

**Festlegung des Vereinbarungsinhalts durch das Bundesministerium für Gesundheit gemäß
§ 378 Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit Absatz 3 und 4 des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch (SGB V)**

**Finanzierung der den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden
Leistungserbringern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten der
Telematikinfrastruktur**

§ 1 Festlegungsgegenstand

- (1) Zum Ausgleich der in § 376 SGB V genannten Kosten der Ausstattung und des Betriebs erhalten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer ab dem 1. Juli 2023 eine monatliche TI-Pauschale von den Krankenkassen (vgl. § 378 Absatz 1 SGB V).
- (2) Vertragsarztpraxis im Sinne dieser Festlegung sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und Einrichtungen nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V soweit eine eigene Betriebsstättennummer nach der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern vergeben wurde. Vertragsarztpraxis sind auch die Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nach § 105 Absatz 1c Satz 1 SGB V sowie die Notfalldienstpraxen nach § 75 Absatz 1b SGB V.
- (3) Vertragsärzte, die gleichzeitig über eine vertragszahnärztliche Zulassung verfügen, rechnen nach den Regelungen der vertragszahnärztlichen Versorgung ab.
- (4) Die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Ärzte und Einrichtungen, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllen, rechnen seit dem 1. Januar 2019 nach den Regelungen der Festlegung zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten im Rahmen der Einführung und des Betriebs der TI gemäß § 377 Absatz 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ab.

Diese sind:

- Hochschulambulanzen nach § 117 Absatz 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 Absatz 1a SGB V
- Leistungsbereiche des ambulanten Operierens im Krankenhaus nach § 115 b SGB V
- Ermächtigungsambulanzen der persönlich ermächtigten Krankenhausärzte (§ 116 SGB V, § 4 Absatz 1 BMV-Ä, §§ 31, 31a Absatz. 1 Ärzte-ZV)
- Notfallambulanzen gem. § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V, § 2 Abs. 2 Ziff. 4 BMV-Ä
- Einrichtungen zur Erbringung von ambulanten Leistungen bei Unterversorgung nach § 116a SGB V

§ 2 Berechnung der TI-Pauschale

- (1) Die Höhe der monatlichen TI-Pauschale ergibt sich je Standort für die Vertragsarztpraxis aus den Tabellen nach § 3. Der Umfang der Ausstattung mit den erforderlichen Komponenten und Diensten gemäß § 5, die Bedingung für das Entstehen des Anspruchs auf Erstattung der Kosten nach § 1 Absatz 1 ist, ist abhängig von der Praxisgröße in einer Vertragsarztpraxis gemäß § 3 dieser Festlegung. Maßgeblich ist die Größe der Vertragsarztpraxis am letzten Tag des jeweiligen Quartals.

- (2) Eine Vertragsarztpraxis, die zwischen dem 1. Januar 2021 und dem 30. Juni 2023 erstmals an die TI angebunden worden ist und eine Erstattung der Erstausrüstungskosten nach der bis zum Inkrafttreten dieser Festlegung geltenden Finanzierungsvereinbarung bereits erhalten hat oder bis zum 31. Dezember 2023 erhält, erhält während einer Dauer von dreißig Monaten nach der Erstausrüstung monatlich eine jeweils um die Kosten der Erstausrüstung reduzierte TI-Pauschale. Die Höhe der reduzierten TI-Pauschale bestimmt sich gemäß § 3 Absatz 5 (Tabelle 5) dieser Festlegung. Sie richtet sich nach der Praxisgröße je Standort. Maßgeblich ist die Größe der Vertragsarztpraxis am letzten Tag des jeweiligen Quartals. Ab dem einunddreißigsten Monat erhält die Vertragsarztpraxis die TI-Pauschale gemäß § 3 Absatz 3 (Tabelle 3).
- (3) Eine Vertragsarztpraxis, die zwischen dem 1. Januar 2021 und dem 30. Juni 2023 aufgrund ablaufender Sicherheitszertifikate in den Konnektoren (gSMC-K) einen Konnektortausch vorgenommen und bereits eine Erstattung der Kosten für den Konnektortausch erhalten hat oder bis zum 31. Dezember 2023 erhält, erhält während einer Dauer von dreißig Monaten nach dem Konnektortausch monatlich eine jeweils um die Kosten des Konnektortausches reduzierte TI-Pauschale. Die Laufzeitverlängerung gilt dabei nicht als Konnektortausch. Die Höhe der reduzierten TI-Pauschale nach Satz 1 bestimmt sich gemäß § 3 Absatz 8 (Tabelle 8) dieser Festlegung. Sie richtet sich nach der Praxisgröße je Standort. Maßgeblich ist die Größe der Vertragsarztpraxis am letzten Tag des jeweiligen Quartals. Ab dem einunddreißigsten Monat erhält die Vertragsarztpraxis die TI-Pauschale gemäß § 3 Absatz 3 (Tabelle 3).
- (4) Eine Vertragsarztpraxis, die in der Zeit vom 1. Januar 2021 bis 30. Juni 2023 sowohl eine Erstattung der Kosten der Erstausrüstung als auch des Konnektortausches erhalten hat, erhält während einer Dauer von dreißig Monaten nach der Erstausrüstung die reduzierte TI-Pauschale gemäß § 3 Absatz 5 (Tabelle 5). Absatz 1 Sätze 2 bis 4 gelten entsprechend. Ab dem einunddreißigsten Monat erhält die Vertragsarztpraxis die TI-Pauschale gemäß § 3 Absatz 3 (Tabelle 3).

§ 3 Höhe der Pauschale und Reduzierung

- (1) Maßgeblich für die Höhe der Pauschale ist die Praxisgröße am letzten Tag des jeweiligen Quartals. Entsprechend gelten auch die Prüfpflichten der KVen für die Praxisgröße nur quartalsbezogen. Grundlage der Ermittlung der Höhe der jeweiligen TI-Pauschale sind die Erstausrüstungskosten der jeweiligen Vertragsarztpraxis (**Tabelle 1**).

Tabelle 1 „Kosten Erstausrüstung gesamt“

Erstausrüstung gesamt	≤ 3 Vertragsärzte	> 3 bis ≤ 6 Vertragsärzte	> 6 bis ≤ 9 Vertragsärzte
	6.366,50 €	8.369,00 €	10.371,50 €

- (2) Zu dem jeweiligen Erstausrüstungsbetrag nach Absatz 1 Tabelle 1 addieren sich die Betriebskosten (**Tabelle 2**) hochgerechnet auf fünf Jahre (entspricht zwanzig Quartalen).

Tabelle 2 „Betriebskosten gesamt“

Betriebskosten gesamt	≤ 3 Vertragsärzte	> 3 bis ≤ 6 Vertragsärzte	> 6 bis ≤ 9 Vertragsärzte
	7.900,00 €	8.597,50 €	9.062,50 €

- (3) Die monatliche TI-Pauschale (**Tabelle 3**) berechnet sich durch Addition der jeweiligen zutreffenden Erstausrüstungskosten gesamt aus Absatz 1 **Tabelle 1** mit den Betriebskosten gesamt aus Absatz 2 **Tabelle 2**. Diese Summe wird durch die Zahl sechzig geteilt (5 Jahre mit 12 Monaten = 60 Monate). Das sich daraus ergebende Ergebnis stellt die jeweilige von der Praxisgröße abhängende monatliche TI-Pauschale dar. Bei mehr als 9 Vertragsärzten wird die TI-Pauschale je Gruppe von bis zu drei zusätzlichen Vertragsärzten (größer 9 bis kleiner gleich 12, größer 12 bis kleiner gleich 15 etc.) um 28,60 Euro pro Monat erhöht.

Tabelle 3 „monatliche TI-Pauschale“

monatliche TI-Pauschale	≤ 3 Vertragsärzte	> 3 bis ≤ 6 Vertragsärzte	> 6 bis ≤ 9 Vertragsärzte
		237,78 €	282,78 €

- (4) Die Höhe der um fünfzig Prozent reduzierten monatlichen TI-Pauschale im Falle einer fehlenden Anwendung gemäß § 4 Absatz 5 der Festlegung ergibt sich aus **Tabelle 4**.
Bei mehr als 9 Vertragsärzten wird die TI-Pauschale je Gruppe von bis zu drei zusätzlichen Vertragsärzten um 14,30 Euro pro Monat erhöht.

Tabelle 4 „reduzierte TI-Pauschale bei Fehlen einer Anwendung“

Reduzierung monatliche TI-Pauschale auf 50 %	≤ 3 Vertragsärzte	> 3 bis ≤ 6 Vertragsärzte	> 6 bis ≤ 9 Vertragsärzte
		118,89 €	141,39 €

- (5) Die Höhe der reduzierten monatlichen TI-Pauschale gemäß Absatz 2 Tabelle 2 bei bereits erfolgter Anbindung an die TI ergibt sich aus **Tabelle 5**. Bei mehr als 9 Vertragsärzten wird die TI-Pauschale je Gruppe von bis zu drei zusätzlichen Vertragsärzten um 14,30 Euro pro Monat erhöht.

Tabelle 5 „reduzierte TI-Pauschale bei bereits erfolgter Anbindung an TI“

monatliche TI-Pauschale	≤ 3 Vertragsärzte	> 3 bis ≤ 6 Vertragsärzte	> 6 bis ≤ 9 Vertragsärzte
		131,67 €	143,29 €

- (6) Die Höhe der reduzierten monatlichen TI-Pauschale gemäß § 4 Absatz 5 bei bereits erfolgter Anbindung an TI und einer fehlenden Anwendung ergibt sich aus **Tabelle 6**. Bei mehr als 9 Vertragsärzten wird die TI-Pauschale je Gruppe von bis zu drei zusätzlichen Vertragsärzten um 7,15 Euro pro Monat erhöht.

Tabelle 6 „reduzierte TI-Pauschale bei bereits erfolgter Anbindung an TI aber Fehlen einer Anwendung“

Reduzierung monatliche TI-Pauschale auf 50 %	≤ 3 Vertragsärzte	> 3 bis ≤ 6 Vertragsärzte	> 6 bis ≤ 9 Vertragsärzte
		65,84 €	71,65 €

- (7) Die für die Berechnung der reduzierten TI-Pauschale gemäß § 2 Absatz 3 betrachteten Kosten des Konnektortausches ergeben sich aus **Tabelle 7**.

Tabelle 7 „Kosten Konnektortausch“

Pos	Kosten Konnektortausch	≤ 3 Vertragsärzte	> 3 bis ≤ 6 Vertragsärzte	> 6 Vertragsärzte
1	Konnektor-Tauschpauschale	2.300,00 €	2.300,00 €	2.300,00 €
2	gSMC-KT Pauschale	0,00 €	100,00 €	200,00 €
Kosten Konnektortausch Gesamt		2.300,00 €	2.400,00 €	2.500,00 €

- (8) Die Höhe der reduzierten monatlichen TI-Pauschale gemäß § 2 Absatz 3 bei bereits erfolgtem Konnektortausch ergibt sich aus **Tabelle 8**.
Bei mehr als 9 Vertragsärzten wird die TI-Pauschale je Gruppe von bis zu drei zusätzlichen Vertragsärzten um 28,60 Euro pro Monat erhöht.

Tabelle 8 „reduzierte TI-Pauschale nach Konnektortausch“

monatliche TI-Pauschale	≤ 3 Vertragsärzte	> 3 bis ≤ 6 Vertragsärzte	> 6 bis ≤ 9 Vertragsärzte
-------------------------	-------------------	---------------------------	---------------------------

	199,45 €	242,78 €	282,23 €
--	----------	----------	----------

- (9) Die Höhe der reduzierten monatlichen TI-Pauschale gemäß § 4 Absatz 5 bei bereits erfolgtem Konnektortausch und einer fehlenden Anwendung ergibt sich aus **Tabelle 9**. Bei mehr als 9 Vertragsärzten wird die TI-Pauschale je Gruppe von bis zu drei zusätzlichen Vertragsärzten um 14,30 Euro pro Monat erhöht.

Tabelle 9 „reduzierte TI-Pauschale bei Konnektortausch aber Fehlen einer Anwendung“

Reduzierung monatliche TI-Pauschale auf 50 %	≤ 3 Vertragsärzte	> 3 bis ≤ 6 Vertragsärzte	> 6 bis ≤ 9 Vertragsärzte
	99,73 €	121,39 €	141,12 €

- (10) Für die Finanzierung der den Hebammen, Physiotherapeuten und anderen Heilmittelerbringern, Hilfsmittelerbringern, zahntechnischen Laboren, Erbringern von Soziotherapie nach § 37a, weiteren Leistungserbringern nach § 380 SGB V und den Öffentlichen Gesundheitsdiensten nach § 382 SGB V entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten wird aufgrund einer abweichenden Ausstattung mit Anwendungen, Komponenten und Diensten bei den jeweiligen Leistungserbringern von einer TI-Pauschale nach § 378 Absatz 1 SGB V in Höhe von 192,80 Euro ausgegangen. Pro Mitarbeiter des Leistungserbringers nach Satz 1 (mit einem elektronischem Heilberufsausweis (HBA)) erhöht sich die Pauschale nach Satz 1 um 7,20 Euro pro Monat. Die Reduzierungsregelungen nach § 4 Absatz 5 gelten für die monatliche TI-Pauschale nach Satz 1 und 2 für die Leistungserbringer nach Satz 1 entsprechend. Im Fall des § 2 Absatz 2 wird die monatliche TI-Pauschale nach Satz 1 und 2 für die Leistungserbringer nach Satz 1 um 50 % reduziert. Im Übrigen gelten nach den §§ 380 Absatz 1 Satz 2 und 382 Absatz 1 SGB V für die Erstattungen die Grundsätze dieser Festlegung. Umfang und Nachweis der Ausstattung, die notwendigen Anwendungen, Komponenten und Dienste und der Abrechnungsprozess richten sich gemäß den §§ 380 Absatz 3 und 4 sowie 382 Absatz 2 SGB V nach den dort vorgesehenen separaten Vereinbarungen. Der festzulegende Umfang der Ausstattung umfasst dabei auch die Festlegung der notwendigen Anwendungen, Komponenten und Dienste.

§ 4 Umfang und Nachweis der Ausstattung

- (1) Notwendige Voraussetzung für die Zahlung der TI-Pauschale ist der Anschluss der Vertragsarztpraxis an die TI.
- (2) Die Vertragsarztpraxis hat grundsätzlich gegenüber der zuständigen KV vor der ersten Zahlung der TI-Pauschale die funktionsfähige Ausstattung mit den erforderlichen Anwendungen, Komponenten und Diensten nach § 5 nachzuweisen. Der Nachweis kann quartalsbezogen und in Form einer Eigenerklärung oder Abrechnungsdatei erbracht werden. Verfahren, Form und Inhalt der Eigenerklärung werden von der zuständigen KV festgelegt und auf deren Webseite bekanntgemacht. Ein Nachweis nach Satz 1 ist entbehrlich, soweit ein adäquater Nachweis bereits in der Vergangenheit erbracht wurde.
- (3) Die Vertragsarztpraxis hat nach Einführung neuer, gesetzlich erforderlicher Anwendungen, Komponenten und Dienste gegenüber der zuständigen KV innerhalb von drei Monaten einen geeigneten Nachweis der funktionsfähigen Ausstattung einzureichen. Der Nachweis kann quartalsbezogen durch Eigenerklärung erbracht werden. Verfahren, Form und Inhalt der Eigenerklärung werden von der zuständigen KV festgelegt und auf der jeweiligen Webseite bekanntgemacht.
- (4) Wird ein Nachweis nach Absatz 2 oder 3 nicht erbracht, wird die TI-Pauschale gemäß § 3 Absatz 3 Tabelle 3 der betreffenden Vertragsarztpraxis gekürzt.
- (5) Je fehlender Anwendung wird die TI-Pauschale gemäß § 3 Absatz 4 (Tabelle 4) um fünfzig Prozent gekürzt. Fehlt in den Fällen des § 2 Absatz 2 eine Anwendung, erfolgt eine Kürzung der TI-Pauschale gemäß § 3 Absatz 5 (Tabelle 5) um fünfzig Prozent je fehlender Anwendung

gemäß § 3 Absatz 6 (Tabelle 6). Fehlt in den Fällen des § 2 Absatz 3 eine Anwendung, erfolgt eine Kürzung der TI-Pauschale gemäß § 3 Absatz 8 (Tabelle 8) um fünfzig Prozent je fehlender Anwendung gemäß § 3 Absatz 9 (Tabelle 9). Bei mindestens zwei fehlenden Anwendungen oder fehlender Anbindung an die TI wird keine TI-Pauschale gezahlt. Erst ab dem auf die Erbringung des erforderlichen Nachweises folgenden Quartals erhält die betreffende Vertragsarztpraxis wieder die volle TI-Pauschale. Wird der Nachweis nicht fristgerecht erbracht, wird die Pauschale nur im Rahmen einer Einzelfallprüfung durch die KV rückwirkend gezahlt.

- (6) Eine Kürzung der TI-Pauschale für fehlende Anwendungen erfolgt bis zum Ende des ersten Quartals 2024 nicht, wenn die Vertragsarztpraxis im Zusammenhang mit der Umstellung auf die TI-Pauschale einen Wechsel des Anbieters ihres Praxisverwaltungssystems eingeleitet hat. Satz 1 gilt nicht für die Anwendungen elektronische Verordnung und elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

§ 5 Notwendige Anwendungen, Komponenten und Dienste

- (1) Voraussetzung für den Erhalt der TI-Pauschale ist der Nachweis durch die Vertragsarztpraxis, dass sie die folgenden Anwendungen in der jeweils aktuellen Version unterstützt:
1. Notfalldatenmanagement (NFDm) und elektronischer Medikationsplan (eMP),
 2. elektronische Patientenakte (ePA),
 3. Kommunikation im Medizinwesen (KIM),
 4. elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU), der Nachweis gegenüber der KV ist erst im 4. Quartal 2023 zu erbringen,
 5. ab dem 1. März 2024: elektronischer Arztbrief (eArztbrief),
 6. ab dem 1. Januar 2024: elektronische Verordnungen.
- Zum Vorliegen einer aktuellen Version nach Satz 1 in der Vertragsarztpraxis ist es ausreichend, wenn die aktuelle Software-Version nach Bereitstellung durch den Software-Anbieter zeitnah eingespielt wird. Enthält die Aktualisierung einer Software-Version erhebliche funktionale Erweiterungen einer Anwendung so ist es abweichend von Satz 2 für das Vorliegen einer aktuellen Software-Version nach Satz 1 ausreichend, wenn die Bereitstellung durch den Software-Anbieter innerhalb von drei Monaten in einer Vertragsarztpraxis eingespielt wird, sofern die Erweiterung auf einer gesetzlichen Regelung oder einem Beschluss der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik beruht.
- (2) Voraussetzung für den Erhalt der TI-Pauschale ist die Ausstattung mit den folgenden Komponenten und Diensten:
1. Konnektor inkl. gSMC-K und VPN-Zugangsdienst, ggf. in Rechenzentrum gehostet, sofern dort zugelassene Komponenten und Dienste zum Einsatz kommen, oder TI-Gateway in Verbindung mit Nutzung eines Rechenzentrum-Konnektors,
 2. eHealth-Kartenterminal(s) inkl. gSMC-KT,
 3. HBA Smartcard oder eID für Ärzte mit gematik-Zulassung,
 4. SMC-B Smartcard oder SM-B oder eID für Vertragsarztpraxen mit gematik-Zulassung.
- (3) Die TI-Pauschale umfasst auch die Kosten der mobilen Kartenterminals und des Telematikinfrastruktur-Messengers (TI-M), obwohl diese nicht verpflichtend sind.
- (4) Für die Anwendungen nach Absatz 1 Nummer 1, 4 und 6 können die KVen für Facharztgruppen und Psychotherapeuten, die im Regelfall eine oder mehrere dieser Anwendungen in ihrem Versorgungskontext nicht nutzen können, Ausnahmen von Absatz 1 und Absatz 2 vorsehen. Ausnahmen nach Satz 1 dürfen nicht pauschal für alle Facharztgruppen vorgesehen werden.

§ 6 Abrechnungsbedingungen

- (1) Der Anspruch auf Zahlung der TI-Pauschale nach § 1 Absatz 1 besteht ab dem 1. Juli 2023 ab dem Zeitpunkt des Anschlusses der jeweiligen Vertragsarztpraxis an die TI.
- (2) Die TI-Pauschale wird von der jeweils zuständigen KV an die in ihrem Zuständigkeitsbereich ansässigen Vertragsarztpraxen je Standort gezahlt.

- (3) Bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die im Zuständigkeitsbereich mehrerer KVen liegen, besteht ein Wahlrecht, von welcher KV die TI-Pauschale gezahlt werden soll. Die zuständige KV prüft die Anspruchsberechtigung der Vertragsarztpraxis gemäß dieser Festlegung.

§ 7 Abrechnungsprozess

- (1) Die Vertragsärzte rechnen die TI-Pauschalen gegenüber der zuständigen KV gegen Vorlage eines geeigneten Nachweises ab.
- (2) Die zuständige KV prüft einmalig vor Zahlung der TI-Pauschale die Berechtigung der Vertragsärzte und Einrichtungen zum Erhalt der TI-Pauschale und berücksichtigt vor Auszahlung der Pauschale mögliche Veränderungen der Praxisform und -größe, insbesondere bzgl. Vergrößerung, Verkleinerung, Fusion, Schließung und Umzug in einen anderen KV-Bereich. Veränderungen der Praxisform und -größe, insbesondere eine mögliche Vergrößerung, Verkleinerung, Fusion, Schließung oder einen Umzug der Praxis in einen anderen KV-Bereich müssen von den Vertragsarztpraxen gemeldet werden.
- (3) Die Abrechnung der monatlichen TI-Pauschalen durch die KVen gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) erfolgt quartalsweise elektronisch in Form von Sammelabrechnungen, jeweils bis zum 15. Tag des zweiten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats, erstmalig also zum 15. November 2023 für das dritte Quartal 2023. Die KV muss Ansprüche der Vertragsarztpraxen nach Prüfung des Nachweises gemäß § 4 Absatz 2 Satz 1 oder dessen Entbehrlichkeit gemäß § 4 Absatz 2 Satz 4 dem GKV-Spitzenverband in einer der vier folgenden Quartalsabrechnungen in Rechnung stellen. Die Vertragspartner verabreden gemeinsam eine bundeseinheitliche Muster-Sammelabrechnung, die bei Bedarf angepasst und weiterentwickelt wird. Der GKV-Spitzenverband leistet die Zahlung des in der Sammelabrechnung genannten Gesamtbetrages unverzüglich nach vollständigem Eingang der von den Krankenkassen erhobenen Umlagen. Die Zahlung erfolgt spätestens bis zum 14. Tag des vierten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats – erstmalig also zum 14. Januar 2024 – an die jeweilige KV. Fällt der 14. auf einen Sonn- oder Feiertag, endet die Zahlungsfrist am nächsten Werktag. Im Rahmen des Abrechnungsverfahrens darf der GKV-Spitzenverband eine Prüfung der von den Vertragsärzten abgerechneten Pauschalen auf Basis von Stichproben vornehmen.

§ 8 Stichprobenprüfungen des GKV-Spitzenverbandes bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

- (1) Zahlungsbegründende Unterlagen werden stichprobenhaft geprüft. Hierzu übermittelt die KBV dem GKV-Spitzenverband für die zurückliegende Abrechnungsperiode (Kalenderjahr) eine Aufstellung der ausgestatteten Vertragsarztpraxen gemäß § 1 dieser Festlegung in pseudonymisierter Form bis zum 28. Februar des Folgejahres jeweils auf der Grundlage der von den KVen übermittelten Daten in elektronischer Form. Die Aufstellung hat zwischen, in dieser Abrechnungsperiode liegender vollständiger Neuausstattung von Vertragsarztpraxen mit über drei Vertragsärzten, aufgeteilt nach Vertragsarztpraxen mit drei bis sechs Vertragsärzten, Vertragsarztpraxen mit sechs bis 9 Vertragsärzten und über neun Vertragsärzten zu unterscheiden.
- (2) Der GKV-Spitzenverband wählt bis jeweils zum 31. März eines Jahres – erstmalig zum 31. März 2024 - pro KV aus jeder Fallkonstellation nach Absatz 1 jeweils einen Fall aus. Die Auswahl der Fälle beschränkt sich in einer KV auf die anspruchsberechtigten Vertragsarztpraxen, die der in Absatz 1 benannten Fallkonstellation zuzuordnen sind. Die KBV übermittelt die Auswahl an die jeweilige KV.
- (3) Zu den gemäß Absatz 2 durch den GKV-Spitzenverband ausgewählten Prüffällen hat die KBV bis zum 31. Mai des auf die Abrechnungsperiode folgenden Jahres die folgenden für von den KVen für die in Absatz 1 benannten Fallkonstellationen zur Verfügung gestellten Unterlagen an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln:
 - pseudonymisierte Arzt-/Betriebsstättennummer,

- formlose Bestätigung der KV über den Monat der erstmaligen Nutzung der TI,
 - formlose Bestätigung der KV über die in der Praxis gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid tätigen Vertragsärzte mit Angabe des Tätigkeitsumfanges zum Zeitpunkt der Ausstattung.
- (4) Sofern im Rahmen der Prüfungen Unstimmigkeiten mit der Folge zu hoher Erstattungen festgestellt werden, ist der GKV-Spitzenverband berechtigt, die Prüfungen auf maximal fünfzig Vertragsarztpraxen der von der betroffenen KV zu der betroffenen Fallgruppe nach Absatz 1 übermittelten Fälle auszuweiten. Sollten bei dieser Prüfung weitere Unstimmigkeiten mit der Folge zu hoher Erstattungen festgestellt werden, verständigen sich die Vertragspartner über das weitere Vorgehen.
- (5) Gegebenenfalls zu Unrecht an die jeweils zuständigen KVen ausgezahlte Pauschalen sind von diesen an den GKV-Spitzenverband zurückzuzahlen. Der GKV-Spitzenverband kann auch eine Verrechnung der Beträge mit weiteren Zahlungen an die jeweilige KV vornehmen.

§ 9 Finale Spitzabrechnung bisheriger Abschlagszahlungen

Zur Zwischenfinanzierung zahlt der GKV-Spitzenverband zwei Monate nach der Zustellung dieses Bescheids die nach der bis zum 30. Juni 2023 gültigen Finanzierungsvereinbarung vereinbarte Abschlagszahlung für das erste Quartal 2023 sowie eine Abschlagszahlung für das zweite Quartal 2023. Die Höhe der Abschlagszahlung für das zweite Quartal 2023 vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die KBV.

Die KBV teilt dem GKV-Spitzenverband bis zum 28. Februar 2024 die Differenz der durch den GKV-Spitzenverband tatsächlich geleisteten Abschlagszahlungen im Rahmen einer finalen Spitzabrechnung bezogen auf alle Erstattungen mit, die im Jahr 2023 aufgrund der bis zum 30. Juni 2023 gültigen Finanzierungsvereinbarung an die Praxen ausgezahlt wurden. Dies erfolgt mittels einer detaillierten Aufstellung je KV.

- Sofern die Summe aller Abschlagszahlungen des GKV-Spitzenverbandes die Gesamtforderungen aller KVen überschreitet, erfolgt bis zum 30. April 2024 eine Zahlung in Höhe der Überschreitung durch die KBV an den GKV-Spitzenverband.
- Sofern die Summe aller Abschlagszahlungen des GKV-Spitzenverbandes die Gesamtforderungen aller KVen unterschreitet, erfolgt bis zum 30. April 2024 eine Zahlung in Höhe der Unterschreitung durch den GKV-Spitzenverband an die KBV.

Die Differenzbeträge werden zwischen der KBV und der jeweiligen KV ausgeglichen. Damit sind sämtliche Ansprüche gegenüber dem GKV-Spitzenverband abgegolten.

§ 10 Inkrafttreten und Anpassung

- (1) Diese Festlegung tritt rückwirkend zum 1. Juli 2023 in Kraft. Diese Festlegung ersetzt ab dem 1. Juli 2023 die Festlegung vom 27. Juni 2023 sowie die Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der TI gemäß § 378 Absätze 1 und 2 SGB V vom 26. August 2022 samt Änderungsvereinbarungen hierzu. Alle bis einschließlich 30. Juni 2023 entstandenen Ansprüche auf Finanzierungspauschalen gemäß den Anlagen 1, 2, 5, 8, 10, 11 und 12 der Anlage 32 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) sind noch zu erfüllen. Alle bis einschließlich 30. Juni 2023 entstandenen Ansprüche auf Finanzierungspauschalen gemäß den Anlagen 1, 2, 5, 8, 10, 11 und 12 der Anlage 32 BMV-Ä müssen bis zum 30. Juni 2024 abgerechnet werden. Die KVen teilen dem GKV-Spitzenverband bis zum 15. August 2024 die ausgezahlten Beträge im Rahmen der Sammelabrechnung gemäß § 7 Absatz 3 mit. Die Zahlung des GKV-Spitzenverbandes an die KVen erfolgt bis zum 14. Oktober 2024.
- (2) Die Anpassung der Höhe der TI-Pauschale erfolgt jährlich zum 1. Januar nach Maßgabe der Veränderung des Punktwertes nach § 87 Absatz 2e SGB V.

Diese Festlegung kann frühestens zum 29. Dezember 2024 durch eine Vereinbarung zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband ersetzt werden (vgl. § 378 Absatz 5 Satz 1 SGB V). Diese Vereinbarung tritt ein Quartal nach deren Abschluss, frühestens zum 2. Quartal 2025, in Kraft.