt die KVB ein Musterwiderspruchsverfahren?

Zur Frage der Rechtmäßigkeit der TI-Honorarkürzung gemäß § 291b Abs. 5 SGB V (vormals § 291 Abs. 2b SGB V) werden in Deutschland bereits Gerichtsverfahren im Sinne von Musterverfahren geführt. So sind z.B. am Sozialgericht Stuttgart zu dieser Thematik bereits fünf Musterklageverfahren gegen die KV Baden-Württemberg anhängig. Um unnötige Rechtsstreite vor den Sozialgerichten zu vermeiden, wird die KVB eingehende Widersprüche gegen die TI-Honorarkürzung unter Verweis auf die bereits anhängigen Musterklageverfahren ruhend stellen (= vorläufige Nicht-Verbescheidung des Widerspruchs seitens der KVB), bis in diesen Musterverfahren ein abschließendes, höchstrichterliches Urteil ergangen ist, welches bei der Verbescheidung des Widerspruchs durch die KVB berücksichtigt wird. Der Widerspruchsführer wird hierüber informiert. Sollte durch den Widerspruchsführer ein Ruhendstellen seines Widerspruchs nicht gewünscht sein, wird die KVB diesen nach aktuell geltender Rechtslage verbescheiden.

149. Gibt es eine Mustervorlage zur Einreichung eines Widerspruchs gegen die TI-Honorarkürzung?

Die KVB stellt keine Mustervorlagen zur Einreichung von Widersprüchen gegen die TI-Honorarkürzung zur Verfügung. Einige Berufsverbände stellen ihren Mitgliedern auf ihrer Internetseite Vorlagen für Widersprüche zur Verfügung.

150. Sind in Bayern bereits gerichtliche Entscheidungen in Zusammenhang mit der TI ergangen?

Das Sozialgericht München hat im März 2019 die Anträge eines niedergelassenen Arztes auf Erlass einer einstweiligen Anordnung mit dem Ziel der Aussetzung der Verpflichtung zur Anbindung der Vertragsärzte/-psychotherapeuten an die TI-Infrastruktur und Aussetzung der damit verbundenen Strafabzüge (rückwirkend ab dem 1.1.2019) abgewiesen. In diesem Zusammenhang wurde vom Antragsteller auch die Begründung aufgeführt, dass die gewährten Erstattungspauschalen für die notwendige Installation nicht kostendeckend seien. Das Gericht kam zu der Auffassung, dass den gesamten Regelungen, allen voran den vormaligen §§ 291, 291a SGB V nicht zu entnehmen sei, dass die Pauschalen kostendeckend im Sinne einer Vollkostenerstattung sein müssten und sich derartiges auch nicht aus der Gesetzesbegründung ergebe. Unvereinbar mit der gesetzlichen Regelung des vormaligen § 291a Abs. 7 S. 5 und § 291a Abs. 7b S. 3 SGB V und mit dem Willen des Gesetzgebers wäre lediglich, wenn die Finanzierungsvereinbarung nur eine symbolische Kostenerstattung in niedriger Höhe enthielte. Davon könne aber bei den in der Finanzierungsvereinbarung zur TI aufgeführten Pauschalen nicht die Rede sein.

151. Kann ich nach Ablauf der Widerspruchsfrist noch Änderungen am Honorarbescheid erreichen?

Ist die Widerspruchsfrist abgelaufen, ist der Honorarbescheid rechtlich bestandskräftig geworden und eine nachträgliche Änderung nicht mehr möglich.