



Leistungsbeschreibung

**„Ärztliches Zweitmeinungsverfahren bei orthopädischen
Erkrankungen“**

Vergabenummer:

1005099

Inhalt

1	DAK Gesundheit.....	3
2	Ziele und Gegenstand der Beschaffung	4
2.1	Vertragsart und Abrufstruktur	6
2.2	Vertragslaufzeit.....	6
2.3	Bepreisung.....	6
3	Leistungsbestandteile.....	7
3.1	Grundsätzliches	7
3.2	Leistungsgegenstand	7
3.3	Voraussetzungen für die Inanspruchnahme	8
3.3.1	Prüfung des aktiven Versicherungsverhältnisses	9
3.3.2	Prüfung der orthopädischen Erkrankung und der OP-Indikation.....	9
3.3.3	Vorgehen bei Nichterfüllung der Anspruchsvoraussetzungen.....	10
3.4	Inhalt und Ablauf der Leistung.....	10
3.4.1	Aktive und reaktive Beratung durch die DAK-Gesundheit.....	10
3.4.2	Aufgaben des Auftragnehmers bei Anruf von Versicherten oder deren Bevollmächtigten	11
3.4.3	Aufgaben des Auftragnehmers zur Vorbereitung einer ärztlichen Zweitmeinung 11	
3.4.4	Erteilung der Zweitmeinung.....	13
3.4.5	Durchsetzung der Zweitmeinung	14
4	Anforderungen an den Auftragnehmer und an die Leistung.....	14
4.1	Qualitätsanforderungen.....	15
4.1.1	Telefonischer Beratungsservice	16
4.2	Technische Anforderungen	16
4.2.1	DAK-spezifische Landingpage des Auftragnehmers.....	17
4.2.2	Einrichtung eines VPN-Tunnels.....	18
4.3	Anforderungen an Formulare und Informationsmaterial	18
4.4	Prozessablauf	19
4.4.1	Online-Prozess	20
4.4.2	Postalisches Verfahren	21
4.5	Bestandteile des Gutachtens	21
4.6	Zugang zum Zweitmeinungsangebot	22
4.6.1	Website der DAK-Gesundheit	22
4.6.2	Weitere Digitalisierung von Prozessen bei der DAK-Gesundheit.....	22
4.7	Qualifikation von Mitarbeitenden der DAK-Gesundheit.....	23
4.8	Datenschutz und Datenaustausch.....	23
4.9	Reporting	24
4.10	Evaluation	24
5	Produktplatzierung und Vermarktung	26

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in dieser Leistungsbeschreibung Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jedoch Personen jeden Geschlechts gleichermaßen. Hierin soll keine Bevorzugung und keine Diskriminierung eines Geschlechts zum Ausdruck kommen.

1 DAK Gesundheit

Die DAK-Gesundheit gehört zu Deutschlands größten Krankenkassen: über 5,6 Millionen Menschen schenken uns ihr Vertrauen. Wir unterstützen sie auf vielfältige Weise sowohl beim Gesundwerden als auch beim Gesundbleiben – und das bereits seit 250 Jahren. Eine hochwertige Versorgung der Versicherten, ausgezeichnete Leistungen und ein umfassender Kundenservice stehen bei der DAK-Gesundheit im Mittelpunkt.

Die DAK-Gesundheit ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie unterliegt dem Solidarprinzip. Das heißt: allen Versicherten stehen die gleichen Leistungen zu; Beitrag, persönliche gesundheitliche Risiken, Eintrittsalter oder Familienstand spielen keine Rolle. Als große bundesweite gesetzliche Krankenkasse gleicht die DAK-Gesundheit intern die unterschiedliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der verschiedenen Regionen Deutschlands aus. Jedes Mitglied der DAK-Gesundheit hat somit, egal wo es wohnt, die gleichen Ansprüche und profitiert von den Diensten und Kenntnissen einer bundesweit agierenden Kasse.

Name:	DAK-Gesundheit
Rechtsform:	Körperschaft des öffentlichen Rechts
Anschrift Zentrale:	DAK-Gesundheit Nagelsweg 27-31 20097 Hamburg
Versicherte:	5,6 Millionen
Mitglieder:	4,6 Millionen
Geschäftsstellen:	Rund 300 bundesweit
Mitarbeiter:	10.700

2 Ziele und Gegenstand der Beschaffung

Mit dieser Leistungsbeschreibung wird der vertragliche Standard für eine unabhängige Zweitmeinung und die Erstellung eines zugehörigen Gutachtens zur Beurteilung der Indikation und des Nutzens einer empfohlenen orthopädischen Operation im Kontext der Patientenpräferenzen und möglicher Hinweise auf eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung beschrieben. Das Zweitmeinungsverfahren umfasst insbesondere die Risikobeurteilung einer medizinisch nicht indizierten Indikationsausweitung auf der Grundlage von § 27b SGB V. Die Leistung umfasst die orthopädischen Eingriffe, die Gegenstand der geltenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuchs sind, sowie ergänzend weitere orthopädische Indikationen, die in der Satzung der DAK-Gesundheit festgeschrieben sind.

Die in der geltenden Zweitmeinungs-Richtlinie aufgeführten Eingriffe sind so lange Bestandteil des Leistungsumfangs, sofern sie nicht aufgrund gesetzlicher Vorgaben verpflichtende Voraussetzung für die Durchführung oder Abrechenbarkeit entsprechender operativer Leistungen werden. Soweit einzelne Indikationen künftig aufgrund gesetzlicher Vorgaben, insbesondere infolge einer Erweiterung der Verpflichtungen nach § 27b SGB V bzw. der Zweitmeinungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, zwingende Voraussetzung für die Abrechenbarkeit entsprechender operativer Leistungen werden, sind diese Indikationen ab Inkrafttreten der jeweiligen Regelung nicht mehr Gegenstand dieses Vertrages. Ziel ist es, den Versicherten der DAK-Gesundheit, die vor einem planbaren Eingriff bei orthopädischen Erkrankungen stehen, bundesweit eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur Überprüfung und Optimierung Ihrer Indikationsstellung und Therapieempfehlung sowie des zu erwartenden Nutzens und der Risiken einer geplanten Behandlung oder Operation zur Verfügung zu stellen. Durch dieses Leistungsangebot sollen die Versicherten der DAK-Gesundheit den Entschluss zu einer Behandlung festigen oder alternative Behandlungsmöglichkeiten erwägen können. Ziel ist eine gestärkte Patientenautonomie durch umfassend informierte Entscheidungsfindung, die Vermeidung von vorschnellen Operationen sowie deren negative Konsequenzen. Das zusätzliche Angebot soll eine zielorientierte und wirtschaftliche Versorgung ermöglichen und Über-, Unter- oder Fehltherapien vermeiden. Die Kosten für das im Folgenden näher beschriebene Leistungsangebot trägt die DAK-Gesundheit.

Die Inhalte und die Umsetzung des ärztlichen Zweitmeinungsverfahrens bei orthopädischen Erkrankungen werden im Rahmen eines § 140a SGB V Vertrages geregelt und vergütet.

Übergeordnete Ziele sind:

- Sicherung und Verbesserung der Effektivität, Effizienz und Versorgungsqualität durch unabhängige Information und Beratung zu Behandlungsmöglichkeiten und erreichbaren Therapiezielen, Überprüfung der medizinischen Indikationsstellung sowie Berücksichtigung der Patientenwünsche
- Aufzeigen - sofern vorhanden - medizinisch sinnvoller oder das voraussichtliche Therapieergebnis verbessernder Therapiealternativen
- Stärkung der Eigenverantwortung und Entscheidungskompetenz der Versicherten
- positive Einflussnahme auf die zu erwartende Therapie-Compliance aller medizinisch sinnvollen Therapiemaßnahmen
- Vermeidung von nicht erforderlichen operativen Eingriffen und Krankenhausaufhalten zugunsten einer konservativen Behandlung
- Vermeidung von OP-bedingten Risiken und Komplikationen
- Vermeidung von postoperativen stationären und ambulanten Reha-Maßnahmen
- Vermeidung von Übertherapie, sofern und soweit geplante Therapieverfahren nicht indiziert, nicht (mehr) angezeigt sind und / oder dem Willen des Patienten nicht entsprechen. Erkennung veralteter Therapien und Hinweis auf moderne Erkenntnisse

Der den Ausschreibungsunterlagen beigefügte Mustervertrag gemäß § 140a SGB V dient als orientierendes Struktur- und Arbeitsdokument. Er stellt insbesondere ein Vertragsgerüst dar, welches den Bietern die grundlegenden Rahmenbedingungen, Zielsetzungen sowie wesentliche Prozess- und Regelungsbereiche (z. B. Abrechnungsmodalitäten, Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten, organisatorische Abläufe) veranschaulichen soll.

Sämtliche vertragswesentlichen Konditionen – insbesondere Vergütungsstruktur, Leistungspflichten sowie Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten – werden im Rahmen des Verhandlungsverfahrens vor Zuschlagserteilung abschließend festgelegt. Sie unterliegen nach Zuschlagserteilung keiner weiteren Änderung.

Im Anschluss an die Zuschlagserteilung stimmen die Vertragsparteien in einer gemeinsamen Abstimmungsphase (voraussichtliche Dauer: 4 Wochen) ausschließlich die technisch-operativen Umsetzungsdetails ab. Hierzu zählen insbesondere konkrete Ansprechpartner und Kommunikationswege, technische Schnittstellenparameter für den Datenaustausch sowie operative Meldefristen und -formate. Ziel ist es, unter Berücksichtigung des im Angebot dargestellten Versorgungskonzeptes sowie der strukturellen und operativen Anforderungen beider Vertragsparteien den Selektivvertrag in diesen Punkten zu finalisieren. Die Ergebnisse

der Abstimmungsphase werden als verbindlicher Bestandteil des Selektivvertrages gemäß § 18a des Vertrages vereinbart.

Die Bieter erklären sich mit Abgabe ihres Angebotes bereit, an diesem Konkretisierungsprozess aktiv mitzuwirken.

2.1 Vertragsart und Abrufstruktur

Diese Leistungsbeschreibung ist Bestandteil eines Rahmenvertrages, der die allgemeinen Bedingungen für die Erbringung der nachfolgend beschriebenen Leistungen festlegt. Die Leistungserbringung erfolgt nicht auf Basis eines festen Auftragsvolumens. Einzelne Zweitmeinungsverfahren werden nicht durch die DAK-Gesundheit abgerufen, sondern durch Versicherte der DAK-G initiiert, die den Auftragnehmer im Einzelfall direkt kontaktieren. Die Einzelheiten des Verfahrens ergeben sich aus der nachfolgenden Leistungsbeschreibung. Ein bestimmtes Mindest- oder Maximalvolumen wird durch diesen Rahmenvertrag nicht garantiert.

Die im Rahmenvertrag geregelten Konditionen gelten für sämtliche auf dieser Grundlage erbrachten Leistungen während der gesamten Vertragslaufzeit. Die Kosten für die erbrachten Leistungen trägt die DAK-G.

2.2 Vertragslaufzeit

Der Vertrag beginnt mit der Zuschlagserteilung und hat eine Laufzeit von zwei Jahren. Die DAK-Gesundheit ist berechtigt, die Vertragslaufzeit zweimal um jeweils ein Jahr zu verlängern („Optionsrechte“). Dies erfolgt durch einseitige schriftliche Erklärung. Die Erklärung muss dem Auftragnehmer spätestens sechs Monate vor dem jeweiligen Vertragsende zugehen. Die Sechsmonatsfrist gilt für jede der beiden Verlängerungsoptionen gesondert. Geht die Erklärung dem Auftragnehmer nicht fristgerecht zu, erlischt das betreffende Optionsrecht ersatzlos. Der Vertrag endet in diesem Fall ohne weiteres mit Ablauf der jeweiligen Laufzeit.

2.3 Bepreisung

Die DAK-Gesundheit vergütet die Leistungen mit einer Pauschale pro erstellter Zweitmeinung gemäß Preisblatt (Anlage 6). Alle Leistungen des Auftragnehmers und der von ihm beauftragten Dritten sind durch die jeweilige in Rechnung gestellte Pauschale gemäß Anlage 6 abgegolten. Weitere Details zur Vergütung, Leistungsnachweis und Rechnungslegung sind dem Rahmenvertrag zu entnehmen.

3 Leistungsbestandteile

3.1 Grundsätzliches

Gemäß § 27b SGB V haben Versicherte vor einem planbaren Eingriff Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei Eingriffen, die Gegenstand der geltenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 SGB V sind, insbesondere dann, wenn bei der Durchführung des Eingriffs die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist.

Leistungsgegenstand ist die Erstellung von schriftlichen Zweitmeinungsgutachten bei bestimmten orthopädischen Erkrankungen sowohl bezogen auf orthopädische Eingriffe, die Gegenstand der geltenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 SGB V sind als auch solche Indikationen, die Gegenstand der Satzung der DAK-Gesundheit gemäß Anlage 19b sind. Grundlage der Leistungserbringung ist ein Selektivvertrag nach § 140a SGB V i.V. m. § 27b Abs. 6 SGB V.

Für die Zweitmeinungsbegutachtung bei den vom G-BA in der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) festgelegten orthopädischen Eingriffe und für die in der Satzung der DAK-Gesundheit aufgeführten Indikationen, garantiert der Auftragnehmer, dass die Voraussetzungen des § 27b Abs. 2 Satz 2 SGB V i. V. m. der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) in der jeweils gültigen Fassung über die gesamte Vertragslaufzeit erfüllt sind.

3.2 Leistungsgegenstand

Das Zweitmeinungsverfahren bei orthopädischen Erkrankungen kann bundesweit von allen Versicherten der DAK-Gesundheit genutzt werden. Der Auftragnehmer übernimmt die vollständige Koordination des gesamten Zweitmeinungsprozesses und ist Kontaktperson für die Versicherten der DAK-Gesundheit. Zu Beginn erfolgt ein Erstgespräch mit einem Mitarbeiter des Auftragnehmers zur Eignungs- und Erwartungsprüfung sowie Information zum Ablauf des Verfahrens. Die Zweitmeinung wird durch ambulant tätige Fachärzte (Anforderungen vgl. Kapitel 4.1) auf Basis der vorliegenden Vorbefunde nach Aktenlage durchgeführt. Eine persönliche Vorstellung bei dem Zweitmeinungsarzt erfolgt nicht. Nach Fertigstellung des Gutachtens erfolgt dessen mündliche Erläuterung gegenüber dem Patienten im Rahmen eines (video-) telefonischen Gesprächs mit dem Zweitmeinungsarzt. Dabei können alle gängigen Telekommunikationsmittel verwendet werden, solange diese

einen unmittelbaren (fernmündlichen) Austausch zwischen Zweitmeiner und Patienten zulassen (z.B. Telefonat, Video-Call /Videokonferenz/ Videosprechstunde oder sichere Patientenportale).

Die Versicherten der DAK-Gesundheit erhalten eine unabhängige fachärztliche Zweitmeinung mit einer konkreten evidenzbasierten Behandlungsempfehlung. Die inhaltlichen Anforderungen an die Zweitmeinung und das zugehörige Gutachten sind in den Abschnitten 3.4.4 und 4.5 im Einzelnen geregelt.

Darüber hinaus erhalten die Patienten bei Bedarf Unterstützung in der Durchsetzung und Organisation von Behandlungsmaßnahmen bzw. Initiierung von Therapiestrategien, die den Patientenpräferenzen entsprechen. Die Regelungen zu Datenschutz (nach dem Sozialgesetzbuch, der Datenschutz-Grundverordnung sowie ggf. ergänzend des Bundesdatenschutzgesetzes) und Schweigepflicht müssen dabei eingehalten werden.

3.3 Voraussetzungen für die Inanspruchnahme

Folgende Voraussetzungen müssen kumulativ für die Inanspruchnahme des Zweitmeinungsangebotes zu Lasten der DAK-Gesundheit erfüllt sein:

- Es besteht ein aktives Versicherungsverhältnis mit Leistungsanspruch bei der DAK-Gesundheit.
- Zum Zeitpunkt der Beauftragung eines Gutachtens liegt eine orthopädische Erkrankung gemäß der ZM-RL oder der Satzung der DAK-Gesundheit vor **und**
- Eine gültige Teilnahmeerklärung des Versicherten zum Vertrag gemäß §140a SGB V liegt vor. Mit der Unterschrift bestätigt der Versicherte, dass er über die Inhalte des Zweitmeinungsangebotes, insbesondere die Unabhängigkeit der Beratung, informiert und aufgeklärt wurde sowie die Versicherteninformation (Anlage 3) und die Datenschutzzinformation (Anlage 4) erhalten hat.
- Die Teilnahme am Vertrag darf nicht widerrufen oder gekündigt sein.

Der Auftragnehmer und die DAK-Gesundheit entwickeln gemeinsam Kriterien zur Vorprüfung der Eignung der situativen Fallgestaltung für ein Zweitmeinungsverfahren. Diese bilden den Rahmen für die Entscheidung, in welchen Fallgestaltungen die Einleitung eines Zweitmeinungsverfahrens sinnvoll und zweckmäßig ist.

Es ist möglich, das Zweitmeinungsverfahren in Bevollmächtigung in Anspruch zu nehmen. Alle, die in Bevollmächtigung handeln, weisen ihre Bevollmächtigung gegenüber dem Auftragnehmer durch Vorlage einer gültigen Vollmacht nach. Zu Prüfzwecken wird der Nachweis der Vollmacht in der Datenverarbeitung des Auftragnehmers für die Dauer der vertraglich bzw. gesetzlich geregelten Aufbewahrungsfristen revisionssicher für zehn Jahre vorgehalten.

Der Auftragnehmer stellt sicher, dass es nicht zu einer mehrfachen Inanspruchnahme der Zweitmeinungsleistung für denselben medizinischen Sachverhalt (Doppelinanspruchnahme) kommt. Ergänzende Rückfragen des Patienten, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem bereits begutachteten Sachverhalt stehen, sind Bestandteil der Leistung und mit der im Preisblatt jeweils vereinbarten Pauschale abgegolten. Dies umfasst insbesondere Klarstellungen, Verständnisfragen sowie vertiefende Erläuterungen zum erstellten Gutachten. Eine erneute Inanspruchnahme der Leistung ist ausnahmsweise dann zulässig, sofern eine wesentliche Änderung der medizinischen Indikation vorliegt. Eine solche liegt insbesondere vor, wenn sich die Entscheidungsgrundlage maßgeblich verändert hat, etwa durch:

- das Auftreten neuer Diagnosen oder zusätzlicher relevanter Befunde,
- eine wesentliche Befundänderung oder ein Fortschreiten bzw. eine Veränderung des Krankheitsbildes,
- das Vorliegen neuer diagnostischer Ergebnisse (z. B. Bildgebung, Laborwerte, histologische Befunde) oder,
- eine Änderung der therapeutischen Fragestellung (z. B. neue oder alternative Behandlungsoptionen, geänderte Operationsindikation).

3.3.1 Prüfung des aktiven Versicherungsverhältnisses

Die Prüfung des aktiven Versicherungsverhältnisses erfolgt durch den Auftragnehmer mithilfe einer von der DAK-Gesundheit zur Verfügung gestellten Webanwendung.

3.3.2 Prüfung der orthopädischen Erkrankung und der OP-Indikation

Der Auftragnehmer stellt sicher, dass das schriftliche Zweitmeinungsverfahren nur bei Vorliegen einer orthopädischen Indikation gemäß der Satzung der DAK-Gesundheit bzw. einer Empfehlung zu einer in der ZM-RL aufgeführten orthopädischen Eingriffe durchgeführt wird.

Die Durchführung der ärztlich empfohlenen OP muss zum Zeitpunkt der Beauftragung des Zweitmeinungsgutachtens innerhalb der nächsten sechs Monate geplant sein. Das Vorliegen

der OP-Indikation überprüft der Auftragnehmer. Die Vorlage einer Verordnung von Krankenhausbehandlung ist nicht erforderlich. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, besteht kein Leistungsanspruch zu Lasten der DAK-Gesundheit. Zu Prüfzwecken wird der Nachweis über die Prüfung der OP-Indikation in der Datenverarbeitung des Auftragnehmers revisionssicher für die Dauer der gesetzlich geregelten Aufbewahrungsfristen vorgehalten.

3.3.3 Vorgehen bei Nichterfüllung der Anspruchsvoraussetzungen

Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der DAK-Gesundheit oder liegt eine orthopädische Erkrankung und eine OP-Indikation nicht vor, informiert der Auftragnehmer die Versicherten darüber, dass die Teilnahmevoraussetzungen zur Durchführung des Zweitmeinungsverfahrens nicht erfüllt werden, und weist sie unter Angabe der Gründe ab.

3.4 Inhalt und Ablauf der Leistung

3.4.1 Aktive und reaktive Beratung durch die DAK-Gesundheit

Die DAK-Gesundheit kann die Versicherten in aktiven und reaktiven Beratungsgesprächen über das Zweitmeinungsangebot informieren:

- Kontaktiert ein Versicherter die DAK-Gesundheit, prüft der Mitarbeiter reaktiv die Eignung des Zweitmeinungsverfahrens für diesen Patienten gemäß der Satzungsleistung bzw. der Empfehlung zu einer in der ZM-RL aufgeführten orthopädischen Indikationen/Eingriffen **und der weiteren Kriterien (falls vorhanden)** und gibt bei Eignung die Kontaktinformationen vom Auftragnehmer an den Versicherten weiter.
- Anhand von Gesundheitsdaten werden Versicherte identifiziert, die sich für eine direkte Kundenansprache eignen. Mitarbeiter der DAK-Gesundheit können die Versicherten der Zielgruppe aktiv über die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Zweitmeinungsverfahrens informieren und beraten.
- Kontaktiert ein Mitarbeiter aktiv Versicherte im Rahmen des Versorgungsmanagements, prüft er die Eignung des Zweitmeinungsverfahrens für diesen Versicherten entsprechend der Satzungsleistung bzw. einer Empfehlung zu eines in der ZM-RL aufgeführten orthopädischen Eingriffs **und der weiteren Kriterien (falls vorhanden)** und gibt bei Interesse des Versicherten die Kontaktinformationen vom Auftragnehmer an diesen weiter.

3.4.2 Aufgaben des Auftragnehmers bei Anruf von Versicherten oder deren Bevollmächtigten

- Der Auftragnehmer nimmt den Anruf ausschließlich durch qualifizierte Mitarbeiter (qualifiziertes medizinisch geschultes Personal mit Grundkenntnissen im Bereich orthopädischer Erkrankungen sowie relevanter rechtlicher Grundlagen) entgegen bzw. lässt diese bei Bedarf zurückrufen.
- Der Mitarbeiter prüft die Eignung des Zweitmeinungsverfahrens für die Versicherten anhand der Anforderungen des Kapitels 3.3.
- Bei versicherungsrechtlichen Fragen leitet der Auftragnehmer die Versicherten an die DAK-Gesundheit weiter.
- Im Erstgespräch lässt sich der Auftragnehmer die aktuelle Versorgungssituation erklären. Daraus leitet er ab, ob eine Zweitmeinungsberatung angezeigt und rechtlich möglich ist und informiert den Versicherten bzw. Bevollmächtigten. Der Auftragnehmer weist den Anrufer ab, wenn eine Zweitmeinung nicht angezeigt ist oder keine ausreichende Vertretungsberechtigung des Anrufers nachgewiesen wird.
- Der Auftragnehmer erläutert dem Anrufer die notwendigen Formalitäten zur Durchführung einer ärztlichen Zweitmeinung und versendet die entsprechenden Formulare unmittelbar spätestens jedoch am nächsten Arbeitstag.
- Der Auftragnehmer überwacht den Rücklauf der erforderlichen Formulare und Eingang der Befundunterlagen, prüft diese auf Vollständigkeit und koordiniert den Zweitmeinungsprozess.

3.4.3 Aufgaben des Auftragnehmers zur Vorbereitung einer ärztlichen Zweitmeinung

Der Auftragnehmer stellt sicher, dass für die Kommunikation oder sonstigen Vertretungspersonen eine wirksame Vertretungsberechtigung vorliegt. Der Nachweis ist durch Vorlage einer schriftlichen Vollmacht, Betreuungsurkunde oder eines sonst. geeigneten Legitimationsausweises zu erbringen.

Vor Durchführung eines ärztlichen Zweitmeinungsgesprächs prüft der Auftragnehmer die vom Versicherten oder dessen Bevollmächtigten eingereichten Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität. Sofern Unterlagen fehlen oder für die medizinische Bewertung nicht ausreichend sind, fordert der Auftragnehmer ergänzende medizinische Dokumente beim Versicherten oder dessen Bevollmächtigten an.

Der Auftragnehmer unterstützt den Versicherten im Rahmen eines vorbereitenden und organisatorischen Gesprächs bei der Klärung verfahrensbezogener Fragestellungen sowie bei

der Vorbereitung der ärztlichen Zweitmeinung. Hierzu gehören beispielsweise die Erläuterung des Ablaufs des Zweitmeinungsverfahrens, die Erfassung des Anlasses für die gewünschte Zweitmeinung, die Besprechung der aktuellen Behandlungssituation einschließlich geplanter Eingriffe oder therapeutischer Maßnahmen sowie die Klärung bestehender Informations- und Entscheidungsbedarfe.

Die organisatorischen und administrativen Leistungen des Auftragnehmers dienen ausschließlich der Vorbereitung, Koordination und Unterstützung des Zweitmeinungsverfahrens. Eine medizinische Beratung, Diagnosestellung, Therapieempfehlung oder sonstige ärztliche Heilbehandlung erfolgt im Rahmen dieser Leistungen nicht.

Die eigentliche ärztliche Zweitmeinungsleistung wird ausschließlich durch einen hierzu berechtigten Arzt erbracht. Die ärztliche Leistung umfasst insbesondere die medizinische Bewertung der vorliegenden Befunde und Unterlagen, die Einschätzung der bestehenden Diagnose, die Beurteilung geplanter orthopädischer Eingriffe oder therapeutischer Maßnahmen sowie die Erörterung möglicher Behandlungsalternativen einschließlich der jeweiligen Nutzen- und Risikobewertung. Das ärztliche Zweitmeinungsgespräch erfolgt im Rahmen einer telemedizinischen oder persönlichen ärztlichen Beratung.

Der Einsatz KI-gestützter Systeme durch den Auftragnehmer bzw. den Gutachter (z.B. bei der Auswertung medizinischer Bildgebung) ist ausgeschlossen.

Der behandelnde Arzt dokumentiert Inhalt und Ergebnis der ärztlichen Zweitmeinung fachgerecht und nachvollziehbar. Im Nachgang erhält der Versicherte eine schriftliche medizinische Stellungnahme oder Zusammenfassung der ärztlichen Zweitmeinung.

Sind die Behandlungsunterlagen erkennbar unvollständig oder für die medizinische Bewertung nicht ausreichend, unterstützt der Auftragnehmer den Versicherten auf dessen Wunsch bei der Einholung ergänzender Unterlagen. Voraussetzung hierfür sind die vorherige Beauftragung durch den Versicherten, die Erteilung einer entsprechenden Vollmacht sowie eine datenschutzrechtliche Schweigepflichtentbindungserklärung.

Die in Abschnitt 3.4.3 beschriebenen Aufgaben zur Vorbereitung der ärztlichen Zweitmeinung sind ausschließlich durch den Zweitmeinungsarzt zu erbringen, sofern sie eine eigenständige inhaltlich-medizinische Beurteilung erfordern. Dazu zählt die Einschätzung, ob Hinweise auf eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung bestehen. Das medizinisch geschulte Koordinationspersonal des Auftragnehmers (vgl. Abschnitt 4.1) nimmt hingegen ausschließlich koordinierende und verwaltende Aufgaben wahr (Entgegennahme von Anfragen,

Vollständigkeitsprüfung der Unterlagen, Kommunikation mit den Versicherten) und trifft keine eigenständigen inhaltlich-medizinischen Entscheidungen.

3.4.4 Erteilung der Zweitmeinung

Die Zweitmeinungsbeurteilung erfolgt durch einen nach §27b Abs. 2 und Abs. 3 SGB V berechtigten Arzt, der durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 2 die Teilnahme an dem Vertrag gegenüber dem Auftragnehmer erklärt. Ausgenommen sind lediglich Fachärzte, die gem. §27b Abs. 1 Satz 2 SGB V in die aktuelle Behandlung des Patienten involviert sind. Der Zweitmeinungsarzt wertet für die Zweitmeinungsbeurteilung die Behandlungsakte aus. Unter den Gesichtspunkten der zuvor vereinbarten Inhalte bzw. Fragestellungen erfolgt die Überprüfung der medizinischen Indikationsstellung sowie die Bewertung der geplanten Therapie im Vergleich zu alternativen Behandlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Notwendigkeit, sowie der individuellen Vorteile und Risiken. Ausschlaggebend für die Zweitmeinungsempfehlung sind außerdem die erreichbaren Therapieziele sowie die jeweiligen Patientenwünsche.

Der Auftragnehmer erstellt eine unabhängige fachärztliche Zweitmeinung mit einer konkreten evidenzbasierten Behandlungsempfehlung aus der hervorgeht, ob eine Operation medizinisch notwendig, oder ob eine konservative Behandlung indiziert ist. Ist nach Meinung des Zweitmeinungsarztes eine konservative Behandlung indiziert, werden die alternativen Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Ist eine Operation unumgänglich wird eine Aussage dazu getroffen, ob diese grundsätzlich ambulant durchgeführt werden kann.

Besteht Konsens mit der vorliegenden Behandlungsempfehlung, teilt der Auftragnehmer das Ergebnis dem Versicherten schriftlich (in Kurzform) mit.

Besteht eine Diskrepanz, formuliert der Gutachter die Begründung schriftlich in Form eines Gutachtens aus.

Der Auftragnehmer stellt dem Versicherten sein Gutachten innerhalb von 3-5 Werktagen zur Verfügung. Die Frist beginnt mit dem Eingang sämtlicher für die Begutachtung erforderlicher Unterlagen in vollständiger und verwertbarer Form beim Auftragnehmer. Der Auftragnehmer bestätigt dem Versicherten den Eingang der vollständigen Unterlagen sowie den voraussichtlichen Fertigstellungstermin unverzüglich, spätestens am folgenden Werktag. Kann die Frist in Ausnahmefällen nicht eingehalten werden, informiert der Auftragnehmer den Versicherten unverzüglich und nennt den voraussichtlichen Abgabetermin.

Das Gutachten im Rahmen dieses Zweitmeinungsverfahrens wird standardisiert und nachvollziehbar in patientenorientierter, laienverständlicher Form erstellt. Die Mindestbestandteile des Gutachtens sind abschließend in Abschnitt 4.5 geregelt.

Das Ergebnis wird anschließend mit dem Patienten besprochen und Fragen zum Gutachten und zur Therapieempfehlung beantwortet. Das Gespräch erfolgt telefonisch bzw. im Rahmen telemedizinischer Erbringung (einer Videosprechstunde). Der Auftragnehmer stimmt die weitere Vorgehensweise eng mit dem Versicherten ab.

Der Auftragnehmer weist den Versicherten auf erkennbare Behandlungsfehler (Auffälligkeiten) hin und zeigt die Möglichkeit der Unterstützung durch die DAK-Gesundheit auf.

3.4.5 Durchsetzung der Zweitmeinung

Bei Bedarf stellt der Auftragnehmer nach Entscheidung des Versicherten und in dessen ausdrücklichen Auftrag einen Arzt-Arzt Kontakt zum aktuellen Behandler her. Aufgabe des Auftragnehmers ist es, den verantwortlichen Arzt über eine Diskrepanz zu informieren und einen Konsens im Sinne des Patienten herbeizuführen.

Der Auftragnehmer teilt das Ergebnis der Zweitmeinung dem Versicherten bei Konsenserzielung mit dem behandelnden Arzt mit.

Wenn kein Konsens herbeigeführt werden kann, informiert der Auftragnehmer den Versicherten, welche weiteren Schritte möglich sind (z.B. zum Mediationsverfahren im Krankenhaus).

4 Anforderungen an den Auftragnehmer und an die Leistung

Der Auftragnehmer muss über die gesamte Vertragslaufzeit hinweg organisatorisch und personell sicherstellen, dass das orthopädische Zweitmeinungsverfahren für die Versicherten der DAK-Gesundheit in der geforderten Qualität und innerhalb der geforderten Bearbeitungszeit von 3-5 Werktagen bedient werden kann.

Der Auftragnehmer setzt notwendige Änderungen, die sich während der Vertragslaufzeit durch neue gesetzliche Vorschriften oder Richtlinien oder aufsichtsrechtliche Vorgaben ergeben in gemeinsamer Absprache unverzüglich um.

4.1 Qualitätsanforderungen

Der Auftragnehmer gewährleistet bundesweit einheitliche medizinische und fachärztliche Qualitätsstandards und verpflichtet die Beschäftigten sowie Kooperationsbeteiligte zur Einhaltung derselben.

Die Annahme, Prüfung und Weiterleitung der Anfragen erfolgt durch entsprechend qualifiziertes medizinisch geschultes Personal (insbesondere MFA oder vergleichbar qualifizierte Fachkräfte) mit Grundkenntnissen im Bereich orthopädischer Erkrankungen sowie Kenntnissen der relevanten rechtlichen Grundlagen, insbesondere im Bereich des Sozialversicherungsrechts und des Zweitmeinungsverfahrens, das unter Anwendung standardisierter Prüfverfahren die Vollständigkeit der regelmäßig erforderlichen Unterlagen prüft und die datenschutzkonforme Kommunikation sicherstellt. Eine eigenständige inhaltlich-medizinische Bewertung wird nicht vorgenommen.

Alle Gutachter, die der Auftragnehmer einsetzt, erfüllen mindestens die nachfolgenden Voraussetzungen:

- Sie sind als nach § 95 SGB V zugelassene Fachärzte ausgewiesene Fachleute in ihrem Fachgebiet. Sie arbeiten nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand der medizinischen Erkenntnisse.
- Sie haben mindestens 5-jährige (ganztägige oder vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit) Operationserfahrung und Erfahrung in der konservativen und operierenden Therapie von orthopädischen Erkrankungen nach Erwerb der Facharztanerkennung in dem für den jeweiligen Eingriff festgelegten Fachgebiet.
- Sie weisen die regelmäßige Teilnahme an Fort- und/oder Weiterbildungsveranstaltungen nach und verfügen über eine Weiterbildungsermächtigung der Landesärztekammer oder eine akademische Lehrbefugnis.
- Sie sind unabhängig gemäß § 27b SGB V.
- Sie beherrschen sehr gut die deutsche Sprache in Schrift und Wort.
- Sie verfügen über eine gültige Berufshaftpflichtversicherung.
- Sie haben eine Datenschutzerklärung des Auftragnehmers zum Umgang mit Sozialdaten unterzeichnet.

Es muss auch bei personellen Engpässen ausreichend qualifiziertes Fachpersonal zur Erstellung der Zweitmeinungsgutachten und Therapieempfehlungen zur Verfügung stehen,

um die qualitativen und zeitlichen Anforderungen zu erfüllen. Die fachärztliche Behandlung der Versicherten darf nicht durch den Gutachter selbst erfolgen.

Der Auftragnehmer ist in der Lage, englischsprachige Anfragen zu bearbeiten und vollständige Zweitmeinungsgutachten in englischer Sprache zu erstellen. Idealerweise können neben Englisch weitere Fremdsprachen bedient werden.

Der Auftragnehmer garantiert zu jeder Zeit und in jedem Prozessschritt die Einhaltung des Datenschutzes entsprechend der Regelungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X).

4.1.1 Telefonischer Beratungsservice

Für die Versicherten der DAK-Gesundheit stellt der Auftragnehmer einen telefonischen Beratungsservice während der auf der firmeneigenen Website und auf der DAK-spezifischen Landingpage (Details in Kapitel 4.2.1) ausgewiesenen Geschäftszeiten zur Verfügung. Der telefonische Beratungsservice umfasst sowohl fachlich/inhaltliche als auch technische Fragen (z. B. Unterstützung der Versicherten beim Upload medizinischer Unterlagen) und steht von Montag bis Freitag in der Zeit von 9.00 Uhr bis 18.00 Uhr (Geschäftszeiten) zur Verfügung. Außerhalb der offiziellen Geschäftszeiten ist ein Anrufbeantworter geschaltet und es erfolgt ein Rückruf am folgenden Werktag.

Zusätzlich zur telefonischen Erreichbarkeit ist eine Kontaktaufnahme per E-Mail oder Chat möglich. E-Mails der Versicherten werden von Montag bis Freitag während der Geschäftszeiten innerhalb von maximal 48 Stunden beantwortet (Feiertage ausgenommen). Chat-Nachrichten werden während der Geschäftszeiten innerhalb von maximal 15 Minuten beantwortet.

4.2 Technische Anforderungen

Für die telefonische Kontaktaufnahme der Versicherten der DAK-Gesundheit wird vom Auftragnehmer eine kostenfreie Rufnummer zur Verfügung gestellt. Hierbei muss es sich nicht um eine eigens für die Versicherten der DAK-Gesundheit eingerichtete Rufnummer handeln.

Der Auftragnehmer erstellt eine DAK-spezifische Landingpage (Details in Kapitel 4.2.1).

Einmalige Einrichtungskosten für die Umsetzung der technischen Anforderungen sind im Preisblatt (Anlage 6) unter 1.4 Dokumentations- und Infrastrukturpauschale anzugeben.

Notwendige technische Anpassungen während der Vertragslaufzeit (z. B. Anpassungen der Landingpage aufgrund neuer Browserversionen oder bei einem Technologiewechsel) werden durch den Auftragnehmer eigeninitiativ vorgenommen und sind mit der im Preisblatt vereinbarten Dokumentations- und Infrastrukturpauschale abgegolten.

4.2.1 DAK-spezifische Landingpage des Auftragnehmers

Die Landingpage enthält

- Informationen zur telefonischen Erreichbarkeit einschließlich Erreichbarkeitszeiten,
- ein Kontaktformular, mindestens einen Absprung zu einem Kontaktformular,
- eine Chat-Funktion,
- das DAK-Logo (in Farbe und Form unverändert).

Die Landingpage muss nicht im Look-and-feel der DAK-Gesundheit gestaltet werden.

Bei der Gestaltung der Landingpage ist sicherzustellen, dass weder der Eindruck erweckt wird, es handele sich um ein Angebot der DAK-Gesundheit, noch dass darüber Gesundheitsdaten von Patienten an die DAK-Gesundheit übertragen werden.

Der Auftragnehmer stellt eine 24/7-Verfügbarkeit der Landingpage sicher. Ein teilweiser Ausfall liegt vor, wenn die Landingpage erreichbar ist, jedoch mindestens eine Kernfunktion (Kontaktformular, Chat, Upload oder Download) nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung steht. In diesem Fall hat der Auftragnehmer den Ausfall innerhalb von einer Stunde nach Feststellung zu klassifizieren und der DAK-Gesundheit innerhalb von zwei Stunden zu melden. Die Meldung hat die betroffenen Funktionen sowie den voraussichtlichen Wiederherstellungstermin zu benennen. Die Wiederherstellung der betroffenen Funktionen hat innerhalb von acht Stunden zu erfolgen. Bei einem vollständigen Ausfall muss auch am Wochenende und an Feiertagen die Wiederherstellung der Landingpage innerhalb von 4 Stunden sichergestellt sein. Wenn die genannten Fristen nicht eingehalten werden können, ist der DAK-Gesundheit unverzüglich ein verbindlicher Nachtermin mitzuteilen. Für die Dauer des Ausfalls stellt der Auftragnehmer sicher, dass die betroffenen Funktionen über den telefonischen Beratungsservice gemäß Abschnitt 4.1.1 oder das postalische Verfahren gemäß Abschnitt 4.4.2 erbracht werden können. Versicherte sind auf der Landingpage sichtbar hierüber zu informieren. Jeden teilweisen oder vollständigen Ausfall dokumentiert der Auftragnehmer mit Beginn, Dauer, betroffenen Funktionen und ergriffenen Maßnahmen und übermittelt diese Angaben im Rahmen des monatlichen Reportings gemäß Abschnitt 4.10. Im Zweifelsfall gilt ein Ausfall als vollständig, sodass die Vier-Stunden-Frist maßgeblich ist. Falls durch planbare Wartungsarbeiten, ein Software-Update oder einen Releasewechsel eine

längere Betriebsunterbrechung erforderlich wird, informiert der Auftragnehmer die DAK-Gesundheit rechtzeitig (unverzüglich, spätestens 14 Tage vorher).

Die Landingpage kann gleichermaßen mit stationären wie mobilen handelsüblichen Endgeräten genutzt werden, die einen Internetanschluss haben. Sie ist für die mobile Nutzung optimiert (iOS und Android).

Die Kompatibilität mit aktuellen (höchstens zwei Jahre alten) Versionen folgender Browser (PC und mobile Versionen) wird vom Auftragnehmer gewährleistet:

- Microsoft Edge
- Mozilla Firefox
- Google Chrome
- Safari.

4.2.2 Einrichtung eines VPN-Tunnels

Für die Prüfung des aktiven Versicherungsverhältnisses (Details in Kapitel 3.3.1) muss ein VPN-Tunnel eingerichtet werden. Die Einrichtung des VPN-Tunnels erfolgt zum Leistungsbeginn. Der Auftragnehmer stellt die kurzfristige Verfügbarkeit einer technischen Ansprechperson zur Einrichtung des VPN-Tunnels sicher.

4.3 Anforderungen an Formulare und Informationsmaterial

Sämtliche im Rahmen des orthopädischen Zweitmeinungsverfahrens vom Auftragnehmer eingesetzten Formulare, Erklärungen und Informationsmaterialien, die von den Versicherten auszufüllen sind bzw. die die Versicherten erhalten, sind der DAK-Gesundheit vorzulegen. Das sind insbesondere:

- DSGVO-konforme Einwilligungserklärung(en)
- Teilnahmeerklärung
- Versicherteninformation
- Allgemeine Geschäftsbedingungen
- Datenschutzhinweise für die Versicherten
- Falls erforderlich Schweigepflichtsentbindungserklärung
- ggf. sonstige Informationen für die Versicherten
- ggf. weitere Erklärungen, die die Versicherten im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsgutachtenauftrag abgeben.

Die DAK-Gesundheit behält sich vor zum Leistungsbeginn unumgängliche inhaltliche Änderungen, insbesondere den Datenschutz betreffend einzufordern. Der Auftragnehmer setzt die notwendigen Änderungen in Absprache mit der DAK-Gesundheit auf eigene Rechnung um.

4.4 Prozessablauf

Der Auftragnehmer stellt für die Beauftragung und Entgegennahme des schriftlichen Zweitmeinungsgutachtens einen Online-Prozess sowie ein postalisches Verfahren zur Verfügung. Der Erstkontakt zum Auftragnehmer erfolgt telefonisch oder online.

Im Laufe des Prozesses bestätigen bzw. erhalten die Versicherten

- die AGB/ die Versicherteninformation
- die DSGVO-konforme Einwilligungserklärung/ die Teilnahmeerklärung
- die den geltenden gesetzlichen Regelungen entsprechenden Datenschutzhinweise/die Datenschutzhinweise,
- eine Erklärung zur Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht, mit der sowohl die behandelnden Ärzte als auch sonstige an der Behandlung beteiligte Leistungserbringer gegenüber dem Auftragnehmer sowie den von ihm beauftragten Gutachtern von ihrer Schweigepflicht entbunden werden.

Die Schweigepflichtentbindung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Einholung, Einsichtnahme, Verarbeitung und Weitergabe der für die Erstellung der Zweitmeinung erforderlichen medizinischen Unterlagen und Informationen. Die Entbindung ist inhaltlich auf den für die Zweitmeinung erforderlichen Umfang beschränkt und gilt nur für die Dauer des Zweitmeinungsverfahrens. Das Zweitmeinungsverfahren im Sinne dieser Regelung gilt als abgeschlossen, sobald das Gutachten dem Versicherten in der gemäß Abschnitt 4.4.1 bzw. 4.4.2 vorgesehenen Form zur Verfügung gestellt worden ist und das abschließende Erläuterungsgespräch gemäß Abschnitt 3.4.4 stattgefunden hat.

Die für die Erstellung der Zweitmeinungsgutachten erforderlichen Unterlagen müssen insgesamt so umfangreich sein, dass der Gutachter in der Lage ist, sich ein umfassendes Bild vom Gesundheitszustand der versicherten Person zu machen. Der Auftragnehmer trägt dafür Sorge, dass dem Gutachter umfassende Unterlagen vorgelegt werden.

Sind Unterlagen vom Versicherten nicht vollständig eingereicht oder gibt es aus anderen Gründen Rückfragen, nimmt eine Kontaktperson des Auftragnehmers direkt Kontakt (telefonisch/per Mail/postalisch), wenn erforderlich auch mehrfach, mit dem Versicherten auf. Bei Bedarf unterstützt der Auftragnehmer den Versicherten bei der Beschaffung der erforderlichen Unterlagen. Dabei entstehende Kosten sind mit der im Preisblatt vereinbarten Fallbearbeitungspauschale abgegolten.

Die DAK-Gesundheit erhält keinerlei Informationen zum Gesundheitszustand, keine von ihren Versicherten zur Verfügung gestellten Dokumente und keine Gutachten. Die DAK-Gesundheit sendet selbst keine Unterlagen oder sonstige Daten ihrer Versicherten an den Auftragnehmer.

Der optimale Prozessablauf ist durch ein internes Schnittstellen-/Fehlermanagement sichergestellt. Der Auftragnehmer sorgt auch bei personellen Engpässen für einen ungestörten und optimalen Prozessablauf.

4.4.1 Online-Prozess

Der Auftragnehmer stellt eine DAK-spezifische Landingpage zur Verfügung (Details in Kapitel 4.2.1), auf die 24/7 zugegriffen werden kann, und über die die Versicherten der DAK-Gesundheit die Anfrage starten können.

Die Versicherten laden vorhandene ärztliche Unterlagen, Befunde und bildgebende Materialien über einen sicheren Upload-Link oder in einem datensicheren Kundenportal hoch. Der Auftragnehmer ermöglicht auf Wunsch der Versicherten auch im Online-Prozess eine Zusendung der Unterlagen per Post.

Nach Fertigstellung des Gutachtens wird dieses in einem (video-)telefonischen Gespräch mit den Versicherten besprochen. Anschließend erhalten die Versicherten das Gutachten über einen sicheren Download-Link oder über ein datensicheres Kundenportal.

Ein Versand des Gutachtens per E-Mail erfolgt nicht, auch wenn dieses explizit von dem Versicherten gewünscht wird. Der Wunsch ist mit Verweis auf die geltenden Datenschutzbestimmungen abzulehnen. Auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten stellt der Auftragnehmer das Gutachten auch beim Online-Prozess per Post zur Verfügung. Dabei entstehende Kosten sind mit der im Preisblatt vereinbarten Fallbearbeitungspauschale abgegolten.

Bei Bedarf stellt der Auftragnehmer nach Entscheidung des Versicherten und in dessen ausdrücklichen Auftrag einen Arzt-Arzt Kontakt zum aktuellen Behandler her. Aufgabe des Auftragnehmers ist es, den Behandlungswunsch der Versicherten beim behandelnden Arzt durchzusetzen.

4.4.2 Postalisches Verfahren

Die Versicherten der DAK-Gesundheit können über eine kostenfreie Rufnummer zum Auftragnehmer Kontakt aufnehmen. Beim postalischen Verfahren erhalten die Versicherten vom Auftragnehmer alle notwendigen Unterlagen per Post.

Die Versicherten senden die ausgefüllten Unterlagen zusammen mit ihren ärztlichen Unterlagen, Befunden und bildgebenden Materialien per Post an den Auftragnehmer und erhalten eine schriftliche Eingangsbestätigung.

Nach Fertigstellung des Gutachtens und Besprechung in einem (video-)telefonischen Gespräch erhalten die Versicherten ihr persönliches Gutachten per Post. Ärztliche Originalunterlagen und bildgebende Materialien werden an die Versicherten zurückgegeben.

4.5 Bestandteile des Gutachtens

Im Ergebnis erhalten die Versicherten der DAK-Gesundheit ein standardisiertes schriftliches, in patientenorientierter und laienverständlicher Form erstelltes Gutachten. Alle Gutachten enthalten konkrete schriftliche Empfehlungen für die individuell medizinisch und wirtschaftlich indizierte Therapieform. Die Entscheidung für oder gegen eine Operation bzw. für oder gegen eine vorgeschlagene konservative Behandlung treffen ausschließlich die Versicherten selbst.

Folgende Bestandteile sind mindestens im Gutachten enthalten:

- Auftragsbeschreibung
- Auflistung aller dem Gutachten zugrundeliegenden Unterlagen
- Anamnese und aktueller Gesundheitszustand (inkl. Spezifikation und Lokalisation des Krankheitsbildes, Beschwerdebild, Beweglichkeit und BMI),
- Diagnose(n)
- Bisherige Untersuchungen und Therapie
- Therapievorschlag des behandelnden Arztes Auswertung der Untersuchungsbefunde und der Bildgebung

- Zusammenfassung und Beurteilung mit Therapieempfehlung und Prognose inklusive Aufzeigen der jeweiligen Vor- und Nachteile sowie Risiken
- Fragen des Versicherten und die Beantwortung
- Bei OP-Empfehlung Angabe dazu, ob die OP grundsätzlich ambulant durchgeführt werden kann.

Unabhängig davon, ob die Notwendigkeit einer Operation bestätigt wird oder nicht, prüft der Auftragnehmer, ob bei der Therapieempfehlung ein konkretes Produkt der DAK-Gesundheit vorgeschlagen werden kann. Hierzu wird der Auftragnehmer durch Informationen der DAK-Gesundheit befähigt. Details stimmen die Vertragsparteien zum Leistungsbeginn untereinander ab.

Werden in Einzelfällen Therapien empfohlen, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, ist im Gutachten ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Kosten für die empfohlene Therapie nicht von der DAK-Gesundheit übernommen werden können.

4.6 Zugang zum Zweitmeinungsangebot

Die Versicherten der DAK-Gesundheit haben telefonisch, von der Website www.dak.de, aus der DAK-App und von der DAK-spezifischen Landingpage des Auftragnehmers (Details in Kapitel 4.2.1) aus Zugang zum ärztlichen Zweitmeinungsverfahren.

4.6.1 Website der DAK-Gesundheit

Auf der Website der DAK-Gesundheit wird ein Absprung zur DAK-spezifischen Landingpage des Auftragnehmers eingerichtet. Die Identifikation als DAK-versicherte Person wird hierbei nicht als Information an den Auftragnehmer übergeben. Auch wenn der Zugang zum Zweitmeinungsangebot über die Website der DAK-Gesundheit erfolgt, ist die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen durch den Auftragnehmer erforderlich (Details in Kapitel 3.3).

4.6.2 Weitere Digitalisierung von Prozessen bei der DAK-Gesundheit

Mit Blick auf die weitere Digitalisierung von Prozessen kann zukünftig die Möglichkeit bestehen, dass die Versicherten der DAK-Gesundheit bei einem Absprung aus dem geschützten Bereich der DAK-Website („Meine DAK“) als verifizierte DAK-versicherte Personen erkannt werden können. Ob und wie der Einsatz bzw. die Umsetzung eines solchen Verfahrens erfolgen kann, werden die Vertragsparteien zu gegebener Zeit unter Berücksichtigung der entstehenden Aufwände in gemeinsamer Abstimmung entscheiden.

4.7 Qualifikation von Mitarbeitenden der DAK-Gesundheit

Das Leistungsangebot soll Mitarbeitern der DAK-Gesundheit im Rahmen von Qualifikationsveranstaltungen vorgestellt werden. Die Auswahl der Teilnehmer erfolgt durch die DAK-Gesundheit. Die Qualifikationsveranstaltungen (max. 2 je Vertragsjahr) können in persönlicher Präsenz (Ort der Veranstaltungen im Bundesgebiet variabel) oder unter Nutzung technischer Möglichkeiten (z. B. Videokonferenzen) und während der gesamten Vertragslaufzeit durchgeführt werden. Die für die Durchführung der Qualifikationsveranstaltungen entstehenden Kosten (einschließlich eventueller Reise- und Übernachtungskosten) sind mit der im Preisblatt vereinbarten Pauschale abgegolten.

4.8 Datenschutz und Datenaustausch

Die Sicherheit von Daten ist im Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung. Die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und die Sozialgesetzbücher, insbesondere das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), geben den engen gesetzlichen Rahmen vor. Der Auftragnehmer garantiert der DAK-Gesundheit zu jeder Zeit die Einhaltung der notwendigen Datenschutzbestimmungen und trifft entsprechende technisch-organisatorische Vorkehrungen.

Der Auftragnehmer verfügt nachweislich über eine datensichere und gesetzeskonforme Datenverarbeitung. Geeignete Nachweise sind z.B. ein nach ISO 27001 zertifiziertes ISMS, ein daran ausgerichtetes Sicherheits- und Datenschutzkonzept sowie ein Katalog technischer und organisatorischer Maßnahmen, die dem besonderen Schutzbedarf der Gesundheitsdaten nach Art. 9 DSGVO gerecht werden. Bei Einsatz von Cloud-Diensten für die Verarbeitung muss für diese ein aktuelles C5-Testat vorliegen und während der Vertragslaufzeit aufrechterhalten werden. Falls für die Verarbeitung der Gesundheits- oder Sozialdaten Unterauftragnehmer zum Einsatz kommen, sind die Nachweise auch für diese zu erbringen. Die Nachweise sind dem Angebot beizulegen und werden bei Zuschlag Vertragsbestandteil. Sowohl die Verarbeitung als auch die Speicherung aller Daten erfolgt ausschließlich innerhalb der europäischen Union.

Der Auftragnehmer informiert die DAK-Gesundheit unverzüglich bei Störungen der Verfügbarkeit, Integrität oder Vertraulichkeit seiner datenverarbeitenden Systeme, insbesondere bei Cybersicherheitsvorfällen, damit die DAK-Gesundheit Maßnahmen zum Schutz ihrer IT-Infrastruktur und der Versichertendaten ergreifen kann.

Es erfolgt keine Auftragsverarbeitung. Der Auftragnehmer erhebt alle für die Erfüllung der Aufgabe notwendigen Daten direkt bei dem Versicherten.

Die DAK-Gesundheit erhält vom Auftragnehmer keinerlei personenbezogene Informationen zum Gesundheitszustand, keine von den Versicherten zur Verfügung gestellten Dokumente und keine schriftlichen oder mündlichen Ergebnisse. Die DAK-Gesundheit sendet selbst keine Unterlagen, Gesundheitsdaten oder sonstige Daten ihrer Versicherten an den Auftragnehmer.

Im Rahmen der Rechnungslegung erhält die DAK-Gesundheit zur Prüfung der Leistungsberechtigung die eKVNR. Für die Übermittlung dieser sensiblen Information nutzt die DAK-Gesundheit ausschließlich den Datentransfer-Server der Bitmarck Technik GmbH, welcher die Anforderungen an einen sicheren Datenaustausch auf dem neuesten Stand der Technik erfüllt.

Die Bitmarck Technik GmbH unterstützt über den Datentransfer-Server den elektronischen Datenaustausch mit folgenden Protokollen:

- FTP über SSH (SFTP in Version TLS 1.2 und höher),
- HTTP über SSL (HTTPS in Version TLS 1.2 und höher)
- Connect:Direct als eigenständige FTP-Lösung der Fa. IBM mit proprietärem Protokoll (wird zukünftig durch SFTP als Standard-Protokoll ersetzt werden).

Auf Infrastruktur-Ebene kann zusätzlich eine Transport- bzw. End-zu-End-Verschlüsselung per VPN-Lösung eingerichtet werden. In diesem Zusammenhang entstehende Kosten sind mit der vereinbarten Vergütung abgegolten.

4.9 Reporting

Der Auftragnehmer garantiert ein monatliches Reporting an die DAK-Gesundheit. Dafür werden nicht-versichertenbezogenen statistischen Kennzahlen erhoben. Die Kennzahlen ermöglichen keine Rückschlüsse auf Personen, auch nicht in Kombination untereinander.

Die Berichtsform wird unter Einbindung des Auftragnehmers nach den Vorgaben der DAK-Gesundheit entwickelt. Die Zusendung des Reportings erfolgt per E-Mail. Im Zusammenhang mit dem Reporting entstehende Kosten sind mit der im Preisblatt vereinbarten Pauschale abgegolten.

4.10 Evaluation

Durch den Auftragnehmer erfolgt anlassbezogen im Anschluss an die Durchführung der Dienstleistung eine strukturierte Nachbefragung der Versicherten. Die Durchführung der Nachbefragung erfolgt auf Veranlassung der DAK-Gesundheit. Die DAK-Gesundheit legt hierbei Anlass, Zielsetzung sowie gegebenenfalls Umfang und betroffene Fallgruppe fest. Mögliche Anlässe können insbesondere qualitätssichernde Maßnahmen, auffällige Fallentwicklungen, besondere Fragestellungen zur Versorgung, Beschwerden, Evaluation spezifischer Leistungsschwerpunkte oder stichprobenartige Überprüfungen sein.

Die Nachbefragung erfolgt auf Basis eines standardisierten und nachvollziehbaren Erhebungsinstruments und enthält sowohl quantitative als auch qualitative Elemente. Ziel der Nachbefragung ist die systematische Erfassung der Zufriedenheit sowie die Bewertung des wahrgenommenen Erfolgs und Nutzens der Zweitmeinung sowie die Ermittlung der Compliance und der tatsächlich durchgeführten Therapie. Neben der allgemeinen Zufriedenheit werden insbesondere Aspekte der Zielerreichung, der Verständlichkeit der Leistung, der Betreuung und Kommunikation, der organisatorischen Abläufe sowie subjektiv wahrgenommene Veränderungen und Verbesserungspotenziale berücksichtigt.

Mithilfe der Befragung soll eine Aussage zur ursprünglich geplanten Therapie, zur Therapieempfehlung des Zweitmeinungsgutachtens sowie zur tatsächlich durchgeführten Therapie ermöglicht werden.

Der Auftragnehmer stellt sicher, dass die Nachbefragung freiwillig erfolgt und unter Einhaltung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen durchgeführt wird. Die Erhebung wird so gestaltet, dass die Anonymität der teilnehmenden Versicherten gewahrt bleibt.

Die Ergebnisse der Nachbefragung sind auszuwerten, strukturiert aufzubereiten und dem Auftraggeber in geeigneter Form (z. B. in einem zusammenfassenden Evaluationsbericht) zur Verfügung zu stellen. Der Bericht soll die wesentlichen Ergebnisse, Schlussfolgerungen sowie gegebenenfalls Handlungsempfehlungen enthalten.

Einzelheiten zur konkreten Ausgestaltung der Nachbefragung (z. B. Erhebungszeitpunkte, Umfang, Berichtsformate) werden im Rahmen der Vertragsdurchführung einvernehmlich präzisiert.

Im Zusammenhang mit der Evaluation entstehende Kosten sind mit der vereinbarten Vergütung abgegolten.

5 Produktplatzierung und Vermarktung

Die DAK-Gesundheit bewirbt das Leistungsangebot zur direkten Inanspruchnahme durch die Versicherten. Dabei ist die DAK-Gesundheit berechtigt das Logo des Auftragnehmers sowohl in digitaler Form (auf www.dak.de, in der DAK-App oder anderen Apps der DAK-Gesundheit) als auch in ihren Printmedien kostenfrei zu verwenden.

Die Kontaktkanäle des Auftragnehmers können in den Print- und Online-Medien der DAK-Gesundheit beworben werden.

Die Versicherten der DAK-Gesundheit erhalten sowohl auf den Seiten www.dak.de als auch auf der Internetseite des Auftragnehmers alle notwendigen Informationen zum ärztlichen Zweitmeinungsverfahren der DAK-Gesundheit. Der Auftragnehmer ist aufgefordert, das Logo der DAK-Gesundheit in Farbe und Form unverändert auf der DAK-spezifischen Landingpage zu verwenden, verbunden mit einem Hinweis, dass die Seite kein Angebot der DAK-Gesundheit sei und über diese Seite keine Gesundheitsdaten an die DAK-Gesundheit übermittelt werden. Für jede weitere Verwendung des DAK-Logos ist ausnahmslos vorab die Zustimmung der DAK-Gesundheit einzuholen.

Der Auftragnehmer unterstützt die Produktplatzierung durch eigene Marketingmaßnahmen. Soweit im Zuge dieser Marketingmaßnahmen die DAK-Gesundheit genannt wird, sind Zeitpunkt und Inhalt der Marketingmaßnahme vorher mit der DAK-Gesundheit abzustimmen.