

Fragenkatalog zur Telematikinfrastruktur

Stand: 22.01.2019

1 Inhaltsverzeichnis

2	Allgemeine Fragen	4
2.1	Was ist die Telematikinfrastruktur (TI)?	4
2.2	Wer betreibt die Telematikinfrastruktur?	4
2.3	Warum wird die TI eingeführt?	4
2.4	Welche Anwendungen bieten die TI und die eGK?	5
2.5	Wer muss an der TI teilnehmen?.....	5
2.6	Was muss ich machen, wenn ich mich für die Anbindung an die TI ausstatten will?	5
2.7	Was ist im Vorfeld der verbindlichen TI-Komponenten-Bestellung zu beachten?	6
2.8	Was ist bei der Bestimmung des Installationstermin zu beachten?	6
2.9	Wie / wo / wann erhalte ich weitere Informationen?.....	6
2.10	Bis wann muss meine Praxis die erste TI-Pflichtanwendung umgesetzt haben?.....	6
2.11	Was passiert, wenn ich meine Praxis nicht auf die TI umstelle?	7
2.12	Ich gebe in Kürze meine Praxistätigkeit auf. Gibt es Übergangsfristen?	7
2.13	Was ist das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)?.....	7
2.14	Wer muss das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) ab 1. Januar 2019/01. Juli 2019 verpflichtend durchführen?	7
2.15	Wie funktioniert das VSDM?	8
2.16	Benötige ich auch einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA)?	9
2.17	Wo kann ich einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) beantragen?	9
3	Fragen zu Kosten und Finanzierung	10
3.1	Wer übernimmt die Kosten für die Anbindung der Praxen an die TI?	10
3.2	Ist in der Finanzierungsvereinbarung ein Enddatum für die Auszahlung der Pauschalen für die Erstausrüstung sowie den laufenden Betrieb festgelegt?	10
3.3	Welche einmaligen Pauschalen für die Anbindung der Praxen an die TI werden erstattet?	10
3.4	Was passiert, wenn die Preise erheblich von den TI-Pauschalen abweichen?	12
3.5	Welche Pauschalen für den laufenden Betrieb werden erstattet?	13
3.6	Warum werden die Betriebskostenpauschalen im ersten Quartal der VSDM-Durchführung gekürzt und in welcher Höhe?.....	13

3.7	Welche Praxen haben Anspruch auf die Erstattung der Pauschalen für den Konnektor und stationäre Kartenterminals, die dazugehörige Betriebskostenpauschale und TI- Startpauschale?	14
3.8	Wer hat außerdem Anspruch auf die genannten Pauschalen?	14
3.9	Wer hat Anspruch auf mobile Kartenterminals samt Betriebskosten für SMC-B?	15
3.10	Wer hat Anspruch auf eine Pauschale für den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA)?	15
3.11	Wie bekomme ich die Pauschalen für die Erstausrüstung sowie die Betriebskostenpauschalen erstattet?	16
3.12	Muss ich beim ersten Versichertenstammdatenabgleich für den Nachweis in der Abrechnung etwas beachten?	16
3.13	Muss ich die erhaltenen Pauschalen zurückzahlen, wenn ich meine vertragsärztliche Tätigkeit beende oder sich die Anzahl der Ärzte in meiner Praxis verringert?.....	17
4	Fragen zur Technik	18
4.1	Welche technische Ausstattung benötige ich?	18
4.2	Welche Anforderungen müssen die technischen Komponenten erfüllen?	18
4.3	Woher bekomme ich die erforderlichen technischen Komponenten?.....	18
4.4	Was sollte vor der Beschaffung der Komponenten besonders beachtet werden?	19
4.5	An meinem Praxisstandort ist kein Internet verfügbar. Was nun?.....	20
4.6	Meine Praxis hat bisher keinen Internetanschluss. Wird mir nun auch ein Internetanschluss finanziert?.....	20
4.7	Welche Prüfnachweise generiert der Versichertenstammdatenabgleich (VSDM)?.....	20
4.8	Wie werden die Daten auf der eGK gesichert?	21
4.9	Benötige ich weiterhin KV-SafeNet ¹ ?.....	22
4.10	Kann die TI mit einem Internet-Stick über das Mobilfunknetz verwendet werden?.....	22
4.11	Was ist ein Konnektor? Wozu benötige ich einen Konnektor?.....	22
4.12	Muss ich mein altes stationäres Lesegerät austauschen, obwohl es ein eHealth-Kartenterminal ist?	23
4.13	Muss ich mein mobiles Lesegerät austauschen?	23
4.14	Wann kann das Ersatzverfahren angewendet werden?	23
4.15	Was ist ein „Virtuelles-PrivatesNetzwerk“ (VPN)?.....	23
4.16	Benötige ich zusätzlich zu meinem Internetanschluss einen VPN-Zugangsdienst?.....	24
4.17	Gibt es eine Abhängigkeit der TI-Komponenten zum Betriebssystem (z.B. Windows oder Linux) der Praxis-PCs?	24
5	Fragen zum Praxisausweis (SMC-B Karte)	25
5.1	Was ist der Praxisausweis und wofür benötige ich ihn (SMC-B Karte)?	25
5.2	Wo kann ich den Praxisausweis bestellen?.....	25
5.3	Wie geht es nach der Bestellung weiter?.....	25

5.4	Wie viele Praxisausweise benötige ich?	25
5.5	An wen kann ich mich bei Fragen zu dem Praxisausweis wenden?.....	26
5.6	Ich konnte die Zustellung der Karten nicht annehmen, was passiert jetzt?	26
5.7	Kann der Antrag noch geändert werden, auch wenn dieser von der KV Sachsen schon freigegeben wurde?	26
5.8	Welchen Praxisausweis (SMC-B) sollen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (MKG) mit Doppelzulassung beantragen?	26
5.9	Müssen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen mit Doppelzulassung den zahnärztlichen und ärztlichen Praxisausweis nutzen?	26
5.10	Wann muss eine SMC-B Karte neu beantragt werden?	26
5.11	Wann muss eine SMC-B Karte gesperrt werden und an wen kann ich mich für die Sperrung der Karte wenden?	27
5.12	Renteneintritt vor Ende der Vertragslaufzeit des Praxisausweises, muss ich bis zum Ende der Laufzeit für die Kosten aufkommen. ?	27
6	Weitere Fragen.....	28
6.1	Ich bin Mund-Kiefer-Gesichtschirurg und bin sowohl ärztlich als auch zahnärztlich tätig. Von wem erhalte ich meine Erstattungspauschalen?	28
6.2	Muss ich als Laborarzt, Pathologe oder Anästhesist VSDM machen?	28
6.3	Inwieweit spielt der Beschäftigungsumfang an einem Leistungsort beim Finanzierungsanspruch zur TI-Grundausrüstung eine Rolle?.....	28
6.4	Was ist unter einer sicheren Lieferkette im Zusammenhang mit der Telematikinfrastruktur zu verstehen?	28

2 Allgemeine Fragen

2.1 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 (Praxisausweis) 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.

2.2 Wer betreibt die Telematikinfrastruktur?

Der gesetzliche Auftrag der gematik GmbH gemäß §291a SGB V ist die Einführung, der Betrieb und die Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur 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 die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sowie für den Aufbau und Betrieb einer bundesweiten, möglichst nahtlos zusammenarbeitenden und sektorübergreifenden Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematikinfrastruktur). Sie trägt dabei die Gesamtbetriebsverantwortung und ist für den künftigen Wirkbetrieb zudem Testzentrum und Zulassungsstelle für alle industriellen Produkte der Telematikinfrastruktur. Gesellschafter der gematik sind 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.

2.3 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 § 291a.

2.4 Welche Anwendungen bieten die TI und die eGK?

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) und die Telematikinfrastruktur (TI) bieten Versicherten sowie (Zahn-)Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Apotheken verschiedene Anwendungen. Diese lassen sich gemäß § 291a SGB V in Pflichtanwendungen und freiwillige Anwendungen unterscheiden.

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

Über die Nutzung der meisten freiwilligen Anwendungen entscheiden Versicherte ganz allein. Nur mit ihrer Zustimmung können beispielsweise Notfalldaten auf der Karte hinterlegt oder eine versichertenbezogene Arzneimitteldokumentation angelegt werden.

Zu den zukünftigen freiwilligen Anwendungen gehören u.a.:

- Daten für die Notfallversorgung (Notfalldatenmanagement kurz NFDM)
- Elektronischer Arztbrief (eArztbrief)
- Elektronischer Medikationsplan (eMP)
- Elektronische Patientenakte (ePatientenakte)

2.5 Wer muss an der TI teilnehmen?

Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheken.

2.6 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 der Klärung, wann Ihr Praxisverwaltungssystem (PVS) TI-fähig ist. Klären Sie **vor** Vertragsunterschrift und Vereinbarung des Installationstermins, ob alle notwendigen Komponenten wie Konnektor, VPN-Zugangsdienst, stationäres Kartenterminal und Praxisausweis (SMC-B Karte) lieferbar sind. Lassen Sie sich vor Vertragsabschluss den Installationstermin schriftlich bestätigen.

Vor dem Kauf von Komponenten und Diensten sollte das Preis-Leistungs-Verhältnis und die vertraglichen Bedingungen der Anbieter genau geprüft werden, denn es wird nicht der tatsächliche Rechnungsbetrag erstattet, sondern ausschließlich die auf Basis der TI-Finanzierungsvereinbarung festgelegten Pauschalen (siehe Abschnitt 3).

2.7 Was ist im Vorfeld der verbindlichen TI-Komponenten-Bestellung zu beachten?

Bevor Sie bei Ihrem Softwarehaus/ Service-Dienstleister die Lieferung und Installation der TI-Komponenten beauftragen, sollten Sie sich unbedingt den Termin des Anschlusses und Inbetriebnahme schriftlich bestätigen lassen. Sofern eine solche Termingarantie nicht möglich ist, sollte der Vertrag eine Rücktrittsoption, die Sie für den Fall einer Terminüberschreitung und einer dadurch eventuell entstehenden Unterdeckung der Anschaffungskosten durch die TI-Finanzierungspauschalen, enthalten.

2.8 Was ist bei der Bestimmung des Installationstermin zu beachten?

Sofern alle für Ihr Praxisverwaltungssystem für den Anschluss an die TI geeigneten und benötigten Komponenten zertifiziert und lieferbar sind, spricht aus unserer Sicht nichts dagegen, sich bei ihrem PVS-Anbieter über Anschluss- und Liefermöglichkeiten zu informieren sowie mögliche Termine zur Installation zu erfragen. Hierbei gilt es mögliche Kapazitätsengpässe bei der Verfügbarkeit an Installationsterminen und Komponenten bis zum Ende des sanktionsfreien TI-Anschlusses am 30.06.2019 zu berücksichtigen.

Hinweis:

Um eine reibungslose Installation an Ihrem Leistungsort zu gewährleisten, muss zum Installationstermin unbedingt der Praxisausweis (SMC-B Karte) und die separat versandte zugehörige Karten-PIN in Ihrer Praxis vorliegen. Dieser Praxisausweis ist separat bei einem zertifizierten Praxisausweisanbieter durch eine natürliche Person der Praxis (der Vertragsarzt, bzw. beim MVZ ggf. auch der angestellte ärztliche Leiter) zu bestellen (siehe auch Kapitel 5).

2.9 Wie / wo / wann erhalte ich weitere Informationen?

Auf unserer Internetseite <http://www.kvs-sachsen.de/mitglieder/telematikinfrastruktur/> finden Sie alle relevanten und aktuellen Informationen zur TI-Einführung sowie zu verfügbaren Komponenten und zertifizierten Praxisausweis-Anbietern. Die Gematik bietet auf ihrer Internetseite <https://fachportal.gematik.de/zulassungen/> eine Übersicht zu den zugelassenen Komponenten und Diensten an. Einzelne Dienstleister bieten ihren Arztpraxen teilweise auch kostenlose Servicenummern zu Fragen rund um die TI an. Für die technische Anbindung an die TI wird in der Regel der jeweils zuständige IT-Dienstleister auch primärer Ansprechpartner sein.

2.10 Bis wann muss meine Praxis die erste TI-Pflichtanwendung umgesetzt haben?

Laut E-Health-Gesetz muss jede Vertragsarztpraxis das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) bis spätestens 01.07.2018 umsetzen, da ansonsten 1 % Honorarkürzung droht. Diese **Frist** wurde allerdings durch den Bundesrat am 3. November 2017 um ein halbes Jahr **verlängert** und **auf den 1. Januar 2019** festgelegt. Des Weiteren wurde aufgrund fehlender Verfügbarkeit an TI-Komponenten und Installationsterminen eine **weitere Änderung** beschlossen.

- Alle sächsischen Vertragsärzte, die bis zum 31.03.2019 eine verbindliche Bestellung des TI-Anschlusses des jeweiligen Leistungsortes gegenüber der KV Sachsen nachgewiesen haben,

müssen ihrer gesetzlichen Pflicht zur VSDM-Anwendung nun spätestens ab dem 01.07.2019 nachkommen.

- Für alle anderen Vertragsärzte, die eine solche Anzeige nicht bis zum 31.03.2019 abgegeben haben, gilt weiterhin der 01.01.2019 als verbindlicher Termin zur Umsetzung der VSDM-Pflicht.

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

Ärzte sind nach einer vorgegebenen Frist (laut aktueller Gesetzgebung ab 1. Januar 2019 bzw. 01.07.2019 – siehe Pkt. 2.10) verpflichtet, die Versichertenstammdaten auf der eGK online zu prüfen und ggf. zu aktualisieren. Praxen, die diese Aufgabe nicht erfüllen, wird das Honorar solange um ein Prozent gekürzt, bis sie dieser gesetzlichen Pflicht nachkommen.

Sobald eine flächendeckende Anbindung an die TI deutschlandweit besteht (Stichtag noch offen) werden die Daten auf der eGK vom unverschlüsselten Bereich in den verschlüsselten Bereich gezogen, mit den bisherigen Nicht-eHealth Kartenlesegeräten sind die Daten dann nicht mehr auslesbar. Für diese Entschlüsselung ist dann der eHBA oder der Praxisausweis (SMC-B) notwendig, das Kartenlesegerät muss den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) oder die SMC-B dann auch einlesen können.

2.12 Ich gebe in Kürze meine Praxistätigkeit auf. Gibt es Übergangsfristen?

Nach derzeitigen Informationen gibt es keine Übergangsfristen.

2.13 Was ist das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)?

Die Einführung der TI beginnt mit der Umsetzung des Versichertenstammdatenmanagements (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.

2.14 Wer muss das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) ab 1. Januar 2019/01. Juli 2019 verpflichtend durchführen?

Ab dem 1. Januar 2019 bzw. 01.07.2019 (siehe Pkt. 2.10) gilt die VSDM-Pflicht für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und Einrichtungen mit unmittelbarem Arzt-Patienten-Kontakt. Dies beinhaltet zugelassene Ärzte/ Psychotherapeuten und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten und ermächtigte Einrichtungen.

Zum VSDM sind alle Ärzte und Psychotherapeuten beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal



verpflichtet, sofern es in ihrem Versorgungskontext möglich ist. Ist im Versorgungskontext kein Arzt-Patienten-Kontakt vorgesehen oder erfolgt der Arzt-Patienten-Kontakt nicht in den eigenen Praxisräumen (z.B. Anästhesisten, Pathologen, Labormediziner), ist das VSDM nicht möglich. In diesen Fällen kommt weiterhin ein mobiles Kartenlesegerät zum Einsatz, mit dem kein VSDM-Abgleich vorgenommen werden kann. Mobile Kartenlesegeräte arbeiten im Offline-Betrieb und sind nicht VSDM-fähig, da mit diesen Geräten kein Datenabgleich erfolgen kann.

Von der VSDM-Pflicht grundsätzlich ausgenommen sind daher Behandler ohne Arzt-Patienten-Kontakt. Dies betrifft insbesondere folgende Fachgruppen:

- Laborärzte
- Pathologen

Anästhesisten, die Patienten in der Praxis eines anderen Arztes aufsuchen und dafür ein mobiles Kartenlesegerät verwenden, sind in diesen Fällen von der VSDM-Pflicht ebenfalls ausgenommen. Erfolgt die Behandlung eines Patienten (persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt) allerdings in den eigenen Praxisräumen, so müssen z.B. auch Anästhesisten in der Lage sein, das VSDM durchzuführen. In diesen Fällen (Arzt-Patienten-Kontakt in den eigenen Praxisräumen) besteht dann die Pflicht zur Durchführung des VSDM.

Facharztgruppen, die von der VSDM-Pflicht ausgenommen sind, müssen sich entsprechend dem §291 SGB V ebenfalls an die TI anbinden. Sie wären dann technisch ausgestattet, um neben dem VSDM zukünftig auch andere Anwendungen der TI zu nutzen. Für die Kostenerstattung dieser Fachgruppen (Anästhesisten, Pathologen und Labormediziner) stehen den betroffenen Ärzten im Downloadbereich des Mitgliederportals der KVS entsprechende Anträge zur Verfügung. Diese Anträge senden Sie ausgefüllt und unterschrieben an die zuständige Bezirksgeschäftsstelle.

2.15 Wie funktioniert das VSDM?

Durch eine geschützte direkte Online-Verbindung des TI – Konnektors (siehe weitere Fragen zu zur Technik unter Abschnitt 4) 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. 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 Praxisverwaltungssystem (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.

2.16 Benötige ich auch einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA)?

Für die verpflichtende erste TI-Anwendung „Versichertenstammdatenmanagement“ ist kein eHBA notwendig.

2.17 Wo kann ich einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) beantragen?

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

- Sächsische Landesärztekammer (SLÄK)
- Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK)

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

3 Fragen zu Kosten und Finanzierung

3.1 Wer übernimmt die Kosten für die Anbindung der Praxen an die TI?

Nach § 291a SGB V muss der GKV-Spitzenverband die Ausstattungs- und Betriebskosten für die TI finanzieren. Die Details wurden in der „Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der TI gemäß § 291a Abs. 7 Satz 5 SGB V sowie zur Abbildung nutzungsbezogener Zuschläge gemäß § 291a Absatz 7b Satz 3 SGB V“ - kurz „Finanzierungsvereinbarung TI“ zwischen KBV und GKV-Spitzenverband geregelt. - Anlage 32 BMV-Ärzte -

Die Finanzierungsvereinbarung ist auf der Homepage der KBV und die Finanzierungstabelle und technischen Komponenten auf unserer Webseite unter:

<http://www.kvs-sachsen.de/mitglieder/telematikinfrastruktur/>

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

Die aktuelle TI-Finanzierungsvereinbarung (vom 14. Dezember 2017 in der Fassung vom 19. September 2018) trat zum 15. Oktober 2018 in Kraft und gilt bis zum 31. März 2022. Nach § 10 Absatz 1 der Finanzierungsvereinbarung werden die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband spätestens im April 2021 erneute Verhandlungen aufnehmen, um die Betriebsbereitschaft der technischen Komponenten zum Anschluss der Vertragsarztpraxen an die Telematikinfrastruktur sicherzustellen.

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.

3.3 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 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 (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 Karten- terminal, 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:
 - o Erstattungsbetrag je stationärem Kartenterminal in Höhe von 435 Euro.
 - o Erstattungsbetrag für den Konnektor (mit Funktion für die qualifizierte elektronische Signatur) in Höhe von z.B. 1.982,00 Euro für das Quartal 4/2018.
- Für die Höhe der Pauschale für den Konnektor ist nicht das Quartal der Bestellung entscheidend, sondern das Quartal, in dem in der Praxis der erste Online-Abgleich der Versichertenstammdaten erfolgt ist. KBV und GKV-Spitzenverband gehen davon aus, dass die Konnektor-Anschaffungskosten mit zunehmendem Wettbewerb der Hersteller sinken werden.

**Konnektor inklusive Funktion für qualifizierte elektronische Signatur
und stationäre Kartenterminals:**

Quartal der erstmaligen Nutzung*	Vergütung in Euro		
	Anzahl der Ärzte in der Praxis (Vollzeitäquivalente)		
	<= 3	> 3 bis <= 6	> 6
ab 4/2018	1982,00	2417,00	2852,00

*Für die Praxen ist zu beachten, dass für die Höhe der Pauschale nicht das Quartal der Bestellung des Konnektors, sondern das Quartal der erstmaligen Nutzung des Konnektors relevant ist. Das heißt, es gilt das Quartal, in dem in der Praxis der erste Online-Abgleich der Versichertenstammdaten erfolgt ist.

Quelle: KBV_PraxisNachrichten

b) Einmalige „TI-Startpauschale“

- Je zugelassener Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte erhalten Praxen eine einmalige TI-Startpauschale in Höhe von 900 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 Euro.
- Voraussetzungen für die Kostenerstattung eines mobilen Kartenterminals:
 - Je Vertragsarzt 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 Ausgelagerter Praxisstätte (muss der KV Sachsen angezeigt sein)

d) Komplexitätszuschlag, einmalig

- Der Zuschlag wird in Abhängigkeit der Anzahl der Ärzte am jeweiligen Leistungsort der Vertragsarztpraxis (kumuliertes Vollzeitäquivalent) erstattet.
- Die Auszahlung erfolgt ab der Honorarzahlung für das 04. Quartal 2018.
- Der Zuschlag wird auch rückwirkend für bereits ausgestattete Leistungsorte der Praxis, die sich vor dem 04. Quartal 2018 an die TI angebunden haben ausgezahlt.
- Auszahlungsbedingungen:
 - Leistungsorte > 3 bis <= 6 Ärzte (kumulierte Vollzeitäquivalente) erhalten einmalig 230 EUR
 - Leistungsorte > 6 Ärzte (kumulierte Vollzeitäquivalente) erhalten einmalig 460 EUR

3.4 Was passiert, wenn die Preise erheblich von den TI-Pauschalen abweichen?

Zunächst sollte geschaut werden, ob es nicht auch durch die TI-Finanzierungsvereinbarung gedeckende Angebote anderer PVS-Serviceanbieter gibt. Häufig bieten PVS-Anbieter im direkten Vertrieb kostenneutrale TI-Anschlusspakete an. Sollten sich die Preise erheblich von den bisher verhandelten Pauschalen abweichen, wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Verhandlungen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen zur TI-Finanzierung wieder aufnehmen.



3.5 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 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 Praxis tätig sind.
- Ab Quartal 3/2018 beträgt die Pauschale 248 Euro je Quartal und Leistungsort.
- Der Anspruch auf Zahlung der Betriebskostenpauschale endet im Quartal der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Praxis.

b) Betriebskostenpauschale Praxisausweis (SMC-B -Karte)

- Quartalsweise wird eine Pauschale in Höhe von 23,25 Euro je SMC-B Karte erstattet.
- Gezahlt wird die Pauschale für 1 SMC-B Karte für das stationäre Kartenlesegerät (unabhängig von der Anzahl der stationären Kartenlesegeräte in der Praxis) und ggf. 1 SMC-B Karte für jedes mobile Kartenlesegerät für das die Praxis die Voraussetzungen (siehe Frage 3.3 Mobiles Kartenterminal) erfüllt.

c) Betriebskostenpauschale „elektronischer Heilberufsausweis“ (eHBA)

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

Hinweis: Im ersten Quartal der Nutzung werden die Betriebskostenpauschalen a-c 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.

3.6 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“ - Details siehe Frage 3.6) 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, erfolgt eine anteilige Erstattung der Betriebskostenpauschalen für zwei von drei Monaten. Gekürzt



- Führt eine Praxis innerhalb des dritten Monats eines Quartals erstmalig das VSDM durch, erfolgt eine anteilige Erstattung der Betriebskostenpauschalen für einen von drei Monaten.

Beispielberechnung Betriebskostenpauschalenhöhe im 3. Quartal des TI-Anschlusses:

Anschluss im Juli 2018	3/3 der Betriebskosten	= 248,00 EUR
Anschluss im August 2018	2/3 der Betriebskosten	= 165,33 EUR
Anschluss im September 2018	1/3 der Betriebskosten	= 82,67 EUR

3.7 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.

Dies gilt, solange diese Praxis an die TI angeschlossen ist und das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) in jeder ausgestatteten Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstätte im Sinne der Anlage 4a BMV-Ä (gültig ab 1. Juli 2017) durchführt. 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 (BSNR) entsprechend der Richtlinie der KBV vergeben wurde (Richtlinie nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern).

3.8 Wer hat außerdem Anspruch auf die genannten Pauschalen?

a) **Ermächtigte**, Auch ermächtigte Ärzte können – in Abhängigkeit von ihrer jeweiligen Ermächtigung – Anspruch auf die TI-Ausstattung und Erstattung der Kosten zum Anschluss und Betrieb der TI haben. Dies gilt, sofern sie über eine Haupt- oder Nebenbetriebsstättennummer verfügen.

→ **Ausnahme bei ermächtigten Ärzten und Einrichtungen an Krankenhäusern**, diese können ihre TI-Erstattungsansprüche auch gegenüber dem Krankenhausträger geltend machen, indem durch den ermächtigten Arzt bzw. Leiter des ermächtigten MVZ gegenüber dem Krankenhausträger der Verzicht der TI-Finanzierung durch die zuständige KV erklärt wird. Diese Verzichtserklärung wird der zuständigen KV in Kopie zur Kenntnis übermittelt.

b) **Facharztgruppen**, die von der VSDM-Pflicht ausgenommen sind, sich aber dennoch an die TI anbinden wollen

Facharztgruppen, die von der VSDM-Pflicht ausgenommen sind, müssen sich nach Aussage der KBV ebenfalls an die TI anbinden. Sie wären dann technisch ausgestattet, um neben dem VSDM zukünftig auch andere Anwendungen der TI zu nutzen.



3.9 Wer hat Anspruch auf mobile Kartenterminals samt Betriebskosten für SMC-B?

a) Ausgelagerte Praxisstätten

Von der KV genehmigte, ausgelagerte Praxisstätten, die über keine eigene Betriebsstättennummer verfügen, haben keinen Anspruch auf die Erstausrüstungspauschale für Konnektor und stationäre Kartenterminals.

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

b) Vertragsärzte (inkl. angestellte Ärzte)

Vertragsärzte 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.

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

Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt in einer Vertragsarztpraxis, die an die TI angeschlossen ist, hat Anspruch auf die Erstattung der Pauschale für die Betriebskosten eines eHBA. Erstattet wird die Hälfte der monatlichen Kosten.

Angegeben sind die Betriebskostenpauschalen in der Finanzierungsvereinbarung pro Quartal. Wie bei der Betriebskostenpauschale für die Wartung von Konnektor / VPN wird auch die Betriebskostenpauschale für den eHBA im ersten Quartal der Anbindung an die TI ab dem Monat, in dem die Praxis den ersten VSDM-Abgleich durchführt, anteilig pro Monat übernommen. Das heißt, sofern Sie im zweiten Monat eines Quartals den ersten VSDM- Abgleich durchführen, reduziert sich auch hier die Pauschale um ein Drittel für den Monat im Quartal, in dem die TI noch nicht genutzt wurde.

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



3.11 Wie bekomme ich die Pauschalen für die Erstausrüstung sowie die Betriebskostenpauschalen erstattet?

a) Praxen, die das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) durchführen müssen

Es muss **keine** Beantragung der Pauschalen bei der KV Sachsen erfolgen! Für jeden durchgeführten Versichertenstammdatenabgleich generiert das System einen Prüfnachweis, der im PVS gespeichert und mit der Abrechnung an die KVB übermittelt wird. Die KVS prüft in jeder Abrechnung, ob und wann eine Praxis zum ersten Mal das VSDM durchgeführt hat.

Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt dann mit der Honorarauszahlung für das Quartal, in dem zu ersten Mal das VSDM durchgeführt wurde. Wurde beispielsweise in Q4/2017 zum ersten Mal der Versichertenstammdatenabgleich vorgenommen, prüft die KVS in der Abrechnung Q4/2017, ob mind. ein Prüfnachweis vorhanden ist und berechnet dann den auszahlenden Betrag für die Erstausrüstung der Betriebsstätte/ Nebenbetriebsstätte.

Zudem werden die Betriebskostenpauschalen für das Quartal der erstmaligen VSDM-Nutzung berechnet, pro genutztem Monat des Startquartals erhöht sich die Pauschale um ein Drittel.

Die ausgezahlten Pauschalen werden zudem einzeln in einer Anlage zum Honorarbescheid aufgeführt.

Sonder-Zahlungen in Form von Erhöhung der Abschlagszahlungen können nicht umgesetzt werden.

Damit die Pauschalen für den laufenden Betrieb (Betriebspauschalen, 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**. Die KVS prüft auch in den zukünftigen Abrechnungen, ob der Prüfnachweis für das VSDM ersichtlich ist und zahlt dann die Pauschalen für den laufenden Betrieb aus.

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

Für Ärzte von Fachgruppen, die keinen Arzt-Patienten-Kontakt haben und somit keinen Versichertenstammdaten-Abgleich durchführen können, ist für die Erstattung ein Antrag erforderlich. Hier ist es der KVS nicht möglich, den TI-Anschluss anhand der eingereichten Abrechnungsdaten festzustellen. Der Antrag wird im Mitgliederportal der KVS den betreffenden Fachgruppen zur Verfügung gestellt.

3.12 Muss ich beim ersten Versichertenstammdatenabgleich 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.

3.13 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 (Details siehe Frage 5.12) endet im Quartal der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Praxis.

4 Fragen zur Technik

4.1 Welche technische Ausstattung benötige ich?

Neben einem regulären Internetanschluss benötigen Sie einen für die TI zugelassenen sogenannten Konnektor, ein für die TI zugelassenes stationäres Kartenlesegerät (sogenannter eHealth-Kartenterminal) und eine SMC-B Karte (Praxisausweis).

Sofern Sie ein mobiles Kartenlesegerät im Einsatz haben, ist auch dieses durch ein für das VSDM bzw. TI zugelassenes mobiles Kartenlesegerät auszutauschen. Zudem benötigen Sie für das neue mobile Kartenlesegerät einen weiteren Praxisausweis (SMC-B Karte).

Zudem gibt es weitere technische Komponenten, die von Ihrem Techniker bzw. Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS)- Anbieter zur Verfügung gestellt werden. Hierzu zählen beispielsweise der VPN- Zugangsdienst.

Auch das (PVS) muss durch Ihren Anbieter angepasst werden, damit das Auslesen und ggf. Aktualisieren der Versichertenstammdaten möglich sind.

4.2 Welche Anforderungen müssen die technischen Komponenten erfüllen?

Die Komponenten müssen den Spezifikationen der gematik sowie den Sicherheitsvorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) entsprechen.

4.3 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 Ihr PVS TI-fähig ist.
- Eine Übersicht der bereits zugelassenen Komponenten bietet die gematik auf ihrer Homepage unter <https://fachportal.gematik.de/zulassungen/online-produktivbetrieb/> an.

Eine Bestellung des Praxisausweises (SMC-B) direkt bei der KV Sachsen ist **nicht** möglich. Die Bestellung erfolgt über das Webportal des jeweiligen Kartenherstellers. Nach Prüfung der Angaben des Antrags gibt die KV als sogenannte attributbestätigende Stelle 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 Attributsbestätigung nicht mehr gegeben ist.

Das Procedere der Bestellung und der Versendung, sowie die Preisgestaltung der Karte obliegen dem jeweiligen Hersteller.

4.4 Was sollte vor der Beschaffung der Komponenten besonders beachtet werden?

a) Achten Sie auf die Zulassung durch die gematik und qualifizierte elektronische Signatur (QES)-Funktionalität

Es dürfen ausschließlich Komponenten (Konnektoren, stationäre und mobile Kartenterminals) verwendet werden, die durch die gematik zugelassen wurden. Diese und mindestens die nachfolgenden technischen Aspekte sollten vor dem Kauf unbedingt durch die Praxis geprüft werden. Mit den ersten am Markt verfügbaren Konnektoren wird noch keine QES möglich sein. Hier sollten Ärzte und Psychotherapeuten darauf achten, dass diese Funktionalität zu einem späteren Zeitpunkt kostenlos vom Hersteller nachgerüstet wird.

b) Prüfen Sie die Zulassung des neuen Kartenterminals

Eine besonders sorgfältige Prüfung sollte vor der Anschaffung eines stationären oder mobilen Kartenterminals stattfinden, da es auf dem Markt Hersteller/Geräte gibt, die mit der Bezeichnung „eHealth-Kartenterminal“ werben, obwohl diese gegebenenfalls die Zulassung für die TI noch nicht erhalten haben.

Eine Übersicht der bereits zugelassenen stationären Kartenterminals bietet die gematik auf ihrer Homepage <https://fachportal.gematik.de/zulassungen/> an.

Zulassungstermine für mobile Kartenterminals sind der KVS aktuell nicht bekannt. Momentan genutzte mobile Kartenterminals können bis auf weiteres verwendet werden.

c) 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.

d) Bestellen Sie alle Komponenten in zeitlichem Zusammenhang

Die Höhe der Finanzierungspauschale richtet sich nicht nach dem Zeitpunkt der Bestellung, sondern nach Inbetriebnahme. Sämtliche Pauschalen und Zuschläge, die die Krankenkassen Ihnen für den Anschluss und den Betrieb der TI zahlen, erhalten Sie erst ab dem ersten VSDM, also wenn Sie die erste eGK 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.



4.5 An meinem Praxisstandort ist kein Internet verfügbar. Was nun?

Hier sind durch die Arztpraxis auch alternative Anschlusswege zu DSL zu prüfen (z.B. UMTS, LTE, Modem). Unabhängig vom Online-VSDM ist dennoch eine Ausstattung mit TI-Komponenten notwendig, um dauerhaft die vollständigen Versichertenstammdaten der eGK einlesen zu können.

4.6 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 TI nicht vor. Auch ist sie nicht Bestandteil der vereinbarten Pauschalen für die Erstausrüstung und die Betriebskosten.

4.7 Welche Prüfnachweise generiert der Versichertenstammdatenabgleich (VSDM)?

Grundsätzlich löst das Stecken der Gesundheitskarte in ein TI- Kartenlesegerät Ihrer Praxis zunächst den Prozess des VSDM aus und erzeugt anschließend einen sogenannten VSDM-Prüfnachweis für jeden Patienten, dessen Gesundheitskarte über diesen Weg eingelesen, im PVS gespeichert und mit der Abrechnung an die KV übermittelt wird. Der Prüfungsnachweis ist mit einem Zahlencode versehen, der für unterschiedliche Ergebnisse steht.

Die folgende Übersicht zeigt die möglichen Prüfungsnachweise:

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

Wird ein Prüfungsnachweis generiert und im PVS abgelegt, gilt das VSDM als durchgeführt. Das trifft auch zu, wenn der Prüfungsnachweis technische Fehler ausweist, zum Beispiel wenn keine Online-Verbindung hergestellt werden konnte. Die eGK gilt auch dann weiterhin als gültiger Versicherungsnachweis. Ist das VSDM häufiger aus technischen Gründen nicht möglich, sollte die Praxis den technischen Dienstleister kontaktieren und die Anbindung prüfen lassen.

4.8 Wie werden die Daten auf der eGK gesichert?

Zukünftig sollen die sensiblen Versichertenstammdaten (z.B. DMP-Kennzeichen) in einem verschlüsselten Bereich auf der eGK gespeichert werden, welcher nur durch einen Praxisausweis (SMC- B Karte) oder einen eHBA ausgelesen werden kann. Dafür ist entweder ein neues mobiles eHealth-Kartenterminal oder der Konnektor in Kombination mit einem neuen stationären eHealth-Kartenterminal notwendig.



4.9 Benötige ich weiterhin KV-SafeNet¹?

Praxen, die an die TI angeschlossen sind, können das Mitgliederportal sowie weitere Dienste des Sicheren Netz der KVen (SNK) erreichen.

Dazu ist Folgendes zu beachten:

1. Bei Installation der Komponenten der TI durch den PVS-Betreuer vor Ort soll dieser unbedingt in der Konfiguration des Konnektors den Haken setzen, der den Zugang zum SNK und damit u.a. zum Mitgliederportal ermöglicht.
2. Der Zugang zum Mitgliederportal über die TI ist sofort und im Beisein des Betreuers zu testen. Sofern sich in der Praxis bereits ein KV-SafeNet¹ Anschluss befindet, ist dieser für den Zeitpunkt des Tests zu deaktivieren.
3. Wenn die Dienste des SNK zuverlässig über die TI erreichbar sind, kann der KV-SafeNet¹ Anschluss gekündigt werden. Bitte die nachstehenden Hinweise der KBV dazu beachten:

Auszug aus der Richtlinie KV-SafeNet¹ V3.2:

2.5.5 Ordentliche Kündigung

Der Vertrag zwischen Anbieter und Teilnehmer muss ordentlich kündbar sein. Als ordentlicher Kündigungsgrund gilt die Verfügbarkeit der von der Bundesregierung geplanten Telematikinfrastruktur (TI). Diese ist verfügbar, wenn die Betreibergesellschaft gematik GmbH den Produktivstart der TI erklärt und der TI-Konnektor für den Teilnehmer verfügbar ist. Ab diesem Zeitpunkt müssen die bestehenden KV-SafeNet¹-Verträge mit einer Frist von sechs Monaten kündbar sein. Durch die Ausübung des ordentlichen Kündigungsrechts dürfen dem Teilnehmer keine Kosten entstehen.

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

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

Grundvoraussetzung für die TI ist ein Internetzugang. Ein einfacher DSL-Anschluss reicht dabei aus. Verbindungen über UMTS oder LTE sind ebenfalls möglich.

4.11 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 von Dokumenten.



4.12 Muss ich mein altes stationäres Lesegerät austauschen, obwohl es ein eHealth-Kartenterminal ist?

Ja, dies ist der Fall. eHealth-Kartenterminal bedeutet lediglich, dass es sich um ein Kartenterminal handelt, welches für das Auslesen von eGKs zertifiziert ist. eGKs werden seit dem Jahr 2011 von den Krankenkassen an ihre Mitglieder ausgegeben. Ein Austausch derartiger Kartenterminals beim Übergang auf die TI gemäß § 291a SGB V ist notwendig, da die Geräte nicht migrationsfähig sind.

4.13 Muss ich mein mobiles Lesegerät austauschen?

Bestandsgeräte können vorerst weiter verwendet werden. Die neuen mobilen Kartenlesegeräte können mit Heilberufsausweis und Praxisausweis umgehen. Dies wird notwendig, um später Daten von der eGK lesen zu können, die in Zukunft verschlüsselt abgelegt werden. Eine Verschlüsselung von schützenswerten Versichertenstammdaten (z.B. DMP-Kennzeichen) ist durch den Bundesdatenschutzbeauftragten gefordert und soll erfolgen, sobald eine flächendeckende Ausstattung mit (neuen) mobilen eHealth-Kartenterminals sowie Praxisanbindungen an die TI vorhanden sind.

4.14 Wann kann das Ersatzverfahren angewendet werden?

Das Ersatzverfahren kann angewendet werden, wenn: (Anlage 4a BMV-Ärzte)

- 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

4.15 Was ist ein „Virtuelles-PrivatesNetzwerk“ (VPN)?

Mit Hilfe einer speziellen Software (im Rahmen der TI im Konnektor konfiguriert) wird über das öffentliche Internet 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. Vertraulichkeit bedeutet, wenn keine unautorisierte Informationsgewinnung möglich ist. Das bedeutet, dass die Informationen nur Befugten zugänglich sind.

4.16 Benötige ich zusätzlich zu meinem Internetanschluss 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/>

4.17 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.

5 Fragen zum Praxisausweis (SMC-B Karte)

5.1 Was ist der Praxisausweis und wofür benötige ich ihn (SMC-B Karte)?

Um sicherzustellen, dass nur berechtigte Nutzer Zugang zur TI erhalten, benötigen alle Praxen und sonstigen medizinischen Einrichtungen einen elektronischen Praxis- beziehungsweise Institutionsausweis– in der EDV-Sprache auch „Security Module Card Typ-B Karte“ genannt (kurz: SMC-B Karte). Mittels dieser Karte registrieren sich die Praxen als Institution im Gesundheitswesen. Neben dem Konnektor und dem stationären Kartenlesegerät ist der elektronische Praxisausweis somit eine zwingend erforderliche Komponente für den TI-Zugang.

5.2 Wo kann ich den Praxisausweis bestellen?

Den Praxisausweis (SMC-B Karte) können Sie nur über die Online-Portale zugelassener Kartenhersteller beantragen. Eine Bestellung direkt bei der KVS ist nicht möglich.

5.3 Wie geht es nach der Bestellung 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.

Anschließend erfolgt durch den Kartenhersteller die Produktion und Versand. In einem Zeitraum von zwei bis drei Wochen wird Ihnen der Praxisausweis vom Kartenanbieter mit der Post per Einschreiben zugestellt. Die dazugehörige/n PINs erhalten Sie zeitlich versetzt in einem separaten Umschlag mit normaler Briefpost.

Wichtig: Sobald Sie Ihren Praxisausweis und PIN-Brief erhalten haben, müssen Sie die Karte im Online-Portal des Kartenherstellers innerhalb von **vier Wochen** freischalten.

5.4 Wie viele Praxisausweise benötige ich?

Es ist nur ein Praxisausweis für das stationäre Kartenlesegerät erforderlich. Gibt es mehrere stationäre Kartenlesegeräte in einer Praxis, ist trotzdem nur eine SMC-B Karte notwendig. Bitte beachten Sie, dass unabhängig von der Anzahl der stationären Kartenlesegeräte pro Betriebsstätte die Pauschale nur für eine SMC-B Karte ausgezahlt wird.

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



5.5 An wen kann ich mich bei Fragen zu dem Praxisausweis wenden?

Bei Fragen zu Ihrem Praxisausweis oder PIN-Brief wenden Sie sich bitte an Ihren Kartenhersteller.

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

Sollten die Zustellung z. B. aufgrund des Praxisurlaubes oder Abwesenheit 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 Eigenhändig“ auf der Postfiliale abgeholt werden. Wird der Brief nicht innerhalb einer Woche abgeholt, geht er zurück an den Kartenhersteller (z. B. Bundesdruckerei). Diese versenden das Einschreiben umgehend erneut.

5.7 Kann der Antrag noch geändert werden, auch wenn dieser von der KV Sachsen schon freigegeben wurde?

Ein bereits von der KV freigegebener Antrag ist nicht mehr änderbar!

5.8 Welchen Praxisausweis (SMC-B) sollen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (MKG) mit Doppelzulassung beantragen?

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

Für spätere Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI), wie z. B. die Organspendeerklärung oder andere Erklärungen des Versicherten, ist es für MKG-Praxen grundsätzlich sinnvoll, einen ärztlichen 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 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung empfehlen die Nutzung des ärztlichen Praxisausweises für MKG-Praxen aufgrund der Zugriffsrechte für aktuell anstehende bzw. geplante Anwendungen der TI.

5.9 Müssen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen mit Doppelzulassung den zahnärztlichen und ärztlichen Praxisausweis nutzen?

Nein, es wird nur ein Praxisausweis benötigt. Von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung wird empfohlen, den ärztlichen Praxisausweis zu nutzen.

5.10 Wann muss eine SMC-B Karte neu beantragt werden?

Ein SMC-B Karte muss neu beantragt werden, wenn z. B. aufgrund fehlerhafter Angaben der Antrag abgelehnt wurde.



5.11 Wann muss eine SMC-B Karte 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, Sperrung durch KV)
- Karte verloren (Sperrung durch Karteninhaber)
- BSNR ändert sich (Sperrung durch KV)

Falls die Karte verloren wurde, muss sich der Karteninhaber an seinen zuständigen Praxisausweishersteller wenden. In den anderen Fällen, wie Beendigung der Tätigkeit des Praxisinhabers bzw. BSNR Wechsel z.B. durch die Übergabe an einen Nachfolger, ist die KV bezüglich der Sperrung des Praxisausweises/der Praxisausweise zuständig.

5.12 Renteneintritt vor Ende der Vertragslaufzeit des Praxisausweises, muss ich bis zum Endes der Laufzeit für die Kosten aufkommen. ?

Ja – Grundsätzlich ist der Vertragspartner an die Vertragslaufzeiten gebunden. Aktuell sind keine kürzen Vertragslaufzeiten von Seiten der gematik oder des Gesetzgebers vorgesehen. Der Praxisinhaber kann aber in Fällen der Praxisfortführung z.B. durch einen Partner, den Vertrag zu seinem Praxisausweis auf seinen Praxispartner beim zuständigen Kartenhersteller übertragen lassen, wenn die Betriebsstättennummer erhalten bleibt.



6 Weitere Fragen

6.1 Ich bin Mund-Kiefer-Gesichtschirurg und bin sowohl ärztlich als auch zahnärztlich tätig. Von wem erhalte ich meine Erstattungspauschalen?

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 gemäß § 291a Abs. 7 Satz 5 SGB V)

6.2 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 KBV und die Krankenkassen 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.

Laborärzte und Anästhesisten werden dennoch für den Anschluss an die TI ausgestattet und erhalten die entsprechende Finanzierung, damit sie andere Anwendungen in der TI als das VSDM nutzen können.

6.3 Inwieweit spielt der Beschäftigungsumfang an einem Leistungsort beim Finanzierungsanspruch zur TI-Grundausrüstung eine Rolle?

Jeder Leistungsort mit einer gültigen BSNR oder NBSNR hat mindestens Anspruch auf die TI-Grundausrüstung (Konnektor, stationäres Kartenlesegerät, TI-Startpauschale und die laufenden Betriebskostenpauschalen). Alle darüber hinausgehenden Ansprüche ergeben sich aus der Staffelung der TI-Finanzierungsvereinbarung (siehe auch Punkt 3.3)

6.4 Was ist unter einer sicheren Lieferkette im Zusammenhang mit der Telematikinfrastruktur zu verstehen?

Alle für die TI benötigten Komponenten dürfen nicht mit der „normalen“ Post oder „normalen“ Lieferdiensten in die Praxis geliefert werden. Sie müssen in einer sog. sicheren Lieferkette zugestellt und persönlich vor Ort an den Arzt oder einen von ihm bevollmächtigten Mitarbeiter übergeben werden. Der Transport findet in speziellen Sicherheitsverpackungen statt. Alle diese Maßnahmen sind Bedingung für die Zulassung der Geräte. Jeder Hersteller muss sich seine sichere Lieferkette vom BSI (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik) genehmigen lassen.

Dieser ganze Aufwand soll verhindern, dass auf dem Weg vom Hersteller und zum Einsatzort in der Praxis Unbefugte die Geräte manipulieren und kompromittieren bzw. in den Besitz der Zugangstechnologie gelangen