

## Auf den letzten Drücker: TI-Pauschale per Verordnung mit Start zum 1. Juli festgelegt

Das Bundesgesundheitsministerium hat die neuen TI-Pauschalen per Verordnung festgelegt. Sie gelten bereits seit dem 1. Juli, eine Übergangsregelung gibt es nicht. Praxen erhalten danach künftig monatlich eine Pauschale und erhalten frühestens ab 20. Dezember 2023 ihr Geld für die geforderten Investitionen in einem Abschlagsverfahren über einen Zeitraum von fünf Jahren (zinslos).

KBV und GKV-Spitzenverband sollten die Höhe der neuen Pauschalen sowie weitere Details festlegen. Anfang April waren die Verhandlungen gescheitert. Das BMG war nun gesetzlich gefordert, in Form einer Ersatzvornahme die neue Regelung festzulegen. Die Umstellung der Finanzierung von Einmalpauschalen bei Anschaffung von TI-Komponenten mit laufenden Betriebskosten auf monatliche Pauschalen zum 1. Juli wurde mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz veranlasst.

Nach der nun vom BMG festgelegten Ersatzvornahme erhalten Praxen ab Juli monatlich eine Pauschale, die sich aus der Summe der laufenden Betriebskosten und der anteiligen Investitionskosten pro Monat (bezogen auf fünf Jahre) berechnet.

Wie hoch die Pauschale ausfällt, hängt ab von

- der Zahl der Ärzte pro Praxis,
- dem Zeitpunkt des TI-Anschlusses bzw. dem Alter der TI-Komponenten,
- der Umsetzung der gesetzlich geforderten Anwendungen (z. B. Notfalldatenmanagement, ePA, eAU).

### Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt weiterhin über die KVen

Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt weiterhin über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Praxen haben dabei vor der ersten Zahlung gegenüber ihrer KV die funktionsfähige Ausstattung mit den erforderlichen Anwendungen, Komponenten und Diensten nachzuweisen, so die BMG-Vorgabe. Der Nachweis könne in Form einer Eigenerklärung erfolgen. Verfahren, Form und Inhalt der Eigenerklärung sollen von der zuständigen KV festgelegt und auf deren Webseite bekanntgemacht werden.

Die auf dieser Grundlage folgende 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 20. des auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats, erstmalig also zum 20. Oktober 2023 für das dritte Quartal 2023. Die KV muss die Ansprüche der Vertragsarztpraxen nach Prüfung

Urologie 2023 · 62:858

<https://doi.org/10.1007/s00120-023-02161-x>

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2023



Herausgegeben vom Berufsverband der Deutschen Urologie e. V.

Pressesprecherin

Dr. Sulafah El-Khadra

Redaktionsleitung

Karin Rühl

Verantwortlich im Sinne des Presserechts

Dr. phil. Roland Zielke

Geschäftsstelle:

Kantstr. 149

10623 Berlin

des Nachweises oder dessen Entbehrlichkeit dem GKV-Spitzenverband in einer der vier folgenden Quartalsabrechnungen als Sammelabrechnung in Rechnung stellen. Der GKV-Spitzenverband soll die Zahlung des in der Sammelabrechnung genannten Gesamtbetrages danach unverzüglich nach vollständigem Eingang der von den Krankenkassen erhobenen Umlagen, spätestens bis zum 20. des dritten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats – erstmalig somit zum 20. Dezember 2023 – an die jeweilige KV leisten.

### Überproportionale Kürzung bei fehlender Anwendung

Fehlt eine der vorgegebenen Anwendungen, wird die Pauschale um 50 % gekürzt. Fehlen zwei oder mehr Anwendungen, wird gar keine Pauschale gezahlt. Damit die Pauschale gezahlt wird, müssen Praxen gegenüber der KV nachweisen, dass sie die notwendige Ausstattung haben und die geforderten Anwendungen funktionieren.

Weitere Informationen finden sich auf der Seite der KBV unter [https://www.kbv.de/html/1150\\_64198.php](https://www.kbv.de/html/1150_64198.php)

**Quellen: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Ärztenachrichtendienst (änd)**

BvDU Position



Der BvDU hatte sich im letzten Jahr dafür eingesetzt, dass Praxen, bei denen das Sicherheitszertifikat des Konnektors abgelaufen war, die Kosten für den Tausch erstattet bekommen.

Der durch das Bundesschiedsgericht festgelegte Erstattungsbetrag in Höhe von 2.300 € war zwar nicht vollumfänglich kostendeckend gewesen, wie gefordert, zumindest aber deutlich mehr als die Krankenkassen zahlen wollten. Erneut ist es aus Sicht des BvDU ein Unding, dass die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen erst in Vorleistung gehen müssen, indem sie die Komponenten zunächst auf eigene Rechnung kaufen und dann darauf hoffen müssen, dass sie innerhalb von fünf Jahren die Kosten erstattet bekommen.