

## Leistungsbeschreibung

### Versorgungsmodul Behandlungspfad

#### „Behandlung von Folgeerkrankungen und Komorbiditäten des Diabetes mellitus Typ 2“

##### § 1

#### Ziel und Gegenstand des Versorgungsmoduls

Ziel dieses Versorgungsmoduls ist es, durch das frühzeitige Erkennen von Begleiterkrankungen das Auftreten von schwerwiegenden Krankheitsverläufen zu verhindern oder zumindest erkennbar hinauszuzögern. Dadurch soll eine Beeinträchtigung der Lebensqualität der betroffenen Versicherten möglichst langfristig vermieden und gleichzeitig eine effizientere Versorgung des Versicherten sichergestellt sowie eine Reduzierung im Hinblick auf die prospektiven Leistungsausgaben erreicht werden.

##### § 2

#### Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte

- (1) Berechtigt zur Teilnahme am Versorgungsmodul sind
  - a) Hausärzte bzw. zugelassene Vertragsärzte nach § 73 Abs. 1 a Satz 1 SGB V, die im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig sind und am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen („**Hausarzt**“).
  - b) Ärzte, die in einer Praxis mit der Zulassung als diabetologische Schwerpunktpraxis tätig sind und am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen („**Diabetologische Schwerpunktpraxis**“).
  - c) Ärzte der Augenheilkunde („**Augenarzt**“).
- (2) Ein Hausarzt kann nicht gleichzeitig als diabetologische Schwerpunktpraxis am Versorgungsmodul teilnehmen. Sofern ein Arzt beide Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, muss er sich entscheiden, ob er als Hausarzt oder diabetologische Schwerpunktpraxis am Versorgungsmodul teilnehmen möchte und die Teilnahmeerklärung entsprechend ausfüllen. Für den Fall, dass ein Hausarzt im Laufe seiner Vertragsteilnahme als diabetologische Schwerpunktpraxis am Versorgungsmodul teilnehmen kann, kann er sich an die BCS wenden, um einen Statuswechsel vom Hausarzt zur diabetologischen Schwerpunktpraxis im Rahmen des Versorgungsmoduls zu beantragen. Die Betreuung des Versicherten erfolgt weiterhin vom behandelnden Arzt.

**§ 3****Leistungen des Arztes**

- (1) Der Hausarzt verpflichtet sich während seiner Teilnahme zur Erbringung folgender Leistungen:
  - a) Eingangsdagnostik zur Auswahl der Teilnahme des Versicherten an den Versorgungsmodulen und ggf. Einschreibung in die auf die Erkrankung passenden Versorgungsmodule;
  - b) Leitliniengerechte Behandlung, Arzneimitteltherapie und Betreuung nach Anlage MD.B.6.;
  - c) Berücksichtigung der Therapieergebnisse bei der Teilnahme des Versicherten an anderen Versorgungsmodulen;
  - d) Prüfung und ggfs. Motivation des Versicherten zur DMP Einschreibung;
  - e) Ggf. Abstimmung mit dem TMZ;
  - f) Überprüfung des Schulungsstandes des Versicherten und ggf. Veranlassung einer geeigneten Schulung bzw. eines telemedizinischen Coachings;
  - g) Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes nach Anlage V.3.;
  - h) Ggf. patientenindividuelle Aufklärung zur Blutzuckerselbstmessung und telemedizinisches Monitoring der Blutzuckermessdaten nach Anlage MD.B.6..
  
- (2) Die diabetologische Schwerpunktpraxis verpflichtet sich während ihrer Teilnahme zur Erbringung folgender Leistungen:
  - a) Eingangsdagnostik zur Auswahl der Teilnahme des Versicherten an den Versorgungsmodulen und ggf. Einschreibung in die auf die Erkrankung passenden Versorgungsmodule;
  - b) Leitliniengerechte Behandlung, Arzneimitteltherapie und Betreuung nach Anlage MD.B.6.;
  - c) Berücksichtigung der Therapieergebnisse bei der Teilnahme des Versicherten an anderen Versorgungsmodulen;
  - d) Prüfung und ggfs. Motivation des Versicherten zur DMP Einschreibung;
  - e) Ggf. Abstimmung mit dem TMZ;
  - f) Überprüfung des Schulungsstandes des Versicherten und ggf. Veranlassung einer geeigneten Schulung bzw. des telemedizinischen Coachings;

- g) Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes nach Anlage V.5.;
  - h) Ggf. patientenindividuelle Aufklärung zur Blutzuckerselbstmessung und telemedizinisches Monitoring der Blutzuckermessdaten nach Anlage MD.B.6..
- (3) Der Augenarzt verpflichtet sich während seiner Teilnahme zur Erbringung folgender Leistungen:
- a) Ggf. Einschreibung in dieses Versorgungsmodul, sofern nicht bereits erfolgt;
  - b) Versorgung der Versicherten gemäß der Nationalen Versorgungsleitlinie Prävention und Therapie von Netzhautkomplikationen bei Diabetes („**NVL**“);
  - c) Terminvereinbarung entsprechend der NVL und ggf. Mitteilung an den Tele-Coach bei Teilnahme des Versicherten an dem Versorgungsmodul Telemedizinisches Coaching;
  - d) Erstellung des Mitteilungsbogens mit den Inhalten nach Anhang 1 dieser Anlage MD.B.1. („**Mitteilungsbogen**“) und Versand an den Hausarzt und/oder die diabetologische Schwerpunktpraxis;
  - e) Ggf. Upload des Mitteilungsbogens nach Anhang 1 dieser Anlage MD.B.1. in das Online-Portal nach Anlage MD.C.8 des telemedizinischen Anbieters nach Anlage MD.C.7;
  - f) Ggf. Durchführung und Upload der Fundus-Fotografie (FD-Foto) in das Online-Portal nach Anlage MD.C.8 des telemedizinischen Anbieters nach Anlage MD.C.7;
  - g) Ggf. Upload der Optischen Kohärenztomografie (OCT) bei auffälligen Befunden von mindestens 2 repräsentativen Schnitten, die die Pathologie zeigen, in das Online-Portal nach Anlage MD.C.8 des telemedizinischen Anbieters nach Anlage MD.C.7;
  - h) Ggf. Upload der Fluoreszeinangiographie (FLA) mit Leerbild, Frühphasenbild und Spätphasenbild nach mind. 3 Minuten in das Online-Portal nach Anlage MD.C.8 des telemedizinischen Anbieters nach Anlage MD.C.7;
  - i) Besprechung der jeweiligen Befunde nach lit. e) bis g) mit dem Versicherten;
  - j) Ggf. Übergabe geeigneter Informationsmaterialien sowie Veranlassung der Patientenschulung.

**§ 4****Kooperation zwischen den Ärzten**

- (1) Bei folgenden Komplikationen soll eine Überweisung vom Hausarzt zum jeweiligen Facharzt erfolgen:
  - a) Bei Auftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie peripher und/oder autonom;
  - b) Bei allen diabetischen Fuß-Läsionen ab Wagner 1/Armstrong A oder bei erhöhtem Risiko (Wagner 0/Armstrong D). Der Hausarzt kann von der Überweisung nur absehen, wenn er selbst eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms anerkannte Qualifikation nachweist.
  
- (2) Des Weiteren muss eine Überweisung vom Hausarzt zur diabetologischen Schwerpunktpraxis erfolgen:
  - a) Bei Fuß-Läsionen Wagner-Stadium 2-3 und/oder Armstrong-Klassen C oder D vorrangig in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung;
  - b) Zur Verordnung von diabetesadaptierten Schuhversorgungen. In Ausnahmefällen kann dies bei nachgewiesenen besonderen Kenntnissen ebenfalls nach Schuhverordnungsbogen durch den Hausarzt erfolgen;
  - c) Vor und zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie während der laufenden Pumpentherapie – also vor Pumpentherapie zur Indikationsstellung, zur Einleitung der Pumpentherapie und während der gesamten Laufzeit der Pumpentherapie;
  - d) Bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft; der Hausarzt hat eine Abstimmung zwischen dem Gynäkologen und der diabetologischen Schwerpunktpraxis herbeizuführen;
  - e) Bei schweren Hypoglykämien, die Fremdhilfe erforderlich gemacht haben.
  
- (3) Die diabetologische Schwerpunktpraxis hat den Versicherten grundsätzlich innerhalb von sechs Monaten zurück an den Hausarzt zu überweisen.

**§ 5****Anhang**

Der folgende Anhang 1 (Mitteilungsbogen) ist Bestandteil dieser Anlage MD.B.1..

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb.am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Augenarzt
Stempel und Unterschrift

Zum Ausschluss bzw. zur Bestimmung des Stadiums der Retinopathie und/oder Makulopathie soll die Bestimmung der Sehschärfe, die Untersuchung der vorderen Augenabschnitte und die binokulare Untersuchung der Netzhaut bei dilatierter Pupille, um auch die peripheren Netzhautanteile genau beurteilen zu können, erfolgen. Bei fortgeschrittenen Retinopathiestadien soll eine Augeninnendruckmessung durchgeführt werden.

Untersuchungsdatum

**RA**

**LA**

**Sehschärfe (bestkorrigierter Fernvisus)**

**Ggf. Augeninnendruck**

<b>Vorderabschnitte:</b> Rubeosis iridis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Retinopathiestadium:</b>		
Keine diabetische Retinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milde oder mäßige diabetische Retinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere nichtproliferative diabetische Retinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proliferative diabetische Retinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinisch signifikantes diabetisches Makulaödem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Befund im Vergleich zur Voruntersuchung:</b>		
gleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlechter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorbefund nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Procedere:</b>		
OCT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoreszeinangiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panretinale Laserkoagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fokale Laserkoagulation am hinteren Augenpol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intravitreale Medikamenteneingabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitrektomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weitere augenärztliche Diagnosen/Bemerkungen</b>		
<b>Kontrolluntersuchung bezüglich diabetischer Retinopathie</b>		
in 2 Jahren	<input type="checkbox"/>	
in 1 Jahr	<input type="checkbox"/>	
in ..... Monaten	<input type="checkbox"/>	

## Versorgungsablauf

### Versorgungsmodul Behandlungspfad

#### „Behandlung von Folgeerkrankungen und Komorbiditäten des Diabetes mellitus Typ 2“

##### Grundidee

Früherkennung und besondere Versorgung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus nach Anlage MD.B.3.. Im Falle der Notwendigkeit einer fachärztlichen Betreuung soll so frühzeitig der Kontakt zum Spezialisten aufgebaut werden. Ziel des Versorgungsmoduls ist es eine leitliniengerechte haus-, fach- und augenärztliche Betreuung sowie eine Förderung der fachübergreifenden Kommunikation sicherzustellen.

##### Rechtliche Grundlage

§ 140 a SGB V

##### Vertragspartner

bcs best care solutions GmbH  
GWQ ServicePlus AG

##### Vertragsstart und Vertragsregionen

Am 01.01.2020 bundesweit.

##### Teilnehmende Krankenkassen

Gemäß Anlage V.2.

##### Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte

Die Teilnahmevoraussetzung der Ärzte bestimmen sich nach der Leistungsbeschreibung MD.B.1.

- a) Hausärzte bzw. zugelassene Vertragsärzte nach § 73 Abs. 1 a Satz 1 SGB V, die im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig sind und am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen.
- b) Ärzte, die in einer Praxis mit der Zulassung als diabetologische Schwerpunktpraxis tätig sind und am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen.
- c) Ärzte der Augenheilkunde.

Die Teilnahme am Versorgungsmodul beantragt der Arzt mit der Anlage V.5. auf der anzukreuzen ist, welcher Arztgruppe der teilnehmende Arzt zuzuordnen ist.

## **Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten**

Die teilnahmeberechtigten Versicherten ergeben sich aus der Anlagen MD.B.3.

## **Leistungsinhalte des Vertrages**

### Hausarzt

Erstbetreuung bei einer nach Anlage MD.B.3. gesicherten Diagnose.

Koordinierung und Betreuung/Mitbetreuung der Patienten und Kommunikation mit dem Facharzt.

### Diabetologische Schwerpunktpraxis

Erstbetreuung bei einer nach Anlage MD.B.3. gesicherten Diagnose oder Erstuntersuchung nach Einschreibung oder Überweisung des Patienten durch den Hausarzt, sowie Mitbetreuung der Patienten und Kommunikation mit dem Facharzt oder ggf. Hausarzt.

### Augenarzt

Besondere Betreuung nach der NVL, Erstellung des Mitteilungsbogens nach Anhang 1 der Anlage MD.B.1. und Uploads der Befunde Anlage MD.B.6. sowie Durchführung einer strukturierten Patientenschulung und Kommunikation mit dem Hausarzt.

## **Vergütung (Genauerer regelt die Anlage MD.B.6.)**

Die Hausärzte und diabetologischen Schwerpunktpraxen erhalten

15 € Erstbetreuungspauschale oder

10 € Kontaktabhängige Betreuungspauschale Digitalisierung

5 € Zuschlag telemedizinisches Monitoring

für jeden nach diesem Versorgungsmodul behandelten Patienten und Quartal.

Die Augenärzte erhalten

15 € Betreuungspauschale Digitalisierung

20 € Durchführung Fundus-Fotografie

25 € Strukturierte Patientenschulung

5 € Zuschlag für die augenheilkundlich technische Assistenz

5 € Zuschlag Telemedizinische Betreuung

10 € Zuschlag Telemedizinische Dokumentation

## **Ansprechpartner**

bcs best care solutions GmbH: kundenservice@bestcaresolutions.de, 0211 – 90 98 17 77

## Einschlusskriterien Versicherter

### Versorgungsmodul Behandlungspfad

#### „Behandlung von Folgeerkrankungen und Komorbiditäten des Diabetes mellitus Typ 2“

ICD	Klartext
	<b>Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit Koma</b>
<b>E11.01</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit Koma : Als entgleist bezeichnet
	<b>Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit Ketoazidose</b>
<b>E11.11</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit Ketoazidose : Als entgleist bezeichnet
	<b>Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit Nierenkomplikationen</b>
<b>E11.20</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit Nierenkomplikationen : Nicht als entgleist bezeichnet
<b>E11.21</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit Nierenkomplikationen : Als entgleist bezeichnet
	<b>Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit Augenkomplikationen</b>
<b>E11.30</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit Augenkomplikationen : Nicht als entgleist bezeichnet
<b>E11.31</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit Augenkomplikationen : Als entgleist bezeichnet
	<b>Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit neurologischen Komplikationen</b>
<b>E11.40</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit neurologischen Komplikationen : Nicht als entgleist bezeichnet
<b>E11.41</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit neurologischen Komplikationen : Als entgleist bezeichnet
	<b>Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit peripheren vaskulären Komplikationen</b>
<b>E11.50</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit peripheren vaskulären Komplikationen : Nicht als entgleist bezeichnet
<b>E11.51</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit peripheren vaskulären Komplikationen : Als entgleist bezeichnet
	<b>Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen</b>
<b>E11.60</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen : Nicht als entgleist bezeichnet
<b>E11.61</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen : Als entgleist bezeichnet
	<b>Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit multiplen Komplikationen</b>
<b>E11.72</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit multiplen Komplikationen : Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
<b>E11.73</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit multiplen Komplikationen : Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
<b>E11.74</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit multiplen Komplikationen : Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
<b>E11.75</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit multiplen Komplikationen : Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet



	<b>Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen</b>
<b>E11.80</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen : Nicht als entgleist bezeichnet
<b>E11.81</b>	Diabetes mellitus, Typ 2 : Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen : Als entgleist bezeichnet
	<b>Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit Koma</b>
<b>E14.01</b>	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit Koma : Als entgleist bezeichnet
	<b>Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit Ketoazidose</b>
<b>E14.11</b>	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit Ketoazidose : Als entgleist bezeichnet
	<b>Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit Nierenkomplikationen</b>
<b>E14.20</b>	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit Nierenkomplikationen : Nicht als entgleist bezeichnet
<b>E14.21</b>	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit Nierenkomplikationen : Als entgleist bezeichnet
	<b>Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit Augenkomplikationen</b>
<b>E14.30</b>	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit Augenkomplikationen : Nicht als entgleist bezeichnet
<b>E14.31</b>	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit Augenkomplikationen : Als entgleist bezeichnet
	<b>Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit neurologischen Komplikationen</b>
<b>E14.40</b>	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit neurologischen Komplikationen : Nicht als entgleist bezeichnet
<b>E14.41</b>	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit neurologischen Komplikationen : Als entgleist bezeichnet
	<b>Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit peripheren vaskulären Komplikationen</b>
<b>E14.50</b>	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit peripheren vaskulären Komplikationen : Nicht als entgleist bezeichnet
<b>E14.51</b>	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit peripheren vaskulären Komplikationen : Als entgleist bezeichnet
	<b>Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen</b>
<b>E14.60</b>	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen : Nicht als entgleist bezeichnet
<b>E14.61</b>	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen : Als entgleist bezeichnet
	<b>Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit multiplen Komplikationen</b>
<b>E14.72</b>	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit multiplen Komplikationen : Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
<b>E14.73</b>	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit multiplen Komplikationen : Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
<b>E14.74</b>	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit multiplen Komplikationen : Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
<b>E14.75</b>	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus : Mit multiplen Komplikationen : Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

**Begründung zur Auswahl der Diagnosen**

Dieses Versorgungsmodul wurde mit dem Ziel konzipiert Versicherten mit komplexen Diabetes und/oder Diabetes mit Komplikationen frühzeitig zu betreuen, eine Verschlechterung des Krankheitsverlaufs frühzeitig zu erkennen, Komorbiditäten zu berücksichtigen und somit auch die Lebensqualität des Versicherten zu verbessern.

**Besonderheit insulinpflichtiger Versicherten**

Zur Verlaufskontrolle und besseren Einstellung der Insulindosierung, kann bei insulinpflichtigen Versicherten ein telemedizinisches Monitoring durchgeführt werden.

**Rahmenvertrag VersorgungsmodulePlus nach § 140 a SGB V****VERSICHERTENINFORMATION UND BELEHRUNG ZUM DATENSCHUTZ NACH ART. 13 UND 14 EU-DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG (DSGVO)**

Das Gesetz sieht vor, dass alle Patienten, die an dem „Rahmenvertrag VersorgungsmodulePlus“ nach § 140 a SGB V teilnehmen, genau über die Datenverarbeitung informiert werden und die Nutzung und Verarbeitung Ihrer (auch medizinischen) Daten spielt bei der Teilnahme am Rahmenvertrag eine wichtige Rolle. Aus diesem Grund erläutern wir Ihnen gerne wie Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen Ihrer Teilnahme von den beteiligten Stellen verarbeitet werden. Bitte lesen Sie sich diese Belehrung zum Datenschutz sorgfältig durch.

**I. Was ist der Rahmenvertrag VersorgungsmodulePlus?**

Der Rahmenvertrag richtet sich an Versicherte Ihrer Krankenkasse. Das Programm soll Ihnen persönlich eine Hilfe zur Verbesserung Ihres Lebensstils sein. Mit diesem Rahmenvertrag soll Ihnen eine individuell effektive und strukturierte Behandlung zuteilwerden und Ihre derzeitige Lebensqualität möglichst langfristig und nachhaltig gehalten oder verbessert werden. Sie profitieren mitunter von

- frühzeitiger Terminvergabe zur weiteren Abklärung,
- qualitätsgesicherter und sachgerechter Behandlung,
- optimierten Wartezeiten,
- Stärkung Ihrer Eigenverantwortung,
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen,
- Reduktion von unnötigen stationären Behandlungen.

Wenn Sie sich für das Programm interessieren, wird Ihr behandelnder Arzt zunächst eine Eingangsuntersuchung durchführen, um sich einen Überblick zu verschaffen. Danach wird – individuell auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt – die weitere Behandlung für Sie festgelegt. Im Laufe Ihrer Behandlung entscheidet Ihr Arzt, ob eine zusätzliche Betreuung durch einen spezialisierten Facharzt für Sie sinnvoll ist. Sofern Sie sich bei einem Facharzt in Behandlung befinden und bei diesem in den Rahmenvertrag eingeschrieben haben, erfolgt die weitere Behandlung über Ihren betreuenden Arzt. Alle wichtigen medizinischen Informationen erhalten Sie von Ihrem Arzt und können Ihre Fragen dazu mit diesem besprechen.

Begleitend zu der Behandlung durch Ihren Arzt bzw. durch weitere Fachärzte können Sie kostenlos Ihre Daten und Befunde mittels einer Smartphone-App und Dokumentation dieser in einem von dem telemedizinischen Anbieter betriebenen gesicherten Online-Portal erfassen, um die Ziele des Programms zu erreichen.

Ihr Einverständnis vorausgesetzt, können Sie Ihrem behandelnden Ärzten Zugriff auf diese Daten geben, um Ihre weitere Behandlung zu unterstützen.

Ihre Teilnahme ist **freiwillig und für Sie kostenlos**. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf Basis Ihrer Einwilligung, die Sie gegenüber Ihrer Krankenkasse und Ihrem Arzt erteilen müssen, um an dem Rahmenvertrag teilnehmen zu können und im Übrigen nur im gesetzlich begrenzten Umfang. **Ihre Teilnahme und das Ergebnis des Programms sowie Ihr Teilnahmeverhalten haben keine nachteiligen Auswirkungen auf Ihr Versicherungsverhältnis.**

## II. Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sind Ihre Krankenkasse und die am Rahmenvertrag teilnehmenden Leistungserbringer (Ärzte).

Weitere an der Durchführung des Programms wesentlich beteiligte Parteien sind:

- **DITG - Deutsches Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung GmbH**, Kölner Landstr. 11, 40591 Düsseldorf (**DITG**), die für das Vorhalten der Online-Plattform zur Dokumentation Ihrer Behandlung und zum Datenaustausch mit den Ärzten zuständig ist;
- **bcs best care solutions GmbH**, Kölner Landstraße 11, 40591 Düsseldorf (**BCS**), mit der Ihre Krankenkasse für die Durchführung des Rahmenvertrags zur Einbindung der Ärzte kooperiert und die als Managementgesellschaft der Ärzte die Beteiligung der Ärzte und Fachärzte abwickelt;
- **Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH**, Dürrenhofstraße 4, 90402 Nürnberg (**HCMS**), die als Rechenzentrum nach §§ 295, 295a SGB V mit der Abrechnung der ärztlichen Leistungen beauftragt ist sowie im Auftrag der BCS bestimmte Aufgaben im Rahmen Ihrer Anmeldung und Registrierung zur Teilnahme am Selektivvertrag erfüllt;
- **GWQ ServicePlus AG**, Tersteegenstraße 28, 40474 Düsseldorf (**GWQ**), ein von gesetzlichen Krankenkassen gegründetes Dienstleistungsunternehmen, das auch für Ihre Krankenkasse im Rahmen dieses besonderen Versorgungsprogramms tätig wird.

Eine Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BCS erfolgt nicht. Die DITG, die HCMS und die GWQ übernehmen bestimmte (hier auch nachfolgend beschriebene) Funktionen im Rahmen des Programms und verarbeiten bei der Erfüllung ihrer Aufgaben die hierzu erforderlichen Daten als Auftragsverarbeiter nach Weisung und im Auftrag der Verantwortlichen. Weitere Details zu den entsprechenden Aufgaben erhalten Sie weiter unten im Dokument.

Mit allen Auftragsverarbeitern wurde ein Vertrag zur Auftragsverarbeitung nach § 80 SGB X bzw. Art. 28 DSGVO abgeschlossen, nach dem diese verpflichtet sind, die Daten datenschutzkonform zu behandeln, diese ausschließlich im Rahmen der Weisungen der Verantwortlichen und zur Durchführung der o.g. Leistungen zu verarbeiten.

Die Informationen zu den Kontaktdaten der Verantwortlichen und allen Auftragsverarbeitern finden Sie am Ende dieses Dokuments.

Sämtliche am Vertrag beteiligten Personen und Stellen stehen ferner unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis

und/oder unter dem Sozialgeheimnis sowie besonderen Datenschutzverpflichtungen.

### III. Welche Ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt?

#### 1. Eingangsuntersuchung und Teilnahmeerklärung

Zum Zwecke Ihrer Teilnahme ist es notwendig, dass bestimmte Daten erfasst und zwischen Ihnen und den beteiligten Stellen ausgetauscht werden. Im Rahmen der Eingangsuntersuchung erfasst und dokumentiert Ihr Arzt die folgenden Daten, die zunächst zur Prüfung Ihrer Teilnahmemöglichkeit und Festlegung der geeigneten Behandlungsmethoden verwendet werden und auch zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen Ihrer Teilnahme zu Ihrer medizinischen Betreuung genutzt werden:

**Stammdaten:** Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Versichertennummer, Versichertenstatus, Geschlecht

**Datum der Unterschriften des Versicherten**

**Daten des Arztstempels:** Arztname und Adressdaten

Die erfassten Daten sowie Ihr Teilnahmewunsch werden anschließend von Ihrem Arzt zugleich mit Ihrer Einwilligungserklärung zur Verarbeitung Ihrer Daten an die Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH (HCMS), übermittelt.

Dort werden Ihre Daten erfasst, gespeichert und an Ihre Krankenkasse übermittelt, die Ihren Teilnahmewunsch prüft und darüber entscheidet. Werden Sie nachfolgend im Vertrag eingeschrieben, wird dies von Ihrer Krankenkasse gegenüber dem Rechenzentrum bestätigt. Im Falle des Herunterladens und Nutzens der Smartphone-App werden Ihre Daten dann in das gesicherte Online-Portal der DITG exportiert. Ihr Zugang zum Online-Portal erfolgt, indem Ihr Arzt Ihnen neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung eine Patienteninformation mit einem Passwort übergibt. Mit diesem Passwort registriert sich der Versicherte auf einer Landingpage, wo er seine Stammdaten, inklusive der Versicherungsnummer, eingibt.

Der Austausch der Daten erfolgt zu jederzeit pseudonymisiert über verschlüsselte Schnittstellen. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass alle personenbezogenen Daten vor einem Zugriff durch unberechtigte Dritten geschützt sind. Das Online-Portal besteht aus einem Web-Portal und einer integrierten, nativen Smartphone-App für teilnehmende Versicherte.

Die technische Infrastruktur wird in einem nach ISO27001 zertifizierten Rechenzentrum betrieben. Auf das Web-Portal können alle an der Therapie beteiligten Akteure (Versicherte, Hausarzt, Facharzt sowie weiteres medizinisches Personal, wie z.B. Diabetesberater) zugreifen. Die App ist ausschließlich für Versicherte und ihre „Verbündeten“ (z.B. Angehörige) konzipiert, für die Sie nach Ihren Wünschen einen Zugang zu Ihren Daten unter einem eigenen Zugang einrichten und freischalten können. Hierbei wird der vom Versicherten gewählte Name des Verbündeten registriert.

Einzelheiten zur Datensicherheit und dem Schutz Ihrer Daten sowie der Daten Ihrer Verbündeten innerhalb des Online-Portals und bei der Nutzung der Smartphone-App können Sie der Datenschutzerklärung im Rahmen Ihres Registrierungsprozesses entnehmen.

Wird Ihr Teilnahmewunsch nicht bestätigt, teilt Ihre Krankenkasse der HCMS die Gründe dafür mit. Ihre Daten werden im Rechenzentrum dann ausschließlich zur Klärung dieses Vorgangs verwendet und für alle anderen Zwecke gesperrt. Nach zweifelsfreier Bestätigung der Nichteinschreibung werden Ihre Daten endgültig gelöscht.

## **2. Datenverarbeitung im Rahmen Ihrer Teilnahme**

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch der o.g. Daten und Befunde zwischen den Sie behandelnden Ärzten erforderlich.

**Mit Ihrer Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme an dem Rahmenvertrag erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte darüber sowie Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den Sie behandelnden Ärzten ausgetauscht werden.**

## **3. Abrechnung**

Damit Ihr gewählter Arzt eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung erstellen. Hierzu **übermittelt Ihr Arzt gem. § 295a SGB V Ihre Daten verschlüsselt an das beauftragte Rechenzentrum** (die Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH). Dort werden die Abrechnungsdaten entschlüsselt und auf Richtigkeit geprüft.

Anschließend erstellt das Rechenzentrum aus den erhaltenen Daten eine **Abrechnungsdatei**, die es **Ihrer Krankenkasse verschlüsselt zur Verfügung** stellt. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdatei zahlt die Krankenkasse die Vergütung für Ihren Arzt aus.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt: Name, Geschlecht, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern und ihr Wert; Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Diagnosen nach ICD 10 je Behandlungstag mit Datumsangabe; unter Angabe des Abrechnungsquartals.

## **4. Wirtschaftlichkeitsprüfung, Evaluation und Zufriedenheitsauswertung**

Für die Teilnahme am Programm erfolgt die weitere Verarbeitung durch die GWQ ServicePlus AG. Die GWQ ServicePlus AG ist ein Dienstleister Ihrer Krankenkasse und im Namen der Krankenkasse für die Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen zuständig, um die gesetzlich geforderten Wirtschaftlichkeitsnachweise für das Programm zu erbringen und Ihnen dauerhaft eine bestmögliche Versorgung anbieten zu können. Dazu erhält die GWQ von HCMS regelmäßig die o.g. Abrechnungsdaten sowie Auswertungen in pseudonymisierter Form anhand der Daten im Online-Portal übermittelt.

**Wenn Sie hierzu im Rahmen Ihrer Teilnahme eine separate Einwilligung erteilen, werden zusätzlich Daten zu Ihrer Zufriedenheit mit dem Programm im Rahmen von Befragungen erhoben und anonymisiert ausgewertet.**

#### **IV. Belehrung zu Ihren Datenschutzrechten**

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten sind Ihre Krankenkasse und die am Rahmenvertrag teilnehmenden Leistungserbringer (Ärzte).

Sie können sicher sein, dass Ihre Daten ausschließlich für die o.g. Zwecke des Vertrags genutzt und besonders gut gegen jede zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle Beteiligten stehen unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder unter dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten werden bis zum Ende der Durchführung und die Abrechnung verarbeitet. Danach erfolgt nur noch eine eingeschränkte Verarbeitung, soweit es das Gesetz vorsieht. 10 Jahre nach Beendigung der besonderen Versorgung werden ihre Daten endgültig datenschutzgerecht unwiederbringlich gelöscht.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung sowie der nachfolgende Behandlungsvertrag und somit die Art. 5, Art. 6 Abs. 1 lit. a), Art. 6 Abs. 1 lit. b), Art. 6 Abs. 3 lit. b) i.V.m. §§ 140a, 284 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und Art. 9 Abs. 2 lit. b), f) und h) i.V.m. Art 6 Abs. 3 lit. b) DSGVO sowie § 295 und § 295a SGB V. Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang.

**Ohne die Erteilung Ihrer Einwilligung zur hier beschriebenen Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie nicht am Rahmenvertrag teilnehmen.**

**Sie können Ihre Einwilligung zu o.g. Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ohne Angabe von Gründen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. Das führt jedoch dann dazu, dass Ihre Teilnahme an der Versorgung nicht länger möglich ist und ein Ausschluss aus der Versorgung erfolgt.**

Sie haben ferner das gesetzliche Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO) sowie ggfs. die Rechte auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 Satz 1 DSGVO) z.B. falscher Daten und auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO).

#### **V. Beteiligte Stellen und Kontaktdaten**

##### **1. Kontakt zu Ihrer Krankenkasse**

Zur Ausübung Ihrer vorgenannten Rechte und zu Fragen der Datenverarbeitung können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse wenden. Den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse erreichen

Sie unter den Kontaktdaten Ihrer Krankenkasse gemäß beigefügter Übersicht mit dem Zusatz „an den Datenschutzbeauftragten“, sofern keine gesonderten Kontaktdaten für den Datenschutzbeauftragten angegeben sind.

Im Falle von Datenschutzverletzungen durch Ihre Krankenkasse können Sie sich bei der für Ihre Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren. Die Kontaktdaten der für Ihre Krankenkasse zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde können Sie ebenfalls der beigefügten Übersicht entnehmen.

## **2. Kontakt DITG**

Bei Fragen zur Datenverarbeitung bei der DITG wenden Sie sich bitte an die DITG - Deutsche Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung GmbH, Kölner Landstr. 11, 40591 Düsseldorf, E-Mail: [telipro@ditg.de](mailto:telipro@ditg.de), Telefon: 0800/ 3468264.

Sie können sich wegen der Datenverarbeitung durch das DITG auch an deren Datenschutzbeauftragten René Rautenberg, ER Secure GmbH c/o DITG GmbH, Kölner Landstraße 11, 40591 Düsseldorf, E-Mail: [datenschutz@ditg.de](mailto:datenschutz@ditg.de), Telefon: +492119098170 wenden.

Im Falle von Datenschutzverletzungen durch die DITG können Sie sich bei der für Ihre Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren. Die für die DITG zuständige Aufsichtsbehörde im Datenschutz ist:

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Postfach 20 04 44

40102 Düsseldorf

oder:

Kavalleriestraße 2-4

40213 Düsseldorf

Telefon: 02 11/384 24-0

Telefax: 02 11/384 24-10

E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

Homepage: <https://www.ldi.nrw.de>

## **3. Kontakt HCMS**

Bei Fragen zur Datenverarbeitung bei dem beauftragten Rechenzentrum wenden Sie sich bitte an die

Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH

Dürrenhofstraße 4

90402 Nürnberg.

E-Mail: [info@helmsauer-gruppe.de](mailto:info@helmsauer-gruppe.de)

Telefon: 09 11/92 92-0



Sie können sich wegen der Datenverarbeitung durch die Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH auch an deren Datenschutzbeauftragten (Herrn Christian Volkmer als Vertreter der Projekt 29 GmbH & Co. KG, Ostengasse 14, 93047 Regensburg, Tel.: 0941 29 86 93-0) wenden.

Im Falle von Datenschutzverletzungen durch die Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH können Sie sich bei der für Ihre Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren. Die für die Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH zuständige Aufsichtsbehörde im Datenschutz ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht  
Promenade 27 (Schloss), 91522 Ansbach  
E-Mail: [poststelle@lda.bayern.de](mailto:poststelle@lda.bayern.de)  
Telefon: 09 81/53 1300

#### **4. Kontakt GWQ**

Bei Fragen zur Datenverarbeitung bei der GWQ wenden Sie sich bitte an die

GWQ ServicePlus AG  
Tersteegenstraße 28  
40474 Düsseldorf  
E-Mail: [info@gwq-serviceplus.de](mailto:info@gwq-serviceplus.de)  
Telefon: 02 11/75 84 98-0

Sie können sich wegen der Datenverarbeitung durch die GWQ ServicePlus AG auch an deren Datenschutzbeauftragten (Rechtsanwalt Stephan Krämer, LL.M., KINAST Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Hohenzollernring 54, 50672 Köln, nähere Kontaktdaten finden Sie unter [www.kinast.eu](http://www.kinast.eu)) wenden.

Die für die GWQ ServicePlus AG zuständige Aufsichtsbehörde im Datenschutz ist:

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Postfach 20 04 44  
40102 Düsseldorf  
oder:  
Kavalleriestraße 2-4  
40213 Düsseldorf  
Telefon: 02 11/384 24-0  
Telefax: 02 11/384 24-10  
E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)  
Homepage: <https://www.ldi.nrw.de>

## Kontaktliste der teilnehmenden Krankenkassen an den jeweiligen Versorgungsmodulen

Teilnehmende Krankenkasse	Kontaktdaten verantwortliche Stelle Art. 13 DSGVO und Datenschutzbeauftragter	Zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde
BKK B. Braun Aesculap	BKK B. Braun Aesculap Grüne Straße 1, 34212 Melsungen E-Mail: <a href="mailto:info@bkk-bba.de">info@bkk-bba.de</a> E-Mail Datenschutz: <a href="mailto:datenschutz@bkk-bba.de">datenschutz@bkk-bba.de</a>	Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Husarenstr. 30, 53117 Bonn E-Mail: <a href="mailto:poststelle@bfdi.bund.de">poststelle@bfdi.bund.de</a>
BKK Deutsche Bank AG	BKK Deutsche Bank AG Königsallee 60c, 40212 Düsseldorf E-Mail: <a href="mailto:info@db.com">info@db.com</a> E-Mail Datenschutz: <a href="mailto:datenschutz@db.com">datenschutz@db.com</a>	Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Husarenstraße 30, 53117 Bonn E-Mail: <a href="mailto:poststelle@bfdi.bund.de">poststelle@bfdi.bund.de</a>



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten**

**Rahmenvertrag VersorgungsmodulePlus  
Versorgungsmodul: Behandlungspfad „Behandlung von Folgeerkrankungen und Komorbiditäten des Diabetes mellitus Typ 2“**

Bitte schicken Sie das Original unverzüglich, innerhalb von 10 Kalendertagen an:  
**Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für  
Selektivverträge GmbH  
Dürrenhofstraße 4  
90402 Nürnberg**

**I. Vertragsteilnahme**

Ich wurde schriftlich und mündlich über meine Erkrankung und die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten im Rahmen des Rahmenvertrages informiert. Alle Fragen, die ich zu meiner Erkrankung und zu Behandlung gestellt habe, wurden beantwortet. Meine Teilnahme am Rahmenvertrag ist freiwillig. Für mich fallen keine Kosten an. Der Arzt rechnet direkt mit meiner Krankenkasse ab. Sofern sich Änderungen bezüglich meines Versichertenstatus ergeben, werde ich diese umgehend mitteilen, da dies eine weitere Teilnahme am Rahmenvertrag unmöglich machen könnte.

**II. Vertragliche Bindung**

Meine Teilnahme beginnt mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung und dauert grundsätzlich bis zum Ende der Behandlung. Nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung steht es mir für zwei Wochen frei, meine Teilnahme zu widerrufen (vgl. auch Hinweise in Ziffer 5). Dann bin ich für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden. Meine Teilnahme verlängert sich automatisch um ein weiteres Vertragsjahr, sofern ich meine Teilnahme nicht zum Ende des Vertragsjahres mit einer Frist von vier Wochen kündige. Unterjährig während der Laufzeit eines Vertragsjahres ist eine ordentliche Kündigung ausgeschlossen. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund (z.B. bei Wohnortwechsel, Wechsel der Krankenkasse, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung) bleibt unberührt. Eine Kündigung hat in jedem Fall schriftlich gegenüber der Krankenkasse zu erfolgen, im Falle der außerordentlichen Kündigung sind die Gründe im Schreiben zu benennen.

**III. Beendigung des Vertrages**

Im Übrigen endet meine Vertragsteilnahme

- mit Ende der Mitgliedschaft bei der teilnehmenden Krankenkasse, frühestens mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
- mit dem Wechsel zu einer an diesem Rahmenvertrag nicht teilnehmenden Krankenkasse,
- mit dem Wechsel zu einem nicht an der Versorgung im Rahmen des Rahmenvertrags teilnehmenden Arzt,
- mit Wirksamwerden des Widerrufs der Einwilligung zur Datenverarbeitung,
- oder der Beendigung dieses Rahmenvertrages.

**IV. Informationen und Folgen von Pflichtverstößen**

Ich verpflichte mich, immer zuerst den an dem Rahmenvertrag teilnehmenden Arzt aufzusuchen. Verstöße ich gegen die Pflicht, etwa durch die nicht gerechtfertigte Inanspruchnahme außervertraglicher Leistungserbringer, können mir bei (vorsätzlich) pflichtwidrigem Verhalten die hierdurch entstandenen Mehrkosten der Krankenkasse auferlegt werden. Bei wiederholter Pflichtverletzung kann dies zudem zu einem Ausschluss aus dem Rahmenvertrag führen. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor bei einer Überweisung durch den behandelnden Arzt, in medizinischen Notfällen oder bei Nichterreichbarkeit der vertraglich gebundenen Leistungserbringer. Im Falle einer gleichzeitigen Teilnahme am Hausarztprogramm und des Rahmenvertrages lasse ich die Regelungen des HZV-Vertrages weiter gegen mich gelten. Ich kann nur meinen HZV-Betreuarzt als Hausarzt wählen. Die einjährige Bindung für das Hausarztprogramm startet mit der Unterschrift des Rahmenvertrages nicht erneut. Bei einem Arztwechsel meines HZV-Betreuarztes scheidet ich aus dem Rahmenvertrag aus und kann mich frühestens im darauffolgenden Quartal erneut bei dem neugewählten HZV-Betreuarzt einschreiben lassen.

**V. Widerrufsrecht der Teilnahmeerklärung**

Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe, in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse, ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Es wird gewährleistet, dass ich keine Kosten bei einer Rückabwicklung für Leistungen zu tragen habe, die ausschließlich im Rahmen des Rahmenvertrages vergütet werden.

**Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten**

Ich bin darüber informiert worden und damit einverstanden, dass es für die Teilnahme am Rahmenvertrag zwingend erforderlich ist, meine Daten zu erheben, zu verarbeiten und weiterzugeben.

Die Einwilligung in die Datenverarbeitung ist freiwillig.

Mit der Anlage MD.B.4. zu dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung habe ich die VERSICHERTENINFORMATION UND BELEHRUNG ZUM DATENSCHUTZ NACH ART. 13 UND 14 EU-DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG (DSGVO) erhalten und gelesen und wurde damit über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen meiner Teilnahme aufgeklärt.

Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, sofern sie danach im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen und nach den erteilten Informationen für meine Teilnahme erforderlich sind, von den mich behandelnden Ärzten verarbeitet und an die Vertragspartner (mitbehandelnde Ärzte, meine Krankenkasse, das Deutsche Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung GmbH, Kölner Landstr. 11, 40591 Düsseldorf, die GWQ ServicePlus AG, Tersteegenstraße 28, 40474 Düsseldorf) entsprechend den Erläuterungen in den VERSICHERTENINFORMATION UND BELEHRUNG ZUM DATENSCHUTZ NACH ART. 13 und 14 EU-DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG (DSGVO) und unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses verarbeitet werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich ohne die Erteilung meiner Einwilligung nicht am Rahmenvertrag teilnehmen kann. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung zu o.g. Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Mir ist ebenfalls bekannt, dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung davon nicht berührt wird. Das führt jedoch dann dazu, dass meine Teilnahme an der Versorgung nicht länger möglich ist und ein Ausschluss aus der Versorgung erfolgt.

Ebenso bestätige ich den Erhalt einer Kopie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie der VERSICHERTENINFORMATION UND BELEHRUNG ZUM DATENSCHUTZ NACH ART. 13 UND 14 EU-DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG (DSGVO).

Bitte das heutige Datum eintragen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Zum Zwecke der Ergebnismessung und Qualitätssicherung erkläre ich mein Einverständnis zur Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist und, dass ich auch ohne die Einwilligung am Vertrag teilnehmen kann.

Bitte das heutige Datum eintragen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

**Bestätigung durch gewählten Arzt**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

Stempel



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten**

**Rahmenvertrag VersorgungsmodulePlus  
Versorgungsmodul: Behandlungspfad „Behandlung von Folgeerkrankungen und Komorbiditäten des Diabetes mellitus Typ 2“**

Exemplar für den Versicherten

**I. Vertragsteilnahme**

Ich wurde schriftlich und mündlich über meine Erkrankung und die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten im Rahmen des Rahmenvertrages informiert. Alle Fragen, die ich zu meiner Erkrankung und zu Behandlung gestellt habe, wurden beantwortet. Meine Teilnahme am Rahmenvertrag ist freiwillig. Für mich fallen keine Kosten an. Der Arzt rechnet direkt mit meiner Krankenkasse ab. Sofern sich Änderungen bezüglich meines Versichertenstatus ergeben, werde ich diese umgehend mitteilen, da dies eine weitere Teilnahme am Rahmenvertrag unmöglich machen könnte.

**II. Vertragliche Bindung**

Meine Teilnahme beginnt mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung und dauert grundsätzlich bis zum Ende der Behandlung. Nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung steht es mir für zwei Wochen frei, meine Teilnahme zu widerrufen (vgl. auch Hinweise in Ziffer 5). Dann bin ich für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden. Meine Teilnahme verlängert sich automatisch um ein weiteres Vertragsjahr, sofern ich meine Teilnahme nicht zum Ende des Vertragsjahres mit einer Frist von vier Wochen kündige. Unterjährig während der Laufzeit eines Vertragsjahres ist eine ordentliche Kündigung ausgeschlossen. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund (z.B. bei Wohnortwechsel, Wechsel der Krankenkasse, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung) bleibt unberührt. Eine Kündigung hat in jedem Fall schriftlich gegenüber der Krankenkasse zu erfolgen, im Falle der außerordentlichen Kündigung sind die Gründe im Schreiben zu benennen.

**III. Beendigung des Vertrages**

Im Übrigen endet meine Vertragsteilnahme

- mit Ende der Mitgliedschaft bei der teilnehmenden Krankenkasse, frühestens mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
- mit dem Wechsel zu einer an diesem Rahmenvertrag nicht teilnehmenden Krankenkasse,
- mit dem Wechsel zu einem nicht an der Versorgung im Rahmen des Rahmenvertrags teilnehmenden Arzt,
- mit Wirksamwerden des Widerrufs der Einwilligung zur Datenverarbeitung,
- oder der Beendigung dieses Rahmenvertrages.

**IV. Informationen und Folgen von Pflichtverstößen**

Ich verpflichte mich, immer zuerst den an dem Rahmenvertrag teilnehmenden Arzt aufzusuchen. Verstöße ich gegen die Pflicht, etwa durch die nicht gerechtfertigte Inanspruchnahme außervertraglicher Leistungserbringer, können mir bei (vorsätzlich) pflichtwidrigem Verhalten die hierdurch entstandenen Mehrkosten der Krankenkasse auferlegt werden. Bei wiederholter Pflichtverletzung kann dies zudem zu einem Ausschluss aus dem Rahmenvertrag führen. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt nicht vor bei einer Überweisung durch den behandelnden Arzt, in medizinischen Notfällen oder bei Nichterreichbarkeit der vertraglich gebundenen Leistungserbringer. Im Falle einer gleichzeitigen Teilnahme am Hausarztprogramm und des Rahmenvertrages lasse ich die Regelungen des HZV-Vertrages weiter gegen mich gelten. Ich kann nur meinen HZV-Betreuarzt als Hausarzt wählen. Die einjährige Bindung für das Hausarztprogramm startet mit der Unterschrift des Rahmenvertrages nicht erneut. Bei einem Arztwechsel meines HZV-Betreuarztes scheidet ich aus dem Rahmenvertrag aus und kann mich frühestens im darauffolgenden Quartal erneut bei dem neu gewählten HZV-Betreuarzt einschreiben lassen.

**V. Widerrufsrecht der Teilnahmeerklärung**

Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe, in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse, ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Es wird gewährleistet, dass ich keine Kosten bei einer Rückabwicklung für Leistungen zu tragen habe, die ausschließlich im Rahmen des Rahmenvertrages vergütet werden.

**Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten**

Ich bin darüber informiert worden und damit einverstanden, dass es für die Teilnahme am Rahmenvertrag zwingend erforderlich ist, meine Daten zu erheben, zu verarbeiten und weiterzugeben.

Die Einwilligung in die Datenverarbeitung ist freiwillig.

Mit der Anlage MD.B.4. zu dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung habe ich die VERSICHERTENINFORMATION UND BELEHRUNG ZUM DATENSCHUTZ NACH ART. 13 UND 14 EU-DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG (DSGVO) erhalten und gelesen und wurde damit über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen meiner Teilnahme aufgeklärt.

Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, sofern sie danach im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen und nach den erteilten Informationen für meine Teilnahme erforderlich sind, von den mich behandelnden Ärzten verarbeitet und an die Vertragspartner (mitbehandelnde Ärzte, meine Krankenkasse, das Deutsche Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung GmbH, Kölner Landstr. 11, 40591 Düsseldorf, die GWQ ServicePlus AG, Tersteegenstraße 28, 40474 Düsseldorf) entsprechend den Erläuterungen in den VERSICHERTENINFORMATION UND BELEHRUNG ZUM DATENSCHUTZ NACH ART. 13 und 14 EU-DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG (DSGVO) und unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses verarbeitet werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich ohne die Erteilung meiner Einwilligung nicht am Rahmenvertrag teilnehmen kann. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung zu o.g. Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Mir ist ebenfalls bekannt, dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung davon nicht berührt wird. Das führt jedoch dann dazu, dass meine Teilnahme an der Versorgung nicht länger möglich ist und ein Ausschluss aus der Versorgung erfolgt.

Ebenso bestätige ich den Erhalt einer Kopie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie der VERSICHERTENINFORMATION UND BELEHRUNG ZUM DATENSCHUTZ NACH ART. 13 UND 14 EU-DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG (DSGVO).

Bitte das heutige Datum eintragen

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Zum Zwecke der Ergebnismessung und Qualitätssicherung erkläre ich mein Einverständnis zur Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist und, dass ich auch ohne die Einwilligung am Vertrag teilnehmen kann.

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

Bitte das heutige Datum eintragen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

**Bestätigung durch gewählten Arzt**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

Stempel

## Vergütung

### Versorgungsmodul Behandlungspfad

#### „Behandlung von Folgeerkrankungen und Komorbiditäten des Diabetes mellitus Typ 2“

#### § 1

#### Vergütungspositionen

Die Vertragspartner vereinbaren für die in dieser Anlage MD.B.6. zu erbringenden Leistungen folgende Vergütung:

- Die nachfolgende Vergütung ist nur abrechnungsfähig, wenn für den Versicherten mindestens eine Verdachtsdiagnose oder eine gesicherte Diagnose nach Anlage MD.B.3. für dieses Versorgungsmodul dokumentiert, der jeweilige Versicherte gemäß der Vorgaben aus Anlage V.1. nicht storniert wurde und im abrechnungsbegründenden Teilnehmerverzeichnis des jeweiligen Quartals aufgeführt ist.
- Jede einzelne Leistung ist einmal täglich pro Leistungserbringer und pro Versicherten abrechenbar.

Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar.

#### I. Vergütung für den Hausarzt und die diabetologische Schwerpunktpraxis

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>Erstbetreuungs- pauschale (EBP)</b>	Erstbetreuung des Versicherten nach gesicherter Diagnose nach Anlage MD.B.3. Eingangsdagnostik zur Auswahl der Teilnahme des Versicherten an den Versorgungsmodulen und ggf. Einschreibung in die auf die Erkrankung passenden Versorgungsmodule	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 x pro Versicherten</li> <li>• Max. 1 x pro Versichertenteilnahme.</li> <li>• Nicht im gleichen Quartal neben KBP abrechenbar</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b> Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</p>	<b>15,00 EUR</b>

<b>Kontaktabhängige Betreuungspauschale (KBP)</b>	Kontaktabhängige Koordinierungs- und Betreuungspauschale für die Mitbetreuung im Rahmen des Versorgungsmodule (inkl. Arztbrief nach Anlage V.3.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 x Quartal</li> <li>• Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr</li> <li>• Nicht im gleichen Quartal neben der EBP</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b> Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</p>	<b>10,00 EUR</b>
<b>Zuschlag telemedizinisches Monitoring (ZTM)</b>	Patientenindividuelle Aufklärung zur Blutzuckerselbstmessung und telemedizinisches Monitoring der Blutzuckermessdaten für insulinpflichtige Versicherte mit vorhandenem Blutzuckermessgerät zur Selbstmessung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 x Quartal</li> <li>• Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b> Registrierung und Einsichtnahme in das Online-Portal nach Anlage MD.C.8. des telemedizinischen Anbieters nach Anlage MD.C.7.</p>	<b>5,00 EUR</b>

## II. Vergütung für die Augenärzte

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>Pauschale</b>			
<b>Betreuungspauschale (BP)</b>	Besondere Betreuung des Versicherten sowie Terminvergabe nach NVL; verpflichtende Dokumentation der Befunde im Mitteilungsbogen für alle teilnehmenden Versicherten an den Hausarzt/die diabetologische Schwerpunktpraxis nach Anhang 1 der Anlage MD.B.1. und Versand an den Hausarzt und/oder die diabetologische Schwerpunktpraxis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 x pro Quartal</li> <li>• Max. 4 x im Versichertenteilnahmejahr</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b> Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</p>	<b>15,00 EUR</b>
<b>Fundus-Fotografie im Online-Portals (FF)</b>	Durchführung der Fundus-Fotographie (FD-Foto) nach Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 x pro Quartal</li> <li>• Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr</li> </ul>	<b>20,00 EUR</b>

<b>Strukturierte Patientenschulung (SP)</b>	<p>Strukturierte Patientenschulung in gemeinsamer Durchführung vom Augenarzt und der augenheilkundlich technischen Assistenz zur Diagnose, Therapie und Alltagsbewältigung bei gesicherter diabetischer Retinopathie. Der Augenarzt stellt in geeigneter Weise ein Remindersystem sicher, um die Versicherten rechtzeitig an die Teilnahme der einzelnen Informationsveranstaltungen zu erinnern.</p> <p>Eine Einheit umfasst 90 min.</p> <p>Gruppenschulung von max. 6 -12 Patienten</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütung pro Schulungseinheit pro Patient</li> <li>• Max. 3 Schulungseinheiten pro Versicherten insgesamt</li> </ul>	<b>25,00 EUR</b>
<b>Zuschlag</b>			
<b>Zuschlag für strukturierte Patientenbetreuung über die augenheilkundlich technische Assistenz (ATA)</b>	<p>Mitbetreuung der Versicherten durch eine geprüfte augenheilkundlich technische Assistenz (ATA)</p> <p>Zuschlag zu BP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 x pro Quartal</li> <li>• Max. 4 x im Versichertenteilnahmejahr</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b> Eine MFA/Arzthelferin bzw. Orthoptistin oder Krankenschwester des Augenarztes verfügt über die Qualifikation augenheilkundlich technische Assistenz</p>	<b>5,00 EUR</b>
<b>Zuschlag Telemedizinische Betreuung (ZTB)</b>	<p>Upload des Mitteilungsbogens nach Anhang 1 der Anlage MD.B.1. ins Online-Portal nach Anlage MD.C.8. und MN.C.8. für Versicherte im Versorgungsmodul Telemedizinisches Coaching Präadipositas und Niereninsuffizienz und Versicherte im telemedizinischen Monitoring nach Ziffer 1 dieser Anlage.</p> <p>Zuschlag auf die BP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 x pro Quartal</li> <li>• Max. 4 x im Versichertenteilnahmejahr</li> </ul>	<b>5,00 EUR</b>

<b>Zuschlag Telemedizinische Dokumentation (ZTD)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Upload der Optischen Kohärenztomografie (OCT) bei auffälligen Befunden von mind. 2 repräsentativen Schnitten, die die Pathologie zeigen, ins Online-Portal nach Anlage MD.C.8. für Versicherte im Versorgungsmodul Telemedizinisches Coaching Präadipositas und Niereninsuffizienz und Versicherte im telemedizinischen Monitoring nach Ziffer 1 dieser Anlage und/oder</li> <li>• Upload der Fluoreszeinangiographie (FLA) mit Leerbild, Frühphasenbild und Spätphasenbild nach mind. 3 Minuten bei Versicherten mit gesicherter Retinopathie ins Online-Portal nach Anlage MD.C.8. für Versicherte im Versorgungsmodul Telemedizinisches Coaching Präadipositas und Niereninsuffizienz und Versicherte im telemedizinischen Monitoring nach Ziffer 1 dieser Anlage und/oder</li> <li>• Upload der Fundus-Fotographie (FD-Foto) nach Untersuchung ins Online-Portal nach Anlage MD.C.8. und MN.C.8. für Versicherte im Versorgungsmodul Telemedizinisches Coaching Präadipositas und Niereninsuffizienz und Versicherte im telemedizinischen Monitoring nach Ziffer 1 dieser Anlage.</li> </ul> <p>Zuschlag auf die BP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• je Upload</li> <li>• max. 3 x pro Quartal</li> <li>• max. 12 x im Versichertenteilnahmejahr</li> </ul>	<b>10,00 EUR</b>
--	--	---	----------------------

## § 2

### Laufzeit

Diese Anlage MD.B.6. tritt am 01.01.2020 in Kraft. Die Vergütungsregelungen gemäß § 1 dieser Anlage 3 gelten zunächst bis zum 31.12.2022.