1. Änderungsvereinbarung Zum Rahmenvertrag gemäß §140a SGB V zur besonderen Versorgung über telemedizinische Facharztkonsile zwischen Haus- und Fachärzten bei ausgewählten Indikationen

VKZ: 120 714 002 84

Der

BKK Landesverband Bayern

Züricher Str. 25, 81476 München

vertreten durch

Herr Dr. Ralf Langejürgen, Vorstand des BKK Landesverbands Bayern,

(„BKK LV Bayern“)

und die

GWQ ServicePlus AG

Tersteegenstraße 28, 40474 Düsseldorf

vertreten durch den Vorstand Herrn Dr. Johannes Thormählen

(„**GWQ**“)

gemeinschaftlich für

die beigetretenen Betriebskrankenkassen

(„**BKK** “)

und der

Bayerische Hausärzteverband e.V.
Orleansstr. 6, 81669 München,
vertreten durch den Vorstand Dr. Wolfgang Ritter
(„**Hausärzteverband**“)

in Kooperation mit der

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln
vertreten durch ihre Vorstände Joachim Schütz, Dominik Baca und Andreas Waldbrenner
als Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes
(„HÄVG“)

und
der **Deutschen Diabetes Gesellschaft e.V.**
Albrechtstraße 9, 10117 Berlin
vertreten durch die Geschäftsführerin Frau Barbara Bitzer
(„DDG“)

und

dem **Fußnetz Bayern**
Stockmannstr. 47, 81477 München
vertreten durch die Vorstände Herr Dr. Arthur Grünerbel und Herr Dr. Günter Kraus

und

dem **Berufsverband der Deutschen Dermatologen e. V.**
Schumannstraße 18, 10117 Berlin
vertreten durch den Präsidenten Herrn Dr. med. Ralph von Kiedrowski

(„BVDD“)

und

die ÄVGD Ärztliche Vertragsgemeinschaft Deutschlands GmbH
Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin
vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Tilo Radau
(„ÄVGD“)

und

die Sanakey Contract GmbH
Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin
vertreten durch die Geschäftsführer Herrn Sebastian Jonas-Dieke
(„Sanakey“)

gemeinschaftlich für
die beigetretenen Haus- und Fachärzte
(„**ärztliche Kooperationspartner** “)

schließen nachfolgenden Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über die Versorgung Versicherter - Telemedizin Facharztkonsile für definierte Indikationen gemäß Anlage 12 (nachfolgend auch Versorgungsvertrag):

Inhaltsverzeichnis

Präambel 6
§ 1 Vertragsgegenstand 7
§ 2 Teilnahme der Hausärztinnen und Hausärzte 8
§ 3 Teilnahme der Fachärztinnen und Fachärzte 9
§ 4 Teilnahme der Krankenkassen 10
§ 5 Teilnahme der Versicherten 11
§ 6 Teilnahme weiterer Dritter 13
§ 7 Vergütung 13
§ 8 Abrechnung 14
§ 9 Lenkungsausschuss 15
§ 10 Aufgaben von Sanakey 16
§ 11 Aufgaben der VG IM und VG Derma 16
§ 12 Aufgaben des BHÄV und der HÄVG 17
§ 13 Aufgaben der Krankenkassen 18
§ 14 Aufgaben von GWQ und BKK LV 18
§ 15 Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit 18
§ 16 Qualitätsanforderungen 19
§ 17 Datenschutz 19
§ 18 Geheimhaltung 20
§ 19 Inkrafttreten, ordentliche und besondere Kündigung 21
§ 20 Schlussbestimmungen 22

Verzeichnis der Anhänge

Anhang 1: Prozessbeschreibung
Anhang 2: Teilnahmevoraussetzungen der Fachärztinnen und Fachärzte
Anhang 3a: Übersicht der teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte
Anhang 3b: Übersicht der teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte
Anhang 4a: Leistungsbeschreibung und Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte
Anhang 4b: Leistungsbeschreibung und Vergütung der Fachärztinnen und Fachärzte
Anhang 5: Ansprechpersonen und Datenannahmestellen
Anhang 6: Teilnahmeerklärung der Patientinnen und Patienten
Anhang 7: Patienteninformation zur Datenweitergabe
Anhang 8: Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)
Anhang 9: Teilnahmeerklärung der Fachärztinnen und Fachärzte
Anhang 10: Teilnahmeerklärung der Hausärztinnen und Hausärzte
Anhang 11: Beitrittserklärung der Krankenkassen
Anhang 12: Technischer Dienstleister
Anhang 13: Teilnehmende Krankenkassen
Anhang 14: Bestimmung zur maschinellen Abrechnung und Rechnungslegung
Anhang 15: Voraussetzungen Telemedizinischer Anbieter
Anhang 16: Grafische Darstellung der Registrierung sowie des Konsilablaufs

Vorbemerkung zur 1. Änderungsvereinbarung

Ziel der 1. Änderungsvereinbarung ist die Anpassung der vorgesehenen Abrechnungswege für die hausärztlichen Vertragspartner und damit einhergehend redaktionelle Folgeänderungen. Die 1. Änderungsvereinbarung löst insoweit den seit 01.07.2024 bestehenden Rahmenvertrag nach § 140a SGB V zur besonderen Versorgung über telemedizinische Facharztkonsile zwischen Haus- und Fachärzten bei ausgewählten Indikationen ab.

Präambel

Verträge zur besonderen Versorgung sollen verschiedene Leistungssektoren miteinander vernetzen oder eine interdisziplinäre, fachübergreifende Versorgung ermöglichen. Darüber hinaus können diese Verträge - unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder deren Gemeinschaften - besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge regeln.

Diese besondere, interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung richtet sich zunächst an Versicherte mit Diabetes mellitus mit Verdacht auf ein Diabetisches Fußsyndrom und Versicherte mit unklaren Hautveränderungen / -reaktionen. Durch ein fach- wie sektorenübergreifendes telemedizinisches fachärztliches Konsil soll eine frühzeitige Erkennung und Behandlung der zugrunde liegenden Krankheit und ihrer Komplikationen ermöglicht werden. Durch die unmittelbare Vernetzung zwischen den hausärztlichen Versorgern und den fachärztlichen Fachleuten sowie zwischen der ambulanten und klinischen Versorgung im telemedizinischen Konsil sollen die Früherkennungs- und Interventionsmöglichkeiten der vom Vertrag adressierten Patientinnen und Patienten verbessert, Überweisungsbarrieren gesenkt und damit insgesamt die Versorgungsqualität optimiert und vermeidbare Komplikationen reduziert werden. Zugleich sollen damit im Ergebnis Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben werden können.

Zur Umsetzung dieser besonderen Versorgung schließen einerseits der BKK LV, die GWQ – gemeinschaftlich stehend für die Innungs- und Betriebskrankenkassen –, der Hausärzteverband, die ÄVGD sowie die Sanakey Contract GmbH – gemeinschaftlich stehend für ärztliche Kooperationspartner - einen Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V, der die Zusammenarbeit der haus- und fachärztlichen Kooperationspartner und die Administration der besonderen Versorgung auf Seiten der fachärztlichen Kooperationspartner regelt. Um eine Verzahnung der hausarztzentrierten Versorgung und dieser besonderen Versorgung zu erzielen, vereinbaren andererseits der BKK LV, die GWQ und der Bayerische Hausärzteverband eine Erweiterung des zwischen ihnen geschlossenen Vertrages nach § 73b SGB V. Dieser regelt die kollektive Einbindung der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte und der an dieser Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie die detaillierten Leistungsinhalte der hausärztlichen Kooperationspartner als auch die Vertragsadministration bei und mit den Hausärztinnen und Hausärzte.

§ 1 Vertragsgegenstand

(1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Ermöglichung und Umsetzung der telemedizinischen Versorgung durch Anbindung fachärztlicher Telekonsile für HzV-Versicherte zu bestimmten Anlässen in Bayern.

(2) Beim Telekonsil handelt es sich um eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen dem HAUSARZT und einer Fachärztin oder einem Facharzt anderer nicht-allgemeinmedizinischer Fachdisziplin (im Folgenden ‚Experte'), um lange Wartezeiten für einen Facharzttermin der entsprechenden Fachrichtung zu reduzieren. Durch die telemedizinische Vernetzung zwischen den hausärztlichen und den fachärztlichen Leistungserbringern, mit der eine reaktionsschnelle interdisziplinäre Expertise bereitgestellt wird, soll eine frühzeitige und sachgerechte Diagnostik, Therapie und Langzeitversorgung bei HzV-Versicherten mit interdisziplinärem Behandlungsbedarf sichergestellt werden. Das telemedizinische Facharztkonsil bietet dabei gerade in fachärztlich unterversorgten Gebieten eine zeitgemäße Versorgungslösung, mit der die Lebensqualität der Versicherten gesteigert, Fehl-, Unterversorgungen und Krankenhausaufenthalte vermieden sowie Wartezeiten reduziert werden können. Damit ist das telemedizinische Facharztkonsil bei Versicherten geeignet, Qualitäts- und zugleich Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben.

(3) Dieser Vertrag regelt die Versorgung Versicherter mit den in den Anhängen 4 definierten Indikationen oder Konsilanlässen durch ein telemedizinisches fachärztliches Konsil. Durch die telemedizinische Vernetzung zwischen den hausärztlichen und den fachärztlichen Kooperationspartnern (Anhang 2), mit der eine reaktionsschnelle interdisziplinäre Expertise bereitgestellt wird, soll eine frühzeitige und sachgerechte Differenzialdiagnostik, Therapie und Langzeitversorgung bei Versicherten mit den entsprechenden Indikationen für ein Konsil sichergestellt werden.

(4) Die Leistungsbereiche beziehen sich auf die Abklärung von Fragestellungen betreffend die teilnehmenden Versicherte mit den in Anhängen 4 definierten Konsilanlässen. Wesentlich in Diagnostik und Therapie ist die zeitnahe, kompetente und strukturierte Koordination aller für Diagnostik und Therapie erforderlicher interdisziplinärer und multiprofessioneller Expertise, ohne dass es zu Versorgungsbrüchen kommt.

(5) Versorgungsziele dieses Versorgungsmoduls sind:

a) Rechtzeitige Abklärung unspezifischer Symptomatik, frühzeitige Einleitung einer Differenzialdiagnostik bei Versicherten mit einem erhöhten Risiko für Komplikationen oder Chronifizierungen und Zuführung zu einer ursachengerechten Behandlung / Betreuung

b) Verbesserung und Verkürzung des Heilungsverlaufs bereits zu Beginn der Erkrankung

c) Verbesserung der Kooperation sowie Kommunikation zwischen Hausärztinnen und Hausärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten

d) Nutzung von Früherkennungs- und / oder frühen Interventionsmöglichkeiten und Senkung von Überweisungsbarrieren

(6) Der ärztliche Versorgungsauftrag nach diesem Vertrag ist in Anhang 1 (Prozessbeschreibung) geregelt. Die Vertragsparteien der ärztlichen Kooperationspartner stellen dabei mit Hilfe der an diesem Versorgungsvertrag teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte einerseits und der an der zwischen dem Hausärzteverband, dem BKK LV und der GWQ vereinbarten Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V in Bayern teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte andererseits sicher, dass die dargestellten Leistungen vollumfänglich erbracht werden. Die Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur zulasten teilnehmender Krankenkassen erbracht und abgerechnet werden, wenn die persönlichen, versicherungsrechtlichen und medizinischen Anspruchsvoraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten erfüllt sind.

(7) Soweit nichts Abweichendes vereinbart wird, setzen die Vertragsparteien der ärztlichen Kooperationspartner die in diesem Versorgungsvertrag geregelten Leistungen durch die teilnehmenden ärztlichen Kooperationspartner (§ 2 und § 3) unter Beachtung der geltenden berufsrechtlichen und vertragsarztrechtlichen Verpflichtungen um.

(8) Nicht vom Versorgungsauftrag umfasst sind Leistungen, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1 SGB V eine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

§ 2 Teilnahme der Hausärztinnen und Hausärzte

(1) An diesem Vertrag teilnehmen, können HAUSÄRZTE, die ihre Teilnahme zum HZV-Vertrag zwischen dem Hausärzteverband, dem BKK LV und der GWQ nach § 73b SGB V in Bayern erklärt haben.

(2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, gegenüber dem BHÄV mit der Teilnahmeerklärung nach Anhang 10 nachzuweisen, dass zur Durchführung eines Facharztkonsils ausschließlich eines telemedizinischen Anbieters genutzt wird, der seitens des Hausärzteverbandes gemäß Anhang 15 zu diesem Vertrag anerkannt wurde. Mit der Teilnahmeerklärung stimmen die Hausärztinnen und Hausärzte der Veröffentlichung ihrer in Anhang 3a benannten Daten zum Zwecke der Versicherteninformation zu.

(3) Mit der Teilnahme an diesem Modul übernimmt der das Konsil anfragende HAUSARZT insbesondere folgende Aufgaben:

a) <u>Konsileinleitung / Konsilabbruch</u>

(a) umfassende Information des Versicherten über das entsprechende Krankheitsbild sowie die Einschreibung von Versicherten. Es gilt § 5 Abs. 4 dieses Vertrages,
(b) umfassende Information und Beratung der Versicherten über die Möglichkeit und die Einleitung eines telemedizinischen Konsils,
(c) Durchführung einer fragebogengestützten Anamnese und Untersuchung der Patienten,
(d) Einleitung des telemedizinischen Konsils mit Auswahl des Experten,
(e) Erhebung der patientenindividuellen Befunde sowie deren Weiterleitung an den Experten,
(f) Übermittlung der vollständig abrechnungsrelevanten Versichertenangaben an die Experten gemäß der zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte definierten Vorgaben der Technischen Anlage zu Anlage 4a BMV-Ä.

Unter Konsilabbruch wird der Fall verstanden, dass eine ärztliche Beurteilung durch die Experten nicht möglich bzw. medizinisch nicht sinnvoll ist und somit kein qualifizierter Konsilbericht durch die Experten erfolgen kann.

b) Maßnahmenableitung

(a) Prüfen der Antwort der Experten,
(b) Aufklärung der Versicherten über das Ergebnis des telemedizinischen Konsils,
(c) Einleitung und Durchführung der durch die Experten empfohlenen Zusatzuntersuchungen sowie der empfohlenen Behandlung,
(d) unter Berücksichtigung der Empfehlung der Experten ggf. kurzfristige Vorstellung der Patienten bei der Fachärztin oder beim Facharzt

§ 3 Teilnahme der Fachärztinnen und Fachärzte

(1) Die Teilnahme der Fachärztinnen und Fachärzte an diesem Vertrag ist freiwillig. Zur Teilnahme an diesem Vertrag sind nur Fachärztinnen und Fachärzte mit Sitz in Bayern berechtigt, die die Teilnahmevoraussetzungen des Anhangs 2 erfüllen. Die Fachärztinnen und Fachärzte erklären die Teilnahme durch Abgabe einer Teilnahmeerklärung nach Anhang 9. Mit der Teilnahmeerklärung stimmen die

Fachärztinnen und Fachärzte der Veröffentlichung ihrer in Anhang 3b benannten Daten zum Zwecke der Versicherteninformation zu.

(2) Der teilnehmende Facharzt bzw. die Fachärztin kann die Teilnahme am Vertrag mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende gegenüber der Sanakey kündigen. Die Teilnahme einer Fachärztin oder einem Facharzt an diesem Vertrag endet außerdem:

a) wenn die Voraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag nicht (mehr) vorliegen (Anhang 2),

b) bei Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit,

c) oder automatisch mit dem Ende dieses Vertrages.

(3) Ein internes Qualitätsmanagement und die Einbindung in externe Qualitätssicherungsprogramme nach den §§ 135a, 137 und 137d SGB V sowie § 20 SGB IX sind verpflichtend.

§ 4 Teilnahme der Krankenkassen

(1) An diesem Vertrag können nur Krankenkassen teilnehmen, die an der zwischen dem Hausärzteverband, dem BKK LV und der GWQ vereinbarten Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V jeweils teilnehmen. Sie haben ihre Teilnahme an diesem Vertrag jedoch formal gesondert zu erklären.

(2) Ihre Teilnahme erklären die Krankenkassen nach Absatz 1 unter Verwendung der Beitrittserklärung nach Anhang 11. Der Beitritt ist gemeinschaftlich gegenüber der GWQ und dem BKK LV zu erklären.

(3) Ein Beitritt zu einem späteren Zeitpunkt nach Vertragsbeginn ist ab Beginn des Folgequartals möglich, sofern der Beitritt mindestens 16 Wochen zuvor bei dem BKK LV erklärt wurde.

(4) Mit der Beitrittserklärung wird das kassenindividuelle Logo der Krankenkasse an den BKK LV zur Veröffentlichung über die Kommunikationskanäle der Vertragsparteien (z.B. Homepage, Newsletter, socialmedia) bereitgestellt. Durch die Bereitstellung stimmt die Krankenkasse der Veröffentlichung des Logos zu.

(5) Für aus der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V ausscheidende Krankenkassen endet zum selben Zeitpunkt auch die Teilnahme an diesem Vertrag. Das Ausscheiden einzelner Krankenkassen berührt den Fortbestand dieses Vertrages für die anderen Krankenkassen nicht.

(6) Die Kündigung durch einzelne Krankenkassen ist im Rahmen der gem. § 19 geltenden Fristenregelung möglich. Sie berührt den Fortbestand dieses Vertrages nicht. Die frühste Möglichkeit zur Kündigung durch einzelne Krankenkassen besteht zum 30.06.2027.

(7) Nach dem Ende der Vertragsteilnahme einer Krankenkasse eingeleitete Telekonsile können nicht mehr abgerechnet werden.

(8) Der BKK LV informiert die Vertragsparteien unmittelbar über die Teilnahme oder die Kündigung der Krankenkassen.

§ 5 Teilnahme der Versicherten

(1) Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung ist freiwillig.

(2) Teilnehmen können ausschließlich HzV-Versicherte, die bei einer an diesem Vertrag teilnehmenden BKK versichert sind.

(3) Versicherte, erklären bei Bedarf für ein Telekonsil die Teilnahme an diesem Vertrag gesondert mit Anhang 6 dieses Vertrages. Sie werden durch den betreuenden Hausarzt nach diesem Anhang gesondert über die Inhalte und die Datenverarbeitung informiert. Hierfür händigt dieser die Patienteninformation gemäß Anhang 7 sowie die Datenschutzhinweise gemäß Anhang 8 an den Versicherten aus und klärt die Versicherten über die Datenweitergabe auf. Die Teilnahmeerklärung sowie die Datenschutzaufklärung können auch auf elektronischem Weg erfolgen. Über das technisch-administrative Verfahren dazu stimmen sich die Vertragspartner im Vorhinein ab. Die Teilnahmeerklärung verbleibt in der Arztpraxis. Auf gesonderte begründete Anforderung der jeweiligen Krankenkassen wird eine Kopie der Teilnahmeerklärung vom Arzt an die Krankenkasse übersandt. Die Übersendung bildet keine Abrechnungsvoraussetzung.

(4) Die Teilnahme der HZV-Versicherten an diesem Modulvertrag beginnt mit Datum der Unterschrift der Teilnahmeerklärung nach Anhang 6. Die Teilnahme der Versicherten kann innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung nach Anhang 6 widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung. Der Widerruf muss schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse erfolgen. Er bedarf keiner Begründung. Ein Vergütungsanspruch des Arztes oder der Ärztin bis zur Erklärung des Widerrufs bleibt davon unberührt. In diesem Fall unterrichtet die betroffene Krankenkasse schriftlich den Hausarzt oder die Hausärztin unverzüglich über den Widerruf.

(5) An die Teilnahme am Modulvertrag ist der HzV-Versicherte mindestens ein Jahr gebunden. Eine Kündigung nach Bindungsfrist ist dem HzV-Versicherten mit einer Frist von acht Wochen vor Quartalsende schriftlich, elektronisch bzw. zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse möglich und ist von der Krankenkasse zu bestätigen. Darüber hinaus ist eine außerordentliche Kündigung auch während der Bindungsfrist bei einem Wohnortwechsel und die Entfernung nicht zumutbar ist, einer Praxisschließung oder einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis mit Wirkung für die Zukunft möglich. Die außerordentliche Kündigung ist schriftlich, elektronisch bzw. zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse möglich und ist von der Krankenkasse zu bestätigen. Ein

Vergütungsanspruch des Arztes oder der Ärztin bis zur Erklärung der Kündigung bleibt davon unberührt. In diesem Fall unterrichtet die betroffene Krankenkasse schriftlich den Hausarzt oder die Hausärztin unverzüglich über die Kündigung.

(6) Die Hausärztinnen und Hausärzte sind verpflichtet, die betreffenden jeweiligen an der besonderen Versorgung teilnehmenden Versicherten vor der Einholung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Maßgabe von Art. 12 und 13 der EU-Datenschutzgrundverordnung mittels der Patientenversicherteninformation zum Datenschutz der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anhang 6 sowie Anhang 7 bzw. 8) über die jeweiligen Verantwortlichen für die Datenverarbeitung, gegebenenfalls der jeweiligen Datenschutzbeauftragte, den Umfang und Zweck, für den die personenbezogenen Daten der Versicherten verarbeitet werden sollen, sowie die Rechtsgrundlage der Verarbeitung der personenbezogenen Versicherteninformationen, die an der Datenverarbeitung beteiligten Stellen und die Rechte des Versicherten im Zusammenhang mit der Verarbeitung seiner Daten zu informieren.

(7) Ansprüche von Versicherten werden unmittelbar und mittelbar durch diesen besonderen Versorgungsvertrag nicht begründet. Leistungen nach diesem Vertrag dürfen ausschließlich gegenüber den Versicherten erbracht werden, die die Voraussetzungen gem. Anhang 2 erfüllen.

(8) Bei Einleitung eines Telekonsils durch die betreuende Hausärztin oder den betreuenden Hausarzt ist dieser in jedem Fall verpflichtet, das Vorliegen einer gültigen Teilnahme gem. Abs. 1 bis 6 zu prüfen. Näheres regelt der zwischen dem Hausärzteverband, dem BKK LV und der GWQ geschlossene Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Bayern nach § 73b SGB V.

(9) Scheiden nach Absatz 1 lit. a) und b) teilnehmende Versicherte aus der diesem Vertrag zugrunde liegenden Hausarztzentrierten Versorgung aus, endet mit diesem Ausscheiden auch die Teilnahme an der besonderen Versorgung nach diesem Vertrag. Unabhängig davon endet die Teilnahme der Versicherten nach Absatz 1

a) mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses des Versicherten bei der teilnehmenden Krankenkasse,

b) mit dem Ende der Behandlung nach diesem Vertrag oder fehlender Mitwirkung des Versicherten oder

c) mit dem Widerruf der Teilnahme durch HZV-Versicherte innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe der Erklärung bzw. bei ordentlicher oder außerordentlicher Kündigung.

d) mit der Kündigung dieses Modulvertrages durch die Krankenkasse

e) mit Ende dieses Vertrages.

§ 6 Teilnahme weiterer Dritter

Die Einbeziehung weiterer Dritter, insbesondere technischer Dienstleister, in die vertragliche Leistungserbringung bedarf der vorherigen Zustimmung der anderen Vertragsparteien. Weitere Dritte, insbesondere technische Dienstleister, werden nicht Vertragspartei dieses Versorgungsvertrages, sondern bleiben externe Dritte, die mit der Erbringung einzelner Aufgaben aus diesem Vertrag betraut werden. Das Nähere zur Einbeziehung bestimmt sich aus Anhang 12. Voraussetzung für den Beitritt weiterer Vertragsparteien nach Abs. 6 und Einbeziehung weiterer Dritter gem. Abs. 11 ist, dass sich die jeweilige Vertragspartei entsprechend seiner Rolle zur Erfüllung der aus diesem Vertrag resultierenden Regeln verpflichtet und den Eignungskriterien genügt, die auch die anderen Vertragsparteien bei Vertragsbeginn zu erfüllen hatten.

§ 7 Vergütung

(1) Für die nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen erhalten die teilnehmenden Haus- und Fachärzte sowie Ärztinnen für vertragsgemäß erbrachte und ordnungsgemäß abgerechnete Leistungen eine in der Höhe in den **Anhängen 4a (Hausärztinnen und Hausärzte) und 4b (Fachärztinnen und Fachärzte)** geregelte Vergütung durch die Krankenkasse.

(2) Die Vergütung für diesen Modulvertrag erfolgt außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung.

(3) Mit der Vergütung sind alle vertraglichen Leistungen sowie deren Kosten abgegolten. Dies gilt für alle Kosten, die aufgrund von Leistungen entstehen, die für eine vollständige und ordnungsgemäße Leistungserbringung erforderlich sind, auch wenn sie im Vertrag oder der Leistungsbeschreibung nicht im Einzelnen aufgeführt sind.

(4) Eine zusätzliche Abrechnung der hier geregelten Leistungsinhalte über die KV oder die Versicherten ist nicht statthaft.

(5) Im Falle einer Überzahlung durch eine fehlerhafte Abrechnung kann die Krankenkasse die Rückzahlung des überzahlten Betrages fordern.

(6) Die Hausärztinnen und Hausärzte sind verpflichtet, für die Organisation und Durchführung des Vertrages und für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe des aus der Teilnahmeerklärungen ersichtlichen Prozentsatzes (inklusive gesetzlicher Umsatzsteuer) seiner Vergütung („Verwaltungskostenpauschale“) an den BHÄV und Sanakey Contract GmbH dieses Vertrages zu zahlen.

(7) Sanakey ist berechtigt, zur Abkürzung der Zahlungswege, den Anspruch des BHÄV und von Sanakey auf die Verwaltungskostenpauschale nach dem vorstehenden Abs. 6 mit dem Vergütungsanspruch der Hausärztinnen und Hausärzte zu verrechnen und die Verwaltungskostenpauschale einzubehalten. Die Hausärztinnen und Hausärzte stimmen dieser Verrechnung in der Teilnahmeerklärung zu.

(8) Die Fachärztinnen und Fachärzte sind verpflichtet, für die Organisation und Durchführung des Vertrages und für die Abrechnung der ärztlichen und technischen Leistungen eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe des aus der Teilnahmeerklärung ersichtlichen Prozentsatzes (inklusive gesetzlicher Umsatzsteuer) seiner Vergütung („Verwaltungskostenpauschale“) an die ÄVGD, Sanakey Contract GmbH und den technischen Dienstleister gem. Anhang 12 dieses Vertrages zu zahlen.

(9) Sanakey ist berechtigt, zur Abkürzung der Zahlungswege, den Anspruch der ÄVGD, von Sanakey und des technischen Dienstleisters auf die Verwaltungskostenpauschale nach dem vorstehenden Abs. 8 mit dem Vergütungsanspruch der Fachärztinnen und Fachärzte zu verrechnen und die Verwaltungskostenpauschale einzubehalten. Die Fachärztinnen und Fachärzte stimmen dieser Verrechnung in der Teilnahmeerklärung zu.

§ 8 Abrechnung

(1) Die Abrechnung der Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte ist in Anhang 4a geregelt. Die Abrechnung der Leistungen der Fachärztinnen und Fachärzte ist in Anhang 4b geregelt.

(2) Die Abrechnung der Leistungen aus diesem Vertrag erfolgt ausschließlich elektronisch im Wege der elektronischen Datenübertragung gemäß der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes Bund zur Umsetzung des Datenaustausches nach § 295 Abs. 1b SGB V und der Technischen Anhang zu den Richtlinien des GKV-Spitzenverbands über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

(3) Die bei den Patienten im Zusammenhang mit der Behandlung festgestellten Diagnosen sind bei der Rechnungslegung nach Abs. 1 zwingend zu übermitteln. In Verbindung mit jedem Abrechnungszeitraum sind die gem. § 295 Abs. 1 Satz 1b SGB V zu übermittelnden Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V i.V.m. der Bekanntmachung des BMG nach den §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des aktuellen Diagnoseschlüssels und den Kodiervorgaben der KBV nach § 295 Abs. 4 SGB V in der jeweils zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Fassung vollständig und endstellig mit Angabe zur Diagnosesicherheit und Seitenlokalisation sowie bestehende Komorbiditäten zu übermitteln.

(4) Zusätzlich zur Rechnungslegung nach Abs. 2 erstellt Sanakey, wenn ausdrücklich durch die Krankenkasse gewünscht, einen digitalen Rechnungsbrief und übersendet diesen elektronisch an die Annahmestelle gemäß Anhang 5. Der Rechnungsbrief nach Satz 1 enthält folgende Angaben:

- Institutionskennzeichen (IK) des Zahlungsempfängers
- Name, Anschrift und Bankverbindung des Zahlungsempfängers
- Rechnungsnummer
- Erstellungsdatum und Uhrzeit (UNB-Segment 0017,0019) der Lieferdatei mit den Einzelfallnachweisen (EFN-Datei) der Abrechnung nach Abs.1
- Abrechnungszeitraum
- Vertragsnummer
- Vertragskennzeichen

- Anzahl der abgerechneten Versicherten
- Gesamtforderung

(5) Die Abrechnung der Leistungen aus diesem Vertrag erfolgt quartalsweise und ist spätestens 12 Monate nach Ablauf des Quartals vorzunehmen, in welchem die Leistung erbracht wurde; gleiches gilt für nachträgliche Korrekturen der Abrechnung. Die Frist gilt als gewahrt, wenn die Abrechnungsdatensätze spätestens 10 Werktage folgend auf den letzten Tag des vorangegangenen Quartals an die Krankenkasse übermittelt wurden.

(6) Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang der Abrechnungsunterlagen nach Abs. 2 und 4 unter Angabe der Rechnungsnummer. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Buchung auf dem Konto des Abrechnungsdienstleisters.

(7) Sachliche oder rechnerische Berichtigungen können nach Bezahlung der Rechnung innerhalb der gesetzlichen Verjährungsfristen vorgenommen werden. Entsprechende Beanstandungen werden gegenüber dem Abrechnungsdienstleister mit Wirkung für den Vertragsnehmer erklärt. Die Aufrechnung mit Folgerechnungen ist ausgeschlossen.

(8) Rückmeldungen zu fehlerhaften Leistungen erfolgen gemäß der TA[1] nach § 295 Abs. 1 b SGB V zu den betreffenden Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes (Anhang 14).

(9) Die Abtretung von Forderungen aus und aufgrund dieses Vertrages ist ausgeschlossen.

§ 9 Lenkungsausschuss

(1) Im Zuge der gemeinsamen Weiterentwicklung und Durchführung dieses Vertrages bilden die Vertragsparteien einen Lenkungsausschuss. Der Lenkungsausschuss wird mindestens einmal im Kalenderjahr vom BKK LV einberufen. Aufgrund besonderer Umstände oder Handlungsbedarfe ist es darüber hinaus möglich, das Gremium jederzeit auf Antrag einer Vertragspartei einzuberufen. Die Entscheidungen des Lenkungsausschusses können schriftlich, elektronisch oder persönlich verhandelt werden.

(2) Der Lenkungsausschuss wird paritätisch besetzt. Dabei erhält der BHÄV drei Stimmen. Die DDG, das Fußnetz Bayern, der BVDD und Sanakey erhalten zusammen vier Stimmen. Der BKK LV und die GWQ Service Plus erhalten jeweils drei Stimmen. Die Stellvertretung für die Vertreter im Lenkungsausschuss regelt die entsendenden Stellen in eigener Verantwortung. Die Kosten tragen die jeweils entsendenden Stellen selbst. Darüber hinaus können weitere Interessenvertreter eingeladen werden. Die Einladung selbiger erfolgt im Einvernehmen.

(3) Zu den Aufgaben des Lenkungsausschusses gehören insbesondere:

- Bewertung der Vertragsumsetzung und der Routineprozesse,

[1] Die Richtlinie und die Technische Anlage können über das Internet auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes aufgerufen werden: gkv-datenaustausch/Leistungserbringer/Direktabrechner/Verträge nach §§ 73b, 73c und 140a SGB V

- Weiterentwicklung der Vertragsinhalte und Vertragsprozesse,
- Abstimmung zu den Vertragsdokumenten,
- Vertragscontrolling,
- Abstimmung der Öffentlichkeitsarbeit.

§ 10 Aufgaben von Sanakey

(1) Sanakey hat folgende Aufgaben:

a) die Annahme der Teilnahmeerklärung der Hausärztinnen und Hausärztinnen im Auftrag des BHÄV, der Fachärztinnen und Fachärzten sowie die Prüfung der damit verbundenen vertraglichen Teilnahmevoraussetzungen anhand der Angaben einschließlich des Führens eines elektronischen Gesamtverzeichnisses sowie die Bereitstellung des elektronischen Verzeichnisses an die Krankenkassen. Über die teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte wird dem technischen Dienstleister zusätzlich ein Verzeichnis zur Verfügung gestellt (unter Verwendung des Anhangs 3). Sofern sich Änderungen ergeben, werden die Vertragsparteien und die Krankenkassen von Sanakey unverzüglich hierüber informiert.

b) die elektronische Bereitstellung des vertragseigenen Informationsmaterials an die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie die Aufklärung mittels geeigneter Unterlagen bei Interesse von noch nicht teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzten am Beitritt zu diesem Vertrag.

c) die Abrechnung der ärztlichen Leistungen aus diesem Vertrag mit den teilnehmenden Krankenkassen entsprechend § 8.

d) die nachträgliche und stichprobenartige Überprüfung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung sowie die entsprechende vollständige Berichtigung von durch Krankenkassen festgestellten Fehlern in der Abrechnung in Zusammenarbeit mit den jeweiligen ärztlichen Kooperationspartnern.

(2) Soweit digitale Anwendungen Vertragsgegenstand sind, sind die an die Sicherheitsmaßnahmen und –standards zu stellenden Anforderungen von der Qualifizierung der Daten abhängig. Es gilt der Grundsatz, dass mit gesteigerter Sensibilität personenbezogener Daten auch ein erhöhtes Sicherheitsbedürfnis besteht. So ist, insbesondere wenn personenbezogene Gesundheitsdaten betroffen sind, ein sehr hohes Schutzbedürfnis gegeben. Sollte ein Dritter, insbesondere ein technischer Dienstleister, digitale Anwendungen anbieten, finden die Bestimmungen der Anhang 12 Anwendung.

§ 11 Aufgaben der ÄVGD

(1) Die VG IM und die VG Derma haben jeweils auf die Facharztgruppen bezogen folgende Aufgaben:

a) medizinische Beratung bei Vertragsweiterentwicklung,

b) Unterstützung von Sanakey bei der Prüfung der fachlichen Teilnahmevoraussetzungen der Fachärztinnen und Fachärzte,

c) Bestimmung einer entscheidungsberechtigten Vertretung für die Teilnahme an Treffen des Lenkungsausschusses nach § 9.

(2) Die ÄVGD in Kooperation mit dem BVDD und der DDG sowie dem Fußnetz Bayern, erklärt sich dazu bereit, eine rege Teilnahme der Fachärztinnen und Fachärzte an diesem Vertrag zu fördern.

(3) Die ÄVGD in Kooperation mit dem BVDD und der DDG sowie dem Fußnetz Bayern wirkt darauf hin, dass die an dem Vertrag teilnehmenden Fachärztinnen sowie Fachärzte ihr Einverständnis dazu erklären, dass die Krankenkassen über die Teilnahme an diesem Vertrag unter Bezugnahme auf die Anhang 3b informieren dürfen.

§ 12 Aufgaben des BHÄV und der HÄVG

(1) Der BHÄV setzt die sich aus diesem Vertrag ergebenden Regelungsbedarfe für die Teilnahme der Mitglieder (Hausärztinnen und Hausärzte) an dieser besonderen Versorgung um, insb. durch entsprechende Erweiterung des zwischen ihm, des BKK LV und der GWQ nach § 73b SGB V geschlossenen Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung in Bayern. Darüber hinaus begleitet er die Weiterentwicklung dieses Vertrags. Der BHÄV beauftragt Sanakey für die Entgegennahme der Teilnahmeerklärungen der Hausärztinnen und Hausärzte und unterstützt gemeinsam mit der HÄVG bei der Prüfung des Vorliegens der Teilnahmevoraussetzungen.

(2) Der BHÄV beteiligt sich weiter aktiv an der regelmäßigen Bewertung der Vertragsumsetzung. Für die Teilnahme an Treffen des Lenkungsausschusses nach § 9 bestimmt er eine entscheidungsberechtigte Vertretung.

(3) Die HÄVG hat folgende Aufgaben:

a) Entgegennahme der eines Teilnahmeverzeichnisses durch Sanakey und die Erfassung der Teilnahmen der Hausärztinnen und Hausärzte an diesem Vertrag.

b) Unterstützung der Teilnahmeprüfung durch den technischen Dienstleister, da für die Hausärztinnen und die Hausärzte sowie für die Versicherten die Teilnahme am Vertrag nach §73b Grundlage für die Teilnahme an diesem Vertrag ist.
Hierfür ist die von der HÄVG eigene Software „HÄVG-Prüfmodul“ (kurz: HPM) durch den telemedizinischen Anbieter zu nutzen und bei sich entsprechend zu implementieren, was über einen entsprechenden Softwarelizenzvertrag separat mit der HÄVG zu vereinbaren ist.

§ 13 Aufgaben der Krankenkassen

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziel der besonderen Versorgung zu informieren. Dazu gehören Bekanntgabe dieses Vertrages und Erläuterung der Möglichkeiten zur Teilnahme an diesem Vertrag in ihren Veröffentlichungskanälen einschließlich des Bereitstellens von Informationsunterlagen, soweit Betriebs- und / oder Geschäftsgeheimnisse nicht entgegenstehen.

§ 14 Aufgaben von GWQ und BKK LV

(1) Die GWQ und der BKK LV kooperieren bei der Erfüllung dieses Vertrages. Die Federführung für diesen Rahmenvertrag obliegt dem BKK LV.

(2) Die GWQ und der BKK LV haben folgende Aufgaben:

(a) Annahme der von der Sanakey bereitgestellten Teilnahmeverzeichnisse der Hausärztinnen und Hausärzte und Fachärztinnen und Fachärzte (Anhänge 3a und 3b)

(b) Einberufung des Lenkungsausschusses nach § 9 mindestens einmal jährlich

(c) Information der Krankenkassen und deren Versicherte mittels der ihnen zur Verfügung stehenden Medien (Homepage, Publikationen, etc.) und im Rahmen von Veranstaltungen über die Vertragsinhalte und die Möglichkeit der Teilnahme an diesem Vertrag

(3) Die GWQ und der BKK LV stellen der Sanakey sowie dem technischen Dienstleister zu Beginn der Versorgung und bei jeder Änderung ein Teilnehmerverzeichnis der an dem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen auf elektronischem Weg zur Verfügung (Anhang 13).

§ 15 Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

(1) Die Vertragsparteien informieren sich unverzüglich wechselseitig, wenn sie Fehler oder Unregelmäßigkeiten bei der Erbringung der vertraglichen Leistung feststellen oder wenn einzelne Bestandteile dieses Vertrages ihre Gültigkeit verlieren.

(2) Die Vertragsparteien verpflichten sich zur besonderen Rücksichtnahme auf das Versicherungsverhältnis zwischen den Versicherten und der Krankenkasse, insbesondere dazu, im Rahmen von streitigen Auseinandersetzungen mit Versicherten die Krankenkasse unverzüglich zu informieren und alle Handlungen zu unterlassen, die

das Vertrauensverhältnis zwischen den Versicherten und der Krankenkasse beeinträchtigen könnten.

(3) Die Vertragsparteien und insbesondere die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verpflichten sich, zur Erfüllung der Vertragspflichten einen funktionsfähigen und sicheren Internetanschluss bereitzuhalten und aktuellste Soft- und Hardware (Betriebssystem, Browser etc.) zu verwenden.

(4) Um mit einer einheitlichen Sprachregelung an die Öffentlichkeit gehen zu können, haben alle Vertragsbeteiligten sämtliche Veröffentlichungen, welche im Zusammenhang mit diesem Vertrag stehen, vorab miteinander abzustimmen.

(5) Soweit der BKK LV, die GWQ Service Plus oder die Krankenkassen der Vertragspartei im Rahmen dieses Vertrages durch gewerbliche Schutzrechte, insbesondere durch Urheberrechte, Markenrechte, geschützte Materialien und Inhalte zur Verfügung stellen, dürfen diese nur im Rahmen der erteilten Zustimmung und allein zur Erfüllung des Vertragszwecks verwendet werden. Eine sonstige Nutzung oder Weitergabe an Dritte ist nur mit vorheriger schriftlicher Zustimmung zulässig.

§ 16 Qualitätsanforderungen

(1) Die Qualität der medizinischen Leistungen hat dem jeweiligen aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu entsprechen und wird in der fachlich gebotenen Qualität erbracht. Die insoweit bestehenden Anforderungen gem. §§ 135a und 137 SGB V sowie der jeweils gültigen Richtlinien der KBV und des G-BA werden als Mindestanforderungen von den Ärztinnen und Ärzten eingehalten, wie es auch von der jeweils einschlägigen Berufsordnung vorgesehen ist.

(2) Die Vertragsparteien sind sich einig, dass eine regelmäßige Weiterentwicklung bzw. Anpassung des Versorgungsvertrages sinnvoll und notwendig sind. Die Weiterentwicklung bzw. Anpassung des Vertrages beinhalten die Fortentwicklung und Optimierung sowohl in medizinischer Hinsicht als auch in technischer / prozessualer und wirtschaftlicher Hinsicht. Im Falle einer auf den Vertrag einwirkenden Änderung oder Konkretisierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen sind beide Vertragsparteien zu einer Vertragsanpassung verpflichtet, die der medizinischen und wirtschaftlichen Zielrichtung bei Vertragsschluss am ehesten entspricht. Die Krankenkasse ist im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben berechtigt, im Hinblick auf die Behandlung der Versicherten die Qualität der Behandlung, die Indikationsstellung sowie die Angemessenheit der Behandlung zu überprüfen. Sie kann sich hierzu des MD bedienen.

§ 17 Datenschutz

(1) Die Vertragsparteien, die Ärztinnen und Ärzte und die teilnehmenden Krankenkassen verpflichten sich, bei der Verarbeitung personenbezogener Daten die Bestimmungen nach der Verordnung (EU) 2016/679 (EU-Datenschutzgrundverordnung), nach dem Bundesdatenschutzgesetz und über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) zu beachten und die ärztliche Schweigepflicht zu wahren. Die Vertragsparteien und die ärztlichen Kooperationspartner unterliegen hinsichtlich der personenbezogenen Versichertendaten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen. Die ärztlichen Kooperationspartner bestätigen im Rahmen des Kooperationsvertrages die Einhaltung der ihnen obliegenden Pflichten.

(2) Die Verarbeitung der für die Durchführung dieses Vertrages erforderlichen personenbezogenen Daten der Versicherten bedarf deren informierter Einwilligung. Verantwortlicher für die Verarbeitung der personenbezogenen Versichertendaten zum Zwecke der Behandlung des Versicherten ist der jeweilige ärztliche Kooperationspartner. Unbeschadet davon ist Verantwortlicher für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten zum Zwecke der Prüfung der Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen die jeweilige Krankenkasse des Versicherten.

(3) Die Vertragsparteien verpflichten sich im Rahmen der in diesem Vertrag und seinen Anhängen geregelten Abrechnung, die gesetzlichen Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit, insbesondere die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen gemäß §§ 78 a und 80 SGB X, zu beachten und umzusetzen. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften, insbesondere der Art. 5, 6 und 9 der EU-Datenschutz-Grundverordnung und der dazu ergangenen nationalen Rechtsvorschrift im Bundesdatenschutzgesetz.

(4) Die zur Durchführung dieses Vertrages gespeicherten personenbezogenen Daten der Versicherten werden unverzüglich nach Beendigung der Teilnahme der Versicherten gelöscht, soweit sie für den Zweck, für den sie erhoben oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig sind. Dies gilt nicht, soweit die personenbezogenen Daten zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung (beispielsweise medizinische oder steuerrechtliche Dokumentationspflichten) oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich sind.

§ 18 Geheimhaltung

(1) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, die im Rahmen dieser Vertragsbeziehung zugänglich gemachten Informationen sowie Kenntnisse und Daten, die bei der Zusammenarbeit bzw. der Erfüllung der Vertragspflichten über Angelegenheiten – etwa technischer, kommerzieller oder organisatorischer Art – der Krankenkasse erlangt werden, vertraulich zu behandeln und während der Dauer sowie nach Beendigung des

Vertragsverhältnisses ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der Krankenkasse nicht zu anderen Zwecken zu nutzen oder Dritten zugänglich oder bekannt zu machen. Eine Nutzung der Informationen ist allein auf den Gebrauch für die Durchführung dieses Vertrages beschränkt. Die Vertragsparteien betrauen nur solche Personen mit der Erbringung von Vertragsleistungen, die sich in gleicher Weise schriftlich verpflichten bzw. bereits schriftlich zur Geheimhaltung verpflichtet sind.

(2) Diese Verpflichtung bleibt auch nach Beendigung dieses Vertragsverhältnisses bestehen. Die Vertragsparteien stellen sicher, dass die Verpflichtung ihrer Mitarbeitenden oder sonstiger Personen, die mit der Erbringung der Leistung betraut werden, auch bestehen bleibt, wenn das Vertragsverhältnis zwischen ihnen und diesen Personen endet.

(3) Die Geheimhaltungs- und Vertraulichkeitsverpflichtungen bestehen nur, soweit nicht gesetzliche Bestimmungen oder gerichtliche Anordnungen zur Offenbarung verpflichten. Die Krankenkasse ist befugt, den Vertrag inkl. Anhänge dem BAS vorzulegen.

§ 19 Inkrafttreten, ordentliche und besondere Kündigung

(1) Diese Änderungsvereinbarung tritt zum 01.07.2025 zunächst in der Pilotregion Bayern in Kraft. Sie löst damit den bestehenden Rahmenvertrag vom 01.07.2024 vollumfänglich ab. Der Rahmenvertrag i.d.F. vom 01.07.2025 kann vom BKK LV und der GWQ nur gemeinschaftlich ordentlich gekündigt werden.

(2) Die ordentliche Kündigung von Seiten jeder Vertragspartei kann mit einer Frist von sechs Wochen zum darauffolgenden Quartalsende erfolgen. Es besteht eine Mindestvertragslaufzeit von zwei Jahren, frühestens jedoch zum 30.06.2027.

(3) Eine außerordentliche Kündigung dieses Vertrages ist ohne die Einhaltung einer Kündigungsfrist nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund, der zur Kündigung berechtigt, liegt insbesondere vor,

a) wenn die Voraussetzungen dieser besonderen Versorgung aus Gründen der Rechtsentwicklung, wesentlicher medizinisch-wissenschaftlicher oder tatsächlicher Gründe entfallen,

b) wenn die Leistungen, die Gegenstand dieser besonderen Versorgung sind, nicht erbracht oder in erheblichem Umfange mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden,

c) ein Wirtschaftlichkeitsnachweis gemäß § 140a Abs.2 S.4 SGB V nicht erbracht werden kann,

d) bei Verstoß gegen Inhalte dieses Vertrages,

e) wenn gesetzliche Änderungen, eine gerichtliche oder behördliche Verfügung einer Vertragspartei die Durchführung der vertragsgegenständlichen Leistung nicht länger erlauben. Dies gilt insbesondere, sofern das BAS im Hinblick auf diesen Vertrag Anordnungen gemäß § 71 Abs. 6 SGB V trifft. Die durch eine behördliche Maßnahme oder eine gerichtliche Entscheidung betroffene Partei ist nicht

verpflichtet, vor der Kündigung die Rechtskraft der Maßnahme oder Rechtsprechung abzuwarten oder dagegen Rechtsbehelfe einzulegen. Die Vertragsparteien verzichten in diesem Fall auf die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen wegen etwaiger durch eine solche Kündigung eintretender Schäden, es sei denn, die Untersagung beruht auf einem pflichtwidrigen Verhalten des Kündigenden,

(4) Die Kündigung hat in Schriftform gegenüber den jeweils anderen Vertragsparteien zu erfolgen.

§ 20 Schlussbestimmungen

(1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags einschließlich der Anhänge bedürfen zu Ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

(2) Die Anhänge zu diesem Vertrag sind ausdrücklicher und verbindlicher Teil des Vertrages.

(3) Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmungen tritt eine zu vereinbarende Ersatzregelung, die dem mit der unwirksamen Bestimmung angestrebten Zweck möglichst nahekommt. Dies gilt sinngemäß für Vertragslücken.

(4) Gerichtsstand ist München.

München, den _____

_____

Dr. Ralf Langejürgen

Vorstand des BKK Landesverbandes Bayern

Düsseldorf, den _____

_____

Dr. Johannes Thormählen

Vorstand GWQ ServicePlus AG

München, den _____

_____

Dr. Wolfgang Ritter

Vorstand Bayerische Hausärzteverband e. V.

Köln, den _____

_____

Joachim Schütz,

Vorstand HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

_____

Dominik Baca

Vorstand HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

_____

Andreas Waldbrenner

Vorstand HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Berlin, den _____

_____

Barbara Bitzer

Geschäftsführerin Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V.

München, den _____

_____

Dr. Arthur Grünerbel
Vorstand Fußnetz Bayern

_____

Dr. Günter Kraus
Vorstand Fußnetz Bayern

Berlin, den _____

_____

Dr. med. Ralph von Kiedrowski

Präsident Berufsverband der Deutschen Dermatologen e. V.

Versorgungsvertrag nach § 140a SGB V zur besonderen Versorgung Versicherter – Telemedizinische Facharztkonsile

Berlin, den _____

_____

Tilo Radau

Geschäftsführer ÄVGD Ärztliche Vertragsgemeinschaft Deutschlands GmbH

Berlin, den _____

_____

Sebastian Jonas Dieke

Geschäftsführer Sanakey Contract GmbH

Anhang 1 - Prozessbeschreibung

1. Vorbemerkung:

Ein telemedizinisches Facharztkonsil bei Verdacht auf eine bestimmte Erkrankung oder bei unspezifischem Krankheitsbild kann dazu beitragen, eine schnelle und eindeutige Differenzialdiagnostik herbeizuführen und die jeweils dazu passenden Therapiemaßnahmen zuzuführen. Wesentlich in Diagnostik und Therapie ist hier die zeitnahe Koordination der interdisziplinären Expertise.

Am Vertrag teilnehmende Hausärztinnen und Hausärzte sind deshalb berechtigt, das Facharztkonsil für Versicherte mit bestimmten Telekonsil-Vorstellungsanlässen (Anhänge 4a und 4b) für Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen bundesweit durchzuführen.

2. Inhalt:

Das Facharztkonsil umfasst als:

Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte:

1. Eingangsdiagnostik und Einschreibung

Die Hausärztin oder der Hausarzt prüft, ob er für einen Patienten mit einem der in den Anhänge 4a oder 4b definierten Vorstellungsanlässen, der sich in der Praxis vorgestellt hat, die Differenzialdiagnostik selbst herbeiführen kann oder eine Fachärztin oder einen Facharzt des jeweiligen Fachbereichs hinzuziehen muss. Auf dieser Grundlage wird entschieden, ob die Einleitung eines telemedizinischen fachärztlichen Konsils zielführend und erforderlich ist oder aber der Sachverhalt besser durch eine persönliche Untersuchung der Fachärztin oder Facharztes und dementsprechende Überweisung geklärt werden kann.

Für den Fall, dass eine Befundklärung mittels Telekonsil möglich ist und die Hausärztin oder der Hausarzt dies für erforderlich hält, wird die Patientin und den Patienten über die Möglichkeit der Teilnahme an der Besonderen Versorgung „Telemedizinisches Facharztkonsil“ informiert und über die Vorteile und Besonderheiten des Versorgungsangebots aufgeklärt.

2. Durchführung der Anamnese und Untersuchung der Patienten

Die Hausärztin oder der Hausarzt führt – ggf. nach proaktiver Information der Patienten über die Datenerhebung und -nutzung – ggf. notwendige diagnostische Maßnahmen und Laboruntersuchungen bei der Patientin oder beim Patienten durch und erfasst deren Ergebnisse sowie die ätiologische Vorgeschichte (Genese, Beurteilung der aktuellen Symptomatik, bisherige Maßnahmen, bestehende Begleiterkrankungen) in einem entsprechenden Formular der Telekonsil-Applikation.

3. Wahl einer Fachärztin oder eines Facharztes

Die Hausärztin oder der Hausarzt stellt die erforderlichen Unterlagen (Untersuchungsberichte inkl. Bilder, Laborwerte) und patientenindividuellen Befunde mittels einer gesicherten Verbindung (diese erfolgt durch das Datasplit-Konzept) einem an der besonderen Versorgung teilnehmenden Fachärztin oder Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ihrer bzw. seiner Wahl zur Verfügung. Beim Erstellen eines neuen Konsils wird der Hausärztin bzw. dem Hausarzt eine Liste mit allen Fachärztinnen und Fachärzten angezeigt, aus der eine Fachärztin oder ein Facharzt ausgewählt werden kann. Hierzu ist das entsprechende Formular in der Applikation für das telemedizinische Facharztkonsil vollständig zu befüllen.

Leistungen der Fachärztin oder des Facharztes:

Die ausgewählte Fachärztin oder der Facharzt erhält eine Systembenachrichtigung, dass eine neue Anfrage im System vorliegt. Daraufhin loggt sie oder er sich in die Telekonsil-Applikation ein und öffnet die Konsil-Anfrage.

Die Ärztin oder der Arzt nimmt eine medizinische Bewertung auf Basis der übermittelten Befunddaten vor, gibt ihre oder seine Diagnoseeinschätzung ab und beschreibt diese umfassend und abschließend einschl. einer Therapie- / Versorgungsempfehlung hinsichtlich ggf. weiterer patientenindividueller Maßnahmen im Konsilbericht an die behandelnden Hausärztin oder an den Hausarzt. Bei Bedarf fordert sie oder er weitere Informationen oder Unterlagen (z. B. Laborbefunde) bei der Hausärztin oder beim Hausarzt an, sofern dies zur eindeutigen oder besseren Beurteilung und Befunderhebung erforderlich ist.

Sollte die Befundeinschätzung und Therapieempfehlung aufgrund der digital übermittelten Bilder und Informationen nicht möglich sein, sondern eine persönliche körperliche Untersuchung erfordern, ist die persönliche Vorstellung des Patienten bei der Fachärztin oder beim Facharzt in Einzelfällen grundsätzlich möglich. In diesem Fall wird kein Konsilbericht erstellt (Abbruch).

Die Fachärztin oder der Facharzt befüllt in der Telekonsil-Applikation das Befundformular für das telemedizinische Facharztkonsil. Sie oder er beantwortet die Anfrage telemedizinisch möglichst innerhalb von 24 Stunden (max. drei Werktagen) und informiert damit die Hausärztin oder den Hausarzt über das Ergebnis des telemedizinischen Facharztkonsils, einschl. einer Empfehlung für weitere Untersuchungen / therapeutischen oder diagnostischen Konsequenzen. Der konsultierte Experte kann auch eine Vorstellung bei einer weiteren Fachärztin oder einem Facharzt vorschlagen, wenn der Sachverhalt für das Telekonsil zu komplex ist und eine direkte Arztkonsultation an anderer Stelle geboten scheint.

Das Konsil wird durch die nachfragende Hausärztin oder dem Hausarzt beendet, wenn die Fragestellung ausreichend beantwortet oder eine bestehende Verdachtsdiagnose bestätigt wurde.

Anhang 2 – Teilnahmevoraussetzungen der Fachärztinnen und Fachärzte

Teil 1: Diabetischer Fußsyndrom

Zur Teilnahme an diesem Vertrag der besonderen Versorgung sind die nachstehend genannten Ärztinnen und Ärzte mit Sitz in der Bundesrepublik Deutschland berechtigt, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Diabetologie / Endokrinologie **oder**
- Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin mit der Anerkennung zum Führen der Bezeichnung Diabetologie - durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG) **oder**
- Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit abgeschlossener durch die jeweilige Landesärztekammer anerkannter Zusatzweiterbildung Diabetologie
- soweit in einer durch die DDG zertifizierten Fußbehandlungseinrichtung tätig und mit mindestens 5-jähriger Erfahrung bei der Behandlung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom

Alle teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin / Innere Medizin / Diabetologie / Endokrinologie sowie Chirurgie müssen zusätzlich nachfolgende persönliche und sachliche Voraussetzungen zum Zeitpunkt des Beitritts erfüllen:

- Anerkennungsnachweis als Diabetologin oder Diabetologe der DDG oder Weiterbildungsbescheinigung einer Landesärztekammer für die Zusatzweiterbildung Diabetologie oder
- Nachweis der bestehenden ärztlichen Tätigkeit in einer von der DDG zertifizierten Fußbehandlungseinrichtung, vereinbarungsgemäß übergangsweise für das erste Jahr Teilnahme Abgabe einer Erklärung, dass die Zertifizierung beabsichtigt ist und im laufenden Jahr beantragt wird.
- Mitgliedschaft im Fußnetz Bayern e.V.
- Jährlicher Nachweis über die Teilnahme an Fortbildungen zum Thema DFS mit mindestens 10 CME-Punkten/Jahr (z. B. durch Teilnahme an der Jahrestagung der AG Fuß der DDG oder Teilnahme an einer Fortbildung unter Regie der AG Fuß in der DDG und / oder zweimal Jährlich an den Qualitätszirkeln des Fußnetz Bayern oder an gesonderten zur Weiterbildung abgehalten Fortbildungsveranstaltung).

Teil 2: Unklarer Hautbefund

Zur Teilnahme an diesem Vertrag der besonderen Versorgung sind Fachärztinnen und Fachärzte für Dermatologie und Haut- und Geschlechtskrankheiten, die Mitglieder im Berufsverband der Deutschen Dermatologen e. V. sind und Ihren Sitz in der Bundesrepublik Deutschland haben, berechtigt.

Anhang 3a – Übersicht der teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte

(zum Beispiel)

LANR 9 stellig	BSNR	Modul	Titel	Vorname	Nachname	Straße	PLZ	Ort	Telefon	Beitritt JJJJ.MM.TT	Austritt JJJJ.MM.TT

Anhang 3b – Übersicht der teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte

LANR 9 stellig	BSNR	Modul	Titel	Vorname	Nachname	Straße	PLZ	Ort	Telefon	Beitritt JJJJ.MM.TT	Austritt JJJJ.MM.TT

Anhang 4a - Leistungsbeschreibung und Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte

Teil 1: Diabetischer Fußsyndrom

Zur Risikostratifizierung können Versicherte mit Diabetes mellitus, die eine pathologische Veränderung oder Läsion am Fuß aufweisen, die nicht durch einen Hausarzt ausreichend und abschließend befundet werden können, im Rahmen dieses Vertrages telekonsiliarisch vorgestellt werden

Leistung	Abrechnungs-ziffer gegenüber der Krankenkasse	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Vergütung
Telekonsil **Diagnose-/ Therapieunterstützung, Diabetisches Fußsyndrom:**	1671DA	▪ Information und Aufklärung der Patienten über das Krankheitsbild sowie die Durchführung des Telekonsils ▪ Durchführung einer fragebogengestützten Anamnese und Untersuchung der Patienten ▪ Einleitung des telemedizinischen Konsils mit Auswahl eines Experten ▪ Erhebung der patientenindividuellen Befunde und Diagnosen sowie deren elektronische Weiterleitung an die Experten ▪ Prüfen der Antwort der Experten ▪ Aufklärung des Versicherten über das Ergebnis des telemedizinischen Konsils und der sich daraus	▪ nur Betreuarzt ▪ 1x pro Fall abrechenbar ▪ nur abrechenbar, bei Nutzung eines gem. diesen Vertrags zertifizierten telemedizinischen Anbieters ▪ abrechenbar für Versicherte mit Diabetischer Grunderkrankung und Verdacht auf Diabetisches Fußsyndrom ▪ nicht abrechenbar neben 1670DA und 1671AA	45 EUR (Technik-pauschale nicht inkludiert)

		ergebenden therapeutischen Konsequenz ▪ ggf. Einleitung der vom Experten empfohlenen Zusatzuntersuchungen und / oder empfohlenen Behandlung		
Telekonsil (diab. Fuß) **Verlaufskontrolle/ Therapieverlauf**	1671VA	▪ Durchführung Kontrolluntersuchung mit Überprüfung Therapieverlauf nach initialer Durchführung Telekonsil	▪ Nur Betreuarzt ▪ 1 x pro Quartal abrechenbar ▪ Für max. 3 Quartale je durchgeführtem Telekonsil abrechenbar ▪ Nur abrechenbar, wenn 1671DA abgerechnet wurde	18 EUR (Technik-pauschale nicht inkludiert)
Telekonsil (diab. Fuß) **nicht abschließend telekonsiliarisch zu begutachtender Fall**	1671AA	▪ Anlegen und Vorstellung des Patienten in der Telekonsil-Plattform nach 1671 ▪ Krankheitsbild aus Sicht des Facharztes kein DFS – Vorstellung beim Dermatologen empfohlen	▪ Nur Betreuarzt ▪ 1x pro Fall abrechenbar ▪ Nicht abrechenbar neben 1671DA	13,50EUR (Technikpauschale nicht inkludiert)

Teil 2: Unklarer Hautbefund

Unter „unklaren Hautbefunden“ fallen Hautveränderungen oder -reaktionen, die von der Hausärztin oder dem Hausarzt nicht ausreichend und abschließend befundet werden können (z.B. mittels Inaugenscheinnahme und einfacher manueller Untersuchungsmethoden). Ausgeschlossen von diesem Versorgungsmodul sind Effloreszenzen, bei denen bereits im Vorfeld die Notwendigkeit einer weiteren apparativen und / oder invasiven Diagnostik durch die Fachärztin oder den Facharzt wahrscheinlich ist.

Leistung	Erfassung	Leistungsinhalt	Abrechnungs-regeln	Vergütung
Telekonsil (Haut) **Diagnose-/ Therapieunterstützung, Unklarer Hautbefund:**	1670DA	▪ Information und Aufklärung der Patienten über das Krankheitsbild sowie die Durchführung des Telekonsils ▪ Durchführung einer fragebogengestützten Anamnese und Untersuchung der Patienten ▪ Einleitung des telemedizinischen Konsils mit Auswahl eines Experten ▪ Erhebung der patientenindividuellen Befunde und Diagnosen sowie deren elektronische Weiterleitung an die Experten ▪ Prüfen der Antwort der Experten ▪ Aufklärung des Versicherten über das Ergebnis des telemedizinischen Konsils und der sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenz	▪ nur Betreuarzt ▪ 1x pro Fall abrechenbar ▪ nur abrechenbar, bei Nutzung eines gem. diesen Vertrags zertifizierten telemedizinischen Anbieters ▪ nicht abrechenbar neben 1671DA	25,20 EUR (Technik-pauschale nicht inkludiert)

		▪ ggf. Einleitung der vom Experten empfohlenen Zusatzuntersuchungen und / oder empfohlenen Behandlung		
Telekonsil (Haut) **Verlaufskontrolle**	1670VA	▪ Durchführung Kontrolluntersuchung mit Überprüfung Therapieverlauf nach initialer Durchführung Telekonsil	▪ Nur Betreuarzt ▪ Einmalig je durchgeführtem Telekonsil abrechenbar, wenn 1670DA in einem der beiden vorigen Quartale abgerechnet wurde	18 EUR (Technikpauschale nicht inkludiert)
Telekonsil (Haut) **Nicht abschließend telekonsiliarisch zu begutachtender Fall**	1670AA	▪ Anlegen und Vorstellung des Patienten in der Telekonsil-Plattform nach 1670 ▪ Rückmeldung des Experten, dass Krankheitsbild nicht telekonsiliärisch behandelt werden kann	▪ Nur Betreuarzt ▪ 1x pro Fall abrechenbar ▪ Nicht abrechenbar neben 1670DA	13,50 EUR (Technikpauschale nicht inkludiert)

Anhang 4b – Leistungsbeschreibung und Vergütung der Fachärztinnen und Fachärzte

Teil 1: Diabetischer Fußsyndrom

Die Fachärztinnen und Fachärzte und die technischen Dienstleister erhalten für die vollständige Durchführung der Leistungen eine Vergütung in Höhe der nachfolgenden Vergütungsposition:

Leistung	Erfassung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Vergütung
Diagnose-/ Therapieunterstützung, Diabetisches Fußsyndrom: Vorbewertung der Konsilanfrage. Begutachtung und Beantwortung der Anfrage durch den Diabetologen oder Diabetologin.	1671DE	▪ Abrufen der telemedizinischen Konsilanfrage ▪ erste Inaugenscheinnahme, Sichtung und Prüfung der übermittelten Untersuchungsberichte / Bildbefunde • Erstellung eines qualifizierten Konsilberichts einschl. Diagnoseeinschätzung und Empfehlung zum weiteren Vorgehen sowie therapeutischer Maßnahmen ▪ Rückmeldung an die anfragende Hausärztin oder an den Hausarzt, ggf. nach Anforderung von Zusatzinformationen innerhalb des Konsils bei der Hausärztin oder dem Hausarzt	▪ angefragte/r Fachärztin und Facharzt für Diabetologie ▪ Nur 1x pro Fall abrechenbar ▪ nur abrechenbar, bei Nutzung eines gem. diesen Vertrags zertifizierten telemedizinischen Anbieters ▪ abrechenbar für Versicherte mit Diabetischer Grunderkrankung und Verdacht auf Diabetisches Fußsyndrom ▪ nicht abrechenbar neben 1670DE und 1671AE	55 EUR (Technik-pauschale inkludiert)
Verlaufskontrolle/Therapieverlauf	1671VE	▪ Durchführung Kontrolluntersuchung mit Überprüfung Therapieverlauf nach initialer Durchführung Telekonsil	▪ angefragte/r Fachärztin und Facharzt für Diabetologie ▪ 1 x pro Quartal abrechenbar	22,00EUR

			▪ Für max. 3 Quartale je durchgeführtem Telekonsil abrechenbar ▪ Nur abrechenbar, wenn 1671DE abgerechnet wurde	(Technik-pauschale inkludiert)
nicht abschließend telekonsiliarisch zu begutachtender Fall	1671AE	▪ Anlegen und Vorstellung des Patienten in der Telekonsil-Plattform nach 1671 ▪ Krankheitsbild aus Sicht des Facharztes kein DFS – Vorstellung beim Dermatologen empfohlen	▪ angefragte/r Fachärztin und Facharzt für Diabetologie ▪ 1x pro Fall abrechenbar ▪ Nicht abrechenbar neben 1671DE	16,50EUR (Technikpauschale inkludiert)

Teil 2: Unklarer Hautbefund

Die Fachärztinnen und Fachärzte und die technischen Dienstleister erhalten für die vollständige Durchführung der Leistungen eine Vergütung in Höhe der nachfolgenden Vergütungsposition.

Leistung	Erfassung	Leistungsinhalt	Abrechnungs-regeln	Vergütung
Diagnose-/ Therapieunterstützung, Unklarer Hautbefund: Aufbereitung und Übermittlung einer Konsilanfrage an einen Experten (Dermatologe oder Dermatologin) Auswertung und diagnostisch – therapeutische Umsetzung des Konsilbefundes	1670DE	▪ Abrufen der telemedizinischen Konsilanfrage ▪ erste Inaugenscheinnahme, Sichtung und Prüfung der übermittelten Untersuchungsberichte / Bildbefunde • Erstellung eines qualifizierten Konsilberichts einschl. Diagnoseeinschätzung und Empfehlung zum weiteren Vorgehen sowie therapeutischer Maßnahmen ▪ Rückmeldung an die anfragende Hausärztin oder an den Hausarzt, ggf. nach Anforderung von Zusatzinformationen innerhalb des Konsils bei der Hausärztin oder dem Hausarzt	▪ angefragte/r Fachärztin und Facharzt für Dermatologie ▪ 1x pro Fall abrechenbar ▪ nur abrechenbar, bei Nutzung eines gem. diesen Vertrags zertifizierten telemedizinischen Anbieters ▪ nicht abrechenbar neben 1671DE	30,80 EUR (Technik-pauschale inkludiert)
Verlaufskontrolle	1670VE	▪ Durchführung Kontrolluntersuchung mit Überprüfung Therapieverlauf nach initialer Durchführung Telekonsil	▪ angefragte/r Fachärztin und Facharzt für Dermatologie ▪ Einmalig je durchgeführtem Telekonsil abrechenbar, wenn 1671DE in einem der beiden	22 EUR (Technik-pauschale inkludiert)

			vorigen Quartale abgerechnet wurde	
nicht abschließend telekonsiliarisch zu begutachtender Fall	1670AE	▪ Dermatologische Telkonsile, die durch den Facharzt nicht digital gelöst werden können, stellen einen Abbruch des Konsils dar. In diesem Fall kann im Formular eine Überweisung zum Facharzt eingeleitet werden	▪ angefragte/r Fachärztin und Facharzt für Dermatologie ▪ einmalig je durchgeführtem Telekonsil abrechenbar	16,50 EUR (Technik-pauschale inkludiert)

Anhang 5 – Ansprechpersonen und Datenannahmestellen

Ansprechpersonen der Krankenkassen

	Ansprechpersonen	Telefonnummer	E-Mail-Adresse	Abweichende E-Mail- Adresse für Rechnungsbrief
Krankenkasse				
Krankenkasse				
Krankenkasse				
Krankenkasse				

Ansprechpersonen Fußnetz Bayern DDG und BVDD

	Ansprechpersonen	Adresse	Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Fußnetz Bayern	Dr. med. Arthur Grünerbel	Stockmannstr. 47 81477 München	089-72 40 8000	gruenerbel@diabeteszentrum-muenchen-sued.de
DDG	Dr Günter Kraus	Scheßlitzer Str. 17 96117 Memmelsdorf	09505 8049-0	kraus@gp-drosendorf.de
BVDD	Dr. Ralph von Kiedrowski	Schumannstr. 18 10117 Berlin	02626-9249950	r.vonkiedrowski@bvdd.de k.wolf@bvdd.de (Sekretariat)

Ansprechpersonen des Abrechnungsdienstleisters

	Ansprechperson	Adresse	Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Sanakey Contract GmbH	Sebastian Jonas-Dieke	Robert-Koch-Platz 9. 10115 Berlin	030-3100 78 900	sebastian.jonas-dieke@sanakey.de; abrechnung@sanakey-contract.de

IK Abrechnungsdienstleister: 661 100 343

Datenannahmestelle für die Abrechnung

BITMARCK Lindenallee 6-8, 45127 Essen E-Mail: dta-selektivvertraege-igv@bitmarck.de Tel. 0800 BITMARCK (0800 24862725) Fax 0800 BITMARCKFAX (0800 24862725 329) E-Mail servicedesk@bitmarck.de Datenlieferung Institutionskennzeichen: 104027544 FTAM ISDN (DFÜ). +49 201 248 52 96 E-Mail: LE@bitmarck-daten.de	**Mobil ISC GmbH** Raiffeisenstr. 12, 31275 Lehrte/Ahlten **Datenannahmestelle der Mobil Krankenkasse und der VIACTIV Krankenkasse:** Team DAV, Tel. 05132/83051-951 Institutionskennzeichen: 102193212, FTAM ISDN (DFÜ): 05132/830050 E-Mail: dav@mobil-isc.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status

Anhang 6 – Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Patientinnen und Patienten

VKZ: 120 714 002 84

Vertrag gemäß § 140a SGB V zur besonderen Versorgung von Versicherten – Telemedizinisches Facharztkonsil bei ausgewählten Indikationen -

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich an dem Vertrag zur Besonderen Versorgung „Telemedizinisches Facharztkonsil“ teilnehmen werde. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflichtungen der Teilnahme informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Patienteninformation erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Bedingungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehe und welche Mitwirkungen von mir gefordert werden. Ich verpflichte mich insbesondere zur Einhaltung der in der Patienteninformation näher beschriebenen Regeln und akzeptiere diese. Darüber hinaus ist mir bekannt, dass ich die Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung.

Meine Teilnahme endet außerdem mit Ende meines Versicherungsverhältnisses bei meiner Krankenkasse bzw. mit Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs gegenüber meiner Krankenkasse gem. § 19 SGB V, bei einem Krankenkassenwechsel und mit Beendigung des Vertrags der Besonderen Versorgung.

II. Einwilligungserklärung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Ich bin über die Verarbeitung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung und meinen Rechten in Bezug auf meine Daten umfassend informiert. Mir ist bekannt, dass ich insbesondere jederzeit das Recht habe, meine Daten bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung meiner Daten zu veranlassen. Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft bei meiner Krankenkasse widerrufen. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Mir ist bekannt, dass die freiwillige Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten jedoch Voraussetzung für eine Teilnahme an der besonderen Versorgung ist. Mein Widerruf hat somit zur Folge, dass ich nicht mehr an der besonderen Versorgung teilnehmen kann.

☐ **Ja**, ich habe die **Patienteninformation zur Datenweitergabe bei der Teilnahme an der besonderen Versorgung** erhalten und verstanden. Mit der dort beschriebenen Verarbeitung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung bin ich einverstanden und erkläre mit meiner Unterschrift die Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenverarbeitung ein.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters _____

T	T	M	M	2	0	J	J

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im weiteren Dokument auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.

Anhang 7 – Patienteninformation zur Datenweitergabe für Patientinnen und Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre Krankenkasse hat zusammen mit dem Bayerischen Hausärzteverband, mit ärztlichen Kooperationspartnern und der Sanakey Contract GmbH ein Versorgungsmodul für ein telemedizinisches Facharztkonsil bei ausgewählten Indikationen (hier: Diabetischer Fußsyndrom und unklarer Hautbefund) im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung entwickelt. Das telemedizinische Facharztkonsil ermöglicht der Hausärztin oder dem Hausarzt, eine fachärztliche Meinung bei einem Experten oder bei einer Expertin telekonsiliarisch einzuholen.

Sofern Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt ein Telekonsil bei einer Fachärztin oder einem Facharzt einholt, wird die Verarbeitung von patientenbezogenen Daten im Rahmen dieses Vertrags (inkl. telekonsiliarischer Austausch von Daten) notwendig. Zudem werden Ihre individuellen Befunde an einen vertraglich kooperierenden Fachexperten und den beteiligten Technikdienstleister auf einem gesicherten elektronischen Weg übermittelt.

Die an der Versorgung beteiligten Haus- und Fachärzte und Ärztinnen sowie Sanakey Contract GmbH als Abrechnungsdienstleister sind – Ihr Einverständnis vorausgesetzt – berechtigt, Ihre vorliegenden personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Versichertennummer, Geburtsdatum, Geschlecht), die für die Behandlung und Abrechnung notwendig sind, unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und zu nutzen. Die Datenverarbeitung ist zum Zweck der Vertragsdurchführung erforderlich.

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung erklären Sie die Anerkennung der vertraglichen Rechte und Pflichten. Diese sind insbesondere folgende:

a) Recht auf Widerruf
   Sie können die Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung Ihrer Widerrufserklärung.

b) Recht auf außerordentliche Kündigung
   Eine außerordentliche Kündigung ist nur aus wichtigem Grund möglich (Wohnortwechsel mit nicht zumutbarer Entfernung, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis). Die außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist durch die Versicherten schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse möglich.

c) Folgen fehlender Mitwirkung
   Die Teilnahme kann durch die Krankenkasse bei Feststellung eines Pflichtverstoßes (z. B. Verstoß gegen die Arztbindung) außerordentlich beendet werden, wenn die Versicherten zuvor schriftlich durch ihre Krankenkasse auf die Folgen ihres Handels hingewiesen wurden.

d) Ende der Teilnahme
Ihre Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn Ihr Versicherungsverhältnis bei Ihrer Krankenkasse endet bzw. mit Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs gegenüber Ihrer Krankenkasse gem. § 19 SGB V, wenn Sie die Krankenkasse wechseln oder das Versorgungsmodul beendet wird.

Welche Daten werden erhoben und verarbeitet?

1. Personenbezogene Versichertenrahmendaten
   - Daten der Krankenversichertenkarte (Geschlecht, Name, Vorname, Versichertennummer, Versichertenstatus, Gültigkeit, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenkasse), Datum der Einschreibung

2. Abrechnungsrelevante Daten
   - Verschlüsselte Diagnose nach ICD-10-GM, Diagnosesicherheit, Diagnosedatum, Behandlungsdatum, Nummer bzw. Bezeichnung der abzurechnenden Pauschale, Wert der Pauschale in EUR, Datum der Leistungserbringung, Name und Arzt- und Betriebsstättennummer des behandelnden Arztes

3. Betreuungs- und Behandlungsdaten
   - Diagnose-, Befund- und Therapiedaten (Anamnese, Diagnose, Befunde, medizinische Indikation, Aufklärung, medizinische Behandlungsleistungen), Angaben der behandelnden Ärzte

Wer erhebt die Daten zu welchem Zweck?

Die Daten werden ausschließlich durch Ihre behandelnden Hausärztin oder Ihren Hausarzt und die kooperierenden Fachärztin oder den Facharzt für dessen Aufgaben erhoben. Die Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität Ihrer Behandlung zu sichern

Wer verarbeitet meine Daten und warum?

Im Rahmen Ihrer Behandlung und Gesundheitsversorgung ist es erforderlich, dass Ihre Ärztin oder Ihr Arzt die in den Ziffern 1 bis 3 bezeichneten Daten von Ihnen erhebt. Diese Daten gehören zur üblichen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, ihre Behandlung durchführen zu können und die Qualität Ihrer Therapie zu sichern.

Ihre Krankenkasse erhält zum Zwecke der Prüfung Ihrer Teilnahme an der besonderen Versorgung und Abrechnung Ihrer Behandlung nur die nach Ziffer 1 und 2 erforderlichen Daten und verarbeitet diese zu diesem Zweck. Der am Telekonsil beteiligte Hausarzt/Facharzt rechnet über die Managementgesellschaft, die Sanakey Contract GmbH, c/o Sanakey GmbH, Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin, ab. Die Managementgesellschaft bereitet die Daten nach Ziffer 1 und 2 auf, fasst sie zusammen und übermittelt diese gem. Technischer Anlage zu § 295a SGB V verschlüsselt an Ihre Krankenkasse.

Für Ihre Behandlung wünschen wir Ihnen alles Gute.

Anhang 8 – Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Mit dem Vertrag „Telemedizinische Facharztkonsile“ nach § 140a SGB V zur Besonderen Versorgung der Versicherten wird die Verarbeitung von patientenbezogenen Daten notwendig. Die Datenverarbeitung ist zum Zweck der Vertragsdurchführung erforderlich. Es werden Daten, sofern Sie im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, von den behandelnden Ärzten verarbeitet und zwischen den Vertragspartnern (behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Sanakey als Abrechnungsdienstleister, Ihre Krankenkasse und der BKK LV pseudonymisiert zum Vertragscontrolling) unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben.

Die personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Name der BKK, Versichertennummer, Abrechnungsziffer und Diagnose nach ICD-10-GM) dürfen zu Zwecken der Abrechnungsprüfung, des Vertragscontrollings und der Teilnehmerverwaltung ausgetauscht werden. Medizinische Daten werden - sofern notwendig - nur zwischen den behandelnden Leistungserbringern/Ärztinnen und Ärzten ausgetauscht (z. B. beim Wechsel der behandelnden Ärztin oder Arztes).

Im Bewusstsein unserer Verantwortung für den Datenschutz und in Erfüllung unserer Pflichten aus der DSGVO möchten wir Ihnen folgende Informationen nach Art. 13 DSGVO bekanntmachen, damit Sie eine informierte Entscheidung über die Erteilung Ihrer Einwilligung zur Teilnahme am Vertrag „Telemedizinische Facharztkonsile“ treffen können.

Die Verantwortlichen im Sinne dieser Bestimmung ist Ihre Krankenkasse. Bei Fragen zum Datenschutz können Sie sich im Bedarfsfall an Ihre Krankenkasse sowie deren Datenschutzbeauftragten wenden. Fragen zum Datenschutz richten Sie bitte an die Adresse der zuständigen Krankenkasse, zu Händen des Datenschutzbeauftragten.

Die Daten, welche für die Behandlung im Rahmen des Vertrages „Telemedizinische Facharztkonsile“ erhoben und verarbeitet werden, dienen der Abrechnungsprüfung, Teilnehmerverwaltung und dem Vertragscontrolling. Grundlage dafür sind die Bestimmungen des § 140a Absatz 5, § 284 Abs. 1 Nr. 13 und §§ 295, 295a des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V).

Die Daten werden während der Dauer Ihrer Teilnahme am Vertrag gespeichert. Nach Beendigung der Teilnahme am Vertrag bleiben die Daten so lange gespeichert, wie es für die Erfüllung des Vertrags erforderlich ist. Ihre Daten werden nach vier Jahren (beginnend ab dem Ende des Jahres, in dem Sie die Leistung in Anspruch genommen haben) gelöscht (§ 304 Abs. 1 Nr. 2 SGB V i. V. m. § 84 SGB X); im Falle der Abrechnungsunterlagen spätestens nach 10 Jahren.

Sie haben ein Recht auf **Auskunft** seitens der Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO) sowie auf **Berichtigung** (Art. 16 Satz 1 DSGVO), auf **Löschung** (Art. 17 DSGVO), auf **Einschränkung** der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) sowie das Recht auf **Widerspruch** gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X) und ein Recht auf **Datenübertragbarkeit** (Art. 20 DSGVO).

Sie haben das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf ist schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung.

Sie haben das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO). Diese kann bei bundesunmittelbaren Krankenkassen an die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationssicherheit (BfDI) oder das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA) gerichtet werden.

Die Teilnahme am Vertrag „Telemedizinische Facharztkonsile“ ist freiwillig. Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten durch Sie ist daher nicht gesetzlich vorgeschrieben. Das heißt Sie sind nicht dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V nicht (mehr) möglich ist.

Anhang 9 – Teilnahmeerklärung der Fachärzte und Fachärztinnen

(1) Am Versorgungsvertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a ff. SGB V über telemedizinische Facharztkonsile zwischen dem BKK LV, GWQ ServicePlus AG, dem Bayerischen Hausärzteverband e.V., der HÄVG, der DDG, dem Fußnetz Bayern, die ÄVGD, dem BVDD sowie Sanakey Contract GmbH nehme ich mit Wirkung zum Beitrittsdatum teil. Ich erfülle die Voraussetzungen gem. § 3 des Rahmenvertrags.

(2) Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, alle in meinem Verantwortungsbereich vorhandenen Möglichkeiten auszuschöpfen, die zur Erfüllung der Ziele des Vertrags notwendig sind. Hierzu zählen insbesondere:

a) die vollständige und korrekte Dokumentation der erforderlichen medizinischen Standards

b) die innerärztliche Kommunikation und Koordination im Rahmen der Qualitätssicherung, wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation

c) die mindestens einmal jährliche Teilnahme an einer von der Landesärztekammer zertifizierten Fortbildungsveranstaltung sowie

d) die Dokumentation und vertragskonforme Rechnungsstellung im Rahmen der Abrechnung

(3) Die an die ÄVGD, an Sanakey und dem technischen Dienstleister für die Umsetzung dieses Vertrages und die Durchführung der Abrechnung der erbrachten Leistungen zu zahlende Verwaltungskostenpauschale gemäß § 7 Abs. 8 dieses Vertrages beträgt 4% von der Vergütung. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch Sanakey mit dem Vergütungsanspruch der Fachärztinnen und Fachärzte verrechnet (§ 7 Abs. 9). Die Aufteilung dieser Verwaltungskosten zwischen der ÄVGD, Sanakey und dem technischen Dienstleister regeln diese gesondert untereinander.

(4) Weiter verpflichte ich mich

a) in den verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten, die zum Datenschutz geltenden Vorschriften, insbesondere der EU-DSGVO, des Bundesdatenschutzgesetzes und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften (SGB), für die Datenverarbeitung zu beachten. Hierfür treffe ich die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. ich verpflichte mich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieser Vereinbarung vorzunehmen.

b) bei der Übermittlung von personenbezogenen Patientendaten, deren Zweckbindung entsprechend des Vertrages zur besonderen Versorgung sicherzustellen.

c) die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht zu gewährleisten.

d) die gesetzlichen Regelungen der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung nach § 106 und 106a SGB V einzuhalten.

e) die gesetzlichen Qualitätsanforderungen nach den §§ 135 Abs. 2, 135a, 136a und 137 SGB V einzuhalten.

(5) Ich bin einverstanden mit

a) der Erhebung der Daten meiner Praxis / des Zentrums (Name, Anschrift, Telefonnummer, BSNR, LANR, Teilnahmedaten) durch Sanakey Contract GmbH und die Weitergabe der Daten an die Vertragsparteien, den technischen Dienstleister Monks GmbH und der teilnehmenden Innungs- und Betriebskrankenkassen.

b) der Veröffentlichung meines Namens und der Kontaktdaten (Anschrift und Telefonnummer) in dem gesonderten „Übersicht der teilnehmenden fachärztlichen Kooperationspartner".

c) der Weitergabe dieser Übersicht an die beteiligten Krankenkassen, die anfragenden Versicherten sowie an die Sanakey Contract GmbH und auch über die Internetplattformen der Vertragsparteien und der teilnehmenden Innungs- und Betriebskrankenkassen.

(6) Mir ist bekannt, dass

a) die Teilnahme am Vertrag freiwillig ist und frühestens nach Ablauf eines Kalenderjahres beendet werden kann; die Kündigungsfrist beträgt 1 Monat zum Ende des Quartals. Die Kündigung hat gegenüber Sanakey Contract GmbH schriftlich oder elektronisch zu erfolgen.

b) die Teilnahme am Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet und dies mindestens einen Monat vor dem Ende der Zulassung gegenüber Sanakey Contract GmbH erklärt werden muss.

c) ich vom Vertrag ausgeschlossen werden kann, wenn ich die Verpflichtungen des Vertrags nicht mehr erfülle, insbesondere bei Nichteinhaltung der aufgestellten Qualitätsmerkmale oder aus anderem wichtigen Grund.

(7) Die Haftung bei der Erbringung der Leistungen, der nach dieser Rahmenvereinbarung ausgeübten Tätigkeiten, obliegt ausschließlich dem teilnehmenden Arzt. Gegenüber der Sanakey Contract GmbH und die ihr vertretenden Personen können keine Ansprüche, gleich welcher Art, geltend gemacht werden.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am

- ☐ Telemedizinisches Facharztkonsil bei Verdacht auf Diabetisches Fußsyndrom
- ☐ Telemedizinisches Facharztkonsil bei unspezifischen Hautbefunden

Fachärztlicher Kooperationspartner:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

LANR: _____

BSNR: _____

KV-Zulassung als _____

Kontaktdaten:

E-Mail: _____

Telefon: _____

Fax: _____

_____ _____

Ort, Datum Stempel/ Unterschrift Fachärztin/ Facharzt

Information für die Ärztin oder den Arzt gem. Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Teilnahme am Vertrag der telemedizinische Facharztkonsile

Die Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) findet seit Mai 2018 unmittelbar Anwendung in den europäischen Mitgliedstaaten. Nach Art. 24 DS-GVO sind die Vertragsparteien dieses Vertrags verpflichtet, den Arzt über die Datenverarbeitung im Rahmen seiner Teilnahme an der Besonderen Versorgung zu informieren.

Darüber hinaus gelten die Datenschutzgesetze auf Bund- und Länderebene sowie für das Patienten-Arzt-Verhältnis die ärztliche Schweigepflicht, auch für Mitarbeiter in den Arztpraxen und für sonstige berufsmäßig mitwirkende Personen.

Über die Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Vertrag sind Sie vor Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung durch die Vertragsdokumente zur Besonderen Versorgung informiert worden. Mit diesem Merkblatt wird diese Datenverarbeitung nochmals dargestellt und Sie erhalten zusätzliche Informationen zu Ihren Rechten nach der DS-GVO.

Umfang der Datenverarbeitung und Rechtgrundlage

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung durch die Vertragsparteien zum Zweck der Teilnahme an dem Vertrag bzw. zum Zweck der Abrechnung sind Art. 5 und Art. 6 Abs. 1 lit. b) DS-GVO in Verbindung mit dem Vertrag zu telemedizinischen Facharztkonsilen nach § 140a SGB V. Für die Verarbeitung der Patientendaten durch die Beteiligten (teilnehmende Ärztinnen und Ärzte, teilnehmende Krankenkassen, Sanakey Contract GmbH und technischen Dienstleister) sind die Art. 5, Art. 6 Abs. 1 lit. b) und Art. 9 Abs. 2 lit. h) und f) i. V. m. Abs. 3 DS-GVO sowie § 295 und § 295a SGB V, § 80 SGB X i. V. m. Art. 28 DS-GVO maßgeblich.

Die Datenerhebung erfolgt in Kenntnis der haus- und fachärztlichen Kooperationspartner. Sie kennen den Inhalt dieses Vertrags und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung seiner Teilnahme am Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Die Daten werden ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet.

Empfänger der Daten der ärztlichen Kooperationspartner sind die GWQ ServicePlus AG, BKK LV, die jeweilige Krankenkasse sowie Sanakey Contract GmbH sowie beauftragte technische Dienstleister. Einer Veröffentlichung der Daten (Name, Anschrift, Telefonnummer) auf den Internetplattformen der Beteiligten (teilnehmende Innungs- und Betriebskrankenkasse,

Vertragsparteien und technischer Dienstleister Monks GmbH) wurde von der Ärztin oder vom Arzt ausdrücklich zugestimmt.

Die Speicherungsdauer der Daten ergibt sich aus Vertrag sowie aus den entsprechenden Gesetzen. Nach Ablauf der vertraglichen und gesetzlichen Fristen werden die entsprechenden Daten gesperrt, soweit sie nicht mehr für die Vertragserfüllung erforderlich sind. Im Übrigen werden sie datenschutzgerecht gelöscht.

Mitteilung über Rechte nach Art. 13 und 14 DS-GVO

Die Daten werden während der Dauer der Teilnahme am Vertrag gespeichert. Nach Beendigung der Teilnahme am Vertrag bleiben die Daten noch so lange gespeichert, wie es für Erfüllung des Vertrages erforderlich ist. Ihre Daten werden nach 4 Jahren (beginnend ab dem Ende des Jahres, in dem Sie die Leistung erbracht haben) gelöscht (§ 304 Abs. 1 Nr. 2 SGB V i. V. m. § 84 SGB X); spätestens nach 10 Jahren.

Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art. 15 Abs. 1 und Abs. 2 DS-GVO), auf Löschung der Daten (Art. 17), auf Berichtigung der Daten, z.B. falscher Daten (Art.16 Satz 1), und auf Sperrung der Daten (Art. 18). Hierfür wenden Sie sich an:

Sanakey Contract GmbH
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

Datenschutzbeauftragter: Herr Jonas Gnauert
E-Mail: datenschutz@sanakey.de

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch Sanakey sind zu richten an die Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (zuständige Datenschutzaufsicht für Sanakey):

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Friedrichstr. 219
10969 Berlin
Telefon: 030 13889-0
Telefax: 030 2155050
E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de

Die Verarbeitung von Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der jeweiligen Krankenkasse erfolgt wie bisher nur im gesetzlich begrenzten Umfang. Bei Fragen hierzu wenden Sie sich an die jeweilige Krankenkasse. Diese ist auch verpflichtet, Ihnen den für die Krankenkasse zuständigen Datenschutzbeauftragten und zur Wahrung Ihrer Beschwerderechte auch die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zu benennen.

Anhang 10 – Teilnahmeerklärung der Hausärztinnen und Hausärzte

Stammdaten Arzt		
HÄVG-ID	LANR	BSNR
Titel	Nachname	Vorname

1) Am Versorgungsvertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a ff. SGB V über telemedizinische Facharztkonsile zwischen dem BKK LV, GWQ ServicePlus AG, dem Bayerischen Hausärzteverband e.V., die HÄVG, der DDG, dem Fußnetz Bayern, dem BVDD, die ÄVGD sowie Sanakey Contract GmbH nehme ich mit Wirkung zum Beitrittsdatum teil. Ich erfülle die Voraussetzungen gem. § 2 dieses Vertrages.
2) Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten im Rahmen der Teilnahme am oben genannten Versorgungsvertrag (Anlage 12 des HzV-Vertrags) informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche Vertragsbedingungen (u.a. Berücksichtigung der §§ 7 und 8 des Rahmenvertrages), auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind.
3) Die an den BHÄV und an Sanakey für die Umsetzung dieses Vertrages und die Durchführung der Abrechnung der erbrachten Leistungen zu zahlende Verwaltungskostenpauschale gemäß § 7 Abs. 6 dieses Vertrages beträgt 5% von der Vergütung. Die Verwaltungskostenpauschale wird durch Sanakey mit dem Vergütungsanspruch der Hausärztinnen und Hausärzte verrechnet (§ 7 Abs. 7). Die Aufteilung dieser Verwaltungskosten zwischen dem BHÄV und Sanakey regeln diese gesondert untereinander.
4) Weiter verpflichte ich mich
   a) in den verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten, die zum Datenschutz geltenden Vorschriften, insbesondere der EU-DSGVO, des Bundesdatenschutzgesetzes und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften (SGB), für die Datenverarbeitung zu beachten. Hierfür treffe ich die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. ich verpflichte mich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieser Vereinbarung vorzunehmen.
   b) bei der Übermittlung von personenbezogenen Patientendaten, deren Zweckbindung entsprechend des Vertrags zur besonderen Versorgung sicherzustellen.
   c) die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht zu gewährleisten.
   d) die gesetzlichen Regelungen der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung nach § 106 und 106a SGB V einzuhalten.
   e) die gesetzlichen Qualitätsanforderungen nach den §§ 135 Abs. 2, 135a, 136a und 137 SGB V einzuhalten.
   f) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V

5) Ich bin einverstanden mit

   a) der Erhebung der Daten meiner Praxis / des Zentrums (Name, Anschrift, Telefonnummer, BSNR, LANR, Teilnahmedaten) durch Sanakey Contract GmbH im Auftrag des BHÄV und die Weitergabe der Daten an die Vertragspartei, den technischen Abrechnungsdienstleister Monks GmbH und der teilnehmenden Innungs- und Betriebskrankenkassen.

   b) der Weitergabe und Veröffentlichung der Daten an die beteiligten Krankenkassen, sowie an die Sanakey Contract GmbH und auch über die Internetplattformen der Vertragsparteien und der teilnehmenden Innungs- und Betriebskrankenkassen.

6) Mir ist bekannt, dass

   a) die Teilnahme am Vertrag freiwillig ist und frühestens nach Ablauf eines Kalenderjahres beendet werden kann; die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Ende des Quartals. Die Kündigung hat gegenüber Sanakey Contract GmbH im Auftrag des BHÄV schriftlich oder elektronisch zu erfolgen.

   b) die Teilnahme am Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet und dies mindestens einen Monat vor dem Ende der Zulassung gegenüber Sanakey Contract GmbH im Auftrag des BHÄV erklärt werden muss.

   c) ich vom Vertrag ausgeschlossen werden kann, wenn ich die Verpflichtungen des Vertrags nicht mehr erfülle, insbesondere bei Nichteinhaltung der aufgestellten Qualitätsmerkmale oder aus anderem wichtigen Grund.

7) Die Haftung bei der Erbringung der Leistungen, der nach dieser Rahmenvereinbarung ausgeübten Tätigkeiten, obliegt ausschließlich dem teilnehmenden Arzt. Gegenüber der Sanakey Contract GmbH und die ihr vertretenden Personen können keine Ansprüche, gleich welcher Art, geltend gemacht werden.

Umfang der Datenverarbeitung und Rechtgrundlage

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung durch die Vertragsparteien zum Zweck der Teilnahme an dem Vertrag bzw. zum Zweck der Abrechnung sind Art. 5 und Art. 6 Abs. 1 lit. b) DS-GVO in Verbindung mit dem Vertrag zu telemedizinischen Facharztkonsilen nach § 140a SGB V. Für die Verarbeitung der Patientendaten durch die Beteiligten (teilnehmende Ärztinnen und Ärzte, teilnehmende Krankenkassen, Sanakey Contract GmbH und technischen Dienstleister) sind die Art. 5, Art. 6 Abs. 1 lit. b) und Art. 9 Abs. 2 lit. h) und f) i. V. m. Abs. 3 DS-GVO sowie § 295 und § 295a SGB V, § 80 SGB X i. V. m. Art. 28 DS-GVO maßgeblich.

Die Datenerhebung erfolgt in Kenntnis der haus- und fachärztlichen Kooperationspartner. Sie kennen den Inhalt dieses Vertrags und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung seiner Teilnahme am Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Die Daten werden ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet.

Empfänger der Daten der ärztlichen Kooperationspartner sind die GWQ ServicePlus AG, BKK LV, die jeweilige Krankenkasse sowie Sanakey Contract GmbH. Einer Veröffentlichung der Daten (Name, Anschrift, Telefonnummer) auf den Internetplattformen der Beteiligten

(teilnehmende Innungs- und Betriebskrankenkasse, Vertragsparteien und technischer Dienstleister Monks GmbH) wurde von der Ärztin oder vom Arzt ausdrücklich zugestimmt.

Die Speicherungsdauer der Daten ergibt sich aus Vertrag sowie aus den entsprechenden Gesetzen. Nach Ablauf der vertraglichen und gesetzlichen Fristen werden die entsprechenden Daten gesperrt, soweit sie nicht mehr für die Vertragserfüllung erforderlich sind. Im Übrigen werden sie datenschutzgerecht gelöscht.

Mitteilung über Rechte nach Art. 13 und 14 DS-GVO

Die Daten werden während der Dauer der Teilnahme am Vertrag gespeichert. Nach Beendigung der Teilnahme am Vertrag bleiben die Daten noch so lange gespeichert, wie es für Erfüllung des Vertrages erforderlich ist. Ihre Daten werden nach 4 Jahren (beginnend ab dem Ende des Jahres, in dem Sie die Leistung erbracht haben) gelöscht (§ 304 Abs. 1 Nr. 2 SGB V i. V. m. § 84 SGB X); spätestens nach 10 Jahren.

Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art. 15 Abs. 1 und Abs. 2 DS-GVO), auf Löschung der Daten (Art. 17), auf Berichtigung der Daten, z.B. falscher Daten (Art.16 Satz 1), und auf Sperrung der Daten (Art. 18). Hierfür wenden Sie sich an:

Sanakey Contract GmbH
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

Datenschutzbeauftragter: Herr Jonas Gnauert
E-Mail: datenschutz@sanakey.de

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch Sanakey sind zu richten an die Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (zuständige Datenschutzaufsicht für Sanakey):

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Friedrichstr. 219
10969 Berlin
Telefon: 030 13889-0
Telefax: 030 2155050
E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de

Die Verarbeitung von Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der jeweiligen Krankenkasse erfolgt wie bisher nur im gesetzlich begrenzten Umfang. Bei Fragen hierzu wenden Sie sich an die jeweilige Krankenkasse. Diese ist auch verpflichtet, Ihnen den für die Krankenkasse zuständigen Datenschutzbeauftragten und zur Wahrung Ihrer Beschwerderechte auch die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zu benennen.

Anhang 11– Beitrittserklärung der Krankenkassen

BKK LV Bayern
Fachbereich Innovative Versorgung,
Selbsthilfe, DMP
Züricher Str. 25
81476 München

_____

Name der Krankenkasse, Kassenstempel

Wir treten dem oben genannten Rahmenvertrag nach § 140a ff. SGB V zur Durchführung telemedizinischer Facharztkonsile bei Verdacht auf

- Diabetisches Fußsyndrom
- Unklaren Hautbefund

vom 01.07.2024 i.d.F. der 1. Änderungsvereinbarung vom 01.07.2025 bei.

Beitritt zum Vertrag	**Beitritt zum**
☐ Ja	_____ *(bitte Datum angeben)*

Mit unserem Beitritt erkennen wir neben den im Vertrag festgelegten Regelungen nachfolgende Bedingungen als angenommen an:

1. Der Beitritt ist für Betriebs- und Innungskrankenkassen, sofern sie dem bayerischen HzV Vertrag mit dem BHÄV beigetreten sind, gleichermaßen möglich. Im Falle eines Ausscheidens aus dem Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V endet zum selben Zeitpunkt auch die Teilnahme an diesem Vertrag.

2. Erteilung der Einwilligung zur Weiterleitung der Kontaktdaten des Ansprechpartners und der sonstigen Angaben an die Vertragspartei Sanakey Contract GmbH und HÄVG/BHÄV.

Ansprechpartner der Innungs- und Betriebskrankenkassen für vertragsspezifische Rückfragen:

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

_____ _____

Datum **Unterschrift Vorstand/ Vorständin**

Anhang 12 – Technischer Dienstleister

Zur Sicherstellung der Technischen Dienstleistung der mit dem Vertrag zur besonderen Versorgung nach §140a SGB V für telemedizinische Facharztkonsile verbundenen Aufgaben haben der BHÄV und die ÄVGD als technischen Dienstleister die Monks Vertriebsgesellschaft mbH beauftragt.

Informationen des technischen Dienstleisters:

Monks Vertriebsgesellschaft mbH
Geschäftsführer: Sean Monks
Tegernseer Landstraße 138
81539 München
Tel: 089-64248216
Fax: 089-642482416
Email: s.monks@monks.de

Rechte und Pflichten:

Der Technische Dienstleister übernimmt im Rahmen der Vertragsumsetzung folgende Aufgaben:

(1) Der technische Dienstleister gewährleistet grundsätzlich eine technische Funktionsfähigkeit der technischen Anwendung und deren Zugänglichkeit für die am Vertrag teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen und Leistungserbringer. Eine ununterbrochene und vollumfängliche Verfügbarkeit der digitalen Dienste ist soweit möglich nach dem derzeitigen Stand der Technik zu gewährleisten. Soweit der technische Dienstleister Einfluss auf Unterbrechungen hat (z.B. bei Wartungsarbeiten), ist er bemüht, solche Unterbrechungen möglichst kurz zu halten.

(2) Kann der am Vertrag teilnehmende Arzt oder die Ärztin oder Leistungserbringer auf Grund einer durch den technischen Dienstleister verursachten Fehlfunktion die technische Telekonsil-Infrastruktur nicht nutzen, wird dieser spätestens innerhalb von 24 Stunden auf gemeldete Probleme reagieren und spätestens nach 72 Stunden eine Lösung für Probleme innerhalb des Systems des telemedizinischen Anbieters sicherstellen. Hält die Störung länger als 5 Werktage an, besteht kein Anspruch auf die Vergütung für die technische Dienstleistung.

(3) Nicht-öffentliche Daten müssen verschlüsselt übertragen werden. Der technische Dienstleister muss sicherstellen, dass seine Mitarbeiter nur die für die jeweilige Aufgabenerfüllung notwendigen Rechte haben. Die ergriffenen Sicherheitsmaßnahmen werden nach den gesetzlichen Vorgaben dokumentiert und bei Bedarf den Vertragsparteien zur Verfügung gestellt.

(4) Der technische Dienstleister ergreift zur IT-Sicherheit alle zumutbar geeigneten technischen und organisatorischen Maßnahmen, um einen unbefugten und missbräuchlichen Zugriff, insbesondere auf die Versichertendaten, zu unterbinden.

(5) Der technische Dienstleister hat die Vertragsparteien, insbesondere die Krankenkasse, bei ihrer gem. § 140a Abs.2 Satz 4 SGB V gebotenen Nachweisführung einer Wirtschaftlichkeit dieses Vertrags zu unterstützen.

Anhang 13 – Teilnehmende Krankenkassen

Am Rahmenvertrag über die Nutzung des telemedizinischen Facharztkonsils entsprechend des Vertrages nehmen folgende Innungs- und Betriebskrankenkassen teil:

Kasse	IK	Verantwortlicher	Email	Telefon	Anschrift	PLZ	Ort	Teilnahmebeginn	Teilnahmeende

Anhang 14 - Bestimmungen zur maschinellen Abrechnung und Rechnungslegung

1. Die Rechnungslegung aus diesem Versorgungsvertrag erfolgt gem. § 7 im Rahmen des Datenaustauschverfahrens (TA)[2] nach § 295 Abs. 1 b SGB V. Vor der erstmaligen Übermittlung von Abrechnungsdaten nach Satz 1 führt die Vertragspartei zusammen mit der Krankenkasse einen Integrationstest zur Überprüfung der Verarbeitungsfähigkeit der übermittelten Daten durch. Die Übermittlung der Daten erfolgt quartalsweise in einer Datei, in der alle Abrechnungsdatensätze gebündelt, an die Datenannahmestellen gem. Anhang 5.

2. Die übermittelten Daten werden in Abhängigkeit vom Inhalt der einzelnen Datensätze im Sinne eines Fehlererkennungsverfahrens gemäß Abschnitt 5 der TA zu den betreffenden Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes geprüft. Systematische Fehler führen grundsätzlich zur Abweisung der gesamten Datenlieferung. Der Datenabsender ist über festgestellte Mängel unverzüglich zu unterrichten. Die entsprechende Korrekturanforderung wird maschinell erstellt und eine entsprechende Fehlerdatei an den Datenabsender gesandt. Die Fehler sind entsprechend der Fehlerhinweise zu korrigieren und eine neue Abrechnungsdatei ist zu übermitteln.

3. Über Auffälligkeiten und Fehler aus vertrags- und leistungsrechtlichen Prüfungen wird der Datenabsender innerhalb der vertraglich vereinbarten Zahlungsfrist unterrichtet. Bedient sich die leistungserbringende Vertragspartei eines Abrechnungsdienstleisters, so wird dieser unterrichtet. Der Datenabsender bzw. Abrechnungsdienstleister ist verpflichtet, die fehlerhaften Datensätze bzw. Abrechnungsdatei nach den nachfolgenden Vorgaben zu berichtigen und die korrigierten Daten erneut zu übermitteln.

4. Stornofälle sind solche, bei denen der Leistungserbringer, der von ihm beauftragte Abrechnungsdienstleister oder die Krankenkasse feststellt, dass eine Abrechnung generell nicht erfolgen darf oder aufgrund eines fachlich-inhaltlichen Fehlers (z.B. abgerechnete Gebührenposition ist nicht korrekt) zu korrigieren ist. Der Fall oder fehlerhafte Datensatz muss storniert werden. Der zu stornierende Datensatz ist in den Abrechnungsdaten des Folgemonats/ Folgequartal oder in einer separaten Datenlieferung mit dem Verarbeitungskennzeichen[3] "30" im IVK-Segment zu liefern. Der Stornodatensatz entspricht hinsichtlich der Leistungspositionen im ABR-Segment sowie der Beträge genau des zu stornierenden Falles. Es wird das gleiche Vorzeichen wie in der Erstdatenlieferung verwendet. Dies gilt auch für das FKI-Segment und der Rechnungsnummer.

   Ein "neuer Originalfall" kann nach einem Storno auf Fallebene übermittelt werden. Beispiel: Ist Fall aufgrund eines fachlich-inhaltlichen Fehlers (z.B. abgerechnete Gebührenposition ist nicht korrekt) storniert worden, kann ein neuer (korrigierter) Datensatz mit dem Verarbeitungskennzeichen "10" im IVK-Segment und neuer m RGI-

[2] Die Richtlinie und die Technische Anlage können über das Internet auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes aufgerufen werden: gkv-datenaustausch/Leistungserbringer/Direktabrechner/Verträge nach §§ 73b, 73c und 140a SGB V

[3] Siehe Abschnitt 4.4.1 Technische Anlage unter Segment IVK-Feld 1/1.2

Segment geliefert werden. Der Korrekturzähler bleibt dabei auf dem Wert "0". Der Dateiname wird an der fünften Stelle mit einer "0" = Abrechnungsdatei übermittelt.

5. Sofern die technischen Voraussetzungen zu einem späteren Zeitpunkt hierfür gegeben sind, führen Fehler aus vertrags- und leistungsrechtlichen Prüfungen grundsätzlich ebenfalls zur Abweisung der gesamten Datenlieferung. Für das weitere Verfahren zur Unterrichtung, Korrekturanforderung und korrigierter Abrechnungsdatei gilt Absatz 3 entsprechend.

Bestimmungen zur Rechnungslegung

Für eine Abrechnung der Leistungen nach Anhang 4 gegenüber der KK ist die Vorgabe bestimmter Rechnungsinhalte erforderlich. Sie sollen eine standardisierte Rechnungslegung sicherstellen und deren Prüfung ermöglichen. Unter Hinweis auf § 7 (Abrechnung) i.V.m. Anhänge 4a und 4b (Leistungsbeschreibung und Vergütung) des Vertrages müssen die Rechnungen folgende Angaben enthalten:

- LANR (Lebenslange Arztnummer)
- BSNR (Betriebsstätten Nummer)
- Vertragskennzeichen
- KVNR (Krankenversicherten Nummer)
- Versichertenname
- Geburtsdatum
- Gebührenziffer und Wert gem. Anlage IV
- Leistungsdatum
- Rechnungssumme
- Leistungszeitraum (=Leistungsquartal)
- Rechnungsnummer
- Rechnungsdatum

Anhang 15 - Voraussetzungen Telemedizinischer Anbieter

§ 1

Voraussetzungen Telemedizinischer Anbieter

(1) Der telemedizinische Anbieter muss zum Zeitpunkt der Zulassung sowie während der gesamten Zeit des Betriebes

a) die telemedizinische Infrastruktur bestehend aus Software, Backend-Servern, definierten Prozessabläufen sowie Schulungsinfrastruktur und -inhalten in ausreichender Menge bereithalten,

b) die rechtlichen Rahmenbedingungen sowohl zur Wahrung des Arztgeheimnisses auf Basis der landesspezifischen Berufsordnung für Ärzte im Geltungsbereich des Freistaates Bayern und des § 203 Abs. 1 Nr. 1 Strafgesetzbuch (StGB) als auch für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten einhalten, die sich insbesondere aus den Vorschriften der DSGVO, des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des SGB V sowie des SGB X ergeben,

c) gewährleisten, dass sämtliche Inhalte während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem Stand der Technik Ende-zu-Ende, bspw. nach der Technischen Richtlinie 3116-1 des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik in der jeweils aktuell gültigen Fassung, verschlüsselt sind,

d) gewährleisten, dass eine adressierte Kommunikation sowie eine eindeutige Identifizierung des Absenders und des Empfängers erfolgt,

e) gewährleisten, dass sämtliche personenbezogenen Inhalte durch den telemedizinischen Anbieter weder eingesehen noch gespeichert werden,

f) gewährleisten, dass keine Werbung bei der Nutzung geschalten wird,

g) gewährleisten, dass die Übertragung der Daten authentizitäts- und integritätsgeschützt erfolgt,

h) gewährleisten, dass bei einem Serverausfall keine Datenverluste auftreten, die über den Zeitpunkt des letzten Backups hinausgehen,

i) Es werden tägliche Backups erstellt, um den Datenverlust im Falle eines Serverausfalls so gering wie möglich zu halten,

j) inhaltliche Veränderungen der übertragenen Daten auf dem Server ausschließen,

k) ein geeignetes Schulungskonzept sowie Informations- und Schulungsunterlagen vorhalten, um die teilnehmenden Ärzte über alle Funktionen und Einsatzmöglichkeiten der telemedizinischen Komponenten sowie zum Datenschutz zu informieren.

l) gewährleisten, dass sowohl der anfragende Arzt als auch der Experte die Anfrage sowie den Zweitbefund zusammenhängend bezogen auf den Patienten elektronisch speichern und archivieren kann,

m) gewährleisten, dass die Erfassung der patientenbezogenen Daten ausschließlich anhand mit den vertraglich kooperierenden Facharztverbänden abgestimmter standardisierter und indikationsbezogener Vorgaben erfolgt und

n) gewährleisten, dass für den anfragenden Arzt und den Experten für jedes gemeinsame Tele-Konsil eine eindeutige Fallidentifizierung anhand einer Referenzfallnummer erfolgen kann.

o) gewährleisten, dass der Stand der Technik, Datenschutz und Datensicherheit vergleichbarer Produkte bzw. Branchen zumindest nicht unterschritten wird.

(2) Der telemedizinische Dienstleister ist verpflichtet, ein Datenschutzkonzept zu entwickeln, das den Nachweis der Anforderungen gemäß Absatz 1, insbesondere hinsichtlich der Gewährleistung von Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit, erbringt. Das Datenschutzkonzept muss detailliert darlegen, wie diese Punkte umgesetzt werden. Dabei wird besonderes Augenmerk auf die Informationssicherheit und den Datenschutz des Telekonsils gelegt. Das Datenschutzkonzept muss zum Zeitpunkt der Zulassung vorliegen und von dem Hausärzteverband abgenommen werden.

(3) Der telemedizinische Anbieter muss interessierte Ärzte über die technischen Anforderungen in der Arztpraxis umfassend informieren.

§ 2

Technische Funktionsstörungen

(1) Der telemedizinische Anbieter muss

a) gewährleisten, dass die zur Datenübertragung erforderlichen Server zu 99,5% der Zeit (gemittelt über das Kalenderjahr) verfügbar sind,

b) gewährleisten, dass technische Probleme aufgrund von Aufrechterhaltung der Garantieansprüche von ihm selbst behoben werden, da die Vertragspartner keine

technische Unterstützung bei der Installation, der Nutzung oder bei Fehlfunktionen der telemedizinischen Ausstattung leisten.

c) einen werktäglichen Support von Montag bis Freitag in der Zeit von 8 Uhr bis 18 Uhr (außer an Feiertagen, die auf einen Wochentag fallen) bereitstellen,

d) innerhalb von 24 Stunden während des werktäglichen Supports auf gemeldete Probleme zu reagieren,

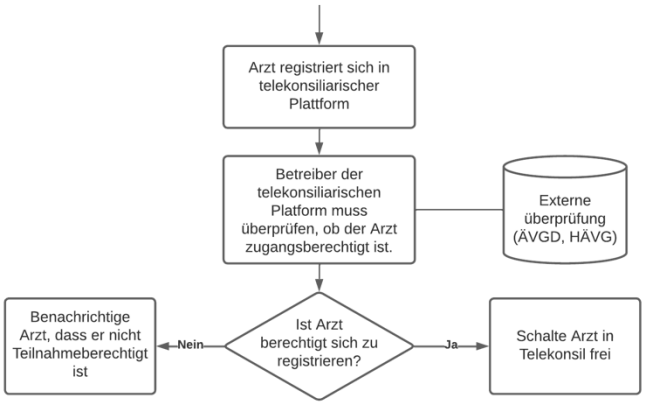
e) spätestens nach 72 Stunden eine Lösung für Probleme innerhalb des Systems des telemedizinischen Anbieters bereitstellen.

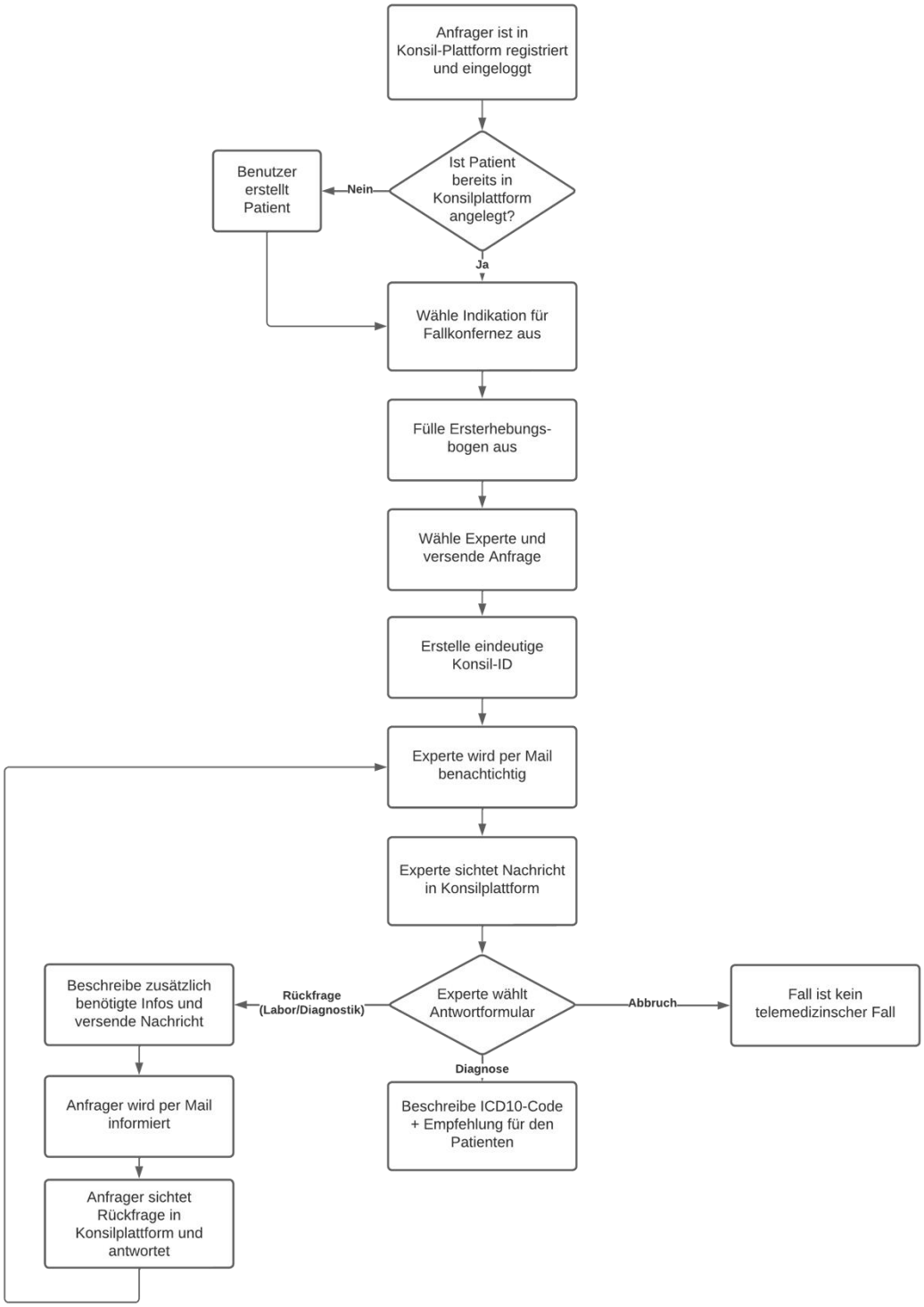
f) Der BHÄV leistet keine technische Unterstützung bei der Installation, der Nutzung oder bei Fehlfunktionen des telemedizinischen Anbieters oder der zur Datenübermittlung eingesetzten Hardware. Technische Probleme müssen von dem jeweiligen Anbieter behoben werden.

Anhang 16 - Grafische Darstellung der Registrierung sowie des Konsilablaufs

§ 1

Grafische Darstellung der Benutzerregistrierung



§ 2

Grafische Darstellung des Konsilablaufs