

Vertrag zur Versorgung mit Telekonsilen
im Fachgebiet der Dermatologie
in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V
(Facharztvertrag TeleDermatologie)

zwischen



AOK Baden-Württemberg („AOK“)
Presselstr. 19, 70191 Stuttgart
vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Johannes Bauernfeind

und



MEDIVERBUND AG („MEDIVERBUND“)
Liebknechtstr. 29, 70565 Stuttgart
vertreten durch die Vorstände Frank Hofmann und Dr. jur. Wolfgang Schnörer

und



MEDI Baden-Württemberg e.V. („MEDI e.V.“)
Liebknechtstr. 29, 70565 Stuttgart
vertreten durch den Vorstand Dr. Werner Baumgärtner

sowie

teilnehmenden FACHÄRZTEN

(einzeln oder gemeinsam „Vertragspartner“)

Inhaltsverzeichnis

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND	3
Präambel	3
§ 1 Vertragsgegenstand	3
ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES	4
§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren	4
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme	4
§ 4 Einschreibung und Versorgung von AOK-Versicherten	5
§ 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES	6
§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES	7
§ 7 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag	7
ABSCHNITT III: LEISTUNGSINANSPRUCHNAHME DURCH VERSICHERTE	8
§ 8 Leistungsanspruchnahme durch Versicherte	8
ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK und MEDIVERBUND UNTEREINANDER	8
§ 9 Anwendungsbereich dieses Abschnitts	8
§ 10 Leistungen der Managementgesellschaft	8
§ 11 Pflichten der AOK	10
§ 12 Rechte und Pflichten von MEDI e.V.	10
§ 13 Wechselseitige Unterstützung	10
§ 14 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing	11
§ 15 Vertragssoftware	11
§ 16 Kündigung und Laufzeit	11
§ 17 Schlichtungsverfahren	12
ABSCHNITT V: ABRECHNUNG	12
§ 18 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft	12
§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK	14
§ 20 Verwaltungskostengebühr	15
ABSCHNITT VI: BEIRAT	15
§ 21 Beirat	15
ABSCHNITT VII: ALLGEMEINE REGELUNGEN	16
§ 22 Geltung der einzelnen Abschnitte	16
§ 23 Vertragsbeginn und Vertragsende	16
§ 24 Verfahren zur Vertragsänderung	17
§ 25 Haftung und Freistellung	17
§ 26 Qualitätssicherung	17
§ 27 Datenschutz	18
§ 28 Sonstiges	18
Anlagenübersicht	19

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND

Präambel

Aufgrund des steigenden Versorgungsbedarfs bei Hauterkrankungen sowie eines persistierenden Terminmangels in der ambulanten Dermatologie können telemedizinische Lösungen alternative Versorgungsangebote darstellen. Mithilfe eines Telekonsils können Patientendaten und Befunde auf elektronischem Wege zwischen Haus- und Facharzt übermittelt werden, wodurch eine zeitnahe Versorgung bei auffälligen Hautveränderungen oder bei Verdacht auf maligne Hauttumoren stattfinden kann.

Die Versorgung nach diesem Vertrag sieht vor, dass nach Einleitung eines dermatologischen Telekonsils durch den behandelnden HZV-Arzt („HAUSARZT“) eine Befundung durch den teilnehmenden Facharzt („FACHARZT“) durchgeführt und das Ergebnis im Rahmen eines Konsiliarberichts an den HAUSARZT übermittelt wird. Die Bearbeitung und der Versand eines Telekonsils erfolgt über die Vertragssoftware und einer verschlüsselten IT-Infrastruktur.

Die AOK als gesetzliche Krankenkasse mit circa 4,5 Millionen Versicherten in Baden-Württemberg möchte gemeinsam mit dem MEDIVERBUND, als von den Vertragspartnern benannte Managementgesellschaft, sowie den an diesem Vertrag („Vertrag“) teilnehmenden Ärzten/-innen und Medizinischen Versorgungszentren (im Folgenden „FACHÄRZTEN“) Versicherten eine besondere ambulante Versorgung gemäß § 140a SGB V anbieten. Die AOK erfüllt durch das Angebot der Vertragspartner den Sicherstellungsauftrag gegenüber den teilnehmenden und zu versorgenden Versicherten.

Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass dieser Vertrag eine fachärztliche Ergänzung zum HZV-Vertrag der AOK vom 08.05.2008 und Teil des AOK-FacharztProgramms ist, in dem bereits Facharztverträge nach § 140a SGB V bestehen. Der HZV-Vertrag sowie alle Facharztverträge nach §140a SGB V sollen medizinisch und wirtschaftlich zu einer optimal vernetzten, ambulanten Versorgung für die Patienten verbunden werden.

Die Vertragspartner verfolgen insbesondere folgende gemeinsame Versorgungsziele:

1. Die FACHÄRZTE arbeiten intensiv mit dem HAUSARZT des Patienten zusammen. Dabei geht es v.a. um eine gegenseitige, zeitnahe Information per elektronischer Datenübermittlung und einer fachübergreifenden Kooperation bei der Diagnostik dermatologischer Sachverhalte.
2. Die Vertragspartner unterstützen telemedizinische Versorgungsangebote als Ergänzung bzw. Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung.

Dies vorausgeschickt, vereinbaren die Vertragspartner das Folgende:

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Umsetzung einer flächendeckenden und hochqualitativen Versorgung mit Telekonsilen im Fachgebiet Dermatologie (nachfolgend AOK-FacharztProgramm TeleDermatologie) für Versicherte der AOK in Baden-Württemberg durch die nach Abschnitt II. dieses Vertrages teilnehmenden FACHÄRZTE.
- (2) Abschnitt III. regelt die Leistungsanspruchnahme der Versicherten der AOK.
- (3) MEDIVERBUND als Managementgesellschaft („Managementgesellschaft“) erbringt in diesem Zusammenhang die im Abschnitt IV dieses Vertrages geregelten Managementleistungen und führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringenseite das in Abschnitt V geregelte Abrechnungsmanagement durch.
- (4) Grundlage für die erfolgreiche Durchführung dieses Vertrages ist eine enge und von gegenseitigem Vertrauen geprägte Zusammenarbeit der Vertragspartner.

ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES

§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren

- (1) Die Vertragspartner eröffnen zugelassenen Vertragsärzten/-innen („Ärzte“), persönlich ermächtigten Ärzten/-innen („Ermächtigte“) und Medizinischen Versorgungszentren („MVZ“) die Möglichkeit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm TeleDermatologie nach Maßgabe dieses Vertrages.
- (2) Ärzte und MVZ (§ 95 Abs. 1 und § 311 Abs. 2 SGB V) sind im Rahmen der berufsrechtlichen Grenzen zur Teilnahme an diesem Vertrag durch Vertragsbeitritt im Sinne von § 3 Abs. 4 lit. b („Vertragsteilnahme“) berechtigt, wenn sie die in den nachfolgenden lit. a bis c genannten Eigenschaften und die in § 3 genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen („teilnahmeberechtigter Vertragsarzt“):
 - a) Ärzte verfügen über eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt¹ für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Hautarzt)².
 - b) Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte des Vertragsarztes/MVZ liegen in Baden-Württemberg. Zur Sicherstellung der Versorgung kann der Beirat gemäß § 21 eine Abweichung von dieser Norm beschließen.
 - c) Ärzte verfügen über eine Genehmigung zum Hautkrebscreening (ab 35 Jahren) gemäß Abschnitt D. II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Im Falle eines MVZ sind die Voraussetzungen gem. lit. a und c durch einen Arzt zu erfüllen, der angestellt oder freiberuflich im MVZ tätig ist.

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme

- (1) Ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt im Sinne von § 2 Abs. 2 kann die Teilnahme durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach Anlage 1 schriftlich beantragen. Eine Teilnahme genehmigung ist nur unter Berücksichtigung der Kriterien nach Anlage 8 möglich.
- (2) Managementgesellschaft ist der MEDIVERBUND. Die Teilnahmeerklärung ist an die Managementgesellschaft zu richten. Die Managementgesellschaft ist im Zusammenhang mit der Vertragsteilnahme, Durchführung und Beendigung dieses Vertrages zur Abgabe von Erklärungen gegenüber dem FACHARZT und Entgegennahme von Erklärungen des FACHARZTES mit Wirkung für die anderen Vertragspartner berechtigt.
- (3) Voraussetzungen für die Vertragsteilnahme sind:
 - a) Erfüllung der Eigenschaften gemäß § 2;
 - b) Nachweis der Teilnahme an einer vertragsspezifischen Schulung (Anlage 6). Die Teilnahme an einer solchen Schulung muss durch den Vertragsarzt bzw. den angestellten Hautarzt des MVZ erfolgen;
 - c) Ausstattung mit der Vertragssoftware gemäß Anlage 3 sowie mit einer onlinefähigen IT,

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

² Die verwendete Facharztbezeichnung richtet sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließt auch diejenigen Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

die den Betriebssystemanforderungen der Vertragssoftware entspricht, und Anbindung über Breitband-Telekommunikation zur Telekonsil-Befundung und Steuerung von Abrechnungs- und Informationsprozessen; Einzelheiten zu dieser technischen Ausstattung ergeben sich aus Anlage 3;

- d) Angabe einer E-Mail-Adresse zur optionalen Übermittlung vertragsrelevanter Informationen durch die Managementgesellschaft;
- e) Nachweis der kontinuierlichen Teilnahme an zertifizierten Fortbildungen gemäß der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V;

Im Falle eines MVZ sind die Voraussetzungen gem. lit. b durch einen teilnahmeberechtigten Arzt zu erfüllen, der angestellt oder freiberuflich im MVZ tätig ist.

- (4) Die Managementgesellschaft prüft die Teilnahmeberechtigung des Facharztes nach dem vorstehenden Absatz und teilt ihm spätestens 2 Wochen nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der Managementgesellschaft schriftlich ein Zwischenergebnis bzw. das Ergebnis ihrer Prüfung wie folgt mit:
 - a) Aufforderung zur Nachbesserung zur Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen. Erfüllt ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3, lit. a bis e zum Zeitpunkt der Abgabe der Teilnahmeerklärung nicht und ergibt sich dies nach Prüfung durch die Managementgesellschaft, setzt die Managementgesellschaft eine Frist von 3 Monaten, innerhalb derer der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt für die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen sorgen kann. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, zum Nachweis der Teilnahmevoraussetzungen geeignete Unterlagen anzufordern, wenn sie Zweifel an der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen hat. Erfüllt der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt die Teilnahmevoraussetzungen nicht innerhalb der Frist nach Satz 1, ist die Abgabe eines neuen Vertragsangebotes durch diesen Arzt gemäß Abs. 1 erforderlich.
 - b) Teilnahme am AOK-FacharztProgramm TeleDermatologie. Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 1 und 3 vor, gegebenenfalls nach Nachbesserung im Sinne von lit. a, nimmt die Managementgesellschaft das Vertragsangebot des teilnahmeberechtigten Vertragsarztes zur Teilnahme am AOK-FacharztProgramm TeleDermatologie unter Berücksichtigung von Anlage 8 unverzüglich an. Die Annahme erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung der Managementgesellschaft an den teilnahmeberechtigten Vertragsarzt über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 3. Mit Zugang dieser Bestätigung über die Vertragsteilnahme wird der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt Vertragspartner als FACHARZT dieses Vertrages.

§ 4 Versorgung von AOK-Versicherten

- (1) Für die Versorgung mit einem Telekonsil nach § 1 Abs. 1 wurde die Leistungsanspruchnahme nach § 8 vom behandelnden HZV-Arzt geprüft und die Einwilligung zur Datenübertragung eingeholt. Der FACHARZT kann auf dieser Grundlage die Telekonsile durchführen.
- (2) Ein Anspruch von Versicherten zur Teilnahme ergibt sich allein aus den jeweils aktuellen Teilnahmeerklärungen und Merkblättern Hausarzt- und FacharztProgramm der AOK in Verbindung mit der jeweils gültigen Satzung.

§ 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES

- (1) Der FACHARZT ist gegenüber der Managementgesellschaft gemäß den folgenden Absätzen 2 bis 10 zum Angebot einer besonderen Versorgung an die teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der nach Maßgabe von Abschnitt V erbring- und abrechenbaren Leistungen sowie besonderer Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen verpflichtet. Die medizinische Verantwortung für die Befundung bzw. das Ergebnis/Diagnose des Telekonsils verbleibt bei dem behandelnden FACHARZT. Er erbringt seine ärztlichen Leistungen selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht.
- (2) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden Qualifikationsanforderungen selbst oder ggf. durch einen im Rahmen des Zulassungsrechts angestellten Arzt bzw. als MVZ durch einen Vertragsarzt/angestellten Arzt erfüllen:
 - a) Konsequente Berücksichtigung der für die Behandlung in der dermatologischen Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien nach Maßgabe von Anlage 2;
 - b) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V. Nachweise über vertragsspezifische Fortbildungspflichten gemäß Anlage 2 sind bei der Managementgesellschaft einzureichen;
 - c) Aktive Unterstützung von hausärztlichen Qualitätszirkeln nach Maßgabe von Anlage 2;
 - d) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln nach Maßgabe von Anlage 2.
- (3) Der FACHARZT erbringt im Rahmen des AOK-FacharztProgramms TeleDermatologie folgende besondere Leistungen:
 - a) Übermittlung der nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben für die Abrechnung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen an die Managementgesellschaft (vgl. 295a Abs. 1 SGB V).
 - b) Der FACHARZT erbringt alle gemäß Anlage 12 vertraglich definierten Leistungen nach diesem Vertrag. Leistungen dieses Vertrages dürfen von FACHÄRZTEN nicht privat liquidiert werden.
- (4) Der FACHARZT ist verpflichtet, bei der Abrechnung gegenüber der Managementgesellschaft nach Maßgabe des V. Abschnitts das Abrechnungsmodul gemäß Anlage 3 zu nutzen. Einzelheiten zu den mit dem Abrechnungsmodul verbundenen technischen Voraussetzungen und Funktionen der Vertragssoftware ergeben sich aus Anlage 3.
- (5) Die Installation und Nutzung spezifischer Hardware in Form eines „HZV-Online-Key“ ist verpflichtend. Einzelheiten hierzu regelt die Anlage 3. Dabei wird das Ziel einer zukunftsorientierten elektronischen Praxisinfrastruktur zur Optimierung der Versorgung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sowie der möglichen Nutzung von Mehrwertdiensten verfolgt. Einzelheiten regelt Anlage 3.
- (6) Der FACHARZT ist verpflichtet, bei der Durchführung eines Telekonsils im Rahmen dieses Vertrags die Vertragssoftware gemäß Anlage 3 einzusetzen.
- (7) Durch den FACHARZT besteht die grundsätzliche Bereitschaft zur Durchführung von durchschnittlich mindestens 40 Telekonsilen pro Monat.

- (8) Der FACHARZT ist verpflichtet, gegebenenfalls bereitstehende Telekonsile werktätlich abzurufen und zu bearbeiten.
- (9) Der FACHARZT ist verpflichtet, den Konsiliarbericht innerhalb von drei Werktagen nach Zugang der Konsilanforderung zu übermitteln.
- (10) Der FACHARZT ist verpflichtet, eine Abwesenheit von mehr als drei Werktagen bei der Managementgesellschaft anzuzeigen.

§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES

- (1) Der FACHARZT ist verpflichtet, die im folgenden Absatz 2 genannten Änderungen spätestens 3 Monate vor Eintritt der jeweiligen Änderung durch Übermittlung des in Anlage 1 beigefügten Meldeformulars („Stammdatenblatt“) an die Managementgesellschaft schriftlich anzuzeigen, es sei denn, der FACHARZT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der FACHARZT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich nach Kenntniserlangung anzuzeigen.
- (2) Als Änderung im Sinne von Abs. 1 gelten insbesondere
 - a) Umzug der Praxis des FACHARZTES (Änderung der Betriebsstätte; Wechsel der Betriebsstättennummer) bzw. Aufgabe oder Übergabe der Praxis an einen Dritten;
 - b) Rückgabe, Ruhen oder Entzug der Zulassung;
 - c) Stellung eines Insolvenzantrages bezogen auf das Vermögen des FACHARZTES (Vertragsarzt/MVZ);
 - d) Änderung der in dem Stammdatenblatt aufgeführten Stammdaten des FACHARZTES (Stammdatenblatt);
 - e) Entfallen der Teilnahmeberechtigung nach § 2 Abs. 2 (z. B. Wechsel in ein Angestelltenverhältnis);
 - f) Entfallen einer der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs. 3 oder der Qualifikationsanforderungen gemäß § 5 Abs. 2.
- (3) Der FACHARZT hat der Managementgesellschaft nach deren schriftlichen Aufforderung Auskunft zu erteilen, ob er die Anforderungen nach § 2, § 3 Abs. 3 und § 5 Abs. 2 einhält.

§ 7 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag

- (1) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet unmittelbar mit Entfallen der Teilnahmeberechtigungen nach § 2 Abs. 2, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung seitens eines der Vertragspartner bedarf.
- (2) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet spätestens mit dem Vertragsende nach § 23 Abs. 3 lit. a und/oder b.
- (3) Der FACHARZT kann seine Vertragsteilnahme mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen. Die Kündigung ist der Managementgesellschaft schriftlich zuzustellen. Das Recht des FACHARZTES zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als wichtiger Grund gilt für den FACHARZT insbesondere, wenn die in § 18 Abs. 2 geregelten Voraussetzungen eintreten (Sonderkündigungsrecht bei Änderung der bisherigen Vergütungsregelung zum Nachteil des FACHARZTES).

- (4) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner den Vertrag gegenüber dem FACHARZT fristlos aus wichtigem Grund außerordentlich zu kündigen. Als wichtiger Grund gilt insbesondere, wenn
- a) der FACHARZT die Mitwirkung an einer Prüfung gemäß § 26 verweigert, die hierfür erforderlichen Unterlagen nicht oder nicht vollständig zur Verfügung stellt, oder einer entsprechenden Aufforderung der Managementgesellschaft nicht binnen 4 Wochen nachkommt; oder
 - b) der FACHARZT gegen eine ihm nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt, die so schwerwiegend ist, dass ohne schriftliche Abmahnung der sofortige Ausschluss erfolgt; oder
 - c) der FACHARZT wiederholt oder in nicht nur geringem Umfang Doppelabrechnungen im Sinne von § 18 Abs. 1 vorgenommen hat; oder
 - d) durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere durch eine gesetzliche Änderung, aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen, die Erfüllung des Vertrages für AOK und MEDIVERBUND untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.
- (5) Die Kündigung hat jeweils schriftlich zu erfolgen. Für die Wirksamkeit der Kündigung gegenüber sämtlichen Vertragspartnern ist es ausreichend, dass die Kündigung gegenüber der Managementgesellschaft bzw. durch die Managementgesellschaft erklärt wird.
- (6) Die Kündigung durch den FACHARZT oder gegenüber dem FACHARZT führt zur Vertragsbeendigung für den FACHARZT mit Wirkung gegenüber sämtlichen übrigen Vertragspartnern. Die Beendigung des Vertrages durch einen FACHARZT hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen des Vertrages zwischen den verbleibenden Vertragspartnern, d.h. AOK, MEDI e.V. und MEDIVERBUND und den am Vertrag weiter teilnehmenden FACHÄRZTEN.

ABSCHNITT III: LEISTUNGSINANSPRUCHNAHME DURCH VERSICHERTE

- § 8 Leistungsinanspruchnahme durch Versicherte
Leistungen nach dieser Vereinbarung können AOK-Versicherte in Anspruch nehmen, die am AOK HausarztProgramm teilnehmen. Im Übrigen gilt § 4.

ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK und MEDIVERBUND UNTEREINANDER

- § 9 Anwendungsbereich dieses Abschnitts
Dieser Abschnitt IV begründet ausschließlich Rechte und Pflichten zwischen AOK, MEDI e.V. und MEDIVERBUND. Die Verpflichtung der AOK zur Leistung der Vergütung für im Rahmen des AOK-FacharztProgramms TeleDermatologie erbrachte Leistungen des FACHARZTES und die Verpflichtung der Managementgesellschaft zur Abrechnung der Leistungen des FACHARZTES gegenüber der AOK sind im nachfolgenden Abschnitt V gesondert geregelt.
- § 10 Leistungen der Managementgesellschaft
- (1) Die Managementgesellschaft verpflichtet sich gegenüber der AOK zum Angebot einer fachärztlichen Versorgung gemäß § 140a SGB V durch vertragsärztliche Leistungserbringer. Die Managementgesellschaft übernimmt nicht den Sicherstellungsauftrag.

- (2) Zur Erfüllung ihrer Verpflichtung gemäß Abs. 1 Satz 1 dieses § 10 übernimmt die Managementgesellschaft die Koordinierung und Umsetzung der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE gegenüber der AOK wie folgt:
- a) Bekanntgabe des Vertrages und Erläuterung der Vertragsteilnahme für FACHÄRZTE in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere Kommunikationsmaßnahmen (§§ 13 und 14);
 - b) Unverzügliche Reaktion und Beantwortung von Anfragen der FACHÄRZTE zur Vertragsteilnahme in angemessener Bearbeitungszeit (Servicehotline);
 - c) Koordination der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE an diesem Vertrag (§ 3);
 - d) Entgegennahme von Teilnahmeerklärungen von FACHÄRZTEN;
 - e) Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3) anhand der Angaben in der Teilnahmeerklärung und der beigelegten Nachweise gemäß Teilnahmeerklärung Arzt (Anlage 1). Der Managementgesellschaft durch den FACHARZT mitgeteilte Änderungen der Daten gemäß § 6 leitet die Managementgesellschaft an die AOK weiter;
 - f) Überprüfung von Zertifikaten und übersandten Unterlagen bei der Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3);
 - g) Stichprobenartige Überprüfung des Fortbestehens von Teilnahmevoraussetzungen (z.B. Ermächtigungen, vertragsärztliche Zulassung);
 - h) Generierung, Pflege und Bereitstellung von Arztstammdaten; Aufnahme von Arztstammdaten in das Arztverzeichnis sowie tägliche elektronische Übermittlung an die AOK und an die zentrale Infrastruktur der elektronischen Arztvernetzung; regelmäßige (wöchentliche) Versendung von Listen mit teilnehmenden und anfragenden FACHÄRZTEN im vereinbarten Format;
 - i) Entgegennahme von Kündigungen der Vertragsteilnahme durch FACHÄRZTE (§ 7);
 - j) Unterstützung bei Organisation, Angebot und Durchführung von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen, Schulungen und Qualitätszirkeln (Anlage 2);
 - k) Durchführung von Vertragsschulungen für FACHÄRZTE;
 - l) Erfassung und Prüfung der Teilnahme an vertraglich gemäß Anlage 2 bestimmten Fortbildungsveranstaltungen als laufende Teilnahmevoraussetzung;
 - m) Durchführung der Abrechnung der Vergütung gemäß § 295a Abs. 1 SGB V;
 - n) Bekanntgabe von Vertragsänderungen gegenüber FACHÄRZTEN in ihren Veröffentlichungsmedien und in Rundschreiben sowie ggf. durch weitere Kommunikationsmaßnahmen;
 - o) Sicherstellung einer vertragsgemäßen Leistungserbringung der FACHÄRZTE;
 - p) Ausgabe eines Identifikationscodes zur Generierung eines Software-Zertifikates (zur Signierung) durch den FACHARZT soweit erforderlich;

- q) Bereitstellung der Vertragssoftware gemäß Anlage 3 an den FACHARZT einschließlich eines First-Level-Supports;
 - r) Bereitstellung eines Konsilmanagements gemäß Anlage 18. Dies gilt nicht für TeleScan via KIM (Kommunikation im Medizinwesen);
- (3) Erfährt die Managementgesellschaft von Verstößen eines FACHARZTES gegen seine vertraglichen Pflichten nach dem Abschnitt II, ist sie verpflichtet, den FACHARZT abzumahnern. Die Managementgesellschaft ist ferner gegenüber der AOK verpflichtet, dem jeweiligen FACHARZT die Teilnahme nach Maßgabe des § 7 Abs. 4 zu kündigen, wenn ein Kündigungsgrund gegeben ist und der Beirat (§ 21 Abs. 4 lit. c die Kündigung beschlossen hat.
- (4) Die Managementgesellschaft ist zur Durchführung der in diesem Abschnitt geregelten Managementaufgaben mit schriftlicher Zustimmung der AOK zum Einsatz von Erfüllungsgehilfen berechtigt. Die Zustimmung darf nur aus wichtigem Grunde verweigert werden. Die Managementgesellschaft haftet für ihre Erfüllungsgehilfen nach Maßgabe des § 278 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).
- (5) Die Managementgesellschaft erbringt selbst keine ärztlichen Leistungen.

§ 11 Pflichten der AOK

- (1) Die AOK wird die Managementgesellschaft unverzüglich nach Kenntniserlangung auf einen Vertragsverstoß eines FACHARZTES hinweisen.
- (2) Die AOK wird die Managementgesellschaft bei der Organisation und dem Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen unterstützen. Einzelheiten regelt Anlage 2.
- (3) Die AOK ist zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren satzungsgemäßen Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 13 verpflichtet.

§ 12 Rechte und Pflichten von MEDI e.V.

- (1) MEDI e.V. ist zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 14 verpflichtet.
- (2) MEDI e.V. ist verpflichtet, soweit bekannt und datenschutzrechtlich zulässig, Änderungen von Mitglieder Stammdaten unverzüglich an die Managementgesellschaft weiterzuleiten. Vertragsverstöße sind der Managementgesellschaft mitzuteilen.

§ 13 Wechselseitige Unterstützung

- (1) Unbeschadet der Regelungen in § 10 Abs. 2 lit. a und § 12 Abs. 1 verpflichten sich AOK, MEDI e.V. und MEDIVERBUND,
 - a) die vertraglichen Inhalte und Ziele nach außen und nach innen uneingeschränkt zu unterstützen, insbesondere durch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit und eine aktive Unterstützung der in diesem Vertrag geregelten Geschäftsprozesse;
 - b) ihre Mitarbeiter in Fragestellungen dieses Vertrags umfassend und kontinuierlich zu schulen.

- (2) Im Zuge einer vertrauensvollen Zusammenarbeit wird die Bereitschaft zur Teilnahme an weiteren Versorgungsverträgen der AOK (z.B. Integrierte Versorgung, ärztliche Versorgung im Pflegeheim) vorausgesetzt. MEDIVERBUND und MEDI e.V. verpflichtet sich, diese Versorgungsangebote zu fördern.

§ 14 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing

AOK, MEDI e.V. und MEDIVERBUND stimmen Maßnahmen zu Öffentlichkeitsarbeit und Marketing untereinander ab.

§ 15 Vertragssoftware

- (1) AOK und MEDIVERBUND einigen sich über die Anwendung der Vertragssoftware gemäß Anlage 3 inklusive der dort genannten Besonderheiten.
- (2) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die in Anlage 3 genannten Vorgaben an die Vertragssoftware regelmäßig überprüft und eingehalten werden.

§ 16 Kündigung und Laufzeit

- (1) Der Vertrag beginnt gemäß § 23 Abs. 1 für AOK, MEDIVERBUND und MEDI e.V. Der Start des AOK-FacharztProgramms TeleDermatologie erfolgt, sofern die Mindestanzahl von 3 am Vertrag teilnehmenden FACHÄRZTEN erreicht wurde.
- (2) Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit. Er kann von AOK und MEDIVERBUND unbeschadet der Absätze 4 und 5 mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Quartals gekündigt werden. Erstmals kann der Vertrag zum 30.06.2025 gekündigt werden.
- (3) Für die Laufzeit der Vergütungsregelung gilt § 18 Abs. 2.
- (4) Die AOK ist erstmals nach Ablauf des 30.06.2025 berechtigt, diesen Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 5 (fünf) Monaten zum jeweiligen Jahresende zu kündigen, wenn für einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 6 (sechs) Monaten die Anzahl der teilnehmenden FACHÄRZTE gemäß Anlage 8 durchgängig unterschritten wurde. Unabhängig davon endet das AOK-FacharztProgramm TeleDermatologie unmittelbar mit dem Wegfall des Vertrags zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg (HZV).
- (5) Das Recht von AOK und MEDIVERBUND zur Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Zu einer fristlosen Kündigung berechtigen insbesondere die folgenden Kündigungsgründe:
- a) Die AOK oder der MEDIVERBUND verstoßen gegen eine ihnen nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung, und dieser Verstoß wird nicht innerhalb von 6 Wochen nach schriftlicher Aufforderung durch den jeweils anderen Vertragspartner beseitigt. Als Verstoß gegen eine wesentliche Verpflichtung in diesem Sinne wird insbesondere der Verzug mit der Zahlung gemäß § 19 Abs. 1 angesehen.
- b) Durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen (durch eine gesetzliche Änderung), aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen wird die Erfüllung des Vertrages für AOK, MEDIVERBUND oder den FACHARZT untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich.
- (6) Die Kündigung muss jeweils schriftlich erfolgen. Bei einer Kündigung der AOK und des

MEDIVERBUNDES ist die Managementgesellschaft zum Empfang der gegenüber den FACHÄRZTEN erklärten Kündigung bevollmächtigt. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über eine von AOK oder MEDIVERBUND erklärte Kündigung. Die vorstehenden Sätze finden bei einer – auch außerordentlich möglichen – Kündigung von MEDIVERBUND und MEDI e.V. entsprechend Anwendung.

§ 17 Schlichtungsverfahren

AOK und MEDIVERBUND richten zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder über seine Gültigkeit zwischen ihnen ergeben, das in Anlage 11 aufgeführte Schlichtungsverfahren ein. Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des Schlichtungsverfahrens, d.h. nach Durchführung mindestens eines Schlichtungstermins zulässig; AOK und MEDIVERBUND werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern. Der Vorrang des Schlichtungsverfahrens gilt nicht für Maßnahmen des einstweiligen Rechtsschutzes. Einzelheiten des Schlichtungsverfahrens regelt Anlage 11.

ABSCHNITT V: ABRECHNUNG

§ 18 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- (1) Der FACHARZT hat nach Maßgabe der Anlage 12 Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß im Rahmen des AOK-FacharztProgramms TeleDermatologie erbrachten und nach Maßgabe von diesem § 18 und Anlage 12 abgerechneten Leistungen („Vergütungsanspruch“). Leistungen, die gemäß Anlage 12 vergütet werden, dürfen nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg („KV“) abgerechnet werden („Doppelabrechnung“). Der Vergütungsanspruch gemäß Satz 1 richtet sich ausschließlich gegen die Managementgesellschaft.
- (2) Die Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 gilt zunächst bis zum 30.06.2023.
 - a) Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des FACHARZTES auswirken, können jederzeit durch Einigung von AOK und MEDIVERBUND mit Wirkung für den FACHARZT ergänzt werden; die Managementgesellschaft wird dem FACHARZT solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen der FACHÄRZTE und einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.
 - b) Einigen sich AOK und MEDIVERBUND bis zum 31.12.2022 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12), gilt die bisherige Vergütungsregelung zunächst bis zum 30.06.2025 fort.
 - c) Einigen sich die AOK und MEDIVERBUND bis zum 31.12.2022 über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12), die nicht lit. a unterfällt, teilt die Managementgesellschaft diese dem FACHARZT unverzüglich mit. Ist der FACHARZT mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende nach Bekanntgabe der Änderung zu kündigen. Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der FACHARZT nicht innerhalb der Frist, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung hinweisen.

- d) Besteht der Vertrag über den 30.06.2025 hinaus fort, gilt die zu diesem Datum anwendbare Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 für weitere 2 Jahre fort, wenn sich nicht AOK und MEDIVERBUND unbeschadet lit. a spätestens 6 Monate zuvor über eine Änderung der Vergütungsregelung geeinigt haben. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weitere Zwei-Jahres-Zeiträume, die der Vertrag über den 30.06.2025 hinaus fortbesteht.
- e) Bei einer insoweit rechtzeitigen Einigung über Änderungen der Vergütungsregelung hat der FACHARZT ein Sonderkündigungsrecht mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Zeitpunkt des Auslaufens der bisherigen Vergütungsregelung; lit. c gilt sinngemäß.
- (3) Der FACHARZT rechnet den Vergütungsanspruch jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („Abrechnungsquartal“) gegenüber der Managementgesellschaft ab („Abrechnung“). Der FACHARZT hat die Abrechnung an die Managementgesellschaft spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der Managementgesellschaft. Die Abrechnung der Vergütung durch den FACHARZT hat mittels der Vertragssoftware gemäß Anlage 3 zu erfolgen.
- (4) Ansprüche auf die Vergütung verjähren innerhalb von 12 Monaten. Diese Frist beginnt mit Ende des Quartals der Leistungserbringung.
- (5) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung nach Maßgabe der Anlage 13 (Abrechnungsprüfkriterien) und übersendet dem FACHARZT auf Grundlage der Abrechnung eine Übersicht der geprüften Leistungen („Abrechnungsnachweis“). Der Abrechnungsnachweis weist nur von der Managementgesellschaft und der AOK bzw. der gleichermaßen unbeantwortete Vergütungspositionen als Teil des nach Maßgabe der folgenden Absätze fälligen Vergütungsanspruchs aus („Abrechnungskorrektur“). Beanstandete Vergütungspositionen werden von der Managementgesellschaft erneut geprüft und, soweit die Beanstandung ausgeräumt werden kann, im nächstmöglichen Abrechnungsnachweis berücksichtigt.
- (6) Der FACHARZT ist verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich zu prüfen. Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis müssen der Managementgesellschaft unverzüglich schriftlich gemeldet werden. Falls der Abrechnungsnachweis bei dem FACHARZT nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die Managementgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen.
- (7) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gelten Abrechnungsnachweise als genehmigt, wenn ihnen nicht vor Ablauf von 6 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird (Schuldumschaffung). Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die Managementgesellschaft wird den FACHARZT bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der FACHARZT das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen. Die sich aus dem berichtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche des FACHARZTES sind nach Maßgabe von Abs. 8 auszugleichen.
- (8) Da die Managementgesellschaft zur Begleichung der entsprechenden Forderung des FACHARZTES ihrerseits auf Zahlung durch die AOK in entsprechender Höhe gemäß § 19 Abs. 1 angewiesen ist, wird der Vergütungsanspruch gegenüber der Managementgesellschaft erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der AOK gemäß § 19 Abs. 1 bei der Managementgesellschaft fällig. Die Auszahlung an den FACHARZT ist dann innerhalb von 21 Arbeitstagen,

spätestens jedoch zum Ablauf des vierten Monats, der auf das Quartal folgt, für das die Abrechnung übermittelt wurde, vorzunehmen. Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, von ihr unbeanstandete Vergütungspositionen aus der Abrechnung des FACHARZTES gegenüber der AOK durchzusetzen.

- (9) Die Managementgesellschaft hat unter diesem Vertrag Anspruch auf Rückzahlung von an die FACHÄRZTE geleisteten Überzahlungen. Eine Überzahlung („Überzahlung“) ist jede Auszahlung der Managementgesellschaft an einen FACHARZT, soweit sie die Gesamtheit, der zum Zeitpunkt der Auszahlung fälligen Vergütungsansprüche des FACHARZTES gegenüber der Managementgesellschaft übersteigt. Zu Überzahlungen gehören insbesondere auch Auszahlungen aufgrund von Fehlabbrechnungen, d.h. die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen durch den FACHARZT („Fehlabbrechnung“). Macht die Managementgesellschaft gegenüber dem FACHARZT eine Überzahlung geltend, so ist der FACHARZT verpflichtet, den Teil der Vergütung, auf den sich die Überzahlung bezieht, innerhalb von 4 Wochen nach Zugang einer Zahlungsaufforderung zu erstatten. Die Managementgesellschaft ist zur Aufrechnung berechtigt. Ein weitergehender Schadensersatzanspruch bleibt von dem Zahlungsanspruch nach diesem Absatz unberührt.
- (10) Die §§ 18 und 19 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den FACHARZT weiter, bis die Ansprüche des FACHARZTES auf Vergütung abgerechnet sind. Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft gemäß dem vorstehenden Absatz 9 bleiben von der Beendigung dieses Vertrages unberührt.
- (11) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, von dem sich aus dem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung der Vertragsteilnahme eines FACHARZTES ergebenden Vergütungsanspruch 2 Prozent zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen (Abs. 9) einzubehalten (Sicherungseinbehalt). Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherungseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherungseinbehalts nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft bereits erloschen ist, an den FACHARZT ausgezahlt. Rückzahlungsansprüche, von denen die Managementgesellschaft erst nach Ablauf der 12 Monate Kenntnis erlangt, bleiben unberührt.
- (12) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des Vergütungsanspruches regelt Anlage 12.
- (13) AOK und MEDIVERBUND werden nach Ablauf eines Jahres nach Vertragsbeginn gemäß § 24 Abs. 1 und 2 darüber verhandeln, ob die nach Maßgabe der §§ 18 und 19 und Anlage 12 vorausgesetzten Abrechnungsfristen gegenüber dem FACHARZT verkürzt werden können.
- (14) FACHÄRZTE dürfen Leistungen nach Anlage 12 nicht über die KV abrechnen.

§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK

- (1) Die Managementgesellschaft hat gegen die AOK einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung in Höhe des Vergütungsanspruches des FACHARZTES gemäß § 18 Abs. 1. Die Managementgesellschaft macht diesen Anspruch ihrerseits durch Abrechnung gegenüber der AOK („AOK-Abrechnung“) geltend.
- (2) Im Falle von Überzahlungen (§ 18 Abs. 9) wird ein Anspruch der AOK auf Erstattung einer solchen Überzahlung gegen der Managementgesellschaft erst fällig, wenn und soweit die Managementgesellschaft den Rückzahlungsanspruch gemäß § 18 Abs. 9 gegenüber dem FACHARZT durchgesetzt hat und eine entsprechende Zahlung bei ihr eingegangen ist. Die Managementgesellschaft ist zur Durchsetzung solcher Rückzahlungsansprüche gegenüber

dem FACHARZT verpflichtet, sofern diese auf durch die AOK nachgewiesenen falschen Abrechnungsnachweisen des FACHARZTES beruhen. Anderenfalls ist die Managementgesellschaft berechtigt, ihre Rückzahlungsansprüche an Erfüllung statt gemäß § 364 BGB an die AOK abzutreten. Wenn die Managementgesellschaft Kenntnis von Überzahlungen an einen FACHARZT erlangt hat, wird sie die AOK unverzüglich schriftlich darüber informieren.

- (3) Die AOK ist nicht zur Aufrechnung gegenüber Ansprüchen der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der AOK-Abrechnung berechtigt, sofern die Gegenansprüche nicht anerkannt oder rechtskräftig festgestellt sind.
- (4) Die AOK kann gegenüber der Managementgesellschaft binnen 24 Monaten nach Erhalt der AOK-Abrechnung sachlich-rechnerische Berichtigungen gemäß dem vorstehenden Absatz 2 geltend machen.
- (5) Dieser § 19 gilt auch nach Beendigung des Vertrages weiter, bis die wechselseitigen Ansprüche der AOK und der Managementgesellschaft abgerechnet sind.
- (6) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber der AOK eine Gebühr für die Bereitstellung und Durchführung des Konsilmanagements gemäß Anlage 18 zu erheben. Näheres vereinbaren die Managementgesellschaft und die AOK gesondert.

§ 20 Verwaltungskostengebühr

Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber der AOK eine an die Höhe der Vergütung gekoppelte Verwaltungskostengebühr für die Abrechnung und Organisation der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm TeleDermatologie zu erheben. Näheres vereinbaren die Managementgesellschaft und die AOK gesondert.

ABSCHNITT VI: BEIRAT

§ 21 Beirat

- (1) Die Durchführung dieses Vertrages wird durch einen Beirat gesteuert, der aus vier Vertretern der AOK und vier Vertretern des MEDIVERBUNDES besteht. Die Vertreter können von den sie benennenden Vertragspartnern jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden.
- (2) Der Beirat soll in der Regel zweimal im Kalenderjahr einberufen werden. Er muss einmal im Kalenderjahr einberufen werden.
- (3) Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Sämtliche Mitglieder des Beirats haben gleiches Stimmrecht. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (4) Der Beirat hat folgende Aufgaben:
 - a) Entwicklung von Vorschlägen an die Vertragspartner zur Weiterentwicklung der Vertragsinhalte.
 - b) Zustimmung zu Vertragsänderungen gemäß § 24 Abs. 3 unter besonderer Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE. Eine Zustimmung für Änderungen der Vergütungsregelung gemäß § 18 Abs. 2 ist nicht erforderlich.
 - c) Abstimmung der fristlosen Kündigung von FACHÄRZTEN durch die Managementgesellschaft gemäß § 7 Abs. 4 des Vertrages. Die AOK ist berechtigt, bei Vertragsverstößen eine

Abmahnung und gegebenenfalls fristlose Kündigung gemäß § 7 Abs. 4 vorzuschlagen. Besteht zwischen der Managementgesellschaft und dem Beirat keine Einigung über die Kündigung eines FACHARZTES, kann die Managementgesellschaft einen Beiratsbeschluss zur Entscheidung über die Kündigung beantragen. Wird der Beiratsbeschluss nicht innerhalb von 10 Tagen gefasst, nachdem die Managementgesellschaft erstmalig einen Antrag nach dem vorstehenden Satz 2 gestellt hat, ist die Managementgesellschaft in dem jeweiligen Einzelfall zur fristlosen Kündigung gemäß § 7 Abs. 4 nach pflichtgemäßem Ermessen berechtigt.

- d) Der Beirat kann zur Sicherstellung der Versorgung über Ausnahmen von Teilnahmevoraussetzungen, die befristet werden können, entscheiden.
- (5) Der Beirat kann sich eine Geschäftsordnung geben. Die Geschäftsordnung regelt unter anderem die Einberufung von Beiratssitzungen und Einzelheiten der Form der Beschlussfassung. Die Sitzungen des Beirats finden in Stuttgart statt.

ABSCHNITT VII: ALLGEMEINE REGELUNGEN

§ 22 Geltung der einzelnen Abschnitte

Für den FACHARZT finden ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme die folgenden Abschnitte Anwendung:

- II. Teilnahme des FACHARZTES
- V. Abrechnung der Vergütung und Verwaltungskostengebühr
- VI. Beirat
- VII. Allgemeine Regelungen

Für die übrigen Vertragspartner gelten sämtliche Abschnitte dieses Vertrages.

§ 23 Vertragsbeginn und Vertragsende

- (1) Der Vertrag tritt unbeschadet einer Vertragsteilnahme von FACHÄRZTEN gemäß § 3 mit Vertragsunterzeichnung in Kraft. Die Regelungen zur Beendigung der Vertragsteilnahme des FACHARZTES gemäß § 7 lassen die Laufzeit des Vertrages außer für diesen FACHARZT unberührt.
- (2) Die Regelungen zur Kündigung des Vertrages richten sich für FACHÄRZTE nach Abschnitt II und für die übrigen Vertragspartner nach Abschnitt IV.
- (3) Die Kündigung einzelner Vertragspartner, ordentlich oder außerordentlich, hat folgende Wirkung:
 - a) Kündigt die AOK den Vertrag gemäß § 16, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung für sämtliche Vertragspartner.
 - b) Kündigt der MEDIVERUND den Vertrag gemäß § 16, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - c) Kündigt der FACHARZT den Vertrag oder wird ihm gekündigt (§ 7), wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
 - d) Kündigungen von AOK oder MEDIVERBUND sind den jeweils anderen Vertragspartnern mit Ausnahme der FACHÄRZTE schriftlich zuzustellen. Die FACHÄRZTE sind hiervon durch

die Managementgesellschaft in Kenntnis zu setzen.

§ 24 Verfahren zur Vertragsänderung

- (1) Für Änderungen der Vergütungsregelung gilt § 18 Abs. 2.
- (2) Die Vertragspartner sind sich weiter darüber einig, dass anhand der Durchführung des Vertrages gewonnene Erkenntnisse zur Vertragssoftware Änderungen des Vertrages erforderlich machen können. AOK und MEDIVERBUND sind deshalb berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für die FACHÄRZTE nach Maßgabe des folgenden Abs. 4 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung dieses Vertrages erfordert und der Beirat der Änderung nach sorgfältiger Prüfung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE zugestimmt hat.
- (3) Die Managementgesellschaft wird Änderungen nach dem vorstehenden Absatz 2 den FACHÄRZTEN schriftlich bekannt geben und eine Frist von 6 Wochen nach Zugang der Mitteilung der Änderung einräumen, innerhalb derer der FACHARZT das Recht hat, den beabsichtigten Änderungen zu widersprechen, wenn sie sich nachteilig auf seine Rechtsposition auswirken. Solche Änderungen gelten als genehmigt, wenn der FACHARZT nicht schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft Widerspruch erhebt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei der Bekanntgabe gemäß Satz 1 besonders hinweisen. Zur Fristwahrung ist es ausreichend, dass der FACHARZT den Widerspruch innerhalb von 6 Wochen nach Bekanntgabe der Änderungen an die Managementgesellschaft absendet. Widerspricht der FACHARZT gemäß dem vorstehenden Satz 2, ist die Managementgesellschaft zur Kündigung des Vertrages gegenüber dem FACHARZT berechtigt. Die Kündigung wird zum Ablauf des Quartals wirksam, das auf den Zugang der Kündigung folgt. Sie führt zum Ausscheiden des FACHARZTES aus dem AOK-Facharztvertrag TeleDermatologie.
- (4) Änderungen, die die Position des FACHARZTES in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht ausschließlich verbessern, können von AOK und MEDIVERBUND ohne Zustimmung des FACHARZTES vereinbart werden. Die Managementgesellschaft wird den FACHÄRZTEN die Vertragsänderungen und den vereinbarten Beginn der Wirksamkeit unter Berücksichtigung ihrer Interessen und einer angemessenen Vorlauffrist schriftlich mitteilen.

§ 25 Haftung und Freistellung

- (1) Sofern nachfolgend nicht abweichend geregelt, haften die Vertragspartner für die Verletzung der von ihnen in der jeweiligen Leistungsbeziehung nach diesem Vertrag übernommenen Pflichten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften. Eine Haftung gegenüber nicht an diesem Vertrag beteiligten Dritten wird durch diesen Vertrag nicht begründet.
- (2) Freistellung nach diesem § 25 bedeutet die Abwehr unberechtigter und die Erfüllung berechtigter Ansprüche.
- (3) Die AOK als Freistellungsverpflichtete ist nicht berechtigt, gegenüber einem Freistellungsanspruch nach diesem § 25 Zurückbehaltungsrechte oder sonstige Gegenrechte aus diesem Vertrag geltend zu machen.

§ 26 Qualitätssicherung

Für die Qualitätssicherung der Leistungserbringung nach diesem Vertrag werden Qualitätssicherungsmaßnahmen festgelegt und durch eine Qualitätssicherungskommission, die von den Vertragspartnern eingerichtet wird, überprüft (Anlage 2). Die Teilnahme an den Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Anlage 2 ist für den FACHARZT verpflichtend. Weiterhin gelten

die Bestimmungen des § 137 SGB V.

§ 27 Datenschutz

- (1) Bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Patientendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zu beachten. Bei der Verarbeitung von Sozialdaten (Versichertendaten) sowie im Hinblick auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind insbesondere die Regelungen des Sozialgesetzbuches X zu beachten.
- (2) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK-Abrechnung gemäß § 19 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (3) Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite das im V. Abschnitt geregelte Abrechnungsmanagement durch. Voraussetzung für die FACHÄRZTE ist die Teilnahme an diesem Facharztvertrag sowie die Einwilligung der Versicherten auf Grundlage ausführlicher Informationen über die Datenverarbeitung im Rahmen der jeweiligen Teilnahmeerklärung. Weitere Regelungen zum Datenschutz sind in Anlage 16 geregelt.

§ 28 Sonstiges

- (1) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder aus einem anderen als dem in § 306 BGB bestimmten Grunde werden, oder sollte der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.
- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.
- (3) Soweit keine abweichenden Regelungen in diesem Vertrag getroffen wurden, gelten die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V, ärztliches Berufsrecht sowie bundesmantel- und gesamtvertraglichen Regelungen.
- (4) Keine Regelung in diesem Vertrag soll ein Arbeitsverhältnis oder eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts zwischen den Vertragspartnern begründen. Sofern nicht in diesem Vertrag ausdrücklich geregelt, vermittelt dieser Vertrag keinem Vertragspartner das Recht, einen anderen Vertragspartner rechtsgeschäftlich zu vertreten.

Anlagenübersicht

Der Vertrag hat folgende Anlagen. Die Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

- Anlage 1: Infopaket Facharzt
- Anlage 2: Qualifikations- und Qualitätsanforderungen
- Anlage 3: Vertragssoftware
- Anlage 4: unbesetzt
- Anlage 5: Starterpaket FACHARZT
- Anlage 6: Prozessbeschreibung FACHARZT
- Anlage 7: unbesetzt
- Anlage 8: Anzahl teilnahmeberechtigte FACHÄRZTE
- Anlage 9: Fachkonzept MEDIVERBUND und AOK
- Anlage 10: unbesetzt
- Anlage 11: Schlichtungsverfahren
- Anlage 12: Vergütung und Abrechnung (Honorartext und Vergütungstabelle)
- Anlage 13: Abrechnungsprüfkriterien
- Anlage 14: unbesetzt
- Anlage 15: unbesetzt
- Anlage 16: Datenflüsse und Datenschutz
- Anlage 17: unbesetzt
- Anlage 18: Konsilmanagement

Stuttgart, den

AOK Baden-Württemberg
Johannes Bauernfeind

MEDI Baden-Württemberg e.V.
Dr. med. Werner Baumgärtner

MEDIVERBUND AG
Frank Hofmann

MEDIVERBUND AG
Dr. jur. Wolfgang Schnörer

Infopaket FACHARZT

Das Infopaket FACHARZT enthält insbesondere die folgenden Unterlagen:

- Teilnahmeerklärung FACHARZT (siehe Anhang)
- Vertrag
- Informationen zur Vertragsteilnahme des FACHARZTES
- Liste der erforderlichen Nachweisdokumente (z.B. Nachweis Vertragsschulung, Nachweis der Bestellung eines HZV-Online-Keys)
- Stammdatenblatt

**Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung mit Telekonsilen
im Fachgebiet Dermatologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V**

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eine MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

Stammdaten							
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)						
<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt						
<input type="checkbox"/> Mitglied MEDI BW e.V.							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">LANR (9-stellig)</td> <td style="font-size: 8px;">HBSNR</td> </tr> </table>			LANR (9-stellig)	HBSNR			
LANR (9-stellig)	HBSNR						
Titel, Nachname, Vorname _____							
Ggf. Name MVZ _____	Telefon _____						
Straße & Hausnummer (Praxisanschrift) _____	Fax _____						
PLZ und Ort _____	E-Mail-Adresse _____						
Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)							
Kreditinstitut _____							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">IBAN (zwingend erforderlich)</td> <td style="font-size: 8px;">BIC</td> </tr> </table>			IBAN (zwingend erforderlich)	BIC			
IBAN (zwingend erforderlich)	BIC						
Kontoinhaber _____							
Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ							
<p>Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung mit Telekonsilen im Fachgebiet Dermatologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.</p> <p>Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Diagnostik, Befundung und Abrechnung über diesen Vertrag erst erfolgt, wenn die erforderliche Anzahl an eingeschriebenen FACHÄRZTEN gegeben ist (§ 16 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8). Die Managementgesellschaft informiert mich über das Eintreten dieser Bedingung umgehend, • die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die AOK mit den Vertragspartnern der Hausarzt-zentrierten Versorgung einen entsprechenden Vertrag zur Einleitung eines dermatologischen Telekonsils durch den HZV-Arzt geschlossen hat. Die Managementgesellschaft informiert mich über das Eintreten dieser Bedingung umgehend, • meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen; • ich meine vertraglichen Pflichten im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung (Anlage 2) sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann; • die Managementgesellschaft zum Zwecke des Konsilmanagements Daten (ohne Patientenbezug) gemäß Anlage 16 verarbeitet die bei der Durchführung eines Telekonsils erhoben werden; • die Managementgesellschaft im Rahmen des Konsilmanagements erhobene Daten zum Zweck der Qualitätssicherung und Verbesserung der Patientenversorgung analysiert und an die Qualitätssicherungskommission bzw. den Beirat weitergeben kann; • ich selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann; • bei Doppel- und Fehlabbrechnungen eine mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr entsteht; • ich mit Teilnahme an diesem Facharztvertrag <ul style="list-style-type: none"> ○ auch gleichzeitig an der elektronischen Arztvernetzung (eAV) im Rahmen des AOK Haus- und Facharztprogramms teilnehme. Hierzu wird der beigefügte Auftragsdatenvereinbarungsvertrag geschlossen, und/oder ○ die KIM-Erweiterung der Software TeleScan Dermatologie nutzen muss; • die Managementgesellschaft das von AOK geleistete Honorar weiterleitet, indem sie dieses auf das oben genannte Konto überweist, • ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z.B. Zulassungsrückgabe), spätestens 3 Monate vor Eintritt der Änderungen mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderungen erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen. • Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, des MEDIVERBUNDES und des MEDI e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt. Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf Seite 3 dieses Formulars. • Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages. 							
Unterschrift Vertragsarzt Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ	Stempel der Praxis/MVZ						
	Datum (TT.MM.JJ) <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						

Teilnahmevoraussetzungen											
<p>1. Persönliche Voraussetzungen: Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie persönlich eine oder mehrere persönliche Teilnahmevoraussetzungen nicht, können Sie nicht an diesem Vertrag teilnehmen. Ermächtigte Ärzte dürfen nur im Rahmen ihrer persönlichen Ermächtigung teilnehmen (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Ermächtigung).</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten und verfüge über eine Genehmigung zum Hautkrebs-screening gem. Abschnitt D. II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des G-BA (Nachweis: KV-Zulassung und KV-Genehmigung Hautkrebscreening)</p> <p><input type="checkbox"/> Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte sind in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung oder Arztregisterauszug)</p> <p><input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)</p> <p><input type="checkbox"/> Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)</p> <p><input type="checkbox"/> Verpflichtende Teilnahme an mindestens einem Qualitätszirkel pro Kalenderjahr gemäß Anlage 2 (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)</p>											
<p>2. Voraussetzungen der Praxis/BAG/MVZ Bitte beachten Sie: Sie können an diesem Vertrag nur dann teilnehmen, wenn Sie alle nachfolgend genannten, die Praxis/ BAG/MVZ betreffenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Anbindung über z.B. DSL (Nachweis: Selbstauskunft)</p> <p><input type="checkbox"/> Zugang zur Vertragssoftware gemäß Anlage 3 wird im Zusammenhang mit der Teilnahmebestätigung über MEDI beantragt (Nachweis: Selbstauskunft)</p> <p><input type="checkbox"/> HZV-Online-Key wird im Zusammenhang mit der Teilnahmebestätigung über MEDI beantragt (Nachweis: Bestellformular HZV-Online-Key)</p> <p><input type="checkbox"/> Bei Nutzung des KIM-Moduls der Software TeleScan Dermatologie wird eine gesonderte KIM-E-Mail-Adresse verwendet: _____ (Nachweis: Selbstauskunft)</p>											
Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen											
<p>1. allgemeine Voraussetzungen zur Abrechnung (Anlage 12) Bitte beachten Sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für Einzelpraxen, Praxen mit angestellten Ärzten, BAG und MVZ gilt: Leistungen für eingeschriebene Versicherte, die über diesen Vertrag abgerechnet werden, dürfen nicht zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet werden (vgl. insbesondere Anlage 12 Abschnitt III Ziff. 2). • MVZ/BAG/Praxen mit angestellten Ärzten: Falls einzelne Leistungen nicht von Ihnen selbst erbracht werden, bitten wir Sie, den leistungserbringenden Arzt nachfolgend anzugeben. 											
Folgende Ärzte sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig (Meldung weiterer Ärzte auf gesonderten Blatt möglich):											
LANR (7- oder 9-stellig) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>											_____
Titel, Nachname, Vorname	Fachgebiet										
LANR (7- oder 9-stellig) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>											_____
Titel, Nachname, Vorname	Fachgebiet										
LANR (7- oder 9-stellig) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>											_____
Titel, Nachname, Vorname	Fachgebiet										
LANR (7- oder 9-stellig) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>											_____
Titel, Nachname, Vorname	Fachgebiet										
<p><input type="checkbox"/> (Falls in Ihrer Praxis noch Ärzte anderer Fachgebiete tätig sind, die an einem Facharztvertrag und der eAV teilnehmen)</p> <p>Für unsere Praxis/BAG/MVZ erfolgte bereits eine Anmeldung zur eAV unter der BSNR: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table></p>											
<p>ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.</p>											

Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO

- Die hier angegebenen Daten werden in gemeinsamer Verantwortung (Art. 26 DSGVO) von der MEDIVERBUND AG und der AOK ausschließlich zur Durchführung dieses Vertrags auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO verarbeitet. Zur und nach Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme werden diese Daten an die AOK und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. Diese Daten und die von Ihnen an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt. Die AOK und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen erhalten durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Die Bekanntmachung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag durch Veröffentlichung Ihres Titels, Ihres Namens, Ihrer Praxisanschrift und Ihrer Telefon-/Faxnummer in einem Verzeichnis auf den Internetseiten zur Information für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche der AOK, der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V., beruht ebenfalls auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO. Darüberhinausgehende Angaben personenbezogener Daten für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche, z. B. zu Qualifikationen, sind freiwillig. Solche Angaben können Sie nach Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter www.medi-arztportal.de selber vornehmen. Rechtsgrundlage für die Veröffentlichung dieser Angaben ist Ihre Einwilligung nach Art. 6 (1) lit. a DSGVO. Ihre Einwilligung hinsichtlich der Veröffentlichung dieser Angaben können Sie jederzeit widerrufen.
- Zur Umsetzung der Vernetzung im Facharztvertrag TeleDermatologie nach § 140a SGB V hat die MEDIVERBUND AG die Gesellschaft für IT-Vernetzung GefIT mbH, Kölner Str. 18, 70376 Stuttgart, gem. Art. 28 DSGVO beauftragt.
- Die hier angegebenen Daten (Titel, Nachname, Vorname, LANR, BSNR, Empfängergruppe) und die Stammdaten der Praxis (die wir aus der Teilnahme Facharztvertrag TeleDermatologie § 140a SGB V übernehmen) werden von der MEDIVERBUND AG, der Gesellschaft für IT-Vernetzung GefIT mbH und dem Betreiber der Vertragssoftware nach Anlage 3 ausschließlich zur Durchführung des Facharztvertrags TeleDermatologie nach § 140a SGB V auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet.
- Die MEDIVERBUND AG sowie von ihr beauftragte Dritte, die ebenfalls zur Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften verpflichtet werden, können das Nutzungsverhalten zum Zwecke der Fehleranalyse sowie zur Weiterentwicklung und Verbesserung des angebotenen Services verarbeiten. Rechtsgrundlage hierfür ist unser berechtigtes Interesse (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO), den technischen Betrieb und die grundlegenden Funktionen sicherzustellen sowie zu verbessern. Die Auswertung erfolgt stets ohne jeglichen Patientenbezug.
- Meine Rechte zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 DSGVO und der Datenschutzerklärung (Anlage 16) im Facharztvertrag TeleDermatologie nach § 140a SGB V habe ich zur Kenntnis genommen.

Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber in unionsrechtlichen Verordnungen, Gesetzen oder sonstigen Vorschriften, denen die MEDIVERBUND AG (Vertragsparteien) unterliegt, vorgesehen wurde. Eine Löschung der Daten erfolgt auch dann, wenn eine durch die genannten Normen vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, es sei denn, dass eine Erforderlichkeit zur weiteren Speicherung der Daten für einen Vertragsabschluss oder eine Vertragserfüllung besteht. Ihnen steht ein Auskunftsrecht bezüglich der über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie den Zweck der Speicherung zu. Sie können Berichtigung oder Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen, sofern die Daten sachlich falsch sind oder deren Verarbeitung nicht (mehr) zulässig ist. Sie haben ein Recht auf Datenübertragbarkeit.

Verantwortlicher im Sinne der Datenschutzgrundverordnung ist:

MEDIVERBUND AG

Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 80 60 79-0, datenschutz-team@medi-verbund.de

Datenschutzbeauftragter: Markus Zechel, migosens GmbH, Wiesenstr. 35, 45473 Mülheim an der Ruhr, datenschutz-team@medi-verbund.de

Unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs steht Ihnen das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, insbesondere in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes, zu, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

Unterschrift Vertragsarzt

Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Praxis/MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

--	--	--	--	--	--	--

ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.

Vertrag zur Auftragsverarbeitung gem. Art. 28 DSGVO

Vereinbarung

zwischen dem

beauftragenden Facharzt gemäß Teilnahmeerklärung im Rahmen
des Facharztvertrags TeleDermatologie nach § 140a SGB V
mit der AOK Baden-Württemberg

- Verantwortlicher -

und

MEDIVERBUND AG als Managementgesellschaft

- Auftragsverarbeiter –

1. Rechtsgrundlage, Art und Zweck der Verarbeitung

- 1.1 Der Auftragsverarbeiter verarbeitet im Rahmen der elektronischen Arztvernetzung personenbezogene Daten, unter anderem auch Gesundheitsdaten, für den Verantwortlichen. Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. b, Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit § 22 BDSG.
- 1.2 Die Art und der Zweck der Verarbeitung erfolgt zur Erfüllung des im jeweiligen Anhang der Anlage 12 „Elektronische Arztvernetzung“ der Facharztverträge nach § 140a SGB V mit der AOK Baden-Württemberg geregelten Vertragsinhaltes.
- 1.3 Der Verantwortliche bleibt im Rahmen des Auftrags für die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen der Datenschutzgesetze, für die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und insbesondere für die Rechtmäßigkeit der Datenweitergabe an den Auftragsverarbeiter sowie für die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung verantwortlich.

2. Gegenstand und Umfang der Datenverarbeitung

- 2.1. Für die Durchführung der elektronischen Arztvernetzung werden folgende Daten vom Verantwortlichen an den Auftragsverarbeiter übermittelt:
 - Versichertenstammdaten
 - Die von dem Verantwortlichen für einen konkreten Behandlungszusammenhang als erforderlich angesehene Anamnesedaten, Befunddaten, Diagnosedaten, Medikationsdaten sowie Therapiedaten
 - Absender- und Empfängerinformationen
- 2.2. Die Kategorien der durch die Verarbeitung betroffenen Personen umfassen:
 - HZV-Versicherte
 - Ärzte
- 2.3. Der Auftragsverarbeiter übernimmt hierbei ab dem Punkt der Datenannahme die technischen Verarbeitungsvorgänge, die Bereitstellung von Speicherkapazität, Rechenleistung, die hierfür erforderliche Infrastruktur und die Systembetreuung.

3. Weisungsrechte des Verantwortlichen

- 3.1 Der Auftragsverarbeiter verpflichtet sich, die Verarbeitung der Daten ausschließlich im Rahmen dieses Auftrags oder nach Weisungen des Verantwortlichen durchzuführen.
- 3.2 Der Auftragsverarbeiter hat die Weisungen des Verantwortlichen hinreichend zu dokumentieren.
- 3.3 Der Auftragsverarbeiter hat den Verantwortlichen darauf hinzuweisen, wenn er der Ansicht ist, die Weisung verstoße gegen Datenschutzvorschriften. Der Auftragsverarbeiter ist berechtigt, die Weisung solange auszusetzen, bis sie durch den Verantwortlichen geändert oder bestätigt wurde.

4. Kontrollrechte des Verantwortlichen

- 4.1. Zur Ausübung seines Kontrollrechtes wird der Datenschutzbeauftragte des Auftragsverarbeiters für den Verantwortlichen regelmäßig anhand vorgelegter Zertifikate, Berichte oder beantworteter Checklisten die Einhaltung der datenschutz- und IT-sicherheitsrechtlichen Maßnahmen bewerten und entsprechende Kontrollen im Rahmen des Auftragsverhältnisses gem. Art. 28 DSGVO für den Verantwortlichen übernehmen. Das Ergebnis der Bewertung wird in einem "Statusbericht zu Datenschutz, Datensicherheit und IT-Sicherheit" dokumentiert. Dieser Statusbericht ist auf Wunsch des Verantwortlichen einsehbar.
- 4.2. Der Auftragsverarbeiter verpflichtet sich, dem Datenschutzbeauftragten auf Anforderung die erforderlichen Auskünfte für den Verantwortlichen zu erteilen und insbesondere die Umsetzung der technischen und organisatorischen Maßnahmen nachzuweisen.
- 4.3. Der Nachweis solcher Maßnahmen, die nicht nur den konkreten Auftrag betreffen, kann erfolgen durch
 - die Einhaltung genehmigter Verhaltensregeln gemäß Art. 40 DSGVO;
 - die Zertifizierung nach einem genehmigten Zertifizierungsverfahren gemäß Art. 42 DS-GVO;

- aktuelle Testate, Berichte oder Berichtsauszüge unabhängiger Instanzen (z.B. Wirtschaftsprüfer, Revision, Datenschutzbeauftragter, IT-Sicherheitsabteilung, Datenschutzauditor, Qualitätsauditor);
 - eine geeignete Zertifizierung durch IT-Sicherheits- oder Datenschutzaudit (z.B. nach BSI-Grundschutz).
- 4.4. Für weitergehende Ermöglichung von Kontrollen durch den Verantwortlichen kann der Auftragsverarbeiter einen Vergütungsanspruch geltend machen.

5. Personal

- 5.1. Der Auftragsverarbeiter setzt nur Personal zur Auftrags erledigung ein, welches schriftlich auf den Datenschutz, die Vertraulichkeit und die ärztliche Schweigepflicht nach § 203 StGB verpflichtet wurde. Er hat sein Personal dabei auf die besondere Sensibilität der Daten des Verantwortlichen, vorliegend Gesundheitsdaten, hinzuweisen.
- 5.2. Der von dem Auftragsverarbeiter benannte Datenschutzbeauftragte ergibt sich aus ANLAGE 16 der Facharztverträge nach § 140a SGB V mit der AOK Baden-Württemberg. Bei Änderungen des Datenschutzbeauftragten ist der Verantwortliche unverzüglich zu informieren.

6. Unterauftragsverhältnisse

- 6.1. Als Unterauftragsverhältnisse sind Dienstleistungen zu verstehen, die sich auf die Hauptleistung des Vertrages beziehen. Nicht umfasst sind Nebenleistungen wie z.B. Telekommunikationsleistungen, Post/ Transportleistungen.
- 6.2. Der Auftragsverarbeiter ist verpflichtet, zur Gewährleistung des Datenschutzes und der Datensicherheit der Daten des Verantwortlichen, seines Personals und insbesondere seiner Versicherten auch bei ausgelagerten Nebenleistungen angemessene und gesetzeskonforme vertragliche Vereinbarungen abzuschließen sowie Vorkehrungen zu treffen und Kontrollmaßnahmen zu ergreifen.
- 6.3. Der Auftragsverarbeiter darf Unterauftragnehmer (weitere Auftragsverarbeiter) im Rahmen der rechtlichen Auflagen und Rahmenbedingungen beauftragen.
- 6.4. Der Verantwortliche stimmt der Beauftragung der nachfolgend genannten Unterauftragnehmer bereits jetzt zu unter der Bedingung einer vertraglichen Vereinbarung nach Maßgabe des Art. 28 Abs. 2 bis 4 DS-GVO.:
Gesellschaft für IT-Vernetzung (GefIT) mbH
Kölner Str. 18
70376 Stuttgart
Sowie als weiterer Unterauftragsverarbeiter für die GefIT die
x-tention Informationstechnologie GmbH
Bürgermeister-Wegele-Straße 12
86167 Augsburg
- 6.5. Die Weitergabe von personenbezogenen Daten des Verantwortlichen an den Unterauftragnehmer und dessen erstmaliges Tätigwerden sind erst mit Vorliegen aller Voraussetzungen für eine Unterbeauftragung gestattet.
- 6.6. Eine weitere Auslagerung durch den Unterauftragnehmer bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Hauptauftragnehmers (mind. Textform); sämtliche vertraglichen Regelungen in der Vertragskette sind auch dem weiteren Unterauftragnehmer aufzuerlegen.

7. Technische und organisatorische Maßnahmen

Der Auftragsverarbeiter hat die Sicherheit gem. Art. 32 DSGVO herzustellen und zu garantieren. Hierzu trifft er

Maßnahmen, die dem Stand der Technik entsprechen. Die technischen und organisatorischen Maßnahmen können dabei stets angepasst werden, um den Schutz auch bei sich verändernden Rahmenbedingungen weiter gewährleisten zu können. Einzelheiten zu den Maßnahmen finden sich im **Anhang** dieses Vertrages. Die technischen und organisatorischen Maßnahmen erfüllen insbesondere auch die besonderen Anforderungen für den Schutz von Gesundheitsdaten gem. § 22 Abs. 2 BDSG-neu.

8. Unterstützung des Verantwortlichen

- 8.1 Der Auftragsverarbeiter hat den Verantwortlichen bei der Umsetzung der Betroffenenrechte nach Art. 15 ff. DSGVO zu unterstützen.
- 8.2 Der Auftraggeber hat ferner den Verantwortlichen, soweit ihm möglich ist, bei seinen Pflichten gem. Art. 32 bis 36 DSGVO zu unterstützen.

9. Beendigung und Löschung

- 9.1. Dieser Auftrag endet mit Ablauf des zugrundeliegenden Hauptvertrages bzw. der zugrundeliegenden vertraglichen Regelung.
- 9.2. Nach Abschluss der vertraglich vereinbarten Arbeiten – spätestens mit Beendigung der Leistungsvereinbarung – hat der Auftragsverarbeiter sämtliche in seinen Besitz gelangte Unterlagen, erstellte Verarbeitungs- und Nutzungsergebnisse sowie Datenbestände, die im Zusammenhang mit dem Auftragsverhältnis stehen, datenschutzgerecht zu vernichten, sofern keine Aufbewahrungspflichten des Auftragsverarbeiters entgegenstehen. Das Protokoll der Löschung ist auf Anforderung vorzulegen.
- 9.3. Dokumentationen, die dem Nachweis der auftrags- und ordnungsgemäßen Datenverarbeitung dienen, sind durch den Auftragsverarbeiter entsprechend der jeweiligen Aufbewahrungsfristen über das Vertragsende hinaus aufzubewahren.
- 9.4. Sollte die Teilnahme des Verantwortlichen am zugrundeliegenden Hauptvertrag oder an der zugrundeliegenden vertraglichen Regelung enden, gleich aus welchem Grund, verbleiben sämtliche in den Besitz des Auftragsverarbeiters gelangten Unterlagen, erstellten Verarbeitungs- und Nutzungsergebnisse sowie Datenbestände, die im Zusammenhang mit dem Auftragsverhältnis stehen für weitere 6 Monate im Besitz des Auftragsverarbeiters.
- 9.5. Sollte in der in 9.4 genannten Frist keine Abholung der Daten durch einen anderen berechtigten Verantwortlichen erfolgen, werden die Daten datenschutzgerecht gelöscht, sofern keine Aufbewahrungspflichten des Auftragsverarbeiters entgegenstehen.

Ort, Datum

Unterschrift Facharzt

Anhang – Technisch-organisatorische Maßnahmen

- I. **Maßnahmen die sicherstellen, dass Unbefugte keinen Zugang zu Verarbeitungsanlagen haben, die zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten verwendet werden (Zugangskontrolle):**
Folgende Maßnahmen zur Zugangskontrolle wurden umgesetzt:
Das Bürogebäude und die Rechenzentren sind durch geeignete Maßnahmen Zutritts geschützt. Die Türen und Schlösser sind den unterschiedlichen Schutzbedürfnissen der Räume angepasst. (Schließanlage, Alarmanlage, Chipkarten), Dokumentation des Zutritts von Besuchern zum Gebäude, Zutritt und Aufenthalt von Besuchern erfolgt nur in Begleitung, Zutrittsberechtigungen nach dem Least-Privilege-Prinzip.
- II. **Maßnahmen die verhindern, dass Unbefugte Datenträger lesen, kopieren, verändern oder entfernen können (Datenträgerkontrolle):**
Folgende Maßnahmen zur Datenträgerkontrolle wurden umgesetzt:
Mobile Devices sind durchgängig mittels kryptographischer Verfahren gemäß dem Stand der Technik verschlüsselt und somit im Falle des Diebstahls oder Verlustes vor unberechtigtem Zugriff geschützt.
- III. **Maßnahmen die verhindern, dass Unbefugte personenbezogene Daten eingeben, verändern, löschen oder zur Kenntnis nehmen (Speicherkontrolle):**
Folgende Maßnahmen zur Speicherkontrolle wurden umgesetzt:
Einsatz von Virenschutz, Einsatz von Firewalls, beides nach dem Stand der Technik, Trennung von Kunden, durchgängiges Schwachstellen- und Patch-Management.
- IV. **Maßnahmen die verhindern, dass Unbefugte automatisierte Verarbeitungssysteme mit Hilfe von Einrichtungen zur Datenübertragung nutzen (Benutzerkontrolle):**
Folgende Maßnahmen zur Benutzerkontrolle wurden umgesetzt:
Die Authentifizierung von Mitarbeitern bei Systemen im internen Netz erfolgt mittels personalisiertem Benutzerkonto. Die Vorgaben an die Passwort-Sicherheit entsprechen dem Stand der Technik.
- V. **Maßnahmen die sicherstellen, dass berechtigte Nutzer eines automatisierten Verarbeitungssystems nur auf die personenbezogenen Daten Zugriff haben, für die sie berechtigt sind (Zugriffskontrolle):**
Folgende Maßnahmen zur Zugriffskontrolle wurden umgesetzt:
Ein detailliertes und dokumentiertes Berechtigungskonzept liegt vor.
- VI. **Maßnahmen die gewährleisten, dass bei der Übermittlung von personenbezogenen Daten bzw. beim Transport von Datenträgern die Daten von Unbefugten nicht gelesen, kopiert, verändert oder gelöscht werden können (Transportkontrolle):**
Folgende Maßnahmen zur Transportkontrolle wurden umgesetzt:
Datenübertragungen werden ausschließlich verschlüsselt gemäß dem Stand der Technik durchgeführt. Eine Weitergabe von Daten in anonymisierter oder pseudonymisierter Form wird jedoch präferiert.

- VII. **Maßnahmen die gewährleisten, dass eingesetzte Systeme im Störfall wiederhergestellt werden können (Wiederherstellung):**
Folgende Maßnahmen zur Wiederherstellung wurden umgesetzt:
Es existiert ein umfassendes Backup- und Recovery Konzept, welches auf Basis der jeweiligen Datenarten über mehrere Stufen die Datenverfügbarkeit gewährleistet.
- VIII. **Maßnahmen die gewährleisten, dass alle Funktionen des Systems zur Verfügung stehen, auftretende Fehler gemeldet werden (Zuverlässigkeit) und Fehlerfunktionen des Systems personenbezogenen Daten nicht beschädigen können (Datenintegrität):**
Folgende Maßnahmen zur Datenintegrität wurden umgesetzt:
Das Rechenzentrum ist die gemäß dem Stand der Technik ausgestattet. Neben einem umfassenden Zutrittsschutz werden nachfolgend wesentliche Komponenten (nicht abschließend) aufgelistet, die einen sicheren Betrieb der Rechenzentrumsinfrastruktur gewährleisten:
unterschiedliche Brandabschnitte, Brandfrüherkennung, Automatische Brandlöschanlage, Redundante Klimageräte inkl. Temperatur- und Luftfeuchtigkeitsüberwachung.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit

I. ZIEL UND INHALT

Ziel dieser Vereinbarung ist die Sicherung und weitere Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität der dermatologischen Telekonsile im AOK-FacharztProgramm TeleDermatologie. Diese Vereinbarung regelt Art und Umfang der Maßnahmen zur Überprüfung der Qualität durchgeführter Telekonsile in Ergänzung zu Anlage 18 Abschnitt II Abs. 2 lit. c.

Die Umsetzung erfolgt in Abhängigkeit der Nutzung und technischen Möglichkeiten. Die Vertragspartner verständigen sich hierzu gesondert.

II. QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSION

- (1) Von den Vertragsparteien wird für den Geltungsbereich des Vertrages eine Qualitätssicherungskommission gegründet. Die Mitglieder der Kommission werden vom Beirat benannt. Die Kommission tagt mindestens einmal jährlich und nimmt ihre Arbeit spätestens ein halbes Jahr nach Start des AOK-FacharztProgramms TeleDermatologie auf.
- (2) Die Aufgaben der Qualitätssicherungskommission umfassen:
 - a) die Reflexion und Diskussion der durch das Konsilmanagement gemäß Anlage 18 Abschnitt II Abs. 2 lit c. erstellten Berichte,
 - b) die stichprobenartige Prüfung der Prozess- und Ergebnisqualität der abgerechneten Telekonsile. Das Nähere zu Inhalt und Umfang entscheidet der Beirat auf Vorschlag der Qualitätssicherungskommission,
 - c) im Bedarfsfall die Empfehlung von qualitätsfördernden Maßnahmen gegenüber dem Beirat und
 - d) die Benennung von Themen für die einmal jährlich durchzuführenden Qualitätszirkel gemäß Anlage 2.
- (3) Die Arbeit der Qualitätssicherungskommission wird von MEDIVERBUND administrativ unterstützt. Der Beirat kann eine Geschäftsordnung für die Qualitätssicherungskommission beschließen.

III. WEITERE AUFGABEN DER QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSION

- (1) Bei implausibler Abrechnung eines oder mehrerer FACHÄRZTE sowie bei Feststellung von Qualitätsmängeln in der Durchführung oder dem Ergebnis der Telekonsile durch das Konsilmanagement können MEDIVERBUND oder die AOK eine Qualitäts-/ Plausibilitätsprüfung der betroffenen FACHÄRZTE beantragen. Die Qualitätssicherungskommission überprüft dann die auffällig gewordenen bzw. beanstandeten Fälle der betreffenden Ärzte und evt. zusätzlich eine Stichprobe von deren Fällen.

- (2) Die Qualitätssicherungskommission kann im Weiteren eine Umsetzung der in der Vertragssoftware optional integrierten Feedbackfunktion empfehlen.
- (3) Der Beirat kann die Qualitätssicherungskommission mit weiteren Aufgaben im Zusammenhang mit der Qualitätsförderung teledermatologischer Konsile betrauen.

IV. BERICHT DER QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSION AN DEN BEIRAT

- (1) Die Qualitätssicherungskommission berichtet regelmäßig, mindestens einmal jährlich, dem Beirat über ihre Arbeit. Über Auffälligkeiten wird grundsätzlich anonymisiert berichtet. Die Identität eines FACHARZTES wird gegenüber dem Beirat nur offengelegt, wenn die Qualitätssicherungskommission auf Antrag der AOK oder dem MEDIVERBUND eine Qualitätsprüfung nach Abschnitt III durchgeführt hat.
- (2) Werden bei einer Prüfung nach Abschnitt III auch nach entsprechender Information und Beratung wiederholt Qualitätsmängel oder Implausibilitäten festgestellt, kann die Qualitätssicherungskommission dem Beirat die Kündigung der Teilnahme des FACHARZTES empfehlen.
- (3) Die Mitglieder der Qualitätssicherungskommission unterliegen gegenüber Dritten einer Verschwiegenheitspflicht über die ihnen im Rahmen der Kommissionsarbeit zur Kenntnis gelangten Informationen und Daten soweit sie schutzwürdig im Sinne der geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften sind.

V. KOSTENVERTEILUNG

Über die Kostenverteilung für die Qualitätssicherungskommission und deren Unterstützung durch die Managementgesellschaft entscheidet der Beirat.

Qualifikations- und Qualitätsanforderungen

I. QUALITÄTSANFORDERUNGEN IM RAHMEN DES VERTRAGES

Die Qualitätsanforderungen beziehen sich auf die Qualifikation zur Erbringung von Leistungen nach der Anlage 12 des Vertrages. Sie betreffen persönliche Voraussetzungen. Diese sind aufgeführt in Anlage 1 (Teilnahmeerklärung Arzt) und in dieser Anlage 2. Basis sind die Anforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung für die Zulassungsvoraussetzungen und die speziell für diesen Vertrag angestrebte Qualitätsförderung.

Folgende Voraussetzungen müssen von den teilnehmenden FACHÄRZTEN grundsätzlich und/oder für die Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen nach Anlage 12 erfüllt werden:

Teilnahmevoraussetzung (grundsätzlich):

- a) Abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt¹ für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Hautarzt)²;
- b) Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte des Vertragsarztes/MVZ/ermächtigten Arzt liegen in Baden-Württemberg;
- c) Genehmigung zum Hautkrebscreening (ab 35 Jahren) gemäß Abschnitt D. II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA);
- d) Nachweis der kontinuierlichen Teilnahme an zertifizierten Fortbildungen gemäß der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V;
- e) Teilnahme an einer vertragsspezifischen Schulung.

II. BEHANDLUNGSLEITLINIEN (§ 5 ABS. 2 LIT. A DES VERTRAGES)

Die Vertragspartner überprüfen die Einbindung dermatologischer, evidenzbasierter, praxiserprobter Behandlungsempfehlungen in die Leistungserbringung nach dieser Vereinbarung und empfehlen dem Beirat ggf. Anpassungen.

III. ERFÜLLUNG VON FORTBILDUNGSPFLICHTEN NACH § 95D SGB V (§ 5 ABS. 2 LIT. B DES VERTRAGES)

- (1) Die dermatologisch tätigen Ärzte bilden sich entsprechend der geltenden berufs- und vertragsrechtlichen Pflichten fort.
- (2) Das Nähere zur Erfüllung der weiteren Fortbildungspflichten dieses Vertrags regelt der Beirat.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlechter.

² Die verwendete Facharztbezeichnung richtet sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließt auch diejenigen Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

IV. TEILNAHME AN STRUKTURIERTEN QUALITÄTSZIRKELN (§ 5 ABS. 2 LIT. C UND D DES VERTRAGES)

- (1) Teilnahme an Qualitätszirkeln im Rahmen des HZV-Vertrages gemäß § 5 Abs. 2 lit. c des Vertrages

Im Rahmen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg mit der AOK haben sich Qualitätszirkel etabliert. Je Kalenderjahr nehmen die am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte an vier Qualitätszirkelsitzungen teil. FACHÄRZTEN wird die Teilnahme und Unterstützung an einer Sitzung des Qualitätszirkels je Kalenderjahr empfohlen, welche gegebenenfalls für den Vertrag relevante Inhalte oder Module behandelt.

- (2) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln im Rahmen dieses Vertrages für FACHÄRZTE gemäß § 5 Abs. 2 lit. d des Vertrages

Im Rahmen des Facharztvertrages TeleDermatologie wird mindestens ein strukturierter Qualitätszirkel pro Kalenderjahr etabliert. Der Besuch ist für die FACHÄRZTE grundsätzlich verpflichtend. Der FACHARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1) damit einverstanden, dass die Qualitätszirkel über die Managementgesellschaft bzw. ein von den Vertragspartnern zu benennendem Institut organisiert und durchgeführt werden (§ 5 Abs. 2 lit. d). Das Nähere, insbesondere zu Form und Inhalten beschließt die Qualitätssicherungskommission (Anhang 1 dieser Anlage).

V. WEITERE QUALITÄTSSICHERUNGSMABNAHMEN

Im Rahmen des Konsilmanagements, welches durch die Managementgesellschaft bereitgestellt wird, werden Daten, die bei der Durchführung eines Telekonsils erhoben werden, zum Zweck der Qualitätssicherung und Verbesserung der Patientenversorgung analysiert. Das Nähere beschließt die Qualitätssicherungskommission (Anhang 1 dieser Anlage).

VI. EVALUATION

Die Vertragspartner können nach angemessener Vertragslaufzeit eine Evaluation des Vertrages durch ein externes wissenschaftliches Institut durchführen. Über die Veröffentlichung der Ergebnisse entscheidet der Beirat (§ 21). Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.

Vertragssoftware

I. SOFTWARE ZUR DURCHFÜHRUNG UND ÜBERMITTLUNG VON TELEKONSILEN

- (1) Der FACHARZT hat die für diese Vereinbarung von der Managementgesellschaft zugelassene Software zur Befundung der Telekonsile einzusetzen. Softwareprogramme, die nach Maßgabe dieses Vertrages als Vertragssoftware verwendet werden, müssen alle vertragspezifischen Funktionalitäten aufweisen und von der Managementgesellschaft zugelassen werden.
- (2) Die Managementgesellschaft kann zur Vertragssoftware eine Vereinbarung über die Installation und Nutzung der Vertragssoftware schließen. Eine Nutzung der Vertragssoftware ist nach § 3 Abs. 3 lit. c des Hauptvertrages durch den teilnahmeberechtigten Vertragsarzt mit der Managementgesellschaft zu vereinbaren.
- (3) Der FACHARZT muss mit einer onlinefähigen IT und Anbindung über z.B. DSL (empfohlen wird dabei die Nutzung einer Flatrate für die Datenübertragung) ausgestattet sein und stellt sicher, dass seine eingesetzte Hard- und Software den Systemvoraussetzungen der zugelassenen Vertragssoftware entspricht.
- (4) Der FACHARZT ist darüber hinaus verpflichtet, Konsil- und Abrechnungsdaten, die im Rahmen dieses Vertrages übermittelt werden, über einen verschlüsselten Übertragungsweg zu übermitteln.
- (5) Die Managementgesellschaft kann eine Vereinbarung sowohl über die technische Unterstützung bei Installation und Nutzung (Support) als auch über Wartung und Pflege der Vertragssoftware schließen.

II. ABRECHNUNGSMODUL IN DER VERTRAGSSOFTWARE

- (1) Der FACHARZT hat für die Abrechnung von Telekonsilen nach dieser Vereinbarung das in der Vertragssoftware integrierte Abrechnungsmodul zu verwenden.
- (2) Die Datenübertragung ist nur über eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Für die Datenübertragung ist ein praxisbezogener HZV-Online-Key zulässig.

III. KOSTEN FÜR DIE NUTZUNG DER VERTRAGSSOFTWARE

- (1) Den FACHÄRZTEN wird die Vertragssoftware kostenlos zur Verfügung gestellt. MEDIVERBUND stellt dies durch entsprechende Verträge sicher.
- (2) Die Kostenverteilung für die Inbetriebnahme, Nutzung, Wartung, Pflege und Support der Vertragssoftware vereinbaren die Vertragspartner gesondert in einem Anhang zur Anlage 12.

Starterpaket FACHARZT

Das Starterpaket FACHARZT enthält insbesondere

- ggf. Informationsmaterialien und
- ggf. Bestellformulare für weitere Unterlagen.

Prozessbeschreibung FACHARZT

Inhaltsverzeichnis

I.	FACHARZT.....	2
I.1	Vertragsteilnahme des FACHARZTES.....	2
I.1.1	Versendung des Infopakets.....	2
I.1.2	Einschreibung als FACHARZT bei der Managementgesellschaft.....	2
I.1.3	Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/MVZ.....	2
I.1.4	Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen.....	2
I.1.5	Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme.....	3
I.2	ÄNDERUNGEN IM FACHARZT-BESTAND.....	3
I.2.1	Relevante Änderungen im FACHARZT-Bestand.....	3
I.2.2	Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg.....	4
I.2.3	Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland.....	4
I.2.4	Tod des FACHARZTES.....	4
I.2.5	Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/MVZ.....	4
I.2.6	Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT.....	4
I.3	Informationspflicht des FACHARZTES.....	4
II.	ANWENDUNG VERTRAGSSOFTWARE.....	5

I. FACHARZT

I.1 Vertragsteilnahme des FACHARZTES

I.1.1 Versendung des Infopaketes

Die Managementgesellschaft informiert ca. 2 Monate vor Vertragsbeginn alle ihr bekannten und teilnahmeberechtigten Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten über die Eckpunkte dieses Vertrags und bittet diese um Rückmeldung zum Interesse der Vertragsteilnahme. Zum Beginn der Vertragslaufzeit versendet die Managementgesellschaft ein Infopaket gemäß Anlage 5 zum Vertrag an alle der Managementgesellschaft bekannten und teilnahmeberechtigten Vertragsärzte, die ihr Interesse an der Vertragsteilnahme bekundet haben. Das Infopaket enthält u.a. folgende Unterlagen:

- Teilnahmeerklärung FACHARZT;
- Verweis auf Homepage der MEDIVERBUND AG zum Hauptvertrag nebst allen Anlagen und deren Anhängen;
- Informationen zur Vertragsteilnahme des FACHARZTES;
- Checkliste der erforderlichen Nachweisdokumente (z. B. Nachweis Vertragsschulung, Nachweis der Bestellung eines HZV-Online-Keys);
- Stammdatenänderungsblatt;
- Liste der AOK-Ansprechpartner für den FACHARZT;

Gleichzeitig stellt die Managementgesellschaft die Vertragsunterlagen auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES (www.medi-verbund.de) zum Download zur Verfügung.

I.1.2 Einschreibung als FACHARZT bei der Managementgesellschaft

Der teilnahmeberechtigte FACHARZT füllt die Teilnahmeerklärung aus und sendet diese möglichst per Brief mit den nötigen Nachweisdokumenten an die Managementgesellschaft.

Fehlen für die Teilnahme relevante Informationen in der ausgefüllten Teilnahmeerklärung, nimmt die Managementgesellschaft Kontakt mit dem Facharzt auf und fordert die fehlenden Informationen schriftlich an.

Bei Teilnahme von BAG (z.B. Gemeinschaftspraxen) muss jeder Facharzt in der BAG, der an dem Vertrag teilnehmen möchte, eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

I.1.3 Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/MVZ

Die Managementgesellschaft erfasst den Teilnahmewunsch des Facharztes/MVZs mit dem Status „angefragt“ in ihrer Datenbank. Gleichzeitig erfolgt die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrages.

I.1.4 Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen

Die Überprüfung der im Vertrag genannten Teilnahmevoraussetzungen erfolgt durch die Managementgesellschaft. Folgende Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen werden insbesondere

geprüft:

- Zulassung als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Hautarzt) mit Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg;
- Ausstattung mit der Vertragssoftware;
- Betrieb eines HZV-Online-Keys;
- Teilnahme des Arztes an einer Vertragsschulung (Teilnahmebestätigung des Vertragsarztes bzw. angestellten Arztes im MVZ); Die FACHÄRZTE übermitteln die für sie ausgestellten Teilnahmenachweise an die Managementgesellschaft.

I.1.5 Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme

Erfüllt der Facharzt/das MVZ alle Teilnahmevoraussetzungen, erhält der Facharzt/das MVZ von der Managementgesellschaft eine Bestätigung über Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen (Starterpaket). Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem beim FACHARZT das Bestätigungsschreiben (Starterpaket) über seine Vertragsteilnahme eingeht (§ 3 Abs. 4 lit. b des Vertrages). Im Bestätigungsschreiben ist der Tag des Beginns der Vertragsteilnahme (in der Regel Tag der Absendung des Faxes) noch einmal genannt. Eine Bestätigung über eine Vertragsteilnahme erfolgt in Abhängigkeit zur Regelung der Mindestanzahl bzw. Begrenzung der Anzahl an teilnehmenden FACHÄRZTEN nach § 16 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8.

Erfüllt der FACHARZT die Teilnahmevoraussetzungen im Sinne von § 3 Abs. 3 des Vertrages nicht, erhält er in einem Vier-Wochen-Rhythmus ein Schreiben mit Angabe der fehlenden Teilnahmevoraussetzungen. Die Managementgesellschaft prüft regelmäßig die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen von Fachärzten, deren Teilnahmevoraussetzungen noch nicht vollständig erfüllt sind. Erfüllt ein Facharzt nach drei Monaten noch immer nicht die Teilnahmevoraussetzungen, wird sein Teilnahmeantrag storniert; der entsprechende Status „angefragt“ in der Datenbank der Managementgesellschaft wird gelöscht.

I.2 ÄNDERUNGEN IM FACHARZT-BESTAND

I.2.1 Relevante Änderungen im FACHARZT-Bestand

Änderungen im FACHARZT-Bestand können durch die FACHÄRZTE und/oder die AOK an die Managementgesellschaft gemeldet werden. Die Änderungsmitteilungen werden durch die Managementgesellschaft zeitnah geprüft und verarbeitet (vgl. zu den Informationspflichten des FACHARZTES auch § 6 des Vertrages und unten Ziffer 1.3).

Folgende Änderungen haben Auswirkungen auf das Verzeichnis der FACHÄRZTE:

- Umzug des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg (Wechsel der Betriebsstätte, Wechsel der Betriebsstättennummer);
- Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland;
- Tod des FACHARZTES;
- Rückgabe/Entzug/Ruhen/Verzicht der/auf die Vertragsarztzulassung/Zulassung des MVZ;
- Wegfall/Verzicht einer Teilnahmevoraussetzung (z.B. Berechtigung zur Durchführung Hautkrebs-Screening);

- ordentliche Kündigung durch den FACHARZT;
- außerordentliche Kündigung durch den FACHARZT;
- außerordentliche Kündigung gegenüber dem FACHARZT durch die Managementgesellschaft;
- Ablauf der persönlichen Ermächtigung, bei MVZ: Ausscheiden eines angestellten Arztes gemäß I.1.4.

I.2.2 Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg

Zieht ein FACHARZT mit seinem Vertragsarztsitz innerhalb von Baden-Württemberg um, bleibt seine Teilnahme am Vertrag davon unberührt. Alle Adressänderungen von FACHÄRZTEN, sofern sie an die Managementgesellschaft gemeldet werden oder die Managementgesellschaft davon Kenntnis erlangt, werden in der Datenbank erfasst und an die AOK gemeldet.

I.2.3 Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland

Zieht ein FACHARZT mit seinem Vertragsarztsitz aus Baden-Württemberg weg, endet automatisch die Vertragsteilnahme des FACHARZTES mit sofortiger Wirkung, ohne dass es einer Kündigung eines der Vertragspartner bedarf, da mit dem Wegzug die Zulassung in Baden-Württemberg endet (vgl. § 7 Abs. 1 des Vertrages), sofern der Beirat nach § 21 nichts anderes vereinbart.

I.2.4 Tod des FACHARZTES

Verstirbt ein FACHARZT, wird die Vertragsteilnahme zum Todestag beendet.

I.2.5 Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/MVZ

Bei Wegfall der Zulassung (Rückgabe, Entzug, Verzicht, Ruhen, Erreichen der Altersgrenze, Ablauf der Ermächtigung etc.) endet die Vertragsteilnahme automatisch zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Zulassungsrückgabe/des Zulassungsentzuges (vgl. § 7 Abs. 1 des Vertrages).

I.2.6 Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT

Im Falle einer ordentlichen (grundsätzlich Drei-Monats-Frist; abweichende Fristen bei Sonderkündigungen gemäß §§ 18 Abs. 2 und 24 Abs. 3 des Vertrages) oder außerordentlichen (fristlosen) Kündigung des FACHARZTES oder gegenüber dem FACHARZT (§ 7 Abs. 3 bis Abs. 5 des Vertrages) endet die Vertragsteilnahme zum jeweiligen Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung. Das Versäumen von Fristen zur Erfüllung obligatorischer Teilnahmevoraussetzungen führt zur Beendigung der Vertragsteilnahme zum Fristende.

I.3 Informationspflicht des FACHARZTES

Der FACHARZT muss die in § 6 Abs. 2 des Vertrages genannten Änderungen, die sämtlich Einfluss auf seine Vertragsteilnahme als FACHARZT oder abrechnungsrelevante Informationen haben können, spätestens drei Monate vor Eintritt der Änderung gegenüber der Managementgesellschaft durch Übermittlung des Stammdatenänderungsblatts schriftlich anzeigen, es sei denn, der FACHARZT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der FACHARZT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, nachdem er von der jeweiligen Änderung Kenntnis

erlangt hat, anzuzeigen. Schuldhaftes Zögern und verspätete Übermittlung von Änderungen führen zur Rückforderung bereits gezahlter Vergütung sowie zu Schadensersatzforderungen für entstandene Aufwände gemäß Abschnitt III der Anlage 12 des Vertrages.

II. ANWENDUNG VERTRAGSSOFTWARE

Die Durchführung von Telekonsilen ergibt sich aus der Anwendung der Vertragssoftware gemäß Anlage 3.

Anlage 8 wird bis auf weiteres ausgesetzt - Stand April 2023.

Anzahl teilnahmeberechtigte FACHÄRZTE

- (1) Die Anzahl der an diesem Vertrag teilnehmenden FACHÄRZTE folgt der quantitativen Umsetzung von Telekonsilen im Rahmen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V. Im Rahmen dieser Vereinbarung geht die AOK – aufgrund von Erfahrungen in dem Innovationsfonds-Projekt „TeleDerm“ – davon aus, dass unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten drei bis vier FACHÄRZTE, die von ca. 100 teilnehmenden HAUSÄRZTEN eingeleiteten Telekonsile durchführen können.
- (2) Abweichend zur Maßgabe von Absatz 1 Satz 2 bzw. dem Verfahren nach Absatz 5 kann die Managementgesellschaft in den AOK-Bezirksdirektionen, in denen noch kein FACHARZT am Vertrag teilnimmt, jeweils einem FACHARZT die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag erteilen. Liegen aus der betreffenden Bezirksdirektion zwei oder mehr Teilnahmeerklärungen vor, nimmt die Managementgesellschaft eine Auswahl nach billigem Ermessen vor:

Tabelle: Bezirksdirektionen der AOK Baden-Württemberg

Bodensee-Oberschwaben	Nordschwarzwald
Heilbronn-Franken	Ostwürttemberg
Hochrhein-Bodensee	Rhein-Neckar-Odenwald
Ludwigsburg-Rems-Murr	Schwarzwald-Baar-Heuberg
Mittlerer Oberrhein	Stuttgart-Böblingen
Neckar-Alb	Südlicher Oberrhein
Neckar-Fils	Ulm-Biberach

- (3) Nach § 16 Abs. 1 dieses Vertrags startet das AOK-FacharztProgramm TeleDermatologie sofern die Mindestanzahl von drei teilnehmenden FACHÄRZTEN erreicht wurde.
- (4) Zur Sicherstellung einer ausreichenden Zahl an teilnehmenden FACHÄRZTEN bereits zum Beginn dieses Vertrages sowie zur Gewährleistung einer Versorgungskontinuität nach Beendigung des in Anlage 12 Anhang 12 AOK HZV-Vertrag vereinbarten Innovationsfonds-Projekts „TeleDerm“ erhalten die bis zu dessen Ende an „TeleDerm“ oder am Probetrieb teilnehmenden Fachärzte das Recht zur Teilnahme als FACHARZT an diesem Vertrag ohne eine Prüfung des Bedarfs nach Absatz 5. Dieses Recht erlischt mit Ablauf des ersten Quartals der Laufzeit dieses Vertrags.
- (5) Die Managementgesellschaft stellt erstmals zum Beginn dieses Vertrages und danach jährlich die Anzahl der Teilnehmer nach Absatz 1 Satz 2 fest. Die Feststellung erfolgt jeweils bis zum 01.12. eines Jahres (Stichtag) für den 01.01. des Folgejahres. Zu Beginn dieses Vertrages und

unmittelbar nach dem Stichtag informiert die Managementgesellschaft die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten über die Möglichkeit der Teilnahme an diesem Vertrag und die Anzahl der möglichen Teilnehmer nach Satz 1. Diese Information erfolgt nur, wenn über die bisherige Zahl der Teilnehmer hinaus weitere Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten zur Teilnahme an diesem Vertrag berechtigt werden können. Die Managementgesellschaft kann mit der Information nach Satz 3 eine Frist bekanntgeben, innerhalb derer Teilnahmeerklärungen von interessierten Fachärzten eingereicht werden können. Werden mehr Teilnahmeerklärungen eingereicht als nach Maßgabe von Satz 1 erforderlich, kann die Managementgesellschaft nach Abstimmung mit der AOK FACHÄRZTE auch über die nach Satz 1 ermittelte Zahl hinaus zur Teilnahme genehmigen oder Teilnahmeanträgen nach regionalen Kriterien gem. Absatz 2 sowie nach billigem Ermessen zustimmen oder ablehnen. Im Falle einer unerwarteten oder kurzfristigen Veränderung der teilnehmenden FACHÄRZTE oder der am Konsil nach diesem Vertrag beteiligten HAUSÄRZTE können die Vertragspartner auch unterjährig einen Stichtag nach Absatz 3 bestimmen und ein Verfahren nach Satz 3 ff. durchführen.

- (6) Überschreitet die tatsächliche Zahl der teilnehmenden FACHÄRZTE den nach Absatz 5 Satz 1 festgestellten Wert, verbleibt es bei den erteilten Teilnahmegenehmigungen.

Fachkonzept MEDIVERBUND und AOK

- (1) Die Fachkonzepte zur Arzteinschreibung und Abrechnung regeln in Ergänzung zu den in der Prozessbeschreibung FACHARZT erläuterten Prozessen die prozessuale, insbesondere die technische Umsetzung der Bestimmungen des Vertrages. Sie enthalten die „Prozessbeschreibung Managementgesellschaft“ und eine „Prozessbeschreibung AOK“ und werden kontinuierlich fortgeschrieben.
- (2) MEDIVERBUND und AOK stimmen sich jeweils zu Beginn eines Quartals über eine Erweiterung, Verbesserung und Aktualisierung der Fachkonzepte mit Wirkung zum Beginn des folgenden Quartals ab.
- (3) Die Vertragspartner vereinbaren hinsichtlich der Prozesse folgende Arbeitsteilung:
 - a) Die AOK steuert und bearbeitet Prozesse, die ihre eingeschriebenen Versicherten betreffen.
 - b) Die AOK führt insbesondere das Verzeichnis ihrer eingeschriebenen Versicherten (TVZ).
 - c) Die Managementgesellschaft erarbeitet insbesondere Prozesse, die die am Vertrag teilnehmenden FACHÄRZTE betreffen. Einzelheiten regeln die Fachkonzepte.
- (4) Die Fachkonzepte sind Betriebsgeheimnisse der Managementgesellschaft bzw. der AOK und werden daher vertraulich behandelt und nicht veröffentlicht.
- (5) Die die FACHÄRZTE betreffenden Prozesse sind in der Prozessbeschreibung FACHARZT (Anlage 6) beschrieben.

Schlichtungsverfahren

AOK und MEDIVERBUND („Partei“ bzw. „Parteien“) haben sich zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich zwischen ihnen im Zusammenhang mit diesem Vertrag gemäß § 140a SGB V oder über seine Gültigkeit ergeben, auf das wie folgt näher beschriebene Schlichtungsverfahren geeinigt:

I. GRUNDSÄTZE DES SCHLICHTUNGSVERFAHRENS

- (1) Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit dem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des in dieser Anlage geregelten Schlichtungsverfahrens zulässig (Abschnitt IV Abs. 3, Abschnitt VI).
- (2) Die Parteien werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern, um im Falle einer unterbliebenen Einigung im Schlichtungsverfahren eine gerichtliche Auseinandersetzung ohne unangemessene zeitliche Verzögerung zu ermöglichen.
- (3) Die Parteien sollen sich vor einem gerichtlichen Verfahren in einem oder mehreren Schlichtungsgesprächen um eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeit bemühen.

II. PERSON DES SCHLICHTERS

- (1) Die Parteien bestimmen spätestens innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Erforderlichkeit die Person eines Schlichters („Erster Schlichter“). Der Erste Schlichter muss die Befähigung zum Richteramt haben. Er soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben.
- (2) Die Parteien bestimmen darüber hinaus spätestens innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Erforderlichkeit einen Stellvertreter des Schlichters, der im Falle der Verhinderung des Ersten Schlichters ein Schlichtungsverfahren durchführen kann. Er muss ebenfalls die Befähigung zum Richteramt haben und soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben. (Erster Schlichter und Stellvertreter einzeln oder zusammen auch „Schlichter“).
- (3) Die Schlichter werden jeweils aufgrund einer gesonderten Vereinbarung mit einer Laufzeit von zwei Jahren als Schlichter verpflichtet. Spätestens einen Monat vor dem Auslaufen dieser Vereinbarungen bestimmen die Parteien einen neuen Schlichter, wenn sie sich bis dahin nicht mit dem jeweiligen Schlichter über eine Fortführung seiner Tätigkeit für jeweils zwei weitere Jahre geeinigt haben. Dies gilt auch im Falle der vorzeitigen Beendigung der Vereinbarung mit dem Schlichter. Die Parteien verständigen sich zum Zwecke des Abschlusses einer solchen Vereinbarung über eine angemessene Vergütung für die Schlichter.
- (4) Der Schlichter hat keine Weisungsrechte und verhält sich grundsätzlich neutral. Er kann jedoch auf Wunsch der beteiligten Parteien eine aktive Vermittlungsrolle einnehmen.
- (5) Die Organisation des Schlichtungsverfahrens wird dem Schlichter übertragen. Einzelheiten hierzu regelt die Vereinbarung mit dem Schlichter.

III. EINLEITUNG DES SCHLICHTUNGSVERFAHRENS

- (1) Jede Partei ist zur Einleitung eines Schlichtungsverfahrens über jeden Gegenstand berechtigt, der im Verhältnis zur anderen Partei Gegenstand eines bei einem Gericht anhängigen Rechtsstreits sein kann. Die Einleitung erfolgt durch schriftliche Mitteilung einer Partei an den Ersten Schlichter und die jeweils andere Partei unter
 - a) genauer Bezeichnung des Streitgegenstandes und
 - b) Übermittlung zur Darstellung ihrer Rechtsauffassung geeigneter Unterlagen sowie
 - c) die Bitte an den Schlichter, Schlichtungsverhandlungen gemäß Abschnitt IV durchzuführen.
- (2) Durch die an den Ersten Schlichter gemäß dem vorstehenden Absatz übermittelten Unterlagen wird der Gegenstand des Schlichtungsverfahrens bestimmt („Schlichtungsgegenstand“). Im Falle seiner Verhinderung oder voraussichtlichen Verhinderung in Schlichtungsverhandlungen nach Abschnitt IV übermittelt der Erste Schlichter die zur Einleitung oder Fortführung des Verfahrens erforderlichen Unterlagen unverzüglich an seinen Stellvertreter und informiert die Parteien. Dies gilt entsprechend bei einer späteren Verhinderung des Ersten Schlichters an einem mit den Parteien nach Abschnitt IV abgestimmten Termin für das erste Schlichtungsgespräch.
- (3) Die an einem Schlichtungsverfahren gemäß dem vorstehenden Absatz 1 beteiligten Parteien können nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens durch Übermittlung des Schlichtungsbegehrens an den Schlichter nur noch übereinstimmend durch wechselseitige schriftliche Erklärung auf die Durchführung von Schlichtungsverhandlungen gemäß Abschnitt IV verzichten. Durch diesen Verzicht gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

IV. SCHLICHTUNGSVERHANDLUNGEN

- (1) Der Schlichter (Abschnitt II Abs. 2) fordert die Parteien spätestens 2 Wochen nach Eingang der Mitteilung des Schlichtungsbegehrens nach Abschnitt III Abs. 1 auf, im Hinblick auf den Schlichtungsgegenstand Schlichtungsverhandlungen zu beginnen. Der Schlichter schlägt den Parteien mindestens 2 geeignete Termine vor und berücksichtigt dabei die Belange der Parteien.
- (2) Die eingeladenen Parteien sind verpflichtet, sich innerhalb einer von dem Schlichter gesetzten angemessenen Frist mit der Angabe zu melden, zu welchem Termin und mit welchen Teilnehmern sie an den Schlichtungsverhandlungen teilnehmen werden. Das erste Schlichtungsgespräch soll spätestens 3 Wochen nach der Aufforderung durch den Schlichter stattfinden. Terminverlegungen auf einen späteren Zeitpunkt als 3 Wochen nach Aufforderung des Schlichters sind in begründeten Ausnahmefällen möglich.
- (3) Die jeweils andere Partei ist verpflichtet, an diesen Schlichtungsverhandlungen teilzunehmen. Die Parteien werden mindestens einen Schlichtungstermin durchführen.

- (4) Die Parteien können sich im Schlichtungstermin von Rechtsanwälten begleiten oder vertreten lassen. Im Sinne einer zielführenden Schlichtung ist jedoch die Anwesenheit mindestens eines solchen Vertreters jeder beteiligten Partei erforderlich, der zur Entscheidung über eine Einigung über den Schlichtungsgegenstand berechtigt ist.
- (5) Im Sinne einer zielführenden Schlichtung sollen etwaige schriftliche Stellungnahmen mindestens 3 Werktage vor den Schlichtungsverhandlungen an die beteiligte(n) Partei(en) und den Schlichter versandt werden.
- (6) Im Rahmen der Schlichtungsverhandlungen soll möglichst darauf verzichtet werden, den Schlichtungsgegenstand ohne sachlichen Grund und ohne sachgemäße Vorbereitungsmöglichkeit für die übrigen Beteiligten zu ändern oder zu erweitern. Die jeweils andere Partei ist berechtigt, eine Änderung oder Erweiterung des Schlichtungsgegenstandes abzulehnen.

V. BEENDIGUNG DES SCHLICHTUNGSVERFAHRENS

- (1) Verlangt eine Partei nach Durchführung des ersten Termins der Schlichtungsverhandlungen deren Beendigung, ohne dass eine Einigung über den Gegenstand der Schlichtung erzielt wurde, so fertigt der Schlichter auf Verlangen einer Partei darüber ein Protokoll, das den Schlichtungsgegenstand näher bezeichnet und in dem das Vorbringen der Parteien zum Schlichtungsgegenstand in einer möglichst noch im Schlichtungstermin mit den Parteien abgestimmten Weise zusammengefasst wird. Mit Unterzeichnung des Protokolls durch den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.
- (2) Wird in den Schlichtungsverhandlungen eine Einigung erzielt, und erklären alle beteiligten Parteien, dass sie die Vereinbarung als verbindlich anerkennen, ist darüber ein Protokoll zu fertigen, das von allen an der Schlichtung beteiligten Parteien sowie dem Schlichter zu unterzeichnen ist. In das Protokoll ist ausdrücklich aufzunehmen, dass eine Einigung erzielt wurde. Mit der Unterzeichnung des Protokolls über die Einigung durch die im Schlichtungstermin anwesenden Parteien und den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.
- (3) Das über die Schlichtungsverhandlungen nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 geführte Protokoll ist ein Ergebnis-, kein Verlaufsprotokoll. Das Protokoll kann eine Vertraulichkeitsvereinbarung enthalten. Sämtliche Parteien erhalten unverzüglich eine Abschrift des Protokolls.
- (4) Wird in dem Schlichtungsverfahren keine Einigung im Sinne des vorstehenden Absatz 2 erzielt, kann jede der Parteien des Schlichtungsverfahrens den Rechtsweg beschreiten. Die Beendigung des Schlichtungsverfahrens steht einem einvernehmlichen Neubeginn nicht entgegen.
- (5) Die Parteien des Schlichtungsverfahrens sind damit einverstanden, dass der Lauf gesetzlicher oder vertraglicher Verjährungsfristen in Bezug auf den Schlichtungsgegenstand bis zum Abschluss des obligatorischen Schlichtungsverfahrens gehemmt ist. § 203 BGB gilt entsprechend.

VI. VERTRAULICHKEIT

Die Parteien sowie alle an den Schlichtungsverhandlungen beteiligten Personen sowie solche, die an gemeinsamen oder getrennten Sitzungen zwischen den Parteien teilgenommen haben, haben die Inhalte der Verhandlungen sowohl während als auch nach der Beendigung des Schlichtungstermins als vertraulich zu behandeln. Sie dürfen, soweit nicht anderweitig vereinbart, Dritten gegenüber keine Informationen offen legen, die das jeweilige Schlichtungsverfahren betreffen oder die sie in dessen Verlauf erhalten haben. Soweit eine Partei dies fordert, haben die Personen, die an Schlichtungsverhandlungen teilnehmen, eine Vertraulichkeitserklärung zu unterzeichnen.

VII. KOSTEN DES SCHLICHTUNGSVERFAHRENS

Die an dem Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien tragen das Honorar des Schlichters und dessen Auslagen sowie die notwendigen Kosten des Schlichtungsverfahrens (Sekretariatsaufwand; Portokosten; Raummiete, etc.) zu gleichen Teilen und haften dafür als Gesamtschuldner. Im Übrigen trägt jede Partei ihre Kosten selbst.

II. LAUFZEIT

Die zeitliche Geltung dieser Vergütungsvereinbarung richtet sich nach § 18 Abs. 2 des Vertrages.

III. ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN

1. Abrechnung des FACHARZTES für AOK-Versicherte gemäß § 4 des Vertrages

Der FACHARZT rechnet die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen gemäß Abschnitt I ab. Damit sind grundsätzlich alle vom Facharztvertrag erfassten Leistungen abgegolten. Des Weiteren gilt § 18 Abs. 14 des Vertrages.

2. Doppel- und Fehlabbrechnungen

- (1) Eine Doppelabbrechnung im Sinne des § 18 Abs. 1 des Vertrages kann zu einem Schaden der AOK führen, wenn sie aufgrund einer Vereinbarung mit der KV aufgrund einer Auszahlung des von dem FACHARZT abgerechneten Betrages durch die KV zu einem Vergütungsanspruch der KV gegenüber der AOK führt. Die Managementgesellschaft ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK im Falle einer Doppelabbrechnung den gegenüber der KV von dem FACHARZT abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern der FACHARZT nicht nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KV nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abbrechnung gegenüber der KV berichtigt hat. Die Managementgesellschaft ist insoweit zur Aufrechnung von Vergütungsansprüchen des FACHARZTES nach diesem Vertrag berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 19 Abs. 2 des Vertrages für den Schadensersatzanspruch entsprechend.
- (2) Für den bei einer Doppelabbrechnung gemäß § 18 Abs. 1 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der FACHARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 EUR für jeden fehlerhaft gegenüber der KV abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit dieser zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft der AOK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 19 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.
- (3) Für den bei einer Fehlabbrechnung gemäß § 18 Abs. 9 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der FACHARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 EUR für jeden fehlerhaft gegenüber der Managementgesellschaft abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Anspruch auf Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit dieser zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung

des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft der AOK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 19 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

IV. ABRECHNUNGSVERFAHREN

1. Abrechnung der vertraglichen Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- (1) Der FACHARZT ist, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes nach dem vorstehenden Abschnitt I, bei jedem Telekonsil verpflichtet, versichertenbezogen das Leistungsdatum und alle behandlungsrelevanten Diagnosen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich – vollständig und unter Auswahl des spezifischen, endstelligen ICD-10-Codes über die Vertragssoftware zu übermitteln.
- (2) Der FACHARZT ist verpflichtet, spätestens 5 Arbeitstage (Zugang bei der Managementgesellschaft) vor Übermittlung der Abrechnung nach diesem Vertrag Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenänderungsblatts gemäß Anlage 1 an die Managementgesellschaft zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.
- (3) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem FACHARZT erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die Managementgesellschaft zu melden.

2. Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK nach diesem Vertrag

- (1) Die Managementgesellschaft ist gegenüber der AOK verpflichtet, die Vertragsabrechnung des FACHARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser Anlage 12 unter Zugrundelegung der in Anlage 13 enthaltenen Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen.
- (2) Die Managementgesellschaft übersendet der AOK nach ihrer Prüfung eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der Abrechnung des FACHARZTES nach diesem Vertrag zur Prüfung. Die AOK haben eine Prüffrist von 25 Arbeitstagen („Kassen-Prüffrist“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in Anlage 13 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüfen. Ist die AOK der Auffassung, dass die ihr von der Managementgesellschaft übermittelte Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser Anlage 12 entspricht, hat sie dies innerhalb der Prüffrist der Managementgesellschaft schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („Rüge“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Rüge.

- a) Erfolgt innerhalb der Kassen-Prüffrist keine Rüge, ist die AOK innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („Zahlungsfrist“) zum Ausgleich des in der AOK-Abrechnung genannten Betrages verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist. Die AOK erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung nach dem vorstehenden Satz über diesen Betrag eine Rechnung. Die nach Ablauf der Prüffrist unbeanstandete AOK-Abrechnung gilt als abgestimmte Kassen-Abrechnung („abgestimmte Kassen-Abrechnung“). Hinsichtlich Rückforderungen aufgrund späterer sachlich-rechnerischer Berichtigungen wird die AOK auf das Verfahren nach § 19 Abs. 2 des Vertrages verwiesen.
 - b) Erfolgt innerhalb der Kassen-Prüffrist eine Rüge, ist die AOK hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Rüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a zur Zahlung verpflichtet. Sie erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung innerhalb der Zahlungsfrist, die nach Ablauf der Prüffrist beginnt, hinsichtlich des Betrages der unbeanstandeten Abrechnungspositionen eine Rechnung.
 - c) Hinsichtlich des gerügten Teils der AOK-Abrechnung überprüft die Managementgesellschaft die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung übersendet sie der AOK für das Folgequartal eine Rechnung, die entweder auf einer gemäß der Rüge korrigierten Abrechnungsdatei oder der bisherigen Abrechnungsdatei beruht, wenn diese auch nach ihrer erneuten Prüfung fehlerfrei ist. Die Rechnung gilt unbeschadet der Absätze 2 und 4 des § 19 des Vertrages als abgestimmte Kassen-Abrechnung. Die Zahlungsfrist für den sich aus dieser Rechnung ergebenden Teil des Anspruches nach § 19 Abs. 1 des Vertrages läuft ab Zugang dieser Rechnung.
- (3) Die AOK hat ihre Zahlungen auf das von der Managementgesellschaft gegenüber der AOK schriftlich benannte Konto („Abrechnungskonto“) zu leisten. Soweit nach Ablauf der Zahlungsfrist kein Zahlungseingang auf dem Abrechnungskonto erfolgt ist, gerät die AOK in Verzug. Der Verzugszins beträgt 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugschadens der Managementgesellschaft bleibt unberührt.

I. VERGÜTUNG

TeleDermatologie			
Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalte	Leistungserbringer- (LANR) Vergütungsregeln	Betrag
TD1	<p>Leistung: Befundung Telekonsil Dermatologie</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Die Leistung der teilnehmenden FACHÄRZTE umfasst die telekonsiliarische Beurteilung und Befundung dermatoskopischer Aufnahmen, die von einem HAUSARZT in die Vertragssoftware eingestellt wurden. (2) Ein Telekonsil ist für den FACHARZT abrechnungsfähig, sobald er den für ihn finalen Konsiliarbericht nach der Befundung an den HAUSARZT mit der in der Software vorgesehenen Möglichkeit übermittelt. (3) Die Leistung muss persönlich durch den teilnehmenden FACHARZT durchgeführt werden und darf nicht an eine andere Person delegiert werden. Im Falle der Teilnahme eines MVZ muss die Leistung durch einen angestellten oder freiberuflich tätigen Facharzt erfolgen, der die personenbezogenen Voraussetzungen gem. §§ 2 und 3 des Hauptvertrages erfüllt. (4) Der FACHARZT übermittelt den Konsiliarbericht innerhalb von 3 Werktagen nach Abruf der Konsilanforderung (vgl. § 5 Abs. 9). 	<p>Einmal je telekonsiliarischer Beurteilung und Befundung dermatoskopischer Aufnahmen (Telekonsil).</p> <p>Nicht im selben Quartal neben den EBM-Positionen 01671 und 01672 abrechenbar, soweit diesen eine dermatologische Indikation zugrundeliegt.</p>	20 EUR

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung des FACHARZTES auf Vertragsmäßigkeit und Plausibilität (§§ 18, 19 des Vertrages, Anlage 12) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen. Zusätzlich führt die AOK eine solche Prüfung anhand der AOK-Abrechnung der Managementgesellschaft durch.
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme der FACHÄRZTE;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Leistungen (erforderliche Qualifikationen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosedokumentation gemäß ICD 10 (endstellig, korrekt, aktuell);
- (3) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK gemäß § 19 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den FACHARZT über die Vertragssoftware übermittelten Dokumentation.
- (5) Die Managementgesellschaft erfasst die nach ihrer Prüfung und der Prüfung der AOK gesetzlich und vertraglich im Sinne der vorstehenden Absätze ordnungsgemäß erbrachten Leistungen in einem dem FACHARZT übersandten Abrechnungsnachweis (§ 18 Abs. 5 des Vertrages). Zu Einzelheiten der Prüfung und Versendung des Abrechnungsnachweises sowie zu möglichen Abrechnungskorrekturen wird auf das in den §§ 18, 19 des Vertrages und Anlage 12 Abschnitte III und IV niedergelegte Verfahren verwiesen.
- (6) Die Managementgesellschaft und die AOK unterrichten sich wechselseitig unverzüglich über auffällige Abrechnungen von FACHÄRZTEN.
- (7) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 18 Abs. 2 des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

Datenflüsse und Datenschutz

I. DATENÜBERMITTLUNG IM RAHMEN DES FACHARZTVERTRAGS

1. Modul elektronische Arztvernetzung

Der FACHARZT meldet sich über die Vertragssoftware auf einem Dashboard an und wird über von Hausärzten angeforderte Konsile benachrichtigt.

Die dem FACHARZT zugeordneten (adressierten) oder der Gruppe der teilnehmenden FACH-ÄRZTE zugeordneten (gerichteten) Konsile können vom FACHARZT abgeholt, entschlüsselt und anschließend bearbeitet und abgeschlossen werden. Das bearbeitete bzw. abgeschlossene Konsil wird auf dem HPM-Server des FACHARZTES verschlüsselt und mit der Vertragssoftware über die Zentrale Infrastruktur (ZI) zurück an den HAUSARZT gesendet. Es ist sichergestellt, dass das Konsil jeweils ausschließlich vom betreffenden HAUS- und FACHARZT entschlüsselt werden kann.

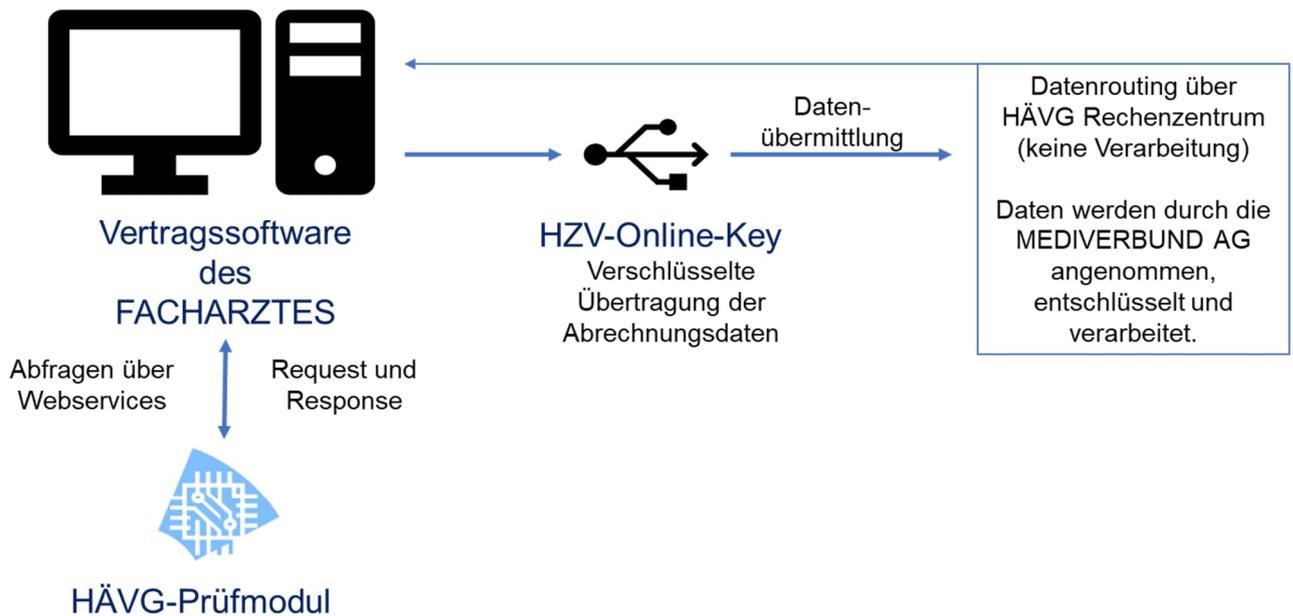
2. Modul KIM

Der Austausch der Konsilanforderung und -befundung erfolgt über eine Anwendung auf Basis des Moduls Kommunikation im Medizinwesen (KIM) der Telematikinfrastuktur. Der FACHARZT meldet sich über die Vertragssoftware auf einem Dashboard an und wird über von Hausärzten angeforderte Konsile benachrichtigt.

Die dem FACHARZT zugeordneten (adressierten) Konsile können vom FACHARZT abgeholt, entschlüsselt und anschließend bearbeitet und abgeschlossen werden. Das bearbeitete bzw. abgeschlossene Konsil wird als signierte und verschlüsselte KIM Nachricht mit der Vertragssoftware über die Telematikinfrastuktur zurück an den HAUSARZT gesendet. Es ist sichergestellt, dass das Konsil jeweils ausschließlich vom betreffenden HAUS- und FACHARZT entschlüsselt werden kann.

II. DATENÜBERMITTLUNG IM RAHMEN DER ABRECHNUNG

1. Schaubild Übermittlung der Abrechnungsdaten vom FACHARZT an die Managementgesellschaft:



Das HÄVG-Prüfmodul ist ein durch die Vertragssoftware der Selektivvertragspartner genutztes Modul, auf dem dieser Facharztvertrag aufsetzt und enthält:

- Vertragliche und abrechnungsrelevante Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten

2. Datenübermittlung vom FACHARZT an die Managementgesellschaft gem. § 295a Abs. 2 SGB V (Abrechnungsdaten):

- Informationen über den abrechnenden Arzt (BSNR, LANR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, ggf. Telefon und Fax)
- Informationen zum HÄVG-Prüfmodul (HÄVG-Prüfmodul-ID, Name, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)
- Identifikator für den Facharztvertrag
- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Institutionskennzeichen Krankenkasse, Versicherten-ID, Krankenversicherungsnummer, Name, Vornamen, Straße, PLZ, Ort, Geschlecht, Geburtsdatum, Status Versichertenart, Kennzeichen besondere Personengruppe, DMP-Kennzeichen)
- Abrechnungsrelevante Daten (Abrechnungsziffer, Diagnosen-Text, Diagnosen-Code, Art der Diagnosen, Bearbeitungsdatum Telekonsil, verwendete ICD-Version, Seitenlokalisierung, Diagnosesicherheit)
- Informationen über den Hausarzt, der das Telekonsil erstellt hat (LANR, BSNR)

-

3. Datenübermittlung von der Managementgesellschaft an die AOK

- Informationen über den abrechnenden Arzt (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID)
- Informationen über den Hausarzt, der das Telekonsil erstellt hat (LANR, BSNR)
- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Institutionskennzeichen Krankenkasse, Versicherten-ID, Krankenversicherungsnummer, Name, Vornamen, Geschlecht, Geburtsdatum, Status Versichertenart, Kennzeichen besondere Personengruppe, DMP-Kennzeichen)
- Weitere Daten zur Leistung (Art der Inanspruchnahme, Angaben zum Versorgungsleiden, Leistungsdatum und Abrechnungszeitraum, Abrechnungsziffern, Gesamtbetrag, ICD-10 Diagnosen, Vertragskennzeichen)

III. DATENÜBERMITTLUNG IM RAHMEN DES KONSILMANAGEMENTS

1. Datenverarbeitung durch die Managementgesellschaft (Metadaten):

MEDIVERBUND vereinbart mit GefIT im Lizenzvertrag zur Nutzung der Vertragssoftware unter anderem, dass im Rahmen des Konsilmanagements nach Anlage 18 die hierfür erforderlichen Daten zur Verfügung gestellt werden. Soweit eine Übertragung von Daten erfolgt, ist nur eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Ein Zugriff auf bei der GefIT gespeicherte Daten erfolgt unter Berücksichtigung entsprechender Sicherungsvorkehrungen.

2. Nachfolgende Metadaten werden im Rahmen des Konsilmanagements verwendet:

Metadaten Konsilmanagement	Zweckbestimmung
Vorgangs-ID	Eindeutige Identifikation des Konsils
Status des Konsils	Mögliche Status: Beauftragt, befundet, abgeschlossen, Rückfrage gestellt, Rückfrage beantwortet, abgebrochen
Zeitstempel aller Statusübergänge	Übersicht Bearbeitung eines Konsils
Zeitpunkt des letzten Schrittes (Konsilstatus)	Ermittlung Bearbeitungsdauer und Handlungsbedarf Konsilmanagement
Konsiliar (LANR und BSNR)	Identifikation des Konsiliars
Auftraggeber (LANR und BSNR)	Identifikation des Auftraggebers
Therapie-Dringlichkeit	Ermittlung Handlungsbedarf Konsilmanagement

IV. DATENÜBERMITTLUNG IM RAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

1. Datenverarbeitung durch die Managementgesellschaft (Metadaten):

MEDIVERBUND vereinbart mit GefIT im Lizenzvertrag zur Nutzung der Vertragssoftware unter anderem, dass im Rahmen der Qualitätssicherung nach Anlage 2 (einschließlich Anhang 1) die hierfür erforderlichen Daten zur Verfügung gestellt werden. Soweit eine Übertragung von Daten erfolgt, ist nur eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Ein Zugriff auf bei der GefIT gespeicherte Daten erfolgt unter Berücksichtigung entsprechender Sicherungsvorkehrungen.

2. Nachfolgende Metadaten werden im Rahmen der Qualitätssicherung verarbeitet:

Metadaten Qualitätssicherung	Zweckbestimmung
Vorgangs-ID	Eindeutige Identifikation des Konsils
Konsiliar (LANR und BSNR)	Identifikation des Konsiliars
Auftraggeber (LANR und BSNR)	Identifikation des Auftraggebers
Therapie-Dringlichkeit	Ermittlung Versorgungsbedarf
Feedback des Dermatologen	Qualitätssicherung und Versorgungsverbesserung
Feedback des Hausarztes	Qualitätssicherung und Versorgungsverbesserung
Anzahl Bilder in einem Konsil	Nutzung und Bedarf an Datenmenge
Diagnose-Konfidenz	Versorgungsanalyse
Vorstellung beim Facharzt erforderlich	Versorgungsanalyse
Zeitstempel aller Statusübergänge	Ermittlung Bearbeitungsdauer

V. DATENSCHUTZVEREINBARUNG ZWISCHEN DER MANAGEMENTGESELLSCHAFT, DER AOK UND TEILNEHMENDEN FACHÄRZTEN

Die Zusammenarbeit der Parteien nach Maßgabe des Facharztvertrages bringt es mit sich, dass die Managementgesellschaft, die AOK und die teilnehmenden FACHÄRZTE gemeinsam über die Zwecke und/oder Mittel im Bereich der Verarbeitung von Versichertendaten im Rahmen der Abrechnung gem. Abschnitt V des Facharztvertrages bestimmen und durch ihre Zusammenarbeit als gemeinsame Verantwortliche i.S.v. Art. 26 i.V.m Art. 4 Nr. 7 DSGVO agieren. Dementsprechend regeln die Parteien nachfolgend ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemeinsame Verarbeitung der Versichertendaten i.S.d. Art. 26 DSGVO.

1. Zweck der Verarbeitung

- (1) Die Verarbeitung von Daten ist der Managementgesellschaft, der AOK und den teilnehmenden FACHÄRZTEN nur zum Zweck der Erfüllung des Facharztvertrages und nach Maßgabe der datenschutzrechtlichen Vorschriften gestattet. Die Daten und die daraus erzielten Verarbeitungsergebnisse werden ausschließlich für die Erfüllung und nach den vereinbarten Vorgaben des

- Vertrages verwendet. Die Managementgesellschaft und die AOK legen die Inhalte des Facharztvertrages gemeinsam fest.
- (2) Die Parteien bewahren die verarbeiteten Daten jeweils im eigenen Zuständigkeitsbereich unter Verschluss bzw. unter Einsatz entsprechender technischer Mittel vor unbefugtem Zugriff gesichert und nur solange auf, wie es für die Erfüllung der genannten Leistungen erforderlich ist, es sei denn, zwingende gesetzliche Vorschriften sehen eine entsprechend längere Aufbewahrungsfrist vor. Für die Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen ist jede Partei selbst verantwortlich.
 - (3) Der Umfang und Inhalt der von den Versicherten im Rahmen der besonderen Versorgung verarbeiteten Daten ergeben sich aus §§ 140a, 295 und 295a SGB V i.V.m. dem Facharztvertrag.
2. Informationspflichten gegenüber den Versicherten gem. Art. 13 DSGVO
- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden Versicherten werden vom HAUSARZT erfüllt. Die Versicherten werden vom HAUSARZT mit der Teilnahmeerklärung und dem dazugehörigen Merkblatt über die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich informiert.
 - (2) Die Managementgesellschaft und die AOK legen gemeinsam den Inhalt und die Formulierung dieser Informationen im Einzelnen fest.
3. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der Versicherten gem. Art. 15 ff. DSGVO
- Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der Versicherten nach Art. 15 ff. ist die AOK verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Parteien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die Teilnahmeerklärungen und Merkblätter Haus- und FacharztProgramm der AOK Baden-Württemberg der Versicherten.
4. Datensicherheit
- Jede Partei trägt im Rahmen ihres Verantwortungsbereiches die Gewähr dafür, dass die in Art. 32 DSGVO genannten technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit getroffen worden sind und eingehalten werden.
5. Vorgehen bei Datenschutzverletzungen/Kommunikation mit Aufsichtsbehörden
- (1) Für die Prüfung und Bearbeitung aller Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten, einschließlich der Erfüllung deshalb bestehender Meldepflichten gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde (Art. 33 DSGVO) bzw. den Betroffenen (Art. 34 DSGVO) ist jede Partei selbst zuständig.
 - (2) Die Managementgesellschaft und die AOK unterrichten sich gegenseitig unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder andere Unregelmäßigkeiten bei der Datenverarbeitung und bei Störungen des Verarbeitungsablaufs.

6. Haftung

- (1) Die Parteien haften gegenüber den Betroffenen nach Art. 82 DSGVO.
- (2) Die Managementgesellschaft, die AOK und die FACHÄRZTE haften nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen für Schäden, die infolge eines schuldhaften Verstoßes gegen die Datenschutzbestimmungen und/oder durch die schuldhafte Verletzung dieser Vereinbarungen entstehen. Eine Partei, die von Dritten oder einer weiteren Partei im Zusammenhang mit der Verletzung von gesetzlichen und vertraglichen Datenschutzbestimmungen in Anspruch genommen wird, hat gegen die Partei, in deren Verantwortungsbereich gemäß der Zuordnung der Verantwortung für die Datenverarbeitung die Einhaltung der verletzten Datenschutzvorschriften fällt, einen Anspruch auf Freistellung von sämtlichen dieser Ansprüche.
- (3) Im Innenverhältnis haften die Parteien einander nur für ihren Anteil an der haftungsauslösenden Ursache. Nummer 6 Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend im Falle einer gegen eine Partei wegen eines Verstoßes gegen Datenschutzvorschriften verhängten Geldbuße, sofern die mit der Geldbuße belegte Partei die Rechtsmittel gegen den Bußgeldbescheid ausgeschöpft hat. Bleibt eine Partei mit einer Geldbuße belastet, die nicht ihrem Verantwortungsanteil an dem Verstoß entspricht, ist die jeweils andere Partei verpflichtet, sie von der Geldbuße in dem Umfang freizustellen, in dem sie die Verantwortung für den sanktionierten Verstoß trägt. Ungeachtet dessen bleibt durch diesen Vertrag die volle Eigenverantwortung der Parteien gegenüber Betroffenen unberührt (Art. 26 Abs. 3 DSGVO).

7. Sonstige Pflichten

- (1) Die Parteien werden alle mit der Datenverarbeitung beschäftigten Personen schriftlich zur Vertraulichkeit im Hinblick auf die Daten verpflichtet.
- (2) Jede Partei führt für sich ein eigenes Verzeichnis zu allen Kategorien von in gemeinsamer Verantwortung durchgeführten Tätigkeiten der Verarbeitung, das alle Angaben nach Art. 30 Abs. 2 DSGVO enthält.
- (3) Sofern und solange die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind, bestellt jede Partei selbst einen fachkundigen und zuverlässigen Datenschutzbeauftragten gemäß Art. 37 DSGVO.

VI. DATENSCHUTZVEREINBARUNG ZWISCHEN DER MANAGEMENTGESELLSCHAFT UND DER AOK

- (1) Die Managementgesellschaft und die AOK verarbeiten über den Regelungsbereich von Abschnitt V hinaus im Rahmen dieses Vertrages gemeinsam die Daten der teilnehmenden FACHÄRZTE gemäß den Bestimmungen von Abschnitt IV des Facharztvertrages. Nachfolgend regeln die Managementgesellschaft und die AOK ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemeinsame Verarbeitung der Daten i.S.d. Art. 26 DSGVO in diesem Verarbeitungsbereich.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK sind verpflichtet für ihren Zuständigkeitsbereich den Datenverarbeitungsablauf lückenlos und soweit technisch möglich revisionsicher zu dokumentieren. Die entsprechende Dokumentation ist für einen Zeitraum von 12 Monaten vorzuhalten und bei Bedarf der Managementgesellschaft und der AOK vorzulegen.

- (3) Die Managementgesellschaft und die AOK sind nur berechtigt, die Daten im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches oder eines Mitgliedsstaates der EU oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den EWR zu verarbeiten.

1. Informationspflichten gegenüber den FACHÄRZTEN gem. Art. 13 DSGVO

Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden FACHARZT werden von der Managementgesellschaft erfüllt. Der FACHARZT wird von der Managementgesellschaft im Rahmen der Teilnahmeerklärung der Ärzte (Anlage 1) sowie dieser Anlage 16 (Abschnitt VII) über die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich informiert.

2. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der FACHÄRZTE gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der FACHÄRZTE nach Art. 15 ff. ist die Managementgesellschaft verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Parteien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die jeweiligen Teilnahmeerklärungen der FACHÄRZTE.

3. Verpflichtung auf das Sozialgeheimnis

Die Managementgesellschaft und die AOK sind verpflichtet, für die vertragsgemäße Datenverarbeitung nur Personen einzusetzen, die auf das Sozialgeheimnis gem. § 35 SGB I verpflichtet sind. Ferner stellen sie sicher, dass das von ihnen eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert, angewiesen und auf die Vertraulichkeit verpflichtet wurde.

4. Sonstige Rechte und Pflichten

- (1) Die nach der DSGVO, dem BDSG oder anderen Regelungen im Sozialgesetzbuch erforderlichen Meldungen über die Datenverarbeitung an die zuständigen Aufsichtsbehörden nehmen die Managementgesellschaft und die AOK in eigener Zuständigkeit wahr.
- (2) Änderungen und Nebenabreden zu dieser Datenschutzanlage bedürfen der Schriftform und sind von allen Vertragsparteien zu unterschreiben. Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft und/oder der AOK müssen auch nach dem im Vertrag genannten Vertragsende hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Leistungen verarbeiteten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die Managementgesellschaft und die AOK unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.
- (3) Die Verletzung von gesetzlichen oder vertraglichen Datenschutzbestimmungen durch eine Partei ist stets ein wichtiger Grund für die Managementgesellschaft und die AOK zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages. Dies gilt auch, wenn ein Auftragnehmer gegen gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verstößt und dieses Verhalten einem Vertragspartner zuzurechnen ist.
- (4) Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft oder der AOK müssen auch nach dem Ende des Vertrages hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten

Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die AOK und die Managementgesellschaft unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.

- (5) Im Übrigen gelten die getroffenen Vereinbarungen aus Abschnitt V für die Managementgesellschaft und die AOK entsprechend für den Verarbeitungsbereich von Abschnitt VI.

VII. INFORMATION FÜR DEN FACHARZT GEM. ARTIKEL 13 EU-DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG ÜBER DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN IM RAHMEN DER TEILNAHME UND DES TEILNAHMEANTRAGS AM FACHARZT-VERTRAG

- (1) Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung durch den MEDI Baden-Württemberg e.V. und die Managementgesellschaft zum Zweck der Teilnahme des Arztes an dem Facharztvertrag ist Art. 5 und Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO in Verbindung mit dem Facharztvertrag nach § 140a SGB V. Die Datenverarbeitung erfolgt in Kenntnis des betroffenen Vertragsarztes bzw. FACHARZTES. Er kennt den Inhalt des Vertrages und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung seiner Teilnahme am Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Die Daten werden ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet.
- (2) Empfänger der Daten des FACHARZTES sind die jeweilige Krankenkasse, die Managementgesellschaft und der MEDI Baden-Württemberg e.V. sowie ggf. Ihre jeweiligen Dienstleister.
- (3) Die Dauer der Datenverarbeitung ergibt sich aus Vertrag sowie aus Gesetz. Nach Ablauf der vertraglichen und gesetzlichen Fristen werden die entsprechenden Daten gelöscht.
- (4) Der FACHARZT hat das Recht auf Auskunft zu seinen Daten (Art. 15 Abs. 1 und Abs. 2 DSGVO), auf Löschung seiner Daten (Art. 17), auf Berichtigung seiner Daten z.B. falscher Daten (Art. 16 Satz 1) und auf Sperrung seiner Daten (Art. 18) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art 20 DSGVO) und ein Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO). Hierfür wendet er sich an die verantwortliche Stelle:

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstraße 29
70565 Stuttgart
Telefon: (07 11) 80 60 79-0
Fax: (07 11) 80 60 79-555
E-Mail: datenschutz-team@medi-verbund.de

- (5) Datenschutzbeauftragter der MEDIVERBUND AG ist Herr Markus Zechel (E-Mail: datenschutz-team@medi-verbund.de).
- (6) Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch die Krankenkasse sowie gegen die Datenverarbeitung durch die Managementgesellschaft sind an die verantwortliche Stelle zu richten. Alternativ besteht ein Beschwerderecht gegenüber einer Aufsichtsbehörde. Die Aufsichtsbehörde in Baden-Württemberg:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Hausanschrift:
Lautenschlagerstraße 20
70173 Stuttgart

Postanschrift:
Postfach 10 29 32
70025 Stuttgart
Tel.: 0711/615541-0
Fax: 0711/615541-15
E-Mail: poststelle@fdi.bwl.de

Konsilmanagement

I. ZIELE DES KONSILMANAGEMENTS

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung mittels Telekonsilen im Bereich der Dermatologie sicherzustellen, ist der zeitliche und reibungslose Ablauf zwischen der Erstellung und Befundung eines Telekonsils essenziell. Im Rahmen des Facharztvertrages TeleDermatologie soll zur Erreichung dieses Qualitätsziels ein Konsilmanagement bereitgestellt werden. Das Konsilmanagement hat das Ziel, die laufenden Telekonsile kontinuierlich zu überwachen und etwaige Zeitverzögerungen zwischen Erstellung und Befundung des Telekonsils zu verhindern. Darüber hinaus dient das Konsilmanagement dazu, die Qualität der Telekonsile im Allgemeinen zu verbessern.

Das Konsilmanagement gilt nicht für TeleScan via KIM (Kommunikation im Medizinwesen).

II. LEISTUNGSUMFANG DES KONSILMANAGEMENTS

- (1) Die Managementgesellschaft stellt ein Konsilmanagement über die gesamte Vertragslaufzeit bereit.
- (2) Das Konsilmanagement umfasst nachfolgende Aufgaben:
 - a) Prozessüberwachung der Telekonsile über ein Dashboard an den Wochentagen Montag bis Freitag,
 - b) Bearbeitung von Auffälligkeiten aus der Prozessüberwachung,
 - c) Erstellung von Auswertungen und Berichten auf Basis der Metadaten im Rahmen der Qualitätssicherung,
 - d) zur Verfügungstellung von Auswertungen und Berichten gegenüber der Qualitätssicherungskommission.
- (3) Das Nähere zur Durchführung des Konsilmanagements vereinbaren die Vertragspartner gesondert.

III. SOFTWARE

- (1) Zur Durchführung des Konsilmanagements setzt MEDIVERBUND eine in der Vertragssoftware integrierte Komponente zur Konsilverwaltung ein.
- (2) Inhalt und Umfang der Datenverwendung/-verarbeitung/-nutzung werden in Anlage 16 vereinbart.