

**Vereinbarung des Verfahrens zur Kostenerstattung
gemäß § 106b Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 SGB XI
in Verbindung mit § 380 Absatz 2 Nr. 4 SGB V
(Finanzierungsvereinbarung)**

zwischen dem

GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Pflegekassen), K.d.ö.R.,

und

den Verbänden der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene

ABVP Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V.,
APH Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V.,
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e. V.,
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa),
DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.,
VDAB Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.,
B.A.H. Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V.,
Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V. (BKSB),
Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V.,
Deutscher Caritasverband e. V.,
DRK-Generalsekretariat,
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.,
AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.,
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V.,
Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
§ 1 Geltungsbereich	3
§ 2 TI-Pauschale	3
§ 3 Nachweis der Ausstattung	3
§ 4 Notwendige Anwendungen, Komponenten und Dienste	4
§ 5 Abrechnungsbedingungen	5
§ 6 Abrechnungsprozess	5
§ 7 Inkrafttreten und Anpassung	7
§ 8 Salvatorische Klausel	7

Präambel

Gemäß § 106b Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB XI erhalten nach § 72 SGB XI zugelassene ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich der erforderlichen Ausstattungs-kosten, die ihnen aufgrund von Anforderungen an die Ausstattung nach dem SGB V in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur (TI) entstehen, sowie der erforderlichen Betriebskosten, die ihnen im laufenden Betrieb der TI entstehen, in entsprechender Anwendung der Finanzierungsregelungen für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die sich aus § 378 Absatz 2 SGB V ergebenden Erstattungen, in Form einer monatlichen Pauschale (TI-Pauschale). Ein Teil dieser Aufwendungen wird dem GKV-Spitzenverband vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. im Hinblick auf die Nutzung der TI durch privat Pflegeversicherte erstattet. Durch Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, bestimmte Meldungen bei der Daten-Clearing-Stelle (DCS) Pflege vorzunehmen. Die Vertragsparteien gehen unter Nutzung der Daten der DCS Pflege (explizit ausgenommen Tarifinformationen) davon aus, dass derzeit ca. 36.000 Pflegeeinrichtungen deutschlandweit zugelassen sind.

§ 1 Geltungsbereich

Als Pflegeeinrichtungen im Sinne dieser Vereinbarung gelten die gemäß § 72 SGB XI durch Versorgungsvertrag zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Außerdem gilt für Leistungserbringer, die gleichzeitig Leistungen nach §§ 24g, 37, 37b, 37c, 39a Absatz 1 oder § 39c SGB V erbringen, diese Vereinbarung entsprechend.

§ 2 TI-Pauschale

(1) Zum Ausgleich der in § 106b Absatz 1 SGB XI genannten Kosten der Ausstattung und des Betriebs erhält jede Pflegeeinrichtung nach § 1 dieser Vereinbarung eine monatliche TI-Pauschale von den Krankenkassen analog § 3 Absatz 10 Satz 1 der 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) vom 01.09.2023. Die TI-Pauschale setzt sich aus einer Grundpauschale sowie einer Zuschlagspauschale zusammen.

Die Höhe der Grundpauschale beträgt für jede Pflegeeinrichtung im Sinne des § 1 dieser Vereinbarung 192,80 Euro. Zudem hat jede Pflegeeinrichtung einen Anspruch auf zwei Zuschlagspauschalen in Höhe von jeweils 7,20 Euro.

(2) Eine Pflegeeinrichtung, die zwischen dem 1. Januar 2021 und dem 30. Juni 2023 erstmals an die TI angebunden worden ist und eine Erstattung der Erstausstattungskosten nach der bis zum Inkrafttreten dieser Vereinbarung geltenden Finanzierungsvereinbarung bereits erhalten hat oder bis zum 31. Dezember 2023 erhält, erhält während einer Dauer von 30 Monaten ab dem Zeitpunkt der Erstausstattung (Tag des TI-Anschlusses) monatlich eine jeweils um fünfzig Prozent reduzierte TI-Pauschale gemäß Absatz 1 dieser Vereinbarung.

§ 3 Nachweis der Ausstattung

(1) Notwendige Voraussetzung für die Zahlung der TI-Pauschalen nach § 2 Absatz 1 dieser Vereinbarung ist der Nachweis des Anschlusses der Pflegeeinrichtung an die TI mittels

Eigenerklärung der Pflegeeinrichtung durch das auf der Website des GKV-Spitzenverbandes ([Telematikinfrastruktur - GKV-Spitzenverband](https://telematikinfrastruktur.gkv-spitzenverband.de)) bereitgestellte Muster.

- (2) Die Pflegeeinrichtung hat im Antragsportal des GKV-Spitzenverbandes (<https://antraege.gkv-spitzenverband.de/home>) vor der ersten Zahlung der TI-Pauschale die funktionsfähige Ausstattung mit den erforderlichen Anwendungen, Komponenten und Diensten nach § 4 dieser Vereinbarung mittels einer Eigenerklärung nach Absatz 1 nachzuweisen.
- (3) Der GKV-Spitzenverband wird nach Kenntnis über die Einführung neuer gesetzlich erforderlicher Anwendungen, Komponenten und Dienste nach § 4 Absatz 1, die Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zeitnah hierüber informieren. Die Verbände informieren ihre Mitglieder entsprechend und weisen darauf hin, dass die Mitglieder die entsprechende Ausstattung vorzunehmen und Nachweise hierüber für etwaige Stichprobenprüfungen vorzuhalten haben. Die Pflegeeinrichtung hat nach Einführung neuer gesetzlich erforderlicher Anwendungen, Komponenten und Dienste im Antragsportal des GKV-Spitzenverbandes innerhalb von drei Monaten nach Information der Verbände nach Satz 1 die funktionsfähige Ausstattung mittels einer Eigenerklärung nachzuweisen.
- (4) Der GKV-Spitzenverband ist berechtigt, im Verdachtsfall aufgrund nicht plausibler Eigenerklärungen gemäß der Absätze 1 bis 3 einzelne Pflegeeinrichtungen zu kontaktieren und Nachweise anzufordern. Als Nachweis können beispielsweise Protokolle oder Rechnungen dienen, die den Tag der Installation und die Version der Anwendung und/ oder des Konnektors erkennen lassen.
- (5) Wird ein Nachweis nach Absatz 2 oder 3 nicht erbracht, wird die TI-Pauschale nach § 2 Absatz 1 der betreffenden Pflegeeinrichtung gekürzt.
- (6) Je fehlender Anwendung wird die TI-Pauschale gemäß § 2 Absatz 1 dieser Vereinbarung um fünfzig Prozent gekürzt. Fehlt in den Fällen des § 2 Absatz 2 dieser Vereinbarung eine Anwendung, erfolgt eine Kürzung der in § 2 Absatz 2 dieser Vereinbarung genannten Pauschale um fünfzig Prozent. Erst ab dem auf die Erbringung des erforderlichen Nachweises in Form von Absatz 4 folgenden Monats erhält die betreffende Pflegeeinrichtung wieder die vollen Pauschalen gemäß § 2 dieser Vereinbarung.
- (7) Bei mindestens zwei fehlenden Anwendungen gemäß § 4 Absatz 1 dieser Vereinbarung oder fehlender Anbindung an die TI wird keine TI-Pauschale gezahlt. Erst ab dem auf die Erbringung des erforderlichen Nachweises gemäß Absatz 4 folgenden Monats erhält die betreffende Pflegeeinrichtung wieder die volle TI-Pauschale gemäß § 2 Absatz 1 dieser Vereinbarung bzw. im Falle des § 2 Absatz 2 dieser Vereinbarung die dort genannte Pauschale. Wird der Nachweis nach Absatz 2 oder 3 nicht fristgerecht erbracht, wird die TI-Pauschale nicht rückwirkend gezahlt.

§ 4 Notwendige Anwendungen, Komponenten und Dienste

- (1) Voraussetzung für den Erhalt der TI-Pauschale ist eine Eigenerklärung durch die Pflegeeinrichtung, dass der Anschluss an die TI erfolgt ist und sie die Anwendung Kommunikation im Medizinwesen (KIM) in der jeweils aktuellen Version unterstützt.
- (2) Voraussetzung für den Erhalt der TI-Pauschale ist zudem 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 Pflegeeinrichtungen mit gematik-Zulassung
 4. SMC-B Smartcard oder SM-B oder eID für Pflegeeinrichtungen mit gematik-Zulassung
- (3) Die TI-Pauschale umfasst auch die aktuellen und zukünftigen Kosten für Anwendungen, Komponenten und Dienste wie z. B.:
- des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM)
 - des Notfalldatenmanagements (NFDM) / elektronischen Medikationsplans (eMP)
 - der elektronischen Patientenakte (ePA)
 - der Kommunikation im Medizinwesen (KIM)
 - elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)
 - elektronischer Arztbrief (eArztbrief)
 - der eAbrechnung
 - der elektronischen Verordnungen.

§ 5 Abrechnungsbedingungen

- (1) Anspruch auf die TI-Pauschale nach § 2 Absatz 1 dieser Vereinbarung hat jede nach § 72 SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtung nach § 1 dieser Vereinbarung, solange sie an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und die vertraglich festgelegten Komponenten und ggf. Dienste nach § 4 Absatz 1 und 2 dieser Vereinbarung vorhanden und nutzbar sind. Sofern Pflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zugleich auch über einen oder mehrere Versorgungsverträge nach dem SGB V verfügen, darf die TI-Pauschale gemäß § 2 Absatz 1 dennoch nur einmal abgerechnet werden.
- Besteht für mehrere Pflegeeinrichtungen eines Einrichtungsträgers ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) i. S. d. § 72 Absatz 2 SGB XI, hat jede unter den Gesamtversorgungsvertrag fallende Pflegeeinrichtung jeweils Anspruch auf die TI-Pauschale nach § 2 Absatz 1 dieser Vereinbarung.
- (2) Der Anspruch auf Zahlung der TI-Pauschale nach § 2 Absatz 1 dieser Vereinbarung entsteht in dem Monat, in dem die technische Inbetriebnahme erfolgt. Der Nachweis der technischen Inbetriebnahme erfolgt über die Pflegeeinrichtung durch Bestätigung (Dokument im PDF-Format) des jeweiligen Dienstleisters oder einen vergleichbaren Nachweis im Antragsportal des GKV-Spitzenverbandes. Der Nachweis für die Zuschlagspauschale erfolgt durch Angabe der Telematik-ID des jeweiligen HBA im Antragsportal des GKV-Spitzenverbandes.
- (3) Die Abrechnungsstelle des GKV-Spitzenverbandes prüft die Anspruchsberechtigung der Pflegeeinrichtung gemäß dieser Vereinbarung.

§ 6 Abrechnungsprozess

- (1) Die Abrechnung der TI-Pauschale nach § 2 Absatz 1 dieser Vereinbarung erfolgt zwischen der berechtigten Pflegeeinrichtung nach § 1 dieser Vereinbarung und dem GKV-Spitzenverband, der zu diesem Zweck ein Antragsportal bereitstellt. Die Pflegeeinrichtung legitimiert sich dort mit einer sog. SMC-B-ORG bzw. einer SMC-B-Pflege und erhält die Möglichkeit, die TI-Pauschale nach § 2 Absatz 1 dieser Vereinbarung online zu beantragen

und die für die Abrechnung erforderlichen Unterlagen (insbesondere Eigenerklärungen sowie Rechnungen, Telematik-ID, Versorgungsvertrag, Mitteilung über den Zeitpunkt der ersten Nutzung, Bankverbindung) an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Sobald SM-B oder eID, also Zugangsmöglichkeit ohne Smartcards durch andere elektronische Zugangswege (Security-Module B oder elektronische Identität), zur Verfügung stehen und das Antragsportal diese zur Legitimitätsprüfung nutzen kann, können auch diese alternativ genutzt werden. Die Pflegeeinrichtung erhält nach Bearbeitung des Antrags eine Mitteilung und kann dazu den Bearbeitungsstand im Antragsportal einsehen.

- (2) Für die Auszahlung der TI-Pauschale nach § 2 Absatz 1 dieser Vereinbarung an die berechnete Pflegeeinrichtung prüft der GKV-Spitzenverband den im Antragsportal von der Pflegeeinrichtung angegebenen Institutionsausweis (SMC-B oder SMB) sowie die von der Pflegeeinrichtung angegebene Telematik-ID des HBA/der eID. Soweit und solange die Anspruchsberechtigung nach § 3 Absätze 1 und 2 dieser Vereinbarung vorliegt, zahlt der GKV-Spitzenverband die Pauschalen nach § 2 Absatz dieser Vereinbarung fortlaufend quartalsweise an die Pflegeeinrichtung.
- (3) Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, den Anspruch auf die TI-Pauschale nach § 2 Absatz 1 dieser Vereinbarung bis zum Ende des auf den Monat des Anschlusses an die TI folgenden Quartals (Abrechnungsquartal) gegenüber dem GKV-Spitzenverband geltend zu machen. Sollte der letzte Tag des Quartals auf einen Sonn- oder gesetzlichen Feiertag fallen, gilt der Ablauf des nachfolgenden Werktages als Fristende.
- (4) Die Pflegeeinrichtung trägt dafür Sorge, dass die Anträge plausibel und vollständig über das Antragsportal bis zum Ende des Abrechnungsquartals eingereicht werden. Im Falle unvollständiger oder nicht plausibler Anträge setzt der GKV-Spitzenverband eine einmalige Nachfrist von 2 Wochen. Innerhalb dieser Zeit noch vervollständigte Anträge werden noch als rechtzeitig eingegangen gewertet.
- (5) Der GKV-Spitzenverband zahlt der anspruchsberechtigten Pflegeeinrichtung die Ausstattungs- und Betriebskosten spätestens bis zum 15. des dritten Monats des auf das Abrechnungsquartal folgenden Quartals aus. Zahlungen an die Pflegeeinrichtung erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für den GKV-Spitzenverband, die einzelnen gesetzlichen Pflege- und Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen. Die Abrechnungen der TI-Pauschale gemäß § 2 Absatz 1 dieser Vereinbarung zur Berücksichtigung von Privatversicherten stellen Versicherungsleistungen dar. Klarstellend sind damit die Ausstattungs- und Betriebskosten der jeweiligen Pflegeeinrichtung im Rahmen der Leistungserbringung gegenüber Privatversicherten abgegolten; zusätzliche Einzelabrechnungen und/oder höhere Entgelte der Pflegeeinrichtungen für diese Kosten sind insoweit ausgeschlossen.
- (6) Anträge, die nicht bis zum Ende des Abrechnungsquartals eingegangen, unplausibel oder unvollständig sind, können nicht nach § 6 Absatz 5 ausgezahlt werden. Die Zahlung verschiebt sich entsprechend in den Abrechnungslauf des Folgequartals.
- (7) Der GKV-Spitzenverband ist berechtigt, die Gültigkeit des Institutionsausweises der Pflegeeinrichtung gegenüber dem Verzeichnisdienst zu prüfen. Sofern die anspruchsbegründenden Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, ist der GKV-Spitzenverband berechtigt, sämtliche zukünftigen Zahlungen an die jeweilige Pflegeeinrichtung mit sofortiger Wirkung einzustellen und Überzahlungen zurückzufordern. Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, den GKV-Spitzenverband unverzüglich über den Wegfall der Anspruchsberechtigung nach § 1 dieser Vereinbarung (Beendigung des Versorgungsvertrages gemäß § 72 SGB XI) sowie wesentliche Änderungen, wie Name der Einrichtung, Anschrift oder Bankverbindung, zu informieren.

- (8) Ansprüche auf Auszahlung der TI-Pauschale nach § 2 Absatz 1 dieser Vereinbarung sind von der Pflegeeinrichtung innerhalb eines Jahres nach Anschluss an die TI bzw. erstmaliger Nutzung der in § 4 dieser Vereinbarung genannten Anwendungen, Komponenten und Dienste der TI gegenüber dem GKV-Spitzenverband über das Antragsportal geltend zu machen. Ansprüche, die mehr als ein Jahr zurückliegen, können nicht mehr geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit Erbringung des Nachweises über den Anschluss an die TI gegenüber dem GKV-Spitzenverband.

Ansprüche nach § 2 Absatz 2 dieser Vereinbarung sind bis zum 31.12.2024 geltend zu machen. Für bis dahin nicht geltend gemachte Ansprüche gelten § 6 Absatz 8 Sätze 2 und 3 analog.

- (9) Der GKV-Spitzenverband kann im Rahmen des Betriebs des Antragsportals nach Absatz 1 Satz 1 keine Support-Aufgaben übernehmen und verweist hierzu auf die selbsterklärende Dokumentation auf der Webseite des Portals (<https://antraege.gkv-spitzenverband.de/home>) und auf die Website des eGBR Münster (https://www.bezreg-muenster.de/de/gesundheit_und_soziales/egbr/index.html), wo alle Fragen zum eHBA und zur SMC-B vollumfänglich beantwortet werden. Die Verbände wirken aktiv darauf hin, die Leistungserbringer darüber zu informieren, keine Anfragen zum Antragsportal über das Kontaktformular des GKV-Spitzenverbandes zu stellen.

§ 7 Inkrafttreten und Anpassung

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung durch die Vertragspartner mit Wirkung zum 01.07.2023 in Kraft. Gemäß § 106b Absatz 5 SGB XI verhandeln die Vertragspartner die Höhe der monatlichen TI-Pauschale (Grundpauschale und Zuschlagspauschalen) im Abstand von jeweils zwei Jahren, orientieren sich dabei an den Anpassungen der Bundesmantelverträge nach § 378 Absatz 2 SGB V und schließen erforderlichenfalls eine neue Vereinbarung. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt diese Vereinbarung fort. Die Vertragspartner sind sich einig, dass für Einrichtungen, die sich vor dem Inkrafttreten der Vereinbarung gemäß Satz 1 an die TI angebunden haben, der Anspruch auf zwei Zuschlagspauschalen gemäß § 2 Absatz 1 dieser Vereinbarung bereits seit dem 01.01.2022 besteht.
- (2) Ferner besteht jederzeit die Möglichkeit, ab dem 01.01.2026 die Verhandlungen zur Finanzierung insbesondere weiterer Zuschlagspauschalen aufzunehmen, sobald sich weitere Einsatzverpflichtungen ergeben oder die tatsächliche Anzahl der Nutzer der ePA und/oder ePKA die Grenze von acht Millionen überschreitet. Maßgeblich ist hierfür die Angabe der Gematik.

§ 8 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung soll eine Bestimmung gelten, die dem in zulässiger Weise am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

Protokollnotiz:

Sollte der GKV-Spitzenverband bei der Überprüfung der Anspruchsvoraussetzung feststellen, dass keine DCS Meldung vorliegt und zudem begründete Zweifel am Abschluss des Versorgungsvertrages bestehen, sagen die Verbände der Pflegeeinrichtungen bzw. die Landesverbände der Pflegekassen ihre Unterstützung bei der Klärung zu, ob in dem konkreten Fall eine Zulassung durch eigenen Versorgungsvertrag besteht. Die einzelne Einrichtung ist selbst für die Klärung verantwortlich.

Berlin, den

GKV-Spitzenverband

_____, den

ABVP Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V.

_____, den

APH Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter
Dienste Bundesverband e. V.

_____ , den

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre
Einrichtungen (bad) e. V.

_____, den

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)

_____ , den

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.

_____, den

VDAB Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.

_____, den

B.A.H. Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V.

_____ , den

Bundesverband der kommunalen Senioren- und
Behinderteneinrichtungen e. V. (BKSB)

_____, den

Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V.

_____ , den

Deutscher Caritasverband e. V.

_____, den

DRK-Generalsekretariat

_____, den

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.

_____ , den

AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.

_____, den

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V.

_____ , den

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.