Erklärung für die Teilnahme am telemedizinischen Beratungsarztdienst (BAD)

Diese Erklärung regelt die Rahmenbedingungen sowie technische Voraussetzungen für die Teilnahme als Telemediziner im BAD. Als Ein- bzw. Ausschlusskriterien für die Teilnahme im telemedizinischen BAD ergänzen sie die nach § 3 Abs. 7 BDO definierten Voraussetzungen. Diese Erklärung ist vollständig ausgefüllt und unterschrieben einzureichen, um als Telemediziner im telemedizinischen BAD teilnehmen zu können.

Eine Teilnahme als Telemediziner ist nicht möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 7 BDO nicht erfüllt werden oder die in dieser Erklärung aufgeführten Rahmenbedingungen nicht vollständig vorliegen.

Da Ärztinnen und Ärzte ihre telemedizinischen Dienste für die Erfüllung ihrer Dienstverpflichtung erbringen können, wird darüber hinaus durch die KVH geprüft, ob die Zahl der Dienstverpflichteten in einer ÄBD bzw. PBD-Region ausreichend ist, um die regionale Dienstbesetzung sicherzustellen. Besteht eine Gefährdung der regionalen Versorgung kann eine Mitwirkungserlaubnis nicht gegeben werden.

Name, Vorname			
LANR (7-stellig)			
Wunschanteil Teilnahmeumfang der Dienstverpflichtung für Telemedizin	50% ☐	75% ☐	100% ☐

Mit meiner Unterschrift bestätige ich (bitte jeweils ankreuzen)**:**

☐ Mir ist bekannt, dass ich sämtliche Hardware, die ich für die mobile Arbeit im telemedizinischen BAD benötige, stellen, sowie die technischen Rahmenbedingungen zur mobilen Arbeit schaffen muss. Dies umfasst

- eine ausreichende Internetverbindung (mindestens 16.000 Mbit),
- einen PC oder Laptop mit mindestens Windows 11 (oder vergleichbare Betriebssysteme, auch anderer Anbieter),
- eine Webcam (extern oder intern) und
- ein Mikrofon (intern oder Headset)

☐ Mir ist bekannt, dass die telemedizinische Versorgung im ÄBD möglichst abschließend erfolgen soll und für das vollständige Angebot im telemedizinischen BAD in Kombination mit eRezept und eAU ein elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) notwendig ist. Ich bestätige hiermit, dass ich über einen eigenen eHBA verfüge, den ich im BAD nutzen werde.

☐ Mir ist bekannt, dass ich mich als Telemediziner im BAD auf der telemedizinischen Service-Plattform registrieren muss. Durch den Dienstleister wird eine Einweisung und Online-Schulung erfolgen, an der ich teilnehme.

☐ Ich habe die Nutzungsbedingungen der Ärzte Plattform sowie des Videodienstes gelesen und bestätige hiermit, dass ich diese verbindlich einhalten werde.

☐ Ich bestätige, dass ich mich als Telemediziner über die Service-Plattform an die Telematikinfrastruktur (TI) anbinden lassen werde. Bitte zutreffendes ankreuzen:

- ☐ Sofern mir hierzu eine eigene TI-Infrastruktur zur Verfügung steht, erfolgt dies Remote durch den Dienstleister der Service-Plattform.
- ☐ Steht mir keine TI-Infrastruktur zur Verfügung, erkläre ich hiermit, dass ich die Anbindung über den Dienstleister auf eigene Kosten und Rechnung sicherstellen werde.

☐ Ich versichere, dass zu Dienstbeginn meine technischen Systeme zu Dienstbeginn funktionsbereit sind, so dass ich direkt mit der Dienstausübung im BAD starten kann.

☐ Ich versichere, dass ich während des mobilen Arbeitens für die Disponenten der 116117 erreichbar bin. Hierfür stelle ich, gemäß § 4 Abs. 1 BDO, stets eine aktuelle Mobilfunknummer zur Erreichbarkeit bereit.

☐ Ich erkläre, dass ich mich, im Fall einer technischen Störung während des BAD im mobilen Arbeiten, unverzüglich mit den diensthabenden Disponenten in Verbindung setze, um diese zu informieren. Ich versichere, dass ich mich eigenverantwortlich an den Helpdesk des Dienstleisters wende, um die Störung schnellstmöglich zu beheben.

☐ Ich versichere, dass die Beratungen ausschließlich in geschlossenen Räumen stattfinden, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen und damit die Datensicherheit sowie ein störungsfreier Ablauf der Beratungen gewährleistet sind. Dies bedeutet z.B. auch, dass keine Angehörigen oder Mitbewohner im Raum sind oder die telemedizinischen Behandlungen (Telefon/Videosprechstunde) mithören können.

☐ Mir ist bekannt, dass die Teilnahme als Telemediziner am BAD die Einhaltung der obenstehenden Voraussetzungen und Rahmenbedingungen mit Aufnahme der Tätigkeit voraussetzt. Handle ich wiederholt und trotz Aufforderung gegen diese Vorgaben bzw. ist die Funktionsfähigkeit des telemedizinischen BAD durch mein Handeln nicht gewährleistet, kann die Mitwirkungserlaubnis als Telemediziner im BAD teilzunehmen, widerrufen werden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Telemediziner/in