

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

- einerseits -

und

**der GKV-Spitzenverband
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d.ö.R., Berlin**

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

Artikel 1

18. Änderung der Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastuktur gemäß § 378 Absätze 1 und 2 SGB V (Anlage 32 BMV-Ä)

1. In § 2 Absatz 3 Buchstabe d. wird nach dem zweiten Komma das Wort „und“ gestrichen.

2. In § 3 Absatz 1 wird folgender Buchstabe h. angefügt:

„h. *Betrieb der Fachanwendungen gemäß § 2 Abs. 3 lit. c, inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration.*“

3. § 6 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Aufzählungszeichen „a.“ gestrichen.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Zusätzlich relevant für die Fallzählung gemäß Absatz 1 ist die Anzahl der Betriebsstättenfälle im Quartal bei Vertragsärzten, die an einem Vertrag nach § 73b SGB V und/oder an einem Vertrag zur knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmen. Diese zusätzlichen Betriebsstättenfälle werden ausschließlich für teilnehmende Versicherte mit einer tatsächlichen Inanspruchnahme von Leistungen der in Satz 1 genannten Verträge im jeweiligen Quartal gezahlt. Diese Betriebsstättenfälle sind nicht zu zählen, wenn für den Versicherten im jeweiligen Quartal kollektivvertragliche Leistungen gemäß § 73 SGB V von Ärzten gemäß § 73 Absatz 1a Nr. 1, 3, 4 und 5 SGB V in derselben Vertragsarztpraxis über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.“

c) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „mobilem“ durch das Wort „mobiles“ ersetzt.

d) In Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Als Besuch nach Punkt b zählt auch ein Besuch der im Rahmen eines in Absatz 1a Satz 1 genannten Vertrages durchgeführt wurde.“

e) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Kann eine dezentrale Komponente der Telematikinfrastuktur – insbesondere der Konnektor oder ein stationäres Kartenterminal – nicht weiter genutzt werden, kann die Vertragsarztpraxis auf Antrag gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Kostenerstattung für den Ersatz der Komponente gemäß den Regelungen der Anlagen 2, 5 und 10 für eine Ersatzbeschaffung erhalten. Für die Erstattung dieser Kosten leistet der GKV-Spitzenverband je Kalenderjahr eine Zahlung in Höhe von vier Millionen Euro. Über die Verteilung und Abrechnungsbedingungen dieser Mittel entscheidet die KBV.“

4. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Kassenärztlicher“ durch das Wort „Kassenärztliche“ ersetzt.

b) In Absatz 6 Satz 2 wird das Wort „Kassenärztlicher“ durch das Wort „Kassenärztliche“ ersetzt.

5. In § 9 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Bei der Rechnungsstellung gemäß Absatz 3 wird der Betrag in Höhe von vier Millionen Euro, der gemäß § 6 Absatz 9 für die Kostenerstattung des Ersatzes von nicht mehr nutzbaren dezentralen Komponenten geleistet wird, mitberücksichtigt. Der Zahlungszeitpunkt wird bei den Beratungen gemäß Absatz 2 abgestimmt. Die Regelungen des Absatzes 6 kommen dafür nicht zur Anwendung.“

6. In **Anlage 1** Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 6 Absatz 1a“ durch die Angabe „§ 6 Absätze 1 und 1a“ ersetzt.

7. **Anlage 2** wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird in der Tabelle folgende Zeile angefügt:

„Pauschale für die Erstausrüstung gemäß § 2 Absatz 1 lit. b) bis c) i. V. m. § 6 Absatz 1, einmalig	ab 1. Quartal 2022	1.661,50 ¹ €	2.309,00 €	2.956,50 €“
---	--------------------	-------------------------	------------	-------------

b) Der dritte Absatz und die zweite Tabelle werden gestrichen.

c) In Absatz 3 wird in der Tabelle in der Spalte „Bezeichnung der Pauschale“ das Wort „mobilem“ durch das Wort „mobiles“ ersetzt.

8. In **Anlage 4** Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Kassenärztlicher“ durch das Wort „Kassenärztliche“ ersetzt.

9. **Anlage 5** wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird die Tabelle wie folgt gefasst:

„Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
NFDM/eMP-Update-Pauschale gemäß § 2 Abs. 1 lit. b) i. V. m. § 2 Abs. 3 lit. a) und b), einmalig je Vertragsarztpraxis	530,00 €
NFDM/eMP Integrations-Pauschale gemäß § 2 Abs. 3 lit. c) und d)	400,00 €
Zuschlag I zur Pauschale für die Betriebskosten gemäß Anlage 2 Absatz 3, quartalsweise je Vertragsarztpraxis Bestehend aus folgenden Teilpauschalen: <ul style="list-style-type: none"> • Betriebskosten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a) bis e): 4,50 € • Betriebskosten gemäß § 3 Abs. 1 lit. h) für NFDM: 5,25 € • Betriebskosten gemäß § 3 Abs. 1 lit. h) für eMP: 7,50 € 	17,25 €“

b) In Absatz 3 wird in der Tabelle in der Spalte „Bezeichnung der Pauschale“ das Wort „stationärem“ durch das Wort „stationäres“ ersetzt und in der Spalte „die Höhe der Pauschale“ wird die Angabe „595,00 €“ durch die Angabe „677,50 €“ ersetzt.

10. **Anlage 8** wird wie folgt geändert:

a) In § 2 Absatz 1 wird in der Tabelle in der Spalte „Höhe der Pauschale“ das Wort „Euro“ durch das Zeichen “€“ ersetzt.

b) In § 2 Absatz 2 wird in der Tabelle in der Spalte „Höhe der Pauschale“ die Angabe „100 Euro“ durch die Angabe „200 €“ ersetzt.

c) In § 2 Absatz 3 wird in der Tabelle in der Spalte „Bezeichnung der Pauschale“ das Wort „versendetem“ durch das Wort „versendeten“ ersetzt und in der Spalte „Höhe der Pauschale“ jeweils das Wort „Euro“ durch das Zeichen „€“ ersetzt.

11. Anlage 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 wird die Tabelle wie folgt gefasst:

„Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
<i>ePA-Pauschale gemäß § 2 Abs. 1 lit. b) i.V.m. § 2 Abs. 3 lit. a) und b), einmalig je Vertragsarztpraxis</i>	400,00 €
<i>ePA-Integrations-Pauschale gemäß § 2 Abs. 3 lit. c) und d)</i>	350,00 €
<i>Zuschlag III zur Pauschale für die Betriebskosten gemäß Anlage 2 Absatz 3, quartalsweise je Vertragsarztpraxis Bestehend aus folgenden Teilpauschalen:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Betriebskosten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a) bis e): 4,50 €</i> • <i>Betriebskosten gemäß § 3 Abs. 1 lit. h) für ePA: 23,25 €</i> 	27,75 €

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Für die Umsetzung der Komfortsignatur hat jede Vertragsarztpraxis Anspruch auf eine Pauschale für ein zusätzliches stationäres Kartenterminal. Sofern mehr als zwei Ärzte in der Praxis tätig sind, erhöht sich dieser Anspruch um je ein weiteres stationäres Kartenterminal je zwei weiterer Ärzte.“

Bezeichnung der Pauschale	Höhe der Pauschale
<i>Pauschale je stationäres Kartenterminal</i>	677,50 €

Artikel 2
Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.04.2022 in Kraft.

Berlin, den 20.06.2022


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


Senae 20.06.2022


GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin