

Leistungsbeschreibung

Anlage 2 zum Vertrag „Atemwegsversorgung“

Die GWQ ServicePlus AG (GWQ) ist ein von Betriebskrankenkassen gegründetes Dienstleistungsunternehmen und repräsentiert über 70 Aktionärs- und Kundenkassen mit mehr als 24 Millionen Versicherten. Das Geschäftsziel ist die Steigerung von Qualität, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit bei Krankenkassen.

Das Leistungsspektrum der GWQ umfasst den Einkauf und die Beschaffung von Arznei- und Hilfsmitteln, den Aufbau von Versorgungsmanagementangeboten auf bundesweiter und regionaler Ebene, die umfassende Unterstützung bei der Umsetzung von Selektivverträgen, außerdem Serviceleistungen im Bereich Informations-, Datenmanagement und Analytik.

Um leistungsstarke Angebote für Kassen und Versicherte auch weiterhin zukunftsfähig und attraktiv zu gestalten, setzt die GWQ zur Erweiterung ihrer Produktportfolios außerdem auf innovative, digitale Gesundheitslösungen, bei deren Entwicklung sie auf ein Netzwerk professioneller Partner zurückgreifen können.

(1) Dienstleistung

Die GWQ beabsichtigt, einen Vertrag zur Atemwegsversorgung von Versicherten zu schließen.

Die GWQ bietet ihren Aktionärs- und Kundenkassen an, dem geschlossenen Vertrag beizutreten. Die Krankenkassen entscheiden eigenständig, welchem Vertrag sie beitreten möchten. Deswegen kann nicht vorhergesagt werden, wie viele Versicherte tatsächlich später die Besondere Versorgung zur Atemwegsversorgung in Anspruch nehmen werden.

Primäre Aufgabe des Vertragspartners ist es, jedem am Versorgungsvertrag teilnehmenden Versicherten eine kontinuierliche, individuell abgestimmte Atemwegsversorgung zukommen zu lassen. Infolge der Begleitung durch staatlich anerkannte Physiotherapeuten wird die Therapietreue der Versicherten aktiv gefördert und der dauerhafte Zugang zu einer professionellen Atem- und Bewegungstherapie sichergestellt.

Die Teilnahme für die Versicherten bleibt hierbei freiwillig. Als Voraussetzung für die Vergütung muss die Teilnahme messbar bzw. nachweisbar sein.

Um die Qualität und Transparenz der Versorgung für die Versicherten sicherzustellen, sind den teilnehmenden Krankenkassen regelmäßige Reportings zur Verfügung zu stellen.

(2) Umfang / Leistungsinhalte

Folgende Kriterien sind Voraussetzung und müssen zwingend bei einem Vertragsabschluss erfüllt sein.

1. Der Vertragspartner unterhält ein Netzwerk von ausgebildeten Physiotherapeuten, denen mindestens die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Physiotherapeut“ erteilt wurde. Der entsprechende Nachweis und die Eignung sind vom Vertragspartner zu überprüfen.
2. Die Inhalte liegen auf Deutsch und mindestens einer weiteren Sprache vor.
3. Die Anwendung steht auf mobilen Endgeräten (Smartphones) zur Verfügung, sowohl auf Android- als auch auf IOS-Geräten (iOS Version ≥ 12 , Android Version ≥ 5). Sofern von „App“ die Rede ist, wird hierunter sowohl client- als auch webbasierte Anwendungssoftware verstanden.
4. Die Anwendung ist zielgruppengerecht gestaltet, zeichnet sich durch ein intuitives Design aus und ermöglicht dadurch eine mühelose Bedienung für alle Altersgruppen.
5. Die Anwendung muss mindestens ein CE-zertifiziertes Medizinprodukt nach Klasse I MDR sein.
6. Die Anwendung beinhaltet die Bereitstellung eines individualisierten Therapieplans für den Versicherten. Die Inhalte des Therapieplans werden von ausgebildeten Physiotherapeuten zusammengestellt.
7. Die Anwendung bietet den Versicherten physiotherapeutische Trainings aus dem Bereich der Atem- und Bewegungstherapie mit KI-gestützter Übungskontrolle.
8. Die Anwendung beinhaltet ein regelmäßiges, personalisiertes Coaching durch die ausgebildeten Physiotherapeuten. Inhalte des Coachings sind die Überprüfung des Therapiefortschritts, die Anpassung des Therapieplans und die Adhärenz.
9. Die Anwendung bietet regelmäßige Schulungen zu Techniken der Atem- und Bewegungstherapie sowie zur Krankheitsbewältigung durch die ausgebildeten Physiotherapeuten.
10. Die Anwendung beinhaltet die Möglichkeit zum Tracking der Krankheitssymptome durch die Versicherten.
11. Die Anwendung ist für Versicherte ab dem 16. Lebensjahr mit gesicherter Diagnose von Asthma Bronchiale (ICD-10-Code J45.-), COPD (ICD-10-Code J44.-) oder bösartiger Neubildung der Bronchien und/oder der Lunge (ICD-10-Codes: C34, C78.0) geeignet.
12. Datenschutz und Datensicherheit entsprechen den geltenden gesetzlichen Vorgaben, insbesondere den Vorgaben der DSGVO, des BDSG und den Regelungen des SGB. Der Vertragspartner ist für die Sicherstellung der datenschutzrechtlichen Anforderungen verantwortlich.
13. Die App ist grundsätzlich immer nutzbar. Updates oder Servicearbeiten sollen die Nutzung nicht ungewöhnlich beeinträchtigen und möglichst störungsfrei durchgeführt werden.
14. Die GWQ und die teilnehmenden Krankenkassen erhalten jedes Quartal ein anonymisiertes Reporting über das Nutzungsverhalten der App. Dabei muss abgebildet werden, wie viele Versicherte je

Krankenkasse teilnehmen und es muss eine Aussage über die Nutzungsintensität gemacht werden können. Das Reporting darf nur anonymisierte Daten enthalten. Das Reporting enthält die folgenden anonymisierten Daten:

- Anzahl der Versicherten, die im Berichtsquartal neu in die Software eingeschrieben wurden.
 - Übersicht der teilnehmenden Versicherten im Berichtsquartal, differenziert nach Indikationen.
 - Anzahl und Anteil der teilnehmenden Versicherten, die sich im Berichtsquartal in einer Mehrfachteilnahme befinden.
 - Nutzungsverhalten der teilnehmenden Versicherten im Berichtsquartal (Anzahl der durchgeführten KI-gestützten Übungen, Erfüllungsgrad des individuellen Trainingsplans, genutzte therapeutische Domänen).
 - Adhärenz der teilnehmenden Versicherten über den vorgesehenen sechsmonatigen Teilnahmezeitraum, dargestellt als monatliche Übersicht der aktiven Nutzung (Monat 1 bis Monat 6).
 - Anzahl der teilnehmenden Versicherten, die im Berichtsquartal die Nutzung vor Erreichen der Mindestinanspruchnahme der Therapieeinheiten vor Rechnungsstellung beendet haben, ausgewiesen je Krankenkasse.
15. Der Versicherte muss Möglichkeiten haben, Kontakt zum Vertragspartner aufzunehmen. Der Vertragspartner richtet für technische Fragen für die Nutzung des Leistungsangebots eine Supportfunktion ein (E-Mail-Adresse: wird noch eingefügt, telefonischer Support ist unter [Telefonnummer] werktags zu den gängigen Geschäftszeiten zwischen 9 Uhr bis 17 Uhr erreichbar) und gewährleistet eine Bearbeitung innerhalb von 72 Stunden nach Eingang (werktags). Versichertenanfragen, die nicht in Zusammenhang mit der Vertragsteilnahme stehen, können vom persönlichen Kundenberater der beigetretenen Krankenkasse an den Support des Vertragspartners weitergeleitet werden.
16. Der Support der App sowie die Kommunikation nach außen muss durch Mitarbeiter stattfinden, die mindestens Deutsch sprechen.

(3) Umsetzung

Die teilnehmende Krankenkasse ermöglicht ihren Versicherten die Nutzung des Leistungsangebots.

Zur Inanspruchnahme des Leistungsangebots geht der Versicherte folgendermaßen vor:

1. Zugangscode für die Registrierung wird von der Krankenkasse bereitgestellt.

2. Download der App aus Google Play Store oder Apple App Store oder Nutzung einer WebApp direkt im Browser (kein Download notwendig)
3. Registrierung oder Login (Mail-Adresse und Passwort):
 - a. Um einen Zugang zu erstellen, müssen die Versicherten die AGBs und die Datenschutzerklärung des Vertragspartners akzeptieren.
 - b. Anschließend geben die Versicherten ihre E-Mailadresse ein und legen ein durch die Versicherten selbst generiertes Passwort an, damit die Teilnahmeerklärung und die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung in der App individuell abgelegt werden können.
 - c. Nachfolgend erhalten die Versicherten eine E-Mail, welche sie einmalig zur Nutzung des Versorgungsangebots bestätigen müssen.
 - d. Versicherte geben ihre persönlichen Daten (Vorname, Name, Versichertennummer, Geburtsdatum) an, bestätigen, dass sie die Versicherteninformation zum Versorgungsangebot gelesen und verstanden haben und erklären elektronisch die Teilnahme am Versorgungsangebot und ihr Einverständnis zum Datenschutz. Ferner bestätigen die Versicherten elektronisch, dass sie aktuell bei der beigetretenen Krankenkasse versichert sind.
 - e. Die Teilnahmeerklärung, die datenschutzrechtliche Einwilligung und die Versicherteninformation zum Versorgungsangebot stehen den Versicherten in der App zur Verfügung.

Oder

- a. Um einen Zugang zu erstellen, müssen die Versicherten die AGBs und die Datenschutzerklärung des Vertragspartners akzeptieren.
- b. Im Anschluss geben die Versicherten ihre E-Mailadresse oder ihre Handynummer ein um einen Account zu erstellen.
- c. Nachfolgend erhalten die Versicherten eine E-Mail oder SMS, welche Sie zur Aktivierung ihres Accounts nutzen, entweder durch Klicken eines Links, welcher wieder in die App führt (falls die E-Mail / SMS auf dem gleichen Gerät, auf welchem die App installiert ist, empfangen wird) oder durch manuelles Übertragen eines Codes (falls die E-Mail / SMS auf einem anderen Gerät als dem, auf welchem die App installiert ist, empfangen wird).
- d. Die Versicherten geben den kassenindividuellen Code ein, welchen die teilnehmende Krankenkasse dem Versicherten zur Verfügung gestellt hat.

- e. Die Versicherten erklären elektronisch die Teilnahme am Versorgungsangebot und ihr Einverständnis zum Datenschutz. Weiter bestätigen sie, dass sie die Versicherteninformation zum Versorgungsangebot gelesen und verstanden haben.
- f. Nachdem der Versicherte dann die Krankenkasse, Versichertennummer, Vor- und Nachname, sein Geburtsdatum sowie optional Geschlecht und Diagnose, angegeben hat, kann das Training mit der App starten.

4. Inanspruchnahme der Atemwegsversorgung:

- a. Nachdem der Versicherte sich für das Programm registriert hat, kann das Programm gestartet werden. Ein Rezept wird hierfür nicht benötigt.
- b. Dem Versicherten steht das beschriebene Leistungsangebot zur Verfügung.
- c. Versicherte können die App für sechs Monate nutzen, anschließend endet die Besondere Versorgung. Eine Folgefreischaltung für weitere sechs Monate ist einmalig möglich, wenn der Versicherte es wünscht, im Versorgungszeitraum von sechs Monaten mindestens 30 % des Therapieplans absolviert hat und die Krankenkasse dem grundsätzlich zugestimmt hat.