

Prozessbeschreibung

1. Aufgabe der bcs best care solutions GmbH

- (1) Die bcs best care solutions GmbH („BCS“) organisiert die Teilnahme der Ärzte bzw. der telemedizinischen Zentren („TMZ“) am Vertrag. Sie erfüllt in diesem Zusammenhang folgende Aufgaben gegenüber der AXA Krankenversicherung AG („AXA“) und dem betreffenden Arzt bzw. dem TMZ.
 - a) Bekanntgabe des Vertrages sowie Erläuterung der Möglichkeiten zur Teilnahme einschließlich des Versands der Informationsunterlagen;
 - b) Entgegennahme der Beitrittserklärungen der Ärzte bzw. der TMZ;
 - c) Prüfung und Dokumentation der Teilnahmevoraussetzungen und -berechtigungen anhand der Angaben in der Beitrittserklärung sowie stichprobenartige Überprüfung des Fortbestehens der Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte bzw. der TMZ;
 - d) Pflege und Bereitstellung des Verzeichnisses der teilnehmenden Ärzte bzw. der TMZ sowie regelmäßige elektronische Versendung der Verzeichnisse an AXA;
 - e) Entgegennahme von Kündigungen der Ärzte bzw. der TMZ zur Beendigung ihrer Teilnahme an dem Rahmenvertrag und Information der AXA über die Beendigung.
 - f) Organisation der Abrechnung.
- (2) Die BCS erbringt selbst keine ärztlichen Leistungen. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der Versicherten verbleibt bei den behandelnden Ärzten. Diese erbringen ihre ärztlichen Leistungen gegenüber den Versicherten selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung, nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und ihrer ärztlichen Sorgfaltspflicht.

2. Teilnahme von Ärzten und telemedizinische Zentren

2.1 Beitrittserklärung des Arztes und der telemedizinischen Zentren

Ärzte bzw. die TMZ können Ihre Teilnahme durch Abgabe der Beitrittserklärung nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen schriftlich beantragen. Die Ärzte bzw. die TMZ füllen die Beitrittserklärung aus und senden diese per Telefax an die auf der Beitrittserklärung angegebene Faxnummer. Bei Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften muss jeder Arzt in der BAG, der an dem Vertrag teilnehmen möchte, eine gesonderte Beitrittserklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ muss der an dem Vertrag teilnehmende Arzt im MVZ die Beitrittserklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnen lassen.

2.1.1 Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte und telemedizinischen Zentren sowie Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen anhand der Angaben in der Beitrittserklärung

Die BCS prüft die Teilnahmevoraussetzungen und die weiteren Erklärungen des Arztes bzw. des TMZ zur Erbringung der im Vertrag genannten Leistungen anhand der Angaben in der Beitrittserklärung.

2.1.2 Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme

Liegen die Teilnahmevoraussetzungen und die Erklärungen zur Erbringung der Leistungen vor, gegebenenfalls nach Nachbesserung, lässt die BCS den jeweiligen Arzt bzw. das jeweilige TMZ zur Teilnahme an dem Vertrag zu und übersendet eine schriftliche Bestätigung. Eine Übersendung der Teilnahmebestätigung per Telefax genügt der Form. In der Bestätigung ist der Tag des Teilnahmebeginns genannt. Der Arzt bzw. das TMZ ist mit Zugang der Teilnahmebestätigung Vertragsteilnehmer. Ab dem angegebenen Zeitpunkt ist der Arzt bzw. das TMZ zur Entgegennahme der Einverständniserklärung berechtigt.

2.2 Führung des Arztverzeichnisses und des Verzeichnisses der telemedizinischen Zentren

Die BCS führt ein Arztverzeichnis und ein Verzeichnis der TMZ („Arztverzeichnis“) und veröffentlicht das jeweils aktuelle Verzeichnis auf ihrer Homepage.

2.2.1 Änderungen im Arztverzeichnis bzw. Verzeichnis der telemedizinischen Zentren

Änderungen im Arztverzeichnis werden durch den Arzt bzw. im Verzeichnis der TMZ durch das TMZ an die BCS gemeldet, zeitnah geprüft und verarbeitet.

Folgende Änderungen haben Auswirkungen auf das Arztverzeichnis:

- a) Umzug der Praxis des Arztes (Änderung der Betriebsstätte; Wechsel der Betriebsstättennummer) bzw. Aufgabe oder Übergabe der Praxis an einen Dritten;
- b) Rückgabe, Ruhen oder Entzug der Vertragsarztzulassung;
- c) Stellung eines Insolvenzantrages bezogen auf das Vermögen des Arztes;
- d) Änderung der Arztstammdaten;
- e) Entfallen der Teilnahmevoraussetzungen nach;
- f) unbekannt verzogen;
- g) Tod mit oder ohne Weiterführung der Praxis;
- h) ordentliche oder außerordentliche Kündigung durch den Arzt bzw. das TMZ oder durch die BCS.

2.3 Informationspflicht des Arztes und des telemedizinischen Zentrums

Der Arzt bzw. das TMZ muss Änderungen, die Einfluss auf die Teilnahme an dem Vertrag haben oder abrechnungsrelevante Informationen enthalten, unverzüglich nach Kenntnis hiervon schriftlich bei der BCS anzeigen. Die BCS wird Änderungen, die auf die Zertifizierung Auswirkung haben, der DITG mitteilen.

2.4 Beendigung der Teilnahme des Arztes bzw. des telemedizinischen Zentrums am Vertrag

- (1) Die Ärzte bzw. die TMZ können ihre Teilnahme an diesem Vertrag mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der BCS kündigen. Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Die Übermittlung der Kündigungserklärung kann auch per Telefax erfolgen.
- (2) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung der Teilnahme seitens der BCS bedarf, wenn
 - a) die vertragsärztliche Zulassung des Arztes ruht bzw. endet;
 - b) dieser Vertrag aus wichtigem Grund durch die Vertragsparteien gekündigt wurde.
- (3) Die BCS ist berechtigt und gegenüber der AXA verpflichtet, die Teilnahme an diesem Vertrag gegenüber dem jeweiligen Arzt bzw. dem jeweiligen TMZ aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung zu kündigen. Als wichtiger Grund gelten insbesondere die in den nachfolgenden lit. a) bis c) geregelten Fälle:
 - a) der Arzt bzw. das TMZ erfüllt die Teilnahmevoraussetzungen und des jeweiligen Versorgungsmoduls nicht vollständig;
 - b) der Arzt bzw. das TMZ nimmt fehlerhafte Abrechnungen vor, es sei denn, es handelt sich um ein entschuldbares Versehen in einem Einzelfall;
 - c) der Arzt bzw. das TMZ verstößt gegen eine andere wesentliche Vertragspflicht.
- (4) Die BCS übermittelt umgehend der AXA die Beendigung der Teilnahme von Ärzten bzw. von TMZ.

3. Überführung von teilnehmenden Ärzten und telemedizinischen Zentren

Die bisher im Rahmen von Verträgen zur Besonderen Versorgung Diabetes/Adipositas teilnehmenden Ärzte sowie durch die DITG zertifizierte TMZ werden seitens der AXA für diesen Vertrag

anerkannt. Die BCS wird dieses den Ärzten bzw. TMZ mitteilen und in dem Zuge über die Vertragsinhalte informieren. Der Arzt bzw. das TMZ kann gegen die Überführung innerhalb von zwei Wochen Widerruf einlegen.

4. Teilnahme der Versicherten über die Ärzte und telemedizinische Zentren

4.1 Einschreibung der Versicherten und Entgegennahme der Einverständniserklärung des Versicherten durch den Arzt

Der Arzt bzw. das TMZ händigt dem Versicherten die Einverständniserklärung inklusive der Patienteninformation zum Datenschutz aus. Dies ist in der Abrechnungssoftware Dia Selekt hinterlegt.

Der Versicherte wird von dem Arzt aufgefordert, die Unterlagen sorgfältig zu lesen.

Der Versicherte erklärt seine Teilnahme an dem Vertrag mit der Unterzeichnung der Einverständniserklärung. Mit der Einverständniserklärung und der Patienteninformation zum Datenschutz wird insbesondere

- der Versicherte auf die grundlegenden Teilnahmebedingungen an dem Vertrag hingewiesen;
- eine datenschutzrechtliche Einwilligung des Versicherten eingeholt.

Ein durch den Versicherten unterschriebenes Exemplar der Einverständniserklärung sendet der Arzt unverzüglich, spätestens nach 10 Kalendertagen nach Unterschrift des Versicherten an das Rechenzentrum: Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH, Dürrenhofstraße 4, 90402 Nürnberg. Eine Kopie der Einverständniserklärung händigt er dem Versicherten aus.

Das von der BCS eingesetzte Rechenzentrum scannt und verarbeitet die Einverständniserklärung des Versicherten und erstellt ein Einschreibeverzeichnis, das der AXA zur Verfügung gestellt wird.

Der Versicherte ist mit Datum der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung eingeschrieben. Die Abrechnung der Einschreibepauschale ist nach Einschreibung und die Tele-Coaching-Pauschale ist erst nach Abschluss der Online-Registrierung (Verifizierung) möglich. Die Teilnahme des Versicherten ist über das Erstcoaching definiert. Eine Erstattung der Vergütungen der Coaching-Pauschale ist ab dem Zeitpunkt des Erstcoachings möglich.

Die AXA darf die im Rechenzentrum eingegangenen Beitrittserklärungen jederzeit prüfen.

4.2 Registrierung auf dem TeLiPro-Portal und Versendung des Tele-Starterkits

Der Arzt händigt dem Versicherten einen Flyer zur Registrierung des Versicherten auf dem TeLiPro-Portal aus. Der Versicherte registriert sich auf dem TeLiPro-Portal mit den dort notwendigen Daten. Sollte der Versicherte sich nicht auf dem TeLiPro-Portal der DITG registriert haben,

werden zur Kontaktaufnahme der DITG der Name, Vorname und die Adresse vom Rechenzentrum an die DITG übermittelt. Diese teilt dem Versicherten die Notwendigkeit der Registrierung schriftlich mit.

Nach der Registrierung auf dem TeLiPro-Portal sowie der Übermittlung der Einverständniserklärung (= Verifizierung zur Teilnahme) startet der Versicherte mit dem Coaching-Programm und erhält von der DITG das Tele-Starterkit. Dieses beinhaltet für Typ 2 Diabetiker und Typ 1 Diabetiker mit Übergewicht ein Smartphone (als Datenhub), eine Waage, einen Schrittzähler und ein Blutzuckermessgerät. Typ 1 Diabetiker ohne Übergewicht erhalten ein Smartphone und ein Blutzuckermessgerät.

5. Die Inhalte des Tele-Coaching-Prozesses

Das Tele-Coaching ist jeweils aufgeteilt in eine Intensiv- (die ersten 6 Monate) und eine Erhaltungsphase (die folgenden 6 Monate) innerhalb der ersten 12 Monate im ersten Versichertenteilnahmejahr. Es finden bei Typ 2 Diabetes mindestens 14 Tele-Coaching-Gespräche im ersten Versichertenteilnahmejahr statt, bei Typ 1 Diabetes mit Übergewicht werden mindestens 22 und bei Typ 1 ohne Übergewicht mindestens 13 Tele-Coaching-Gespräche, inkl. Vor- und Nachbereitung, geführt.

Die Termine zu den Kontakten werden vom Tele-Coach aus initiiert, mit dem Versicherten abgesprochen und finden als Outbound-Telefonie statt.

Der Versicherte hat während seiner gesamten Teilnahme die Möglichkeit, Fragen und Hilfestellungen durch den Tele-Coach etc. in Anspruch zu nehmen.

Die regelmäßige und zugleich bedarfsorientierte Kontaktaufnahme mit den Versicherten wird durch den Tele-Coach der TMZ eigenständig organisiert.

Zu den Gesprächsinhalten zwischen dem Tele-Coach und Versicherten gehört:

- a) Der Aufbau eines persönlichen Vertrauensverhältnisses zum Versicherten und ein für seine Situation verständnisvolles Verhalten, um eventuelle Hürden und Herausforderungen, die für die Versicherten auftreten, zu erkennen und anzusprechen.
- b) Die gemeinsame Erarbeitung individueller Zielvereinbarungen sowie Ernährungs- und Bewegungsziele.
- c) Die regelmäßige Überprüfung der Zielrichtung und die Unterbreitung kreativer und produktiver Vorschläge bezüglich möglicher nächster Schritte der Versicherten, die vereinbarten Ziele zu erreichen.
- d) Motivierende, empathische und, wo sinnvoll, fordernde Heranführung der Versicherten an die dauerhaften Lebensstiländerungen.

e) Die Absprache und Koordination neuer Telefontermine mit den Versicherten.

Die sorgfältige Dokumentation der Gespräche und der jeweiligen Ergebnisse/Vereinbarungen des Tele-Coachings erfolgt mit der Beendigung eines Coaching-Gesprächs. Eine Protokollierung ist möglichst zeitnah (am gleichen Werktag, spätestens am nächsten Werktag) im TeLiPro-Portal durchzuführen.

Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung regelt Maßnahmen zur Qualitätssicherung der besonderen Versorgung. Dazu werden Standards definiert, die neben der intensivierten Kooperation und dem verbesserten Informationsaustausch der an der Versorgung der Versicherten beteiligten Ärzte und telemedizinischen Zentren („TMZ“) insbesondere auch eine Erhöhung der Patientenorientierung bewirken sollen.

1. Teilnahmevoraussetzungen für die in die Versorgung eingebundenen Ärzte und telemedizinischen Zentren

- (1) Für die Ärzte und TMZ gelten die im Vertragssteckbrief beschriebenen Teilnahmevoraussetzungen. Insbesondere die TMZ müssen die definierten Kriterien vorhalten und ein Zertifizierungsverfahren durchlaufen (s. „*Telemedizinische Zentren*“).
- (2) Die Erfüllung dieser Teilnahmevoraussetzungen ist der BCS in zufälligen Stichproben auf schriftliche Aufforderung der BCS nachzuweisen. Der Nachweis wird durch eine vom Arzt bzw. TMZ unterschriebene Selbstauskunft geführt. Im Einzelfall kann die BCS die Vorlage weitergehender Nachweise verlangen.

2. Behandlungsdokumentation

Die Vertrags-Partner beabsichtigen, die technischen und rechtlichen Voraussetzungen einer gemeinsamen beweissicheren Behandlungsdokumentation in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe zu entwickeln, sowie rechtlich und tatsächlich möglich. Über die etwaige Übernahme von Kosten, die durch die infrastrukturelle Umsetzung von vorgenannten Behandlungsdokumentationen entstehen, werden sich die Vertrags-Partner ebenfalls verständigen.

3. Kritikmanagement

Die Vertrags-Partner stellen jeweils ein Kritikmanagement für die an der vertraglichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bzw. TMZ zur Verfügung. Die Entgegennahme von positiver und negativer

Kritik muss jederzeit gewährleistet sein. Die Vertrags-Partner analysieren eingehende Kritik in anonymisierter Form fortlaufend gemeinsam und vereinbaren ggf. Maßnahmen zur Abhilfe. Soweit der Kritikführer nicht anonym bleibt, ist er über das Ergebnis der Kritikbearbeitung durch den Vertrags-Partner, bei dem die Kritik eingegangen ist, zu informieren. Die Kritiken sind durch die BCS statistisch aufzubereiten.

4. Leitlinien

Die Behandlung der teilnehmenden Versicherten erfolgt unter Berücksichtigung der gültigen Leitlinien der für die jeweilige Erkrankung verantwortlichen Fachgesellschaften. Sollten sich während der Vertragslaufzeit neuere wissenschaftliche Erkenntnisse ergeben, die allgemein anerkannt sind und die Allgemeingültigkeit erlangt haben, oder Leitlinien fortentwickelt werden, sind diese zu berücksichtigen.