Anlage 2

**LEISTUNGSBESCHREIBUNG**

Terminvermittlung in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

| | |
|---|---|
| Auftraggeberin | AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse |
| Vergabeverfahren | AOK26021-990 |
| Leistungsbeginn | 01.01.2027 |
| Vertragslaufzeit | gemäß Vertragsentwurf |
| Stand | 26.10.2026 |

## 1 Gegenstand der Vergabe

1.1 Gegenstand der Vergabe ist ausschließlich die administrative Unterstützung der Versicherten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland bei der Suche nach und Vereinbarung von Terminen in Haus- und Facharztpraxen im Inland („Terminservice“).

1.2 Der Auftragnehmer übernimmt die Entgegennahme der Terminanfrage, die Recherche geeigneter Haus- und Facharztpraxen, die Kontaktaufnahme mit den Praxen, die Koordination verfügbarer Termine und die Rückmeldung des Ergebnisses an die versicherte Person. Hausarztpraxen werden nach Maßgabe von Ziffer 4.6 unten vermittelt.

1.3 Die Kundinnen und Kunden der Auftraggeberin können diesen Service über ein dynamisches Online-Kontakt-Formular in Anspruch nehmen. Dabei liegen die Online-Kontakt-Formulare auf vom Auftragnehmenden bereitgestellten Servern und müssen über einen Link auf der Website der Auftraggeberin angesteuert werden können. Der Auftragnehmer führt für Kundinnen und Kunden Haus- und Facharztterminierungen oder deren Verschiebungen durch. Ausgenommen sind Terminvereinbarungen mit Psychologen und Psychiatern, da diese in der Regel in der Terminvereinbarung den ersten Therapieschritt des Patienten sehen, weshalb erwartet wird, dass die oder der Versicherte eigenständig den Termin vereinbart. Es werden bei der Terminvereinbarung nur nach dem SGB V zugelassene Leistungserbringer oder Leistungserbringerinnen ausgewählt. Die Dienstleistung beinhaltet sowohl das erstmalige Vereinbaren von Terminen als auch das Verlegen (Vorziehen, Verschieben) von bereits bestehenden Terminen. Die oder der Versicherte kann dabei wählen, ob sie oder er den Termin bei einem bestimmten Arzt oder bei einer von der oder dem Auftragnehmenden zu ermittelnder Arztpraxis wünscht.

## 2 Auftraggeberin, Ziel und Grundsätze

2.1 Auftraggeberin ist die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse, Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg.

2.2 Ziel ist ein leicht zugänglicher, datenschutzkonformer und anbieterneutraler Service, der Versicherte organisatorisch bei der Suche nach verfügbaren Haus- oder Facharztterminen unterstützt.

2.3 Die Nutzung ist für Versicherte freiwillig und unentgeltlich.

2.4 Die freie Arztwahl bleibt uneingeschränkt erhalten. Die Auswahl darf nicht durch Provisionen, Kick-backs, bevorzugte Platzierungen oder sonstige wirtschaftliche Interessen beeinflusst werden.

## 3 Leistungsberechtigter Personenkreis

3.1 Leistungsberechtigt sind alle bei der Auftraggeberin versicherten Personen.

3.2 Anfragen durch gesetzliche Vertreter, Sorgeberechtigte oder bevollmächtigte Personen sind zulässig, wenn die Vertretungsberechtigung in angemessener Weise geprüft wird. Weiterhin berechtigt sind die Leistungserbringer des Kunden (Ärztinnen und Ärzte etc.).

3.3 Der Auftragnehmer stellt sicher, dass Kundinnen und Kunden der Auftraggeberin zu Beginn die Möglichkeit hatten, Informationen über wichtige Grundlagen der Leistungserbringung und Datenverwendung

zu erhalten. Der Inhalt des Aufklärungstextes wird zwischen dem Auftragnehmer und der Auftraggeberin schriftlich vereinbart. Dieser beinhaltet:

- Die Nennung des Auftragnehmers als Erbringer der Dienstleistung
- Allgemeine Informationen zu dem Leistungsumfang
- Grundlegende Informationen zur Speicherung und Übermittlung der erhobenen Daten.
- Hinweis, dass keine Leistungszusagen, Beratung oder Auskünfte zu Krankenkassenanliegen über das Angebot sichergestellt werden können.

## 4 Umfang des Terminservices

4.1 Zugangswege und Servicezeiten

4.1.1 Die Auftraggeberin ermöglicht ihren Versicherten den Zugang zum Terminservice über einen entsprechend gekennzeichneten Link in ihrer Online-Geschäftsstelle und/oder ihrer AOK-App sowie per Telefon. Durch Auswahl des Links werden die Versicherten auf eine vom Auftragnehmer bereitgestellte und betriebene, dem Angebot der Auftraggeberin eindeutig zugeordnete Einstiegsseite (Landingpage) weitergeleitet. Der Auftragnehmer stellt hierfür eine dauerhaft nutzbare, verschlüsselt erreichbare Zieladresse bereit. Die Landingpage muss für mobile Endgeräte geeignet sein und die vereinbarten Anforderungen an Barrierefreiheit und Verfügbarkeit erfüllen. Gestaltung, Inhalte und Nutzerführung sind vor Inbetriebnahme mit der Auftraggeberin abzustimmen.

4.1.2 Der Wechsel auf das vom Auftragnehmer betriebene Angebot ist für die Versicherten deutlich erkennbar zu machen. Auf der Landingpage sind der Auftragnehmer, seine Funktion bei der Durchführung des Terminservices sowie die maßgeblichen Kontakt- und Datenschutzinformationen verständlich auszuweisen. Die Landingpage ermöglicht die unmittelbare telefonische Kontaktaufnahme während der Servicezeit sowie die Übermittlung einer Terminanfrage über das vereinbarte gesicherte Online-Formular. Rufnummer, Servicezeiten und die weiteren Bearbeitungsschritte sind gut sichtbar darzustellen.

4.1.3 Nach Eingang der Terminanfrage übernimmt der Auftragnehmer die vollständige operative Bearbeitung nach Maßgabe dieser Leistungsbeschreibung. Hierzu gehören insbesondere die Prüfung der Nutzungsberechtigung, die Aufnahme und Abstimmung der Suchkriterien, die Kontaktaufnahme mit geeigneten Arztpraxen, die Terminvereinbarung, die Ergebnisübermittlung und die vereinbarte Terminerinnerung. Die weitere fallbezogene Kommunikation erfolgt unmittelbar zwischen dem Auftragnehmer und der versicherten Person.

4.1.4 Die Auswahl des Links bei der Auftraggeberin allein löst noch keinen Vermittlungsauftrag aus. Eine automatische Übertragung von Versichertenstammdaten, Anmeldedaten oder Angaben zum Terminbedarf aus den Systemen der Auftraggeberin ist im vorgesehenen Verlinkungsmodell nicht Bestandteil der Leistung. Eine elektronische Berechtigungsbestätigung ist nicht vereinbart. Änderungen der Zieladresse sind rechtzeitig mit der Auftraggeberin abzustimmen. Der Auftragnehmer unterstützt die technische Einbindung und die Prüfung der Weiterleitung je nach Vorgabe durch die Auftraggeberin aus beiden Zugangssystemen vor Leistungsbeginn sowie nach wesentlichen Änderungen.

4.1.5 Servicezeiten: Montag bis Freitag von 07:00 Uhr bis 18:00 Uhr, ausgenommen bundeseinheitliche Feiertage sowie gleichzeitige Feiertage in Rheinland-Pfalz und dem Saarland. Digitale Anfragen können rund um die Uhr übermittelt werden; ihre Bearbeitung erfolgt innerhalb der Servicezeiten.

4.1.6 Der Auftragnehmer stellt eine Servicerufnummer bereit, die für den Kunden nicht als kostenpflichtige Sonderrufnummer bereitgestellt werden darf.

4.1.7 Die Kommunikation erfolgt mindestens in deutscher Sprache.

4.2 Aufnahme der Terminanfrage

4.2.1 Der Auftragnehmer erhebt digital oder im telefonischen Gespräch nur die Daten, die für Berechtigungsprüfung, Suche, Terminvereinbarung und Rückmeldung erforderlich sind. Pflichtfelder und optionale Angaben sind eindeutig zu kennzeichnen.

4.2.2 Regelmäßig erforderliche Angaben sind:

- Name und Geburtsdatum der versicherten Person;
- für die Berechtigungsprüfung erforderliches Identifikationsmerkmal;
- gewünschte Fachrichtung beziehungsweise vom behandelnden Arzt bezeichnete Untersuchungsart;
- Vorliegen einer Überweisung, soweit dies als Zugangsvoraussetzung relevant ist;
- gewünschter Ort oder Postleitzahl und Suchradius;
- zeitliche Präferenzen;
- Anforderungen an Barrierefreiheit und Erreichbarkeit;

- Kontaktdaten und gewünschter sicherer Rückmeldeweg.

4.2.3 Freitextfelder sind auf das notwendige Maß zu begrenzen. Der Auftragnehmer fordert keine Arztbriefe, Befunde, Bilddaten, Medikationspläne oder sonstigen medizinischen Unterlagen an. Diagnosen werden nur erfasst, wenn ihre Angabe ausnahmsweise für die eindeutige administrative Zuordnung der gesuchten Fachrichtung oder Untersuchung unerlässlich und rechtlich zulässig ist.

4.2.4 Der Auftragnehmer prüft gemeinsam mit der versicherten Person, ob deren zeitliche und räumliche Wünsche realistisch sind.

4.2.5 Kriterien für die Ermittlung einer Arztpraxis können sein:

- Entfernung von einem von der oder dem Versicherten zu bestimmendem Ort (Wohnsitz, Arbeitsstelle)
- Fachrichtung
- Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- Barrierefreiheit

Ebenfalls ist eine Kombination aus den vorstehend genannten Kriterien als Ermittlungsbasis geeignet. Der Auftragnehmer berücksichtigt im Rahmen der Terminvereinbarung die Wünsche des oder der Versicherten nach Tag und Uhrzeitkorridor. Das Erstgespräch mit dem oder der Versicherten führt der Auftragnehmer so, dass die Chance für eine erfolgreiche Terminvermittlung möglichst groß ist. Dazu werden die Wünsche der versicherten Person auf ihre wahrscheinliche Umsetzbarkeit überprüft. Im Zweifelsfall werden gemeinsam mit ihm oder ihr Alternativen hinsichtlich der zeitlichen und/oder räumlichen Vorgaben gesucht, so dass die Terminvereinbarungsgespräche erfolgreich geführt werden können.

4.3 Recherche geeigneter Haus- und/oder Facharztpraxen

4.3.1 Der Auftragnehmer recherchiert Haus-/ Facharztpraxen im Inland, die zur ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung gesetzlich Versicherter berechtigt sind.

4.3.2 Recherchekriterien sind insbesondere Fachrichtung, gewünschte Untersuchung, Entfernung beziehungsweise Suchradius, Terminpräferenzen, Barrierefreiheit, Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Sprache und eine ausdrücklich gewünschte Praxis.

4.3.3 Die Auswahl erfolgt sachlich, diskriminierungsfrei und anbieterneutral. Der Auftragnehmer darf keine medizinische Eignungsbewertung, Empfehlung oder Qualitätsbewertung einer Praxis abgeben.

4.4 Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung

4.4.1 Der Auftragnehmer kontaktiert geeignete Haus- und Facharztpraxen telefonisch, über deren zulässige elektronische Buchungswege oder über andere datenschutzkonforme Kommunikationskanäle.

4.4.2 Ziel der Kontaktaufnahme ist die Vereinbarung eines Behandlungstermins innerhalb der mit der versicherten Person abgestimmten Suchkriterien. Beschränkt die versicherte Person die Suche ausdrücklich auf eine bestimmte Praxis, entfällt die Verpflichtung, weitere Praxen einzubeziehen. Die Beschränkung und ihre möglichen Auswirkungen auf die Terminvermittlung sind mit der versicherten Person zu besprechen und zu dokumentieren.
Datenschutzkonforme elektronische Buchungswege und andere geeignete Kommunikationskanäle dürfen ergänzend genutzt werden. Wird hierüber ein geeigneter Termin verbindlich gebucht oder eine abschließende Absage der Praxis eingeholt, sind weitere telefonische Versuche bei dieser Praxis nicht erforderlich

Bleibt die Suche erfolglos, informiert der Auftragnehmer die versicherte Person über das Ergebnis und klärt, ob die verwendeten Suchkriterien angepasst werden sollen.

Kontaktversuche, Rückmeldungen, vereinbarte Anpassungen und Gründe für die Beendigung der Suche sind nachvollziehbar zu dokumentieren.

4.4.3 Bei Bedarf werden dem Versicherten alternative Praxen vorgeschlagen, bei denen voraussichtlich eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, zeitnah einen Termin zu erhalten, auch wenn sie nicht alle ursprünglich definierten Kriterien erfüllen. Auf dieser Grundlage kann der Versicherte entscheiden, ob er einzelne Präferenzen (z.B. Entfernung) zugunsten einer schnelleren Terminvermittlung anpasst. Ein Termin wird nur innerhalb der von der versicherten Person freigegebenen Parameter verbindlich gebucht oder reserviert. Soweit eine Rückbestätigung erforderlich ist, holt der Auftragnehmer diese vor der endgültigen Buchung ein.

4.4.4 Der Service umfasst sowohl erstmalige Terminvereinbarungen als auch das Vorziehen oder Verschieben bestehender Haus- und Facharzttermine. Absagen bestehender Termine erfolgen nur auf ausdrückliche Weisung der versicherten Person.

4.4.5 Kann kein Termin vermittelt werden, werden auf Wunsch geeignete Praxisadressen und Kontaktdaten übermittelt. Der Auftragnehmer erläutert das Ergebnis sachlich und bietet an, Suchradius oder Zeitfenster nach Abstimmung zu erweitern.

4.5 Ergebnisübermittlung

4.5.1 Das Ergebnis wird über den von der versicherten Person gewählten sicheren Kommunikationsweg mitgeteilt. Zulässige Wege sind Telefon, gesichertes Portal, Brief sowie E-Mail oder SMS nur unter den vereinbarten datenschutzrechtlichen Voraussetzungen.

4.5.2 Bei erfolgreicher Vermittlung werden mindestens mitgeteilt:

- Datum und Uhrzeit des Termins;
- Name und Fachrichtung der Ärztin oder des Arztes beziehungsweise Bezeichnung der Praxis;
- Anschrift und Telefonnummer der Praxis;
- gegebenenfalls von der Praxis mitgeteilte organisatorische Voraussetzungen, etwa Überweisung oder mitzubringende Unterlagen.
- Sofern vorhanden auch Homepage und E-Mail Adresse der Praxis sowie Informationen zur Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln

4.5.3 Für die telefonische Benachrichtigung der Kundin oder des Kunden erfolgen mindestens drei Anwahlversuche zu unterschiedlichen Zeiten und an mindestens zwei verschiedenen Tagen, solange die versicherte Person nicht erreicht wurde. Ist der Kunde oder die Kundin telefonisch nicht zu erreichen, erfolgt die Benachrichtigung nach dem sekundären Benachrichtigungsweg. Sofern der Nutzer oder die Nutzerin das Online-Kontakt-Formular genutzt hat, erfolgt die Benachrichtigung per E-Mail oder einem anderen zugelassenen elektronischen Kommunikationsweg, es sei denn, es wurde abweichend eine Benachrichtigung per Anruf und/oder Brief ausgewählt. Im Falle des Wunsches einer telefonischen Benachrichtigung gilt das gleiche Benachrichtigungsverfahren wie für telefonischen Anfragen (siehe oben).

4.5.4 Im Anschluss wird der Versicherte über den vereinbarten Termin 24 Stunden vor dem Termin elektronisch erinnert, sofern dieser das wünscht bzw. die elektronische Kommunikation zugelassen hat.

4.5.5 Die bloße Bestellung von Rezepten, Überweisungen oder Bescheinigungen ist nicht Gegenstand des Services.

4.5.6 Ist die Terminvereinbarung nicht erfolgreich, werden der/dem Versicherten die Gründe dafür erläutert.

4.5.7 Der Auftragnehmer beachtet bei der Durchführung des Auftrags sämtliche geltenden Rechtsvorschriften und hält diese unter Berücksichtigung der für die gesetzliche Krankenkasse geltenden Besonderheiten ein. Weiter gewährleistet der Auftragnehmer, dass keine Diagnosen gestellt werden und keine Rechtsberatung erfolgt.

4.6 Hausarztvermittlung

4.6.1 Der Auftragnehmer unterstützt Versicherte ergänzend zur Facharztterminvermittlung bei der Vereinbarung hausärztlicher Termine, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

a) Die versicherte Person verfügt über keine hausärztliche Anbindung, insbesondere infolge eines Wohnortwechsels oder einer Praxisaufgabe.

b) Die versicherte Person hat trotz eigener Kontaktversuche keinen Termin für ihr Anliegen erhalten oder die Praxis wiederholt nicht erreichen können.

c) Der versicherten Person ist die eigenständige Terminvereinbarung aufgrund einer Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder vergleichbarer persönlicher Einschränkungen wesentlich erschwert.

4.6.2 Zur Feststellung des Unterstützungsbedarfs genügt eine nachvollziehbare Schilderung der versicherten Person. Der Auftragnehmer dokumentiert den maßgeblichen Grund in standardisierter und datensparsamer Form. Ein Nachweis einzelner erfolgloser Kontaktversuche ist nicht erforderlich. Eine eigenständige medizinische Bewertung der Behandlungsbedürftigkeit oder Dringlichkeit erfolgt nicht.

4.6.3 Fehlt eine hausärztliche Anbindung, klärt der Auftragnehmer zusätzlich, ob die angefragte Praxis grundsätzlich zur Aufnahme der versicherten Person in die fortlaufende hausärztliche Betreuung bereit ist. Ein lediglich einmaliger Behandlungstermin ist gegenüber der versicherten Person entsprechend zu kennzeichnen.

4.6.4 Hausärztliche Vermittlungsfälle werden im quartalsmäßigen Reporting gesondert nach Zugangsgrund, Bearbeitungsaufwand und Vermittlungsergebnis ausgewiesen. Dabei ist zwischen der Vereinbarung eines einzelnen Termins und einer von der Praxis bestätigten Bereitschaft zur fortlaufenden hausärztlichen Betreuung zu unterscheiden. Die Berichterstattung erfolgt aggregiert und anonymisiert.

## 5 Ausdrücklich ausgeschlossene Leistungen

Nicht Bestandteil des Auftrags sind insbesondere:

- medizinische, psychotherapeutische, pflegerische oder pharmazeutische Beratung;
- Diagnosestellung oder Anamnese zu Behandlungszwecken
- Therapie-, Arzneimittel-, Heil- oder Hilfsmittelberatung;
- ärztliche oder psychotherapeutische Zweitmeinungen;
- Videosprechstunden, Telemedizin oder Fernbehandlung;
- Auslandsnotruf, allgemeiner Krankenkassen-Kundenservice oder Bearbeitung von Leistungsanträgen;
- Hebammenberatung oder Hebammenvermittlung;
- Pflegeberatung, Rehabilitations-, Präventions- oder Versorgungsmanagement;
- Terminvermittlung zu Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, sonstigen nichtärztlichen Heilberufen, Apotheken, Sanitätshäusern oder Pflegeeinrichtungen;
- Kostenübernahmeerklärungen, Abrechnungsprüfung oder Zusagen zur Erstattungsfähigkeit

5.1 Bei erkennbaren Notfällen verweist der Auftragnehmer auf den Rettungsdienst unter 112; bei dringlichen, nicht lebensbedrohlichen Beschwerden auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 116117. Der Terminservice ersetzt diese Angebote nicht.

## 6 Leistungsabgrenzung und Kommunikation

6.1 Beschäftigte des Auftragnehmers stellen klar, dass sie lediglich einen administrativen Terminservice erbringen und keine medizinischen oder therapeutischen Leistungen.

6.2 Auskünfte zu Leistungen, Beiträgen, Mitgliedschaft oder sonstigen Krankenkassenangelegenheiten werden nicht erteilt. Entsprechende Anfragen werden mit abgestimmter Sprachregelung an die offiziellen Kontaktwege der Auftraggeberin verwiesen.

6.3 Außenauftritt, Begrüßungsformel, Informationstexte und Vorlagen für die Ergebnisübermittlung werden vor Leistungsbeginn mit der Auftraggeberin abgestimmt. Der Auftragnehmer ist als Erbringer des Terminservices transparent zu benennen.

## 7 Service Levels

7.1 Erreichbarkeit und Bearbeitung

7.1.1 Der Auftragnehmer dimensioniert Personal und Technik so, dass die vereinbarten Servicezeiten zuverlässig eingehalten werden.

7.1.2 Der Auftragnehmer stellt einen Servicelevel bei der Annahme der Anrufe von monatsdurchschnittlich 80/20 sicher. Das bedeutet, dass durchschnittlich 80 % der eingehenden Anrufe eines Monats innerhalb von 20 Sekunden angenommen werden. Ausgenommen von der Zählung sind Anrufe, die innerhalb von 5 Sekunden nach Eingang und vor der Annahme durch den Auftragnehmer von der anrufenden Person beendet werden.

7.1.3 Digitale Anfragen werden innerhalb von 4 Service-Stunden automatisiert bestätigt. Die sachliche Bearbeitung beginnt spätestens am folgenden Arbeitstag.

7.1.4 Der Auftragnehmer übermittelt der versicherten Person innerhalb von 48 Stunden nach Eingang der vollständigen Anfrage entweder das Vermittlungsergebnis oder eine qualifizierte Zwischeninformation. Für die Vollständigkeit der Anfrage und die Fristberechnung gelten die Ziffern 7.2.1 und 7.2.2.
Die Zwischeninformation enthält den bisherigen Bearbeitungsstand, die Gründe für die noch nicht abgeschlossene Vermittlung und die vorgesehenen weiteren Schritte. Sie gilt nicht als erfolgreiche Vermittlung im Sinne der Ziffer 7.2. Die Regelung gilt unabhängig davon, ob die Anfrage telefonisch oder über das Online-Formular eingeht.

7.1.5 Für den Fall, dass ein Anrufer oder eine Anruferin in eine Warteschleife aufgenommen wird, bekommt er oder sie eine Information mitgeteilt, wie lange seine oder ihre voraussichtliche Wartezeit ist. Ab einer voraussichtlichen Wartezeit von mehr als 2 Minuten, kann die Kundin oder der Kunde wählen, ob sie oder er

weiter in der Warteschleife bleiben möchte oder ihre bzw. seine Kontaktdaten auf einem Anrufbeantworter hinterlassen möchte. Ein Rückruf durch den Auftragnehmer erfolgt dann innerhalb von maximal 30 Minuten innerhalb der Servicezeit, wenn die Zeit am Ende der Servicezeit nicht mehr reicht dann am nächstfolgenden Servicearbeitstag. Der Ansagetext des Anrufbeantworters wird zwischen dem Auftragnehmer und der Auftraggeberin abgestimmt.

### 7.2 Erfolgsquote

7.2.1 Ein Vermittlungsfall umfasst die Bearbeitung einer vollständigen Anfrage zur Vereinbarung eines Arzttermins. Sämtliche hierfür erforderlichen Kontaktversuche und Rückmeldungen gehören zu diesem Fall. Mehrfachmeldungen desselben Terminwunsches werden zusammengeführt und nur einmal gezählt.
Eine Anfrage ist vollständig, sobald die für die Berechtigungsprüfung, die Terminsuche und die Rückmeldung erforderlichen Angaben vorliegen. Fehlende Angaben fordert der Auftragnehmer spätestens am folgenden Arbeitstag an. Eingang, Vollständigkeit und etwaige Nachforderungen sind zu dokumentieren.

7.2.2 Für die Berechnung der Erfolgsquote nach Ziffer 7.2.3 zählt ein Vermittlungsfall als fristgerecht erfolgreich, wenn innerhalb von 48 Stunden nach Eingang der vollständigen Anfrage ein den abgestimmten Suchkriterien entsprechender Termin verbindlich vereinbart wurde. Eine erforderliche Zustimmung der versicherten Person muss innerhalb dieser Frist vorliegen.
Eine unverbindliche Reservierung, eine Zwischeninformation oder die bloße Übermittlung von Praxisadressen gelten nicht als erfolgreiche Vermittlung. Die Frist bezieht sich auf die Vereinbarung des Termins, nicht auf den Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung.
Bei der Fristberechnung werden Samstage, Sonntage und die unter 4.1.5 bezeichneten Feiertage nicht berücksichtigt. Im Übrigen läuft die Frist auch außerhalb der telefonischen Servicezeiten. Maßgeblich ist die Ortszeit in Deutschland.

7.2.3 Der Auftragnehmer strebt je Kalendermonat eine Erfolgsquote von mindestens 70 Prozent an. Diese Quote ist ein Zielwert und keine verbindlich geschuldete Mindestquote.

In die Berechnung werden alle Vermittlungsfälle nach Ziffer 7.2.1 einbezogen, deren nach Ziffer 7.2.2 berechnete Bearbeitungsfrist im jeweiligen Kalendermonat endet. Ausgenommen sind die nach Ziffer 7.2.4 ausgeschlossenen Fälle.

Die Gesamtzahl der einbezogenen Vermittlungsfälle umfasst sowohl fristgerecht erfolgreich vermittelte als auch erfolglos beendete, bei Fristablauf noch offene und erst nach Fristablauf erfolgreich vermittelte Fälle.

Die Erfolgsquote wird berechnet, indem die Anzahl der nach Ziffer 7.2.2 fristgerecht erfolgreich vermittelten Fälle des jeweiligen Berichtsmonats durch die Gesamtzahl der für diesen Monat einbezogenen Vermittlungsfälle geteilt und mit 100 multipliziert wird.

Bei Fristablauf noch offene oder erst danach erfolgreich vermittelte Fälle zählen für diese Quote als nicht fristgerecht erfolgreich. Sie bleiben dem ursprünglichen Berichtsmonat zugeordnet und werden bei einem späteren Vermittlungserfolg nicht erneut in die Berechnung einbezogen. Ihre weitere Bearbeitung bleibt hiervon unberührt.

7.2.4 Bei der Berechnung werden folgende Fälle weder im Zähler noch im Nenner berücksichtigt:

a) Anfragen von Personen, die nicht zum leistungsberechtigten Personenkreis gehören;
b) Anfragen, die ausschließlich Leistungen außerhalb des vereinbarten Leistungsumfangs betreffen;
c) Fälle, in denen die versicherte Person den Vermittlungsauftrag vor Ablauf der Bearbeitungsfrist ausdrücklich zurücknimmt;

Die Voraussetzungen einer Ausnahme sind zu dokumentieren. Fehlende Terminkapazitäten, erfolglose Kontaktversuche oder die Nichterreichbarkeit der versicherten Person begründen für sich genommen keine Ausnahme.
Unvollständige Anfragen werden bis zu ihrer Vervollständigung nicht in die Erfolgsquote einbezogen, jedoch gesondert im Reporting ausgewiesen. Liegen in einem Monat keine berücksichtigungsfähigen Fälle vor, wird die Quote als „nicht berechenbar“ ausgewiesen.

### 7.3 Beschwerden und Störungen

7.3.1 Das Beschwerdemanagement wird über ein vom Auftragnehmer bereit gestelltes Ticketsystem abgewickelt.

7.3.2 Erreicht eine Kundenbeschwerde die Auftraggeberin wird diese an den Auftragnehmer weitergeleitet. Der Auftragnehmer nimmt innerhalb von zwei Arbeitstagen Stellung bei der Auftraggeberin zu der Beschwerde und schlägt eine Lösungsmöglichkeit vor bzw. nimmt zusätzlich Kontakt mit der/dem Versicherten zur Nachbesserung auf.

7.3.3 Wesentliche Leistungsstörungen und erhebliche Datenschutz- oder Sicherheitsvorfälle werden nach Maßgabe des Vertrags unverzüglich gemeldet.

## 8 Personal und Qualitätssicherung

8.1 Der Auftragnehmer setzt ausreichend qualifiziertes Personal mit Erfahrung in telefonischer beziehungsweise digitaler Kundenkommunikation und Terminorganisation ein. Die eingesetzten Beschäftigten müssen über deutsche Sprachkenntnisse in Wort und Schrift verfügen, die eine sichere, verständliche und situationsgerechte Kommunikation mit den Versicherten und den Arztpraxen ermöglichen.

Der Auftragnehmer stellt sicher, dass diese Anforderungen vor dem erstmaligen Einsatz und während der gesamten Einsatzdauer erfüllt sind. Auf Anforderung der Auftraggeberin weist er die Qualifikation des eingesetzten Personals innerhalb einer von der Auftraggeberin gesetzten angemessenen Frist durch geeignete Unterlagen nach. Hierfür kommen insbesondere anonymisierte Qualifikationsprofile mit Angaben zu einschlägiger Berufserfahrung, Schulungsnachweise sowie vorhandene Ausbildungs- oder Sprachzertifikate in Betracht. Die Unterlagen sind auf die für den Nachweis erforderlichen Angaben zu beschränken.

Eine medizinische Berufsausbildung ist nicht zwingend, da keine medizinische Beratung geschuldet ist.

8.2 Alle eingesetzten Personen werden vor Tätigkeitsaufnahme insbesondere zu Leistungsumfang und -grenzen, Datenschutz und Sozialdaten, Informationssicherheit, Gesprächsführung, Neutralität, Barrierefreiheit sowie Notfallhinweisen geschult.

8.3 Der Auftragnehmer unterhält ein dokumentiertes Qualitätsmanagement. Stichproben und Coachings dürfen nur unter Beachtung der Datenschutzvorgaben erfolgen; eine anlasslose Aufzeichnung von Gesprächen ist nicht zulässig.

8.4 Der Auftragnehmer benennt eine verantwortliche Projektleitung, eine Stellvertretung und eine Eskalationsmatrix.

## 9 Datenschutz und Sozialdaten

9.1 Personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten dürfen nur im für die Terminvermittlung erforderlichen Umfang und auf tragfähiger Rechtsgrundlage verarbeitet werden. Die datenschutzrechtliche Rollenverteilung richtet sich nach dem Vertrag und dem konkret umgesetzten Prozess.

9.2 Die Auftraggeberin erhält grundsätzlich keine Information darüber, aus welchem medizinischen Anlass der Terminvermittlungsservice genutzt wurde. Leistungsberichte sind ausschließlich aggregiert und wirksam anonymisiert zu erstellen.

9.3 Daten dürfen nur im erforderlichen Umfang an die jeweils angefragte Haus- oder Facharztpraxis übermittelt werden. Die versicherte Person ist hierüber transparent zu informieren; erforderliche Einwilligungen oder Schweigepflichtentbindungen sind einzuholen und zu dokumentieren.

9.4 Eine Übermittlung vollständiger Versichertenbestände an den Auftragnehmer ist nicht vorgesehen.

## 10 Technische Anforderungen

10.1 Der Auftragnehmer stellt eine für die vertragsgemäße Leistung ausreichende, hochverfügbare Telefonie-, Fallbearbeitungs- und Recherchelösung bereit.

10.2 Das Online-Formular ist verschlüsselt, barrierefrei nach Maßgabe von Ziffer 12, mobil nutzbar und gegen unberechtigte Zugriffe geschützt. Es ist nach den mit der Auftraggeberin abgestimmten Gestaltungs- und Sprachvorgaben umzusetzen.

10.3 Zur Recherche einer Arztpraxis anhand der angegebenen Kriterien verfügt der Auftragnehmer über eine entsprechende Datenbank mit einem vollständigen und stets aktuellen Verzeichnis aller Ärzte bzw. Arztpraxen in Deutschland, die Leistungserbringer im Sinne des Vierten Kapitels des SGB V sind.

10.4 Der Auftragnehmer stellt eine eigene Rufnummer für das Angebot zur Verfügung. Bei der telefonischen Übermittlung von Vermittlungsergebnissen wird eine Rufnummer übertragen, die einen Rückruf durch die Kundin oder den Kunden zulässt und keine erhöhten Gebühren verursacht (z. B. Verzicht auf gebührenpflichtige 0180-Nummern). Es kann eine automatische Abfrage integriert werden.

10.5 Das dynamische Online-Formular zum Arztterminservice hat mindestens folgenden Inhalt:

- Persönliche Daten
- Anrede

- Vorname
- Nachname
- Straße, Hausnummer
- PLZ
- Versicherungsnummer
- Kassennummer
- Geburtsdatum
- Telefonnummer (Vorwahl+ Rufnummer)
- Mobilnummer (Vorwahl+ Rufnummer)
- E-Mail-Adresse (doppelte Eingabe mit Plausibilisierung)
- Angabe des/der Zeitfenster für den gewünschten Termin (Kalendereingabe, Vormittag/ Nachmittags)
- Angabe zur gewünschten Diagnostik
- Weiterführende Angaben zur Diagnostik
- Sonstige Angabe (Freitext)
- Ort des Terminwunsches (Eingabe von Ort oder PLZ)
- Angabe eines Suchradius um diesen Ort (Drop-Down/Schieberegler)

(Falls bestimmte Praxis bevorzugt):

- Name der Praxis
- Adresse
- Telefonnummer
- Barrierefreiheit (Ja/Nein)
- Erreichbarkeit mit ÖPNV Zwingend erforderlich? (Ja/Nein)
- Angabe der Fachrichtung (Drop-Down)
- Überweisung vorhanden (ja/nein)
- Auf welchem Weg möchten Sie über Ihren Termin informiert werden? (Drop-Down mit den gleichen Benachrichtigungswegen wie für die telefonischen Anfragen)
- Erinnerungsservice: Wollen Sie 24 Stunden vor dem Termin per SMS an Ihren Termin erinnert werden? (Ja/Nein)

10.6 Wenn der Kunde oder die Kundin per E-Mail benachrichtigt werden möchte, muss er oder sie per Opt-In eine Einverständniserklärung bestätigen, in der er oder sie erklärt, dass ihm oder ihr die Risiken der offenen E-Mail-Kommunikation (Abfangen/Mitlesen durch Dritte) bewusst sind und er dennoch diesen Weg wählen möchte. Andernfalls ist das Absenden des Formulars per Mail nicht möglich. Das Online-Formular baut sich dynamisch auf und berücksichtigt Besonderheiten zu bestimmten Behandlungswegen (z.B. Gewichtsabfrage bei MRT-Untersuchungen). Je nach Eingabe werden bestimmte Felder angezeigt oder weggelassen, um ein Minimum an Datenabfrage zu garantieren.

10.7 Auf der Landing Page der Auftragnehmerin soll ggf. über eine weitere Verlinkung oder ein Pop up Fenster oder auf andere geeignete Weise für den Kunden erkennbar sein, wo dieser Versicherungsnummer und Kassennummer auf der elektronischen Gesundheitskarte findet.

10.8 Der Auftragnehmer stellt der Auftraggeberin für die gesamte Vertragslaufzeit einen geeigneten, dauerhaft verfügbaren und technisch funktionsfähigen Link (URL) zu der vom Auftragnehmer für die vertragsgegenständliche Dienstleistung bereitgestellten Webanwendung zur Verfügung.
Die Auftraggeberin ist berechtigt, diesen Link insbesondere in ihre digitalen Angebote, einschließlich der AOK-App und der Online-Geschäftsstelle, einzubinden. Hierdurch soll den Versicherten ermöglicht werden, aus dem jeweiligen digitalen Angebot der Auftraggeberin unmittelbar auf die für die Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen vorgesehene Webanwendung des Auftragnehmers weitergeleitet zu werden.
Der Auftragnehmer hat sicherzustellen, dass die verlinkte Webanwendung 24/7/365 digital mit der Mindestverfügbarkeit von 99,5% je Kalendermonat erreichbar ist. Änderungen der URL sind der Auftraggeberin rechtzeitig vor ihrer Wirksamkeit mitzuteilen und mit ihr abzustimmen, sodass eine unterbrechungsfreie Weiterleitung gewährleistet bleibt. Ausgenommen sind vorher angekündigte und technisch notwendige Wartungsfenster.

10.9 Vor der erstmaligen Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Dienstleistung hat der Auftragnehmer die für die Feststellung und Prüfung der Versicherteneigenschaft erforderlichen Angaben des Nutzers abzufragen.
Hierzu sind mindestens folgende Angaben aus der elektronischen Gesundheitskarte zu erheben:

- die Krankenversichertennummer (Versichertennummer) und
- das Institutionskennzeichen bzw. die zur eindeutigen Identifikation der zuständigen Krankenkasse erforderliche Kassennummer.

Die Abfrage dient insbesondere dazu, festzustellen, ob die betreffende Person zum Kreis der zur Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Dienstleistung berechtigten Versicherten der Auftraggeberin gehört.
Der Auftragnehmer darf die hierbei erhobenen Daten ausschließlich im Rahmen der vertraglich vereinbarten Zwecke und unter Beachtung der jeweils anwendbaren datenschutz- und sozialdatenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeiten. Weitergehende Erhebungen oder Verarbeitungen personenbezogener Daten bleiben unzulässig, soweit sie nicht für die Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistung erforderlich oder anderweitig rechtlich zulässig sind.

10.10 Nachdem die Nutzerin oder der Nutzer ihre oder seine Daten abgeschickt hat, bekommt sie oder er die Info, dass über den gewählten Benachrichtigungsweg informiert wird. Sobald der Auftragnehmer die Terminierung vorgenommen hat, wird die Kundin oder der Kunde über den gewählten Benachrichtigungsweg informiert.

## 11 Reporting

11.1 Der Auftragnehmer erstellt quartalsweise ein Reporting. Es enthält ausschließlich aggregierte und wirksam anonymisierte Angaben. Die Quartalsberichte enthalten getrennte Monatswerte.

11.2 Das Reporting umfasst:

- Zahl eingegangener, abgeschlossener, erfolgreicher und erfolgloser Servicefälle;
- Verteilung nach Zugangsweg;
- Erreichbarkeit und Bearbeitungszeiten;
- Erfolgsquote nach der festgelegten Messregel;
- grobe Fachgebietsgruppen;
- anonymisierte Gründe erfolgloser Vermittlungen;
- Beschwerdeanzahl und -kategorien;
- wesentliche Leistungsstörungen;
- Altersband (10er Cluster)
- Geschlechtsverteilung
- Anzahl der Fälle, die nicht im vereinbarten Zeitfenster bearbeitet werden konnten

## 12 Barrierefreiheit und Gleichbehandlung

12.1 Der Auftragnehmer gestaltet und betreibt die für den Terminservice bereitgestellten digitalen Angebote barrierefrei. Dies umfasst insbesondere die Landingpage, die Prüfung der Nutzungsberechtigung, das Online-Anfrageformular, Bestätigungs- und Fehlermeldungen sowie die im Rahmen des Services bereitgestellten elektronischen Dokumente.

12.2 Die Angebote müssen die für die jeweiligen Inhalte und Funktionen anwendbaren Anforderungen der EN 301 549 V4.1.1 (2026-09) oder gleichwertige Anforderungen erfüllen. Für Webinhalte sind sämtliche Erfolgskriterien der Konformitätsstufen A und AA der Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.2 sowie deren Konformitätsanforderungen einzuhalten oder deren gleichwertige Erfüllung auf Verlangen nachzuweisen. Die Anforderungen gelten für vollständige Seiten und sämtliche Schritte der vom Auftragnehmer bereitgestellten Online-Prozesse.

12.3 Die Barrierefreiheit ist während der gesamten Vertragslaufzeit aufrechtzuerhalten. Änderungen, die Auswirkungen auf die Barrierefreiheit haben können, sind vor ihrer Bereitstellung hinsichtlich der betroffenen Anforderungen und Prozessschritte zu prüfen. Die Prüfergebnisse sind zu dokumentieren und der Auftraggeberin auf Verlangen vorzulegen. Weitergehende zwingende gesetzliche Anforderungen an die Barrierefreiheit bleiben unberührt.

12.4 Für hör- oder sprachbeeinträchtigte Versicherte ist ein gleichwertiger schriftlicher Zugang vorzusehen. Weitere Unterstützungswege werden im Umsetzungskonzept festgelegt.

## 13 Implementierung und Abnahme

13.1 Nach Zuschlag legt der Auftragnehmer unverzüglich einen abgestimmten Projektplan mit Verantwortlichkeiten, Meilensteinen, Mitwirkungen, Tests und Abnahmeterminen vor.

13.2 Mindestens abzustimmen und abzunehmen sind:

- Berechtigungsprüfung und Datenschutzinformationen;
- Rollenverteilung hinsichtlich der Datenverarbeitung (Vereinbarung nach Art. 26 DSGVO)
- Telefonie, Rufnummern und Ansagetexte;
- Online-Formular und sichere Rückmeldewege;
- Recherche- und Fallbearbeitungssystem;
- Berichtsformat und Messmethoden;
- Notfall- und Eskalationsverfahren;
- Rechnungswesen

## 14 Mitwirkung der Auftraggeberin

14.1 Die Auftraggeberin stellt rechtzeitig die für Corporate Design, Versicherteninformation, Eskalation und Berechtigungsprüfung erforderlichen Vorgaben sowie fachliche und technische Kontaktpersonen bereit.

14.2 Die Auftraggeberin prüft und genehmigt die versichertenbezogenen Informationstexte, ohne dadurch die eigene datenschutz- oder leistungsrechtliche Verantwortung des Auftragnehmers zu übernehmen.

14.3 Mengenangaben sind ausschließlich Kalkulationsgrundlagen. Eine Mindestabnahme oder ein bestimmtes Fallvolumen wird nicht zugesagt.

## 15 Kalkulationsgrundlagen und Preisblatt

15.1 Die Vergütung und Abrechnung ergeben sich aus dem gesonderten Preisblatt. Das Preismodell muss sämtliche Kosten für Implementierung, Personal, Telefonie, Online-Formular, Recherche, Ergebnisübermittlung, Reporting, Qualitätssicherung und Betrieb enthalten.

15.2 Die Vergütung durch die Auftraggeberin besteht aus einer einmalig abrechenbaren Einrichtungspauschale für die Einrichtung des Terminservices und einer festen Fallpauschale je abrechenbarem Vermittlungsfall. Beide Pauschalbeträge sind im Preisblatt gesondert anzugeben. Die Einrichtungspauschale ist nach vollständiger Einrichtung und Abnahme des Terminservices gemäß Ziffer 13 einmalig abrechenbar, sie fällt auch für den Fall der Vertragsverlängerung nicht erneut an. Die Fallpauschale ist für die abgeschlossene Bearbeitung einer vollständigen Anfrage einer leistungsberechtigten Person abrechenbar, sofern die Voraussetzungen der Ziffer 15.3 erfüllt sind. Sie fällt nach Maßgabe von Ziffer 15.4 je Vermittlungsfall nur einmal an. Die vereinbarten Bearbeitungsfristen sind einzuhalten. Jede Überschreitung der Bearbeitungsfrist ist zu dokumentieren und zu begründen; sie schließt die Abrechenbarkeit eines nach Ziffer 15.3 abgeschlossenen Vermittlungsfalls für sich genommen nicht aus. Die Berücksichtigung in der Erfolgsquote richtet sich unverändert nach Ziffer 7.2. Die vereinbarten Informations-, Berichts- und Maßnahmenpflichten bleiben unberührt.

15.3 Ein Vermittlungsfall ist ausschließlich dann abrechenbar, wenn ein den mit der versicherten Person abgestimmten Suchkriterien entsprechender Termin verbindlich vereinbart und der versicherten Person mitgeteilt wurde. Eine erfolglos beendete Suche ist nicht abrechenbar. Dies gilt auch dann, wenn sämtliche vereinbarten Such- und Kontaktpflichten erfüllt wurden, die versicherte Person über das Ergebnis informiert wurde und keine Fortsetzung der Suche mit angepassten Suchkriterien wünscht.

15.4 Die Fallpauschale fällt je Vermittlungsfall nur einmal an. Sie umfasst sämtliche zur Bearbeitung gehörenden Kontaktversuche, Rückmeldungen, Anpassungen der Suchkriterien, Dokumentationsleistungen und vereinbarten Terminerinnerungen. Mehrfachmeldungen desselben Terminwunsches sowie die Fortsetzung der Bearbeitung nach Ablauf der vereinbarten Bearbeitungsfrist lösen keine zusätzliche Vergütung aus.

15.5 Vergütungen, die an Diagnosen, Behandlungen oder Behandlungskosten anknüpfen, sind grundsätzlich ausgeschlossen.

15.6 Folgende Parameter sind vor Veröffentlichung der Vergabeunterlagen einzusetzen:

| Parameter | Festlegung | Hinweis |
|---|---|---|
| Leistungsberechtigte | Ca. 1,260 Mio | Grundlage einer etwaigen Pauschale |

| Parameter | Festlegung | Hinweis |
|---|---|---|
| Erwartete Fälle p. a. | 12.500 | keine Mengenzusage; Anzahl der Anfragen |
| Vertragsbeginn | Mit Zuschlagserteilung | |

## Anlage 1 – Kennzahlen und Messregeln

Die nachfolgende Matrix ist Bestandteil der Leistungsbeschreibung.

| Kennzahl | Zielwert | Messung |
|---|---|---|
| Telefonische Erreichbarkeit | 80 % in 20 Sek. | Monatsmittel; Abbrecher < 5 Sek. ausgenommen |
| Eingangsbestätigung digital | 4 Service-Stunden | Zeitstempel |
| Beginn Bearbeitung | 1 Arbeitstag | Zeitstempel |
| Ergebnis/Zwischeninfo | 48 Stunden | vollständige Anfrage bis Rückmeldung siehe 7.1.4 |
| Erfolgsquote | 70 % | Definition Ziff. 7.2 |
| Beschwerdeantwort | 2 Arbeitstage | Eingang bis fachliche Antwort |
| Verfügbarkeit Online-Formular | 99,5 %/Kalendermonat | Messzeitraum: täglich 00:00–24:00 Uhr. Berechnung: verfügbare Betriebszeit geteilt durch geschuldete Betriebszeit × 100. Ausgenommen sind vorab angekündigte technisch notwendige Wartungsfenster |