

Vertrag nach § 137f SGB V
über
die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP)
Rheumatoide Arthritis

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,

dem BKK - Landesverband NORDWEST
zugleich für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
(SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),

der IKK – Die Innovationskasse
(handelnd für die Innungskrankenkassen,
die dem oben genannten Vertrag beigetreten sind),

der KNAPPSCHAFT,

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.

Inhaltsverzeichnis

ERLÄUTERUNGEN	4
ÜBERSICHT DER ANLAGEN	4
 <u>ABSCHNITT I - ZIELE, GELTUNGSBEREICH</u>	 <u>5</u>
§ 1 Ziele des Vertrages	5
§ 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze	5
 <u>ABSCHNITT II - TEILNAHME DER ÄRZTE</u>	 <u>6</u>
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)	6
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors.....	8
§ 5 Antrag auf Teilnahme am DMP	9
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen	10
§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme.....	10
§ 8 Verzeichnisse der Leistungserbringer	11
 <u>ABSCHNITT III - VERSORGUNGSINHALTE.....</u>	 <u>12</u>
§ 9 Medizinische Anforderungen an das DMP Rheuma	12
 <u>ABSCHNITT IV - QUALITÄTSSICHERUNG</u>	 <u>12</u>
§ 10 Grundlagen und Ziele.....	12
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren	13
§ 12 Sanktionen	13
 <u>ABSCHNITT V - TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN.....</u>	 <u>13</u>
§ 13 Teilnahmevoraussetzungen	13
§ 14 Information und Einschreibung.....	14
§ 15 Beginn und Ende der Teilnahme	15
§ 16 Wechsel des koordinierenden Arztes	15
 <u>ABSCHNITT VI - FORTBILDUNG/SCHULUNG</u>	 <u>16</u>
§ 17 Fortbildung von Ärzten	16

§ 18 Schulung von Versicherten	16
<u>ABSCHNITT VII - ARBEITSGEMEINSCHAFT, GEMEINSAME EINRICHTUNG UND DATENSTELLE</u>	<u>16</u>
§ 19 Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V	16
§ 20 Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 Abs. 2 RSAV	17
§ 21 Datenstelle	17
§ 22 Datenzugang.....	17
§ 23 Datenaufbewahrung und -löschung.....	17
<u>ABSCHNITT VIII - VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG</u>	<u>18</u>
§ 24 Ärztliche Leistungen	18
<u>ABSCHNITT IX - SONSTIGE BESTIMMUNGEN</u>	<u>18</u>
§ 25 Kosten zur Durchführung des Vertrags	18
§ 26 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz	18
§ 27 Evaluation	19
§ 28 Laufzeit, Kündigung und Schriftform	19
§ 29 Salvatorische Klausel.....	19

ERLÄUTERUNGEN

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.

„Ärzte“ sind Vertragsärzte, ermächtigte oder zugelassene Ärzte sowie bei Ärzten, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Krankenhäusern angestellte Ärzte,

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung,

„DMP“ ist die Abkürzung für Disease-Management-Programm,

„DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie,

„DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung,

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.

Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuelle gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

ÜBERSICHT DER ANLAGEN

Die in dieser Übersicht aufgeführten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages

Anlage 1	Strukturqualität koordinierender Arzt
Anlage 2	Strukturqualität qualifizierter Facharzt
Anlage 3	Mindestinhalte des Teilnahmeantrages Arzt
Anlage 4	Indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung inklusive Datenschutz- und Patienteninformation
Anlage 5	Technische Anlage Leistungserbringerverzeichnis
Anlage 6	Qualitätssicherung
Anlage 7	Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen Rheumatoide Arthritis

ABSCHNITT I - ZIELE, GELTUNGSBEREICH

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Mit dem DMP Rheumatoide Arthritis (im Folgenden Rheuma genannt) soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern sowie den Partnern dieses Vertrages und eine nach dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Rheuma gewährleistet werden.
- (2) Versicherte sollen durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme angeregt werden.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Rheuma, die von den Vertragspartnern angestrebt werden, sowie die medizinischen Grundlagen sind in der Nr. 1.4 der Anlage 21 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt.

§ 2

Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

- (1) Dieser Vertrag gilt für
 1. Ärzte in der Region der KVH, die nach Maßgabe des Abschnittes II ihre Teilnahme beantragt haben, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Genehmigung erhalten haben,
 2. Versicherte, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V dieses Vertrages eingeschrieben haben, die entsprechende Voraussetzungen zur Teilnahme erfüllen und bei einer an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse versichert sind.
- (2) Es gelten des Weiteren folgende Regelungen für die jeweilige Kassenart:
 1. Im AOK-System gilt der Vertrag auch für die Behandlung von Versicherten von Krankenkassen außerhalb von Hamburg. Die anderen AOKn haben die AOK Rheinland/ Hamburg mit der Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten beauftragt und die außerbudgetäre Vergütung anerkannt.
 2. Dieser Vertrag gilt für die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklären. Der BKK-Landesverband NORDWEST meldet die beigetretenen Betriebskrankenkassen schriftlich an die KVH. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
 3. Dieser Vertrag gilt auch für Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der IKK – Die Innovationskasse erklären und die Vergütungen gemäß §§ 24 bis 25 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche oder gesetzliche Vorschriften gelten. Mit der Beitrittserklärung gegenüber der IKK – Die Innovationskasse wird bzw. wurde gleichzeitig der Vertragsbeitritt gegen-über der KVH erklärt. Die IKK – Die Innovationskasse meldet die beigetretenen Innungskranken-kassen schriftlich an die KVH. Die KVH informiert

die teilnehmenden Vertragsärzte. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für Versicherte der beigetretenen IKK.

- (3) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV und insbesondere die DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.

ABSCHNITT II - TEILNAHME DER ÄRZTE

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind Ärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.
- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag nach § 5 bestätigt der Arzt, bei angestellten Ärzten der anstellende Arzt/der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arztbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVH nach.
- (5) Zur Schulung berechtigt sind die teilnehmenden Ärzte, die die Strukturvoraussetzungen der Anlage 7 erfüllen und eine Genehmigung der KVH erhalten haben.
- (6) Zu den Pflichten der koordinierenden Ärzte gehören insbesondere:
 1. die Beachtung der in Anlage 21 DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,
 2. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer am Vertrag teilnehmender Ärzte unter Beachtung der in Anlage 21 DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,
 3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die elektronische Erfassung am Ort der Leistungserbringung und die Weiterleitung binnen 10 Kalendertagen nach Dokumentationserstellung an die Datenstelle auf elektronischem Weg. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten ist ebenfalls binnen 10 Kalendertagen mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose zu übermitteln. Der Arzt hat vor Versendung der Dokumentation sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt. Im Übrigen gilt die im § 24 Abs. 2 Nr. 2c RSAV benannte Frist zu Übermittlung der Dokumentationen.

4. die Vergabe einer DMP-Fallnummer seiner Wahl für jeden Versicherten, die aus maximal sieben Zeichen („0“ – „9“) bestehen darf und jeweils nur für einen Patienten verwendet werden darf,
5. die schriftliche Information der Versicherten über die übermittelten Dokumentationsdaten mittels Ausdrucks der übermittelten Daten,
6. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
7. die Motivation der Versicherten an Schulungen teilzunehmen sowie die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 18, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH nachgewiesen ist,
8. die Beachtung der Überweisungsregelungen gemäß Nr. 1.8.2 der Anlage 21 DMP-A-RL. Die Überweisung sollte, wenn möglich, vorrangig an am DMP teilnehmende Leistungserbringer erfolgen. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung. Überweist der koordinierende Arzt den Versicherten unter Berücksichtigung der Regelungen des § 24 BMV-Ä zur Erbringung von bestimmten Leistungen, z.B. einer DMP-Schulung oder weiteren in der Nr. 1.8 der Anlage 21 DMP-A-RL genannten Indikationen, so vermerkt der überweisende Arzt auf dem Überweisungsschein, dass der Versicherte in das DMP Rheuma eingeschrieben ist. Erlangt der koordinierende Arzt Kenntnis vom Ende der Teilnahme seines Patienten am DMP (z.B. durch Mitteilung der Krankenkasse des Patienten) und eine zeitnahe erneute Einschreibung des Patienten ist nicht in Aussicht, sollte der koordinierende Arzt die im Rahmen des DMP mitbehandelnden Ärzte über die Teilnahmebeendigung informieren,
9. bei Vorliegen der in Nr. 1.8.3 der Anlage 21 DMP-A-RL genannten Indikationen, eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete am DMP Rheuma teilnehmende Krankenhaus unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
10. bei Überweisung an Leistungserbringer nach Nr. 8 therapierelevante Informationen entsprechend Anlage 21 der DMP-A-RL, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und von diesen Leistungserbringern einzufordern
11. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nr. 1.8.4 der Anlage 21 DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragsstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX,
12. die Berücksichtigung der von der Datenstelle verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschriften für unplausible Dokumentationen und
13. die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der koordinierende Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 13 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV und DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung sind Ärzte – im Folgenden „Facharzt“ genannt – die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2– persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.
- (3) In Ausnahmefällen kann ein Facharzt nach Abs. 2 auch koordinierend tätig sein. Die Ausnahmefälle sind möglich, insbesondere wenn der Versicherten bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder die Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Sofern ein nach § 4 teilnehmender Arzt koordinierend tätig ist, hat er die Aufgaben des koordinierenden Arztes gemäß § 3 Abs. 6 zu erfüllen.
- (4) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (5) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVH nach.
- (6) Zur Schulung berechtigt sind die teilnehmenden Ärzte, die die Strukturvoraussetzungen der Anlage 7 erfüllen und eine Genehmigung der KVH erhalten haben.
- (7) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnehmenden Fachärzte gehören insbesondere:
 1. die Beachtung der in Anlage 21 DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,
 2. die Mitbehandlung des teilnehmenden Versicherten (unter Beachtung des Vermerks über die DMP-Teilnahme auf dem Überweisungsschein) mit dem Ziel der Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt möglichst innerhalb von drei Monaten. Bei längerer Behandlung bedarf es einer besonderen Begründung gegenüber dem koordinierenden Arzt. Therapierelevante Informationen sind dem koordinierenden Arzt zu übermitteln.

3. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
4. die Durchführung von Patientenschulungen gem. § 18, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH nachgewiesen ist,
5. bei Vorliegen der in Nr. 1.8.3 der Anlage 21 DMP-A-RL genannten Indikationen, außer der Notfallindikation, ist eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete am DMP Rheuma teilnehmende Krankenhaus unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
6. die Überweisung per Auftragsleistung an andere Fachärzte gemäß Nr. 1.8.2 der Anlage 21 DMP-A-RL. Die Überweisung sollte vorrangig an am DMP teilnehmende Leistungserbringer erfolgen. Im Übrigen entscheidet der koordinierende Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
7. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nr. 1.8.4 der Anlage 21 DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragsstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX
8. bei Überweisung an Leistungserbringer nach Nr. 6 therapierelevante Informationen entsprechend Anlage 21 DMP-A-RL, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und von diesen Leistungserbringern einzufordern,
9. grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme und Mitwirkung an DMP-bezogenen Qualitätszirkeln.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 9 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV und DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 5

Antrag auf Teilnahme am DMP

Der Arzt beantragt mit dem Teilnahmeantrag entsprechend der Vorgaben der Anlage 3 die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag bei der KVH. Wird die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung für einen angestellten Arzt beantragt, ist der anstellende Arzt/ MVZ auf dem Teilnahmeantrag entsprechend der Vorgaben der Anlage 3 einzutragen. Der Teilnahmeantrag ist für jeden angestellten Arzt auszufüllen, der die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag erhalten möchte.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KVH erteilt den gemäß § 3 oder § 4 teilnahmeberechtigten Ärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in Anlage 1 oder 2 genannte Strukturqualität erfüllen und ein Teilnahmeantrag nach § 5 vorliegt. Für die regelmäßige jährliche Überprüfung der Strukturvoraussetzungen sind der Vertrag über die Gemeinsame Einrichtung sowie die dort gefassten Beschlüsse maßgeblich.
- (2) Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung durch die KVH einmal kalenderjährlich. Die Prüfungen müssen bis spätestens 30.06. des Folgejahres abgeschlossen sein. Die Mitglieder der GE erhalten zu Beginn der Prüfung spätestens zum 01.04. des Jahres eine Mitteilung über die Anzahl der zu prüfenden DMP-Ärzte. Am Ende der Prüfung zum 30.06. eines jeden Jahres erhalten die Mitglieder der GE als Ergebnis der Überprüfung der Strukturvoraussetzungen eine Liste der geprüften DMP-Ärzte mit folgenden Angaben:
 1. Aufhebung der Genehmigung, ohne Angabe der Gründe
 2. Verzicht bzw. Rückgabe der Genehmigung
 3. Ruhen der Zulassung, ohne Angaben von Gründen
 4. Strukturvoraussetzungen erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt.

§ 7

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes am DMP beginnt mit dem Zugang des Genehmigungsbescheides, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Der Arzt darf gem. § 28 Abs. 1 Versicherte ab dem 01.01.2027 ins DMP einschreiben.
- (2) Nach erfolgter Aufhebung der DMP-Genehmigung ist eine erneute Teilnahme des Arztes nur unter der Voraussetzung möglich, dass ein erneuter Teilnahmeantrag gemäß § 5 und die Nachweise zur Erfüllung der Strukturvoraussetzung gemäß den Anlagen 1 oder 2 vollständig der KVH vorgelegt werden. Die erneute Teilnahme beginnt mit dem Zugang des Genehmigungsbescheides.
- (3) Der Arzt kann seine Teilnahme oder die eines angestellten Arztes gegenüber der KVH schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Eine erneute Teilnahme ist möglich, wenn ein neuer Antrag gem. § 5 gegenüber der KVH gestellt wurde. Abs. 1 gilt entsprechend. Die KVH informiert die Krankenkassen mittels des Leistungserbringerverzeichnisses gemäß § 8 über die Beendigung der Teilnahme.
- (4) Die Teilnahme eines Arztes endet auch bei Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen. Dies hat der Arzt der KVH unverzüglich anzuzeigen. Die Teilnahme eines Arztes endet auch durch Ausschluss nach § 12.

- (5) Die Teilnahme am DMP endet mit dem Bescheid über das Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVH.
- (6) Endet die Teilnahme eines Arztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Leistungserbringerverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen, um ggf. einen Wechsel des Arztes gemäß § 16 vorzunehmen.
- (7) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte erlischt die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung am DMP.
- (8) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 oder 2 näher bezeichneten Voraussetzungen zur Strukturqualität für Ärzte nach §§ 3 oder 4 erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung und Dokumentation im DMP berechtigt.

§ 8

Verzeichnisse der Leistungserbringer

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KVH ein Verzeichnis gemäß Anlage 5. Die KVH stellt dieses Verzeichnis den teilnehmenden Krankenkassen in elektronischer Form entsprechend Anlage 5 14-tägig zur Verfügung.
- (2) Die Krankenkassen führen ein Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken. Dieses Verzeichnis wird der KVH zur Information der am Vertrag teilnehmenden Ärzte mit jeder Änderung zur Verfügung gestellt.
- (3) Die Leistungserbringerverzeichnisse stellen die Krankenkassen dem BAS bzw. den Landesprüfungen alle 5 Jahre und auf Anforderung zur Verfügung.
- (4) Weiterhin werden die Leistungserbringerverzeichnisse gemäß Anlage 5 folgenden Personengruppen zur Verfügung gestellt:
 - 1. bei Bedarf den am Vertrag teilnehmenden Ärzten durch die KVH,
 - 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen (z.B. bei Neueinschreibung),
 - 3. der Datenstelle nach § 21 durch die KVH und
 - 4. bei Bedarf den teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken.
- (5) Das Teilnehmerverzeichnis kann von den Vertragspartnern zu Informationszwecken veröffentlicht werden. Die Zustimmung des Arztes hierzu wird mit dem Teilnahmeantrag gemäß § 5 erteilt.

ABSCHNITT III - VERSORGUNGSINHALTE

§ 9

Medizinische Anforderungen an das DMP Rheuma

Die medizinischen Anforderungen an das DMP sind in der Anlage 21 DMP-A-RL definiert und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich durch seinen Teilnahmeantrag gemäß § 5 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Rheuma auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten. Die Ärzte sind durch die KVV nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfaltet, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung zu unterrichten.

ABSCHNITT IV - QUALITÄTSSICHERUNG

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in Anlage 6 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V und Anlage 21 DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß der Anlage 21 DMP-A-RL,
- Einhaltung der im Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß §§ 3 und 4 i.V.m. den Anlagen 1 und 2,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 22 DMP-A-RL,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11 Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Entsprechend der Nr. 2 der Anlage 21 DMP-A-RL bzw. ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 6 (Qualitätssicherung) zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.
- (2) Die Maßnahmen entsprechend Anlage 21 DMP-A-RL bzw. § 2 DMP-A-RL werden insbesondere ergänzt durch die Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der teilnehmenden Ärzte und Versicherten.
- (3) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 6 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 12 Sanktionen

- (1) Verstößt der teilnehmende Arzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, ergreift die KVH eine der folgenden Maßnahmen:
 - Verwarnung durch die KVH, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - Aufhebung der Teilnahme- und AbrechnungsgenehmigungGrundsätzlich ergehen die Sanktionen in der genannten Reihenfolge. Das gilt nicht bei schwerer Verfehlung.
- (2) Die jeweiligen Sanktionen werden von der KVH vollzogen. Der Gemeinsamen Einrichtung ist zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie kann darüber hinaus eigene Fälle zur Prüfung anmelden. Sollte ein Vertragspartner von möglichen Vertragsverstößen teilnehmender Ärzte erfahren, bringen sie diese der Gemeinsamen Einrichtung zur Kenntnis.

ABSCHNITT V - TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr können auf freiwilliger Basis an der Versorgung entsprechend dieses Vertrags teilnehmen, sofern die Einschreibevoraussetzungen gemäß § 3 DMP-A-RL erfüllt sind und die Diagnose Rheuma gemäß den Nr. 1.2 und 1.3 der Anlage 21 DMP-A-RL

gesichert ist. Ferner muss der Versicherte von der Erreichung der Therapieziele nach § 1 profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken.

- (2) Die Teilnahme schränkt die freie Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein.

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) Die teilnehmenden Ärzte informieren entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL ihre nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten umfassend über das DMP. Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV i.V.m. § 3 Abs. 1 DMP-A-RL schriftlich oder elektronisch, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation und Patienteninformation entsprechend der Anlage 4, über das DMP und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung der Daten informieren.
- (2) Nach umfassender Information über das DMP kann sich der Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 4 bei einem koordinierenden Arzt gemäß §§ 3 oder 4 einschreiben. Der Versicherte erklärt sich auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 4 zur Teilnahme an dem DMP bereit, bestätigt den Erhalt der Informationen und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP müssen den teilnehmenden Krankenkassen neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung folgende Unterlagen vorliegen:
 1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
 2. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 22 DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt.
- (4) Mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung wählt der Versicherte auch seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt nach §§ 3 oder 4 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 22 DMP-A-RL plausibel und fristgerecht in der Datenstelle vorliegt.
- (5) Die Krankenkasse kann interessierte Versicherte beraten und die Teilnahme am DMP einleiten. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an einen teilnehmenden, koordinierenden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und übermittelt werden.
- (6) Wenn der Versicherte die Einschreibekriterien mehrerer der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen erfüllt, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen, sofern diese sich nicht ausschließen. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Arzt im Sinne dieses Vertrages betreut wird.

- (7) Wechselt der Versicherte seine Krankenkasse, so kann er, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen, sich erneut in das DMP einschreiben lassen. Der koordinierende Arzt hat die Neueinschreibung für die nunmehr zuständige Krankenkasse vorzunehmen.

§ 15

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die Krankenkasse, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 erstellt wurde. Nachdem alle Unterlagen entsprechend § 14 Abs. 3 der Krankenkasse vorliegen und die Krankenkasse die Versicherten eingeschrieben hat, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch die Teilnahme des Versicherten am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und/oder seine Einwilligung in die Datenübermittlung widerrufen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem DMP aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am DMP endet auch gemäß den Gründen in § 24 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV sowie mit dem Kassenwechsel, mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs und mit dem Ende der Programmzulassung.
- (4) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.
- (5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

§ 16

Wechsel des koordinierenden Arztes

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt nach §§ 3 oder 4 zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese an die Datenstelle. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.
- (2) Der bisherige Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

ABSCHNITT VI - FORTBILDUNG/SCHULUNG

§ 17

Fortbildung von Ärzten

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVH informieren die teilnehmenden Ärzte gemäß §§ 3 und 4 umfassend über die Ziele und Inhalte des DMP Rheuma gemäß § 4 DMP-A-RL insbesondere mithilfe des Arztmanuals.
- (2) Fortbildungen der teilnehmenden Ärzte nach §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Fortbildung sind DMP-A-RL-konform.
- (3) Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität (Anlagen 1 und 2) geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVH nachzuweisen.
- (4) Kenntnisse über Fortbildungsbestandteile, die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern erworben wurden, müssen nicht wiederholt werden.

§ 18

Schulung von Versicherten

Jeder teilnehmende Versicherte soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten. Die Schulungsprogramme sind ausnahmslos DMP-A-RL konform und vom BAS als verwendungsfähig gelistet. Es sind ausschließlich die in Anlage 7 genannten Schulungsprogramme vereinbart. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist grundsätzlich zu berücksichtigen.

ABSCHNITT VII - ARBEITSGEMEINSCHAFT, GEMEINSAME EINRICHTUNG UND DATENSTELLE

§ 19

Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V

Die Vertragspartner haben eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V gebildet und erweitern diese um das DMP Rheuma. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 20

Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 Abs. 2 RSAV

Die Vertragspartner haben eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur gemeinsamen Erfüllung der dort genannten Aufgaben gebildet und erweitern diese um das DMP Rheuma. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 21

Datenstelle

- (1) Die Vertragspartner, die Arbeitsgemeinschaft nach § 19 sowie die Gemeinsame Einrichtung nach § 20 beauftragen unter Beachtung von Art. 28 DSGVO i.V.m. § 80 SGB X eine Datenstelle. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.
- (2) Es ist geregelt, dass die Daten nur für die Behandlung, die Festlegung der QS-Ziele und - Maßnahmen und deren Durchführung nach § 2 DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer nach § 4 DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt werden.

§ 22

Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle, die KVH, die Krankenkasse und die Gemeinsame Einrichtung übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehenden Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen dieses DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 23

Datenaufbewahrung und -löschung

- (1) Die im Rahmen des DMP übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehenden Daten werden entsprechend der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Version von den jeweils verantwortlichen Stellen oder von diesen beauftragten Dritten entsprechend ihres Verwendungszweckes aufbewahrt. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gem. § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der DMP beauftragten Dritten gem. § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.
- (2) Soweit weitergehende gesetzliche Bestimmungen oder Rechtsverordnungen abweichende Vorgaben zur Aufbewahrung regeln oder die Möglichkeit einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist vorsehen, sind diese vorrangig zu beachten.
- (3) Nach Ablauf der jeweils gültigen Aufbewahrungsfrist sind die Daten unverzüglich, spätestens innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten, zu löschen.

ABSCHNITT VIII - VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

§ 24

Ärztliche Leistungen

Die Vergütungen der ärztlichen Leistungen und der Patientenschulungen sowie die Abrechnungsbestimmungen sind in Anlage 7 geregelt.

ABSCHNITT IX - SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 25

Kosten zur Durchführung des Vertrags

- (1) Kosten, die durch die nach § 17 notwendige Information der Ärzte entstehen, teilen sich die Vertragspartner. Die Krankenkassen tragen die Kosten für das Arztmanual. Die KVH übernimmt den Versand bzw. die Veröffentlichung in elektronischer Form und die sonstigen Informationen.
- (2) Kosten für die Teilnahme- und Einwilligungserklärung übernehmen die Krankenkassen. Die Kostenaufteilung zwischen den Krankenkassen erfolgt analog zur Regelung der Kostenumlage in der Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung.

§ 26

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist vom Arzt sicherzustellen.
- (2) Die Ärzte verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 27

Evaluation

Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des DMP sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 DMP-A-RL.

§ 28

Laufzeit, Kündigung und Schriftform

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2026 in Kraft. Die Einschreibung der Versicherten in das DMP startet zum 01.01.2027.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines jeden Quartals von jedem Vertragspartner gekündigt werden. Dieser Vertrag kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse gekündigt werden. Eine solche Kündigung lässt den Vertrag im Übrigen unberührt.
- (3) Bei wichtigem Grund kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Monatsende gekündigt werden. Wichtige Gründe sind Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung oder die Aufhebung der Zulassung durch das BAS. Die Vertragspartner prüfen, ob eine Anschlussregelung getroffen werden kann.
- (4) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV sowie der DMP-A-RL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden.
- (5) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 29

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Hamburg, den

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

.....
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

.....
BKK-Landesverband NORDWEST
zugleich für die SVLFG als LKK

.....
IKK – Die Innovationskasse

.....
KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

.....
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

Anlage 1 Strukturqualität koordinierender Arzt

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines
strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Rheuma

1. Versorgungsebene Strukturvoraussetzungen der hausärztlichen Versorgung (Koordinierender Arzt gemäß § 3)

Teilnahmeberechtigt als DMP-Arzt sind an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmende Vertragsärzte sowie bei hausärztlich tätigen Vertragsärzten oder zugelassenen Einrichtungen angestellte Ärzte, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten.

Ärzte der ersten Versorgungsebene	Voraussetzungen
Fachliche und organisatorische Voraussetzungen ¹ Nachweis bei Antragstellung bzw. spätestens bis 31.12. des Jahres der Genehmigung	– nach § 73 Abs. 1a SGB V für die hausärztliche Versorgung zugelassene Ärzte - und – Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Information durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme - und – Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region - und – mindestens einmal jährlich Teilnahme an einer Rheuma-spezifischen von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildung. - und/oder – regelmäßige Teilnahme an von der KVH anerkannten strukturierten hausärztlichen Qualitätszirkeln, die sich mit Rheuma-spezifischen Themen beschäftigen

Sofern der Arzt **Schulungen** anbieten möchte, sind folgende Voraussetzungen zusätzlich zu erfüllen:

- Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die den Arzt und - sofern laut jeweiligem Schulungscurriculum erforderlich - das nichtärztliche Praxispersonal zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert
- Die räumliche Ausstattung muss Gruppenschulungen ermöglichen.

¹ Entspricht Kennzeichnung **A = Hausärzte** in Anlage 5

Zusätzlich zu den Strukturvoraussetzungen zur Durchführung von Schulungen sind die nachfolgenden Strukturvoraussetzungen bei **Durchführung von Schulungen** (teilweise als auch in Gänze) **im Videoformat** zu erfüllen:

Fachliche Voraussetzungen ärztliches Personal	Bei der Durchführung von Schulungen im Videoformat muss der Arzt zusätzlich die gegebenenfalls im Curriculum festgelegten erforderlichen Kompetenzen für schulende Ärzte gegenüber der KVH nachweisen.
Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	Bei der Durchführung von Schulungen im Videoformat muss das nichtärztliche Personal zusätzlich die gegebenenfalls im Curriculum festgelegten erforderlichen Kompetenzen für das schulende nichtärztlichen Personal gegenüber der KVH nachweisen. Dies gilt nur, wenn das jeweilige Schulungscurriculum die Qualifikation für nichtärztliches Personal verpflichtend vorsieht.
Ausstattung der Praxis	Die Anforderungen an technische Verfahren gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) (Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Abs. 1 SGB V) gelten entsprechend. Für Schulungen, die sowohl im Videoformat als auch im Präsenzformat durchgeführt werden, muss mindestens ein vollständiges Präsenzangebot für die jeweilige Schulungsindikation von dem schulenden Arzt vorgehalten werden.
Hinweise zum Curriculum bei Schulungen im Videoformat	Bei Schulungen im Videoformat sind neben den o.g. konkreten Qualitätsanforderungen die Festlegungen des Curriculums hinsichtlich der im Videoformat durchzuführenden geeigneten Anteile der Schulung, der Gruppengrößen und der erforderlichen Maßnahmen des Qualitätsmanagements zu beachten.

Anlage 2 Strukturqualität qualifizierter Facharzt

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines
strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Rheuma

2. Versorgungsebene

Strukturvoraussetzungen der fachärztlichen Versorgung (Ärzte zur Mitbehandlung oder Koordination in Ausnahmefällen gemäß § 5)

Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche Versorgung der zweiten Versorgungsebene sind zugelassene Leistungserbringer, die - persönlich oder durch angestellte Ärzte - folgende Strukturvoraussetzungen erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten.

Ärzte der zweiten Versorgungsebene	Voraussetzungen
Fachliche und organisatorische Voraussetzungen Nachweis bei Antragstellung bzw. spätestens bis 31.12. des Jahres der Genehmigung	– Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie¹ – Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie² und – Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Information durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme und – Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region und – mindestens einmal jährlich Teilnahme an einer Rheuma-spezifischen von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildung (mind. 4 Punkte im Jahr). und/oder – Teilnahme an Rheuma-spezifischem, strukturiertem, von der KVH anerkanntem Qualitätszirkel mit Haus- und Fachärzten der Region (mind. 8 Punkte im Jahr)

Hinweis: Die in der Anlage verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

¹ Entspricht Kennzeichnung **B_1 = Fachärzte** in Anlage 5

² Entspricht Kennzeichnung **B_2 = Fachärzte** in Anlage 5

Sofern der Arzt **Schulungen** anbieten möchte, sind folgende Voraussetzungen zusätzlich zu erfüllen:

- Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die den Arzt und - sofern laut jeweiligem Schulungscurriculum erforderlich - das nichtärztliche Praxispersonal zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert
- Die räumliche Ausstattung muss Gruppenschulungen ermöglichen.

Zusätzlich zu den Strukturvoraussetzungen zur Durchführung von Schulungen sind die nachfolgenden Strukturvoraussetzungen bei **Durchführung von Schulungen** (teilweise als auch in Gänze) **im Videoformat** zu erfüllen:

Fachliche Voraussetzungen ärztliches Personal	Bei der Durchführung von Schulungen im Videoformat muss der Arzt zusätzlich die gegebenenfalls im Curriculum festgelegten erforderlichen Kompetenzen für schulende Ärzte gegenüber der KVH nachweisen.
Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	Bei der Durchführung von Schulungen im Videoformat muss das nichtärztliche Personal zusätzlich die gegebenenfalls im Curriculum festgelegten erforderlichen Kompetenzen für das schulende nichtärztlichen Personal gegenüber der KVH nachweisen. Dies gilt nur, wenn das jeweilige Schulungscurriculum die Qualifikation für nichtärztliches Personal verpflichtend vorsieht.
Ausstattung der Praxis	Die Anforderungen an technische Verfahren gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) (Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Abs. 1 SGB V) gelten entsprechend. Für Schulungen, die sowohl im Videoformat als auch im Präsenzformat durchgeführt werden, muss mindestens ein vollständiges Präsenzangebot für die jeweilige Schulungsindikation von dem schulenden Arzt vorgehalten werden.
Hinweise zum Curriculum bei Schulungen im Videoformat	Bei Schulungen im Videoformat sind neben den o.g. konkreten Qualitätsanforderungen die Festlegungen des Curriculums hinsichtlich der im Videoformat durchzuführenden geeigneten Anteile der Schulung, der Gruppengrößen und der erforderlichen Maßnahmen des Qualitätsmanagements zu beachten.

Anlage 3: Mindestinhalte des Teilnahmeantrags Arzt

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Rheuma

Der Teilnahmeantrag der Vertragsärzte zum DMP Rheuma muss mindestens die nachfolgend aufgeführten Bestandteile beinhalten. Für die Aufnahme darüber hinausgehender Inhalte durch die KVH ist die Zustimmung der Krankenkassen erforderlich. Die formelle Ausgestaltung des Teilnahmeantrags obliegt der KVH.

1. Allgemeine Angaben

- Name und Kontaktdaten des Antragstellers
- Lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR)
- Angabe des Antragstellers zur Tätigkeitsform (Zulassung, Ermächtigung, Anstellung bei)
- Angabe des Antragstellers, zu welchem Datum die Genehmigung beantragt wird
- Angabe des Ortes der Leistungserbringung

2. Antragsgegenstand

Angabe des Antragsstellers, für welche der nachfolgenden Versorgungsebene eine Genehmigung beantragt wird und Bestätigung, dass die entsprechend vorzuhaltenden Strukturvoraussetzungen erfüllt werden.

– **1. Versorgungsebene:**

Genehmigung als DMP-Arzt gem. § 3 Abs. 2 (nach § 73 Abs. 1a SGB V für die hausärztliche Versorgung zugelassene Ärzte)

- Bestätigung, dass die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 erfüllt werden
- Hinweis, dass die Angaben durch entsprechende Nachweise zu belegen sind

– **2. Versorgungsebene:**

Genehmigung als DMP-Arzt gem. § 4 Abs. 2

- Bestätigung, dass die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 erfüllt werden
- Ankreuzmöglichkeit, dass die Koordination im Ausnahmefall gemäß § 4 Abs. 3 beantragt wird
- Hinweis, dass die Angaben durch entsprechende Nachweise zu belegen sind

3. Schulungen

- Angabe des Antragstellers, ob die Durchführung von im DMP vereinbarten Patientenschulungen gemäß § 18 i. V. m. Anlage 7 beantragt wird
- Angabe, welches Schulungsprogramm gem. Anlage 7 beantragt wird
- Bestätigung, dass die erforderliche Strukturqualität für einen Schulungsarzt gem. Anlage 7 erfüllt wird

- Hinweis, dass die Angaben durch entsprechende Schulungszertifikate (für Arzt und Schulkraft) nachzuweisen sind

4. Hinweise zu den Teilnahmevoraussetzungen

- Hinweis, dass die Teilnahmevoraussetzungen arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind

5. Bestätigungen und Einwilligungen durch den Antragsteller

5.1 Bestätigung bzgl. Kenntnisnahme und Umsetzung der Vertragsinhalte

- Bestätigung des Antragstellers, dass er die Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen des DMP zur Kenntnis genommen hat und die vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und geltenden Therapieziele des DMP akzeptiert und umsetzt
- Bestätigung des Antragstellers, dass er sich zur Einhaltung und Beachtung der Regelungen des Vertrags, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben sowie Kooperationsregeln des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV verpflichtet

5.2 Einverständnis mit der Veröffentlichung von Arzt-Daten im Verzeichnis der Ärzte, der Einschaltung der Datenstelle; Evaluation

- Bestätigung des Antragstellers, dass er mit der Veröffentlichung der persönlichen Daten gemäß Anlage 5 im gesonderten Verzeichnis „Leistungserbringerverzeichnis Rheuma“ und auch im Internet (Arztauskunft KVH) einverstanden ist und auch der Weitergabe des Verzeichnisses „Leistungserbringerverzeichnis Rheuma“ an am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte, an die Gemeinsame Einrichtung (GE DMP) Hamburg, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. den Landesprüfungsamt und an die teilnehmenden Versicherten zustimmt
- Hinweis, dass die Zustimmung zur Veröffentlichung und Weitergabe der Daten im „Leistungserbringerverzeichnis Rheuma“ jederzeit widerrufen werden kann, Mit dem Zugang des Widerrufs bei der KVH endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.
- Zustimmung des Antragstellers zur Einschaltung der Datenstelle und Ermächtigung, die im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen und die Dokumentationsdaten der Anlage 22 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten
- Bestätigung des Antragstellers, dass er mit der Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gem. Abschnitt IX und die Qualitätssicherung gem. Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen einverstanden ist.

6. Datenschutzrechtliche Hinweise im Rahmen des DMP

- Hinweis, dass der Antragsteller, bei der Tätigkeit für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten die Datensicherheit nach geltenden Vorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung einzuhalten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen hat
- Hinweis, dass der Antragsteller, einmalig vor Weitergabe von Patientendaten an die Datenstelle, vorab für alle folgenden Dokumentationen die freiwillige schriftliche oder elektronische Einwilligung des Patienten einholen muss (Teilnahme- und Einwilligungserklärung gem. Anlage 4)

- Hinweis, dass der Antragsteller den Patienten bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung informieren muss
- Hinweis, dass der Antragsteller die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleisten muss
- Hinweis, dass der anstellende Arzt die umfassende Information angestellter Vertragsärzte für im Rahmen des DMP erbrachte Leistungen in der Vertragsarztpraxis/Einrichtung übernimmt sowie die Datensicherheit bei der Datenerhebung personenbezogener Daten sowie der Weitergabe von Patientendaten an Dritte gewährleistet
- Diese datenschutzrechtlichen Hinweise können alternativ auch im Arztmanual aufgeführt werden.

7. Sonstige Hinweise

- Hinweis, dass die Teilnahme am DMP Rheuma freiwillig ist und dass die Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Ende eines Quartals beendet werden kann
- Hinweis, dass eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen zu Maßnahmen gemäß § 12 des Vertrages führt (gilt auch für angestellte Ärzte)

8. Unterschrift und Hinweise zur Genehmigung

- Hinweis, dass die Genehmigung des Antrags frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden kann
- Hinweis, dass der Antragsteller mit seiner Unterschrift die Kenntnisnahme der einschlägigen Rechtsgrundlagen bestätigt
- Hinweis, dass der vollständige Vertrag zum DMP Rheuma auf den Internetseiten der KVH nachgelesen werden kann
- Datum, Praxisstempel und Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. des MVZ-Leiters)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



Exemplar für die Datenstelle

070FH

Krankenhaus-IK

☐ Diabetes Typ 1

☐ KHK

☐ Asthma

☐ Adipositas Erw.

☐ Brustkrebs

☐ Depression

oder

oder

oder

oder

☐ Osteoporose

☐ Rückenschmerz

☐ Diabetes Typ 2

☐ Herzinsuffizienz

☐ COPD

☐ Adipositas Kinder
u. Jugendliche

☐ Rheumatoide
Arthritis

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen oder elektronischen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzhinweisinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 24.04.2025) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

TTMMJJJJ

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten
bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

TTMMJJJJ

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

070FH

Krankenhaus-IK



Exemplar für den Arzt

- | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|---|--|--|
| ☐ Diabetes Typ 1 | ☐ KHK | ☐ Asthma | ☐ Adipositas Erw. | ☐ Brustkrebs | ☐ Depression |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | ☐ Osteoporose | ☐ Rückenschmerz |
| ☐ Diabetes Typ 2 | ☐ Herzinsuffizienz | ☐ COPD | ☐ Adipositas Kinder u. Jugendliche | ☐ Rheumatoide Arthritis | |

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen oder elektronischen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der oben genannten Diagnose(n) teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 24.04.2025) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

TTMMJJJJ

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten
bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

TTMMJJJJ

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



Exemplar für den Patienten

070FH

Krankenhaus-IK

☐ Diabetes Typ 1

☐ KHK

☐ Asthma

☐ Adipositas Erw.

☐ Brustkrebs

☐ Depression

oder

oder

oder

oder

☐ Osteoporose

☐ Rückenschmerz

☐ Diabetes Typ 2

☐ Herzinsuffizienz

☐ COPD

☐ Adipositas Kinder
u. Jugendliche

☐ Rheumatoide
Arthritis

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen oder elektronischen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der oben genannten Diagnose(n) teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 24.04.2025) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

TTMMJJJJ

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten
bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

TTMMJJJJ

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patientinnen und Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt erfasst diese/dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt einen Ausdruck dieser Dokumentation und können somit nachvollziehen, welche Ihrer Daten an die im Weiteren beschriebenen Stellen übermittelt werden.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

- Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und der Ärztin/des Arztes)
- Angaben, aufgrund welcher Erkrankung Sie eingeschrieben werden
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. Körpergröße, Blutdruck, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, von Ihnen gewünschte Informationen zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung, Angaben zu erfolgten Überweisungen oder Einweisungen in ein Krankenhaus)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Angaben zu Medikamenten, die Sie einnehmen
- ggf. Angaben zu Schulungen, die Sie im Rahmen des DMP absolvieren können.

3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrer koordinierenden Ärztin/Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse und nur pseudonymisiert an eine Gemeinsame Einrichtung zur Qualitätssicherung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

3.1 Was geschieht bei der Ärztin/dem Arzt mit den Daten?

Ihre Ärztin/Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihre Ärztin/Ihr Arzt im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche oder elektronische Einwilligung auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt die von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie ggf. von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung und an die mit der Evaluation beauftragte Institution im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzteverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihre Ärztin/Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

3.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Zu diesem Zwecke übermitteln die Krankenkasse und von ihr beauftragte Dritte die pseudonymisierten Daten an diese Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Strukturiertes Behandlungsprogramm

Eine Information für Patientinnen und Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm – DMP) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, gut mit Ihrer Krankheit und mit eventuellen krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Was macht DMP zu einer besonderen Versorgungsform?

Chronische Erkrankungen stellen Sie und die an Ihrer Behandlung Beteiligten vor besondere Herausforderungen. Diese umfassen insbesondere die

- Erhaltung oder Verbesserung Ihrer Lebensqualität,
- Vermeidung einer Verschlechterung Ihrer Erkrankung,
- Vermeidung des Auftretens von Komplikationen,
- Vermeidung von Folge- und Begleiterkrankungen,
- Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen der Therapie.

Dafür bietet Ihre Krankenkasse die besondere Versorgung durch ein strukturiertes Behandlungsprogramm an, über das wir Sie nachfolgend informieren möchten. Das Programm Ihrer Krankenkasse umfasst:

- **Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft,**
- **Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und**
- **aktive Mitwirkung durch Sie,**
- **Koordination Ihrer Behandlung,**
- **kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten,**
- **aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse.**

Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft

Das Wissen in der Medizin wächst täglich. Im Rahmen der Behandlungsprogramme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf aktuellen gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet und überprüfen diese regelmäßig auf Aktualität. Damit unterliegen die Programme hohen Qualitätsanforderungen. Es werden nur solche medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen sowie Verfahren empfohlen, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen sind. Diese sollen im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig zur Anwendung kommen. Die Anforderungen an die Behandlungsprogramme sind im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) und insbesondere in der DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt.

Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und aktive Mitwirkung durch Sie

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Das Programm sieht vor, dass Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihr oder ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Ihre betreuende Ärztin oder Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen empfehlen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen sowie Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen.

Ihr Arzt oder Ihre Ärztin wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen. Sie legen gemeinsam mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele fest und wirken aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mit.

Das Programm sieht insbesondere regelmäßige Wiedervorstellungstermine vor. Nehmen Sie diese wahr und tragen Sie damit aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Zur Unterstützung Ihrer Selbstmanagementkompetenz dient die regelmäßige Dokumentation.

Koordination Ihrer Behandlung

Die von Ihnen gewählte Ärztin oder der von Ihnen gewählte Arzt koordiniert die Programmdurchführung und berät und unterstützt Sie in allen Fragen. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass diese Ärztin bzw. dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren, deren Inhalte und Abstände fest geregelt sind. Sie bzw. er überprüft auch anhand festgelegter Kriterien, ob und welche Spezialisten oder Einrichtungen, die ebenfalls am Pro-

gramm teilnehmen, hinzugezogen werden sollen und veranlasst eine erforderliche Mit- und Weiterbehandlung. Sie bzw. er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärztinnen oder Fachärzten und Therapeutinnen oder Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten sichert die Qualität

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihre koordinierende Ärztin bzw. Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Die Dokumentation dient einerseits als Grundlage der Qualitätssicherung der Ärztinnen und Ärzte. Sie ermöglicht Ihrer Krankenkasse andererseits, Ihnen anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zu unterbreiten (siehe auch „Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse“). Darüber hinaus bildet die Dokumentation die Grundlage für die wissenschaftliche Auswertung für die Weiterentwicklung der Programme. Von jeder Dokumentation erhalten Sie einen Ausdruck, den Sie sowohl für Ihr Selbstmanagement als auch als ergänzende Information für Ihre mit- und weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte nutzen können.

Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz).

Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zum Programm. Dazu erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse insbesondere zu Beginn der Teilnahme nochmals spezifische Informationen zu Ihrer Erkrankung. Im weiteren Verlauf Ihrer Teilnahme stellt Ihnen Ihre Krankenkasse anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zur Verfügung. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder die Praxis Ihrer Ärztin bzw. Ihres Arztes in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt ggf. die Betreuung im Programm durch die beauftragte regionale Krankenkasse dieser Kassenart.

Was sind die Teilnahmevoraussetzungen für das Behandlungsprogramm?

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen eine koordinierende Ärztin oder einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich oder elektronisch Ihre Teilnahme am Programm und Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Ausgenommen hiervon sind die gleichzeitige Teilnahme an den unterschiedlichen DMP für

- Koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz,
- Asthma bronchiale und COPD,
- Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2,
- Adipositas für Erwachsene und Adipositas für Kinder und Jugendliche.

Ihre Teilnahme am Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Mitwirkung ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können Sie auch jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Sofern Sie am DMP Brustkrebs teilnehmen, endet Ihre Teilnahme automatisch, wenn zehn Jahre nach der histologischen Sicherung des Brustkrebses keine Wiedererkrankung mehr aufgetreten ist. Beim Vorliegen von Fernmetastasen können Sie dauerhaft im Programm verbleiben.

Ihre Krankenkasse und Ihre koordinierende Ärztin oder Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Anlage 5
Technische Anlage Leistungserbringerverzeichnis

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines
strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Rheuma

Technische Anlage

zur

Übermittlung der
Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter
Behandlungsprogramme (DMP) für
Rheumatoide Arthritis

Version: 01
Gültig ab: 01.07.2023
Stand: 23.03.2023

Autoren: Verbände und Vertreter der
Krankenkassen auf Bundesebene

in der Fassung für die Region Hamburg

Inhalt

0	Grundlage	3
1	Austauschformate	3
2	Dateiaufbau	3
2.1	Allgemeines	3
2.2	Format-Vorgabe Excel-Datei	4
Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen		5
Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN.....		6

0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anforderungen des Bundesamts für Soziale Sicherung an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden DMP-Leistungserbringerverzeichnisse. Mit der Übermittlung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Krankenkassen über die an einem DMP teilnehmenden Ärzte. Weiterentwicklungen der Anforderungen des Bundesamts für Soziale Sicherung erfordern ggf. eine Anpassung der Datensatzbeschreibung.

In den Datensätzen wird zwischen Mussfeldern („M“) und Kannfeldern („K“) unterschieden.

Die Inhalte bzw. Informationen der Mussfelder sind für die Weiterleitung und Verarbeitung von DMP-Leistungserbringerverzeichnissen unabdingbar. Sofern die Information eines Mussfeldes fehlt bzw. als fehlerhaft erkannt wird, ist von einer Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse abzusehen.

Kannfelder beinhalten gleichermaßen Informationen, die für die Weiterleitung von DMP-Dokumentationsdaten wichtig sind. Sie sind zu übermitteln, sofern sie der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorliegen. Das Fehlen von Informationen in Kannfeldern verhindert nicht die Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse.

1 Austauschformate

Die DMP-Leistungserbringerverzeichnisse sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Excel-Format (xlsx-Datei) zur Verfügung zu stellen. Mehrfachnennungen innerhalb eines Feldes sind mit einem Komma ohne Leerzeichen zu trennen.

2 Dateiaufbau

2.1 Allgemeines

In der unter 2.2 aufgeführten Tabelle wird der formale Aufbau der Excel-Datei definiert:

Unter den Spalten „Spalte“ und „Spaltenbezeichnung“ werden die zu verwendenden Überschriften in der Excel-Datei in Zeile '1' vorgegeben.

Die Spalte „Anz. Stell.“ Gibt die Menge der zu verwendenden Stellen vor. Es gilt, dass eine Zahl (z.B. '5') die erforderliche Anzahl Stellen angibt; drei Punkte und eine Zahl (z.B. '...35') die maximale Stellenbelegung.

Muss-Datenelemente sind in der Spalte „Feld-Art“ 'M' und Kann-Datenelemente als Feld-Art 'K' gekennzeichnet.

Die Spalte „Feld-Typ“ enthält die Vorgabe 'N' = numerisch oder 'AN' = alphanummerisch. Als Inhalt von numerischen Feldern (Feld-Typ 'N') sind die Zeichen '0' - '9' zulässig. Sofern in einem Feld ein Dezimalzeichen anzugeben ist, ist dieses in der Datensatzbeschreibung aufgeführt. Als Inhalt von alphanumerischen Feldern (Feld-Typ 'AN') sind die Zeichen gemäß ISO 8859-15 zulässig.

2.2 Format-Vorgabe Excel-Datei

Spalte	Spaltenbezeichnung/ Überschrift	Anz. Stell.	Feld-Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
A	LANR (Lebenslange Arzt-Nummer)	9	AN	M	Lebenslange Arztnummer
B	BSNR	9	AN	M	Betriebsstättennummer des Arztes
C	Anrede	4	AN	M	
D	Titel	...50	AN	K	Akademischer Titel
E	Name	...40	AN	M	
F	Vorname	...40	AN	M	
G	Straße, Hausnr.	...100	AN	M	
H	PLZ	5	AN	M	Postleitzahl
I	Ort	...50	AN	M	
J	Kreis	...50	AN	M	Bei kreisfreien Städten erfolgt die Angabe „kreisfrei“ oder die erneute Benennung der Stadt.
K	Telefon	...25	AN	M	Format: „Vorwahl/Rufnummer“ Sofern die Telefonnummer nicht bereitgestellt wurde, ist eine „0“ einzutragen.
L	Fax	...25	AN	K	Format: „Vorwahl/Faxnummer“
M	E-Mail	...50	AN	K	
N	Beginn der Teilnahme*	10	AN	M	Beginn der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“
O	Ende der Teilnahme*	10	AN	K	Beendigung der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“ Sofern die Teilnahme am DMP beendet wurde, <u>muss</u> das Feld gefüllt werden.
P	Versorgungsebene*	...15	AN	M	Angabe zur ärztlichen Qualifikation gemäß der Schlüsseltabelle in Anhang 1 Keine Mehrfachangaben zulässig.
Q	Berechtigung*	...45	AN	M	Angabe zu den berechtigten Tätigkeiten im Rahmen des DMP gemäß der Schlüsseltabelle in Anhang 2 Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben. Bei zusätzlichen Angaben für Schulungsberechtigungen (Mehrfachnennungen) ist als Trennzeichen ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.

* Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes, sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahme-Zeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahme-Zeitraums zu kennzeichnen. Der beendete Teilnahme-Zeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahme-Zeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen, z. B.:

LANR	[...]	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungsebene	Berechtigung
123456701	[...]	01.04.2020	31.12.2020	A	01
123456701	[...]	01.01.2021		A	01,42

Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen

Versorgungsebenen gemäß der jeweils vertraglich vereinbarten Strukturqualität
A = Vertraglich eingebundene Hausärztin bzw. vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß §73 SGB V [1. Ebene] - Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig. - Ärzte der Versorgungsebene „A“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
B_1 = Vertraglich eingebundene zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie bzw. vertraglich eingebundener zugelassener oder ermächtigter qualifizierter Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie oder eine qualifizierte Einrichtung für Innere Medizin und Rheumatologie nach Anlage 2, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt [2. Ebene] B_2 = Vertraglich eingebundene zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie bzw. vertraglich eingebundener zugelassener oder ermächtigter qualifizierter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie oder eine qualifizierte Einrichtung für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie nach Anlage 2, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt [2. Ebene] Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte der Versorgungsebene „B_1“ und „B_2“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärztinnen und Ärzte der Versorgungsebene „B_1“ und „B_2“ sind in der Regel nicht koordinierend tätig. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Sofern eine Ärztin bzw. ein Arzt der Versorgungsebene „B_1“ oder „B_2“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.

Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN

BERECHTIGUNG	Erläuterung	<i>möglich für folgende Indikationen</i>	Schulung im Rahmen von DMP durchführ- bar bis
01	Arzt koordiniert	<i>alle</i>	
02	Arzt koordiniert nicht	<i>alle</i>	
42	Strukturierte Patienteninformation Rheumatoide Arthritis - „StruPiRA“	<i>Rheumatoide Arthritis</i>	
43	Basisschulung RA	<i>Rheumatoide Arthritis</i>	

Anlage Qualitätssicherung

V 1.0 - Stand 16.11.2021

QUALITÄTSSICHERUNG Rheumatoide Arthritis Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 22 der DMP-A-RL

Gültig ab: 15.12.2021

Teil 1

Bestandteil des arztbezogenen Feedbacks sowie der die Vertragsregion betreffenden gemeinsamen und kassenunabhängigen Qualitätsberichterstattung

Teil 2

Bestandteil der durch die Krankenkasse durchzuführenden versichertenbezogenen Maßnahmen sowie der diesbezüglichen regelmäßigen Qualitätsberichterstattung

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 22 der DMP-A-RL. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt. Die Angabe „Berichtszeitraum“ ist in dieser Anlage als ein Zeitraum von sechs Monaten definiert.

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Erreichen und Erhalten einer Remission	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer Erkrankungsdauer von weniger als 2 Jahren seit Diagnosestellung: Angemessener Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem DAS-28-Wert kleiner 2,6 <u>Zielwert:</u> größer gleich 35%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 (ISD) (Aktuelle Krankheitsaktivität – DAS-28-Wert): kleiner 2,6 <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 2 (ISD) (Erkrankungsdauer der rheumatoiden Arthritis (zum Zeitpunkt der aktuellen Dokumentation)) = „Weniger als zwei Jahre“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
II. Erreichen und Erhalten einer niedrigen Krankheitsaktivität	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer Erkrankungsdauer von 2 Jahren oder mehr seit Diagnosestellung: Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem DAS-28-Wert kleiner 3,2 <u>Zielwert:</u> größer gleich 50%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 (ISD) (Aktuelle Krankheitsaktivität - DAS-28-Wert): kleiner 3,2 <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 2 (ISD) (Erkrankungsdauer der rheumatoiden Arthritis (zum Zeitpunkt der aktuellen Dokumentation)) = „Zwei Jahre oder mehr“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
III. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Therapieansprechen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer relevanten Verbesserung im DAS-28 oder mit aktuell vorliegender Remission, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [Feld 1 (ISD) (Aktuelle Krankheitsintensität – DAS-28-Wert) in der aktuellen Dokumentation: kleiner gleich 5,1 und größer gleich 2,6	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

	<u>Zielwert:</u> größer gleich 60%	UND Differenz aus: dem Wert in Feld 1 (ISD) (Aktuelle Krankheitsaktivität – DAS-28-Wert) der letzten verfügbaren Dokumentation¹ vor der aktuellen Dokumentation UND dem Wert in Feld 1 (ISD) (Aktuelle Krankheitsaktivität – DAS-28-Wert) der aktuellen Dokumentation: größer 0,6] ODER [Feld 1 (ISD) (Aktuelle Krankheitsintensität - DAS-28-Wert) in der aktuellen Dokumentation: größer 5,1 UND Differenz aus: dem Wert in Feld 1 (ISD) (Aktuelle Krankheitsaktivität - DAS-28-Wert) der letzten verfügbaren Dokumentation¹ vor der aktuellen Dokumentation UND dem Wert in Feld 1 (ISD) (Aktuelle Krankheitsaktivität - DAS-28-Wert) der aktuellen Dokumentation: größer 1,2] ODER Feld 1 (ISD) (Aktuelle Krankheitsintensität – DAS-28-Wert) in der aktuellen Dokumentation: kleiner 2,6 <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit		
--	---	--	--	--

		einer Angabe in Feld 1 (ISD) (Aktuelle Krankheitsaktivität – DAS-28-Wert) der aktuellen Dokumentation UND einer Angabe in Feld 1 (ISD) (Aktuelle Krankheitsaktivität – DAS-28-Wert) in mindestens einer weiteren Dokumentation, die mindestens 12 Wochen vor der aktuellen Dokumentation erstellt wurde. ¹ { Als „letzte verfügbare Dokumentation vor der aktuellen Dokumentation“ gilt in diesem Indikator die Dokumentation, die mindestens 12 Wochen vor der aktuellen Dokumentation erstellt wurde }		
IV. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einmal jährlich erfolgter klinischer Einschätzung des Osteoporose-Risikos	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer dokumentierten Osteoporose-Risikoeinschätzung in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> größer gleich 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 3 (ISD) (Klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt) = „Ja“ mindestens einmal innerhalb der letzten 12 Monate <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
V. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit RR unter 140/90 mmHg bei bekannter Hypertonie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit RR systolisch kleiner gleich 139 mmHg und diastolisch kleiner gleich 89 mmHg bei bekannter Hypertonie, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 (AD) (Blutdruck) = systolisch kleiner gleich 139 und diastolisch kleiner gleich 89 mmHg	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

	Teilnehmer mit bekannter Hypertonie <u>Zielwert:</u> größer gleich 60%	<u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“		
VI. Vermeidung einer Glukokortikoid-Dauertherapie	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer Glukokortikoidtherapie, die länger als sechs Monate dauert, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> kleiner gleich 50%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 4 (ISD) (Aktuelle Glukokortikoidtherapie wegen rheumatoider Arthritis) = „Ja, länger als 6 Monate“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VII. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer DMARD-Therapie	Bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern ohne Kontraindikation oder vereinbarte Therapiepause : Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer DMARD-Therapie <u>Zielwert:</u> größer gleich 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 5 (ISD) (Aktuelle DMARD-Therapie) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 5 (ISD) (Aktuelle DMARD-Therapie) = „Ja“ ODER „Nein“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VIII. Hoher Anteil an geschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmern	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP Einschreibung noch nicht geschult sind:	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 9 (ISD) (Rheuma-Schulung wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Schulung teilgenommen haben <u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt	der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [Feld 9 (ISD) (Rheuma-Schulung wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums ODER [Feld 8 (ISD) (Rheuma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) = „Ja“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT Feld 9 (ISD) (Rheuma-Schulung wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation] { UND NICHT Feld 7 (ISD) (Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer Rheuma-Schulung teilgenommen) = „Ja“ }² { }² Liegt keine Angabe zu Feld 7 (ISD) (Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer Rheuma-Schulung teilgenommen) vor, gilt der Patient als ungeschult und wird nicht aus dem Nenner ausgeschlossen. Dies wird so		
--	---	--	--	--

		gewertet, als wäre die Angabe „Nein“ in Feld 7 (ISD) (Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer Rheuma-Schulung teilgenommen) erfolgt. Keine Angabe liegt in den Fällen vor, in denen ein Arztwechsel erfolgte.		
IX. Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	a) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> kleiner gleich 20% b) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben <u>Zielwert:</u> kleiner gleich 90%	a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer b) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „Ja“ in der Erstdokumentation, bei denen mindestens eine Folgedokumentation vorliegt	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
X. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit regelmäßiger körperlicher Aktivität	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die im Dokumentationszeitraum regelmäßig körperlich aktiv waren, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen dies möglich ist	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 6 (ISD) (Regelmäßige körperliche Aktivität) = „Ja“ <u>Nenner:</u>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

	<u>Zielwert:</u> größer gleich 40%	Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen UND NICHT Feld 6 (ISD) (Regelmäßige körperliche Aktivität) = „Nicht möglich“		
--	------------------------------------	--	--	--

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Teilnehmer mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) bezogen auf alle Teilnehmer Zielwert: Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	Zähler: Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen Nenner: Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	V: Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
II. Reduktion des Anteils der rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer	entfällt	entfällt	Wenn Feld 19 (AD) (Vom Teilnehmer gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen) = „Tabakverzicht“	V: Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung, maximal einmal pro Jahr
III. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 9 (ISD) (Rheuma-Schulung wahrgenommen) = „Nein“ oder zweimal „War aktuell nicht möglich“	V. Aufklärung / Information über die Wichtigkeit von Schulungen; maximal einmal pro Jahr
IV. Körperliches Training	entfällt	entfällt	Wenn Feld 6 (ISD) (Regelmäßige körperliche Aktivität) = „Nein“ und Feld 19 (AD) (Vom Teilnehmer gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen) = „Körperliches Training“	V. Aufklärung / Information über die Wichtigkeit körperlichen Trainings; maximal einmal pro Jahr

Anlage 7 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsvoraussetzungen DMP Rheuma

Abschnitt A – Vergütung und Abrechnungsbestimmungen von DMP-Leistungen

- (1) Die Vergütungen der ärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und sind mit der in der jeweiligen Honorarvereinbarung mit der KVH definierten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Die in dieser Anlage 7 aufgeführten Leistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Eine zusätzliche Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation ist ausgeschlossen.
- (2) Eine zeitgleiche Abrechnung der Schulung „StruPi“-RA“ sowie der Schulung „Vorbereitung und Durchführung eines strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramms für Patienten mit Rheumatoider Arthritis“ in der ASV mit der Pseudoziffer 88524 ist ausgeschlossen.
- (3) Die Krankenkassen behalten sich vor, eine Evaluation der abgerechneten DMP-Leistungen sowie Leistungen der ASV vorzunehmen und gegebenenfalls eine Anpassung der Regelungen mit den Vertragspartnern zu vereinbaren.
- (4) Ärzte nach §§ 3 und 4 können die Vergütungen gemäß Absatz 9 für ins DMP Rheuma eingeschriebene Versicherte gegenüber der KVH abrechnen.
- (5) Für teilnehmende Ärzte nach § 4 des Vertrages, die im Rahmen der Ausnahmeregelung (dauerhafte Betreuung vor der DMP-Teilnahme oder medizinische Gründe) die Aufgaben des koordinierenden Arztes nach § 3 des Vertrages für einen DMP-Teilnehmer übernehmen, gelten die gleichen Vergütungs- und Abrechnungsregelungen wie für Ärzte nach § 3 des Vertrages.
- (6) Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschalen mit der Ausnahme der GOP 99520 ist eine gültige Einschreibung des Versicherten in das DMP Rheuma aufgrund der Vorschriften der RSAV und der DMP-A-RL. Der koordinierende Arzt bestätigt dabei auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten nach Anlage 4 die gesicherte Diagnose und gibt diese bei der Abrechnung an. Die Abrechnung und Vergütung der in diesem Vertrag aufgeführten GOP setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. Soweit nur einzelne Leistungsbestandteile erbracht werden, ist eine Abrechnung und Vergütung ausgeschlossen. Die aufgeführten DMP-Pauschalen können nur abgerechnet werden, sofern im jeweiligen Quartal ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Die KVH stellt eine vertragskonforme Abwicklung, Prüfung und Auszahlung der vereinbarten Vergütungen (über das Regelwerk) sicher.
- (7) Die Vergütung für die Erstdokumentation Rheuma (GOP-Nr. 99520) ist grundsätzlich nur 1x je DMP-Teilnehmer von dem betreuenden koordinierenden Arzt abrechenbar, sofern der DMP-Teilnehmer nicht zuvor aus dem DMP ausgeschrieben wurde. Infolge eines Arztwechsels ist eine Folgedokumentation gemäß § 16 zu erstellen, so dass in diesem Fall nur eine Folgedokumentation vergütet wird. Eine erneute Einschreibung in das DMP Rheuma kann unter der Voraussetzung abgerechnet werden, dass der DMP-Teilnehmer zuvor aus dem DMP

Anlage 7 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsvoraussetzungen DMP Rheuma

ausgeschrieben wurde gemäß einer Voraussetzung des § 24 Absatz 2 Nr. 2 a–c RSAV und eine erneute Einschreibung in das DMP Rheuma gemäß der RSAV und DMP-A-RL erfolgen muss. Der Arzt wird über das Ausscheiden des Versicherten gemäß § 15 Absatz 5 informiert. Sofern in einem Quartal eine Erstdokumentation abgerechnet wird, kann im gleichen Quartal keine Folgedokumentation abgerechnet werden.

- (8) Der Arzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 22 DMP-A-RL entsprechend den Ausprägungen des Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) für den jeweiligen Versicherten maßgeblich ist. Die Folgedokumentation Rheuma (GOP-Nr. 99522) soll je DMP-Patient von dem betreuenden koordinierenden Arzt nur entsprechend des von ihm festgelegten Dokumentationsintervalls abgerechnet werden. Bei einem „quartalsweisen Dokumentationsintervall“ muss die Dokumentation einmal je Quartal erstellt werden. Bei einem „Dokumentationsintervall jedes zweite Quartal“ muss die Dokumentation jedes zweite Quartal erstellt werden.

- (9) Die DMP-Leistungen werden entsprechend nachfolgender Tabelle vergütet:

Leistung und Beschreibung	Vergütung	GOP	Abrechnungsausschlüsse und -voraussetzungen
Einschreibung/Erstdokumentation Information, Beratung, Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 22 DMP-A-RL sowie die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Einschreibeunterlagen inkl. Versandkosten	25,00 €	99520	Abrechenbar durch: - koordinierende Ärzte nach § 3 - Ärzte nach § 4, die im Ausnahmefall koordinierend tätig sind - einmalig pro Patient
Zuschlag zur erstmaligen Einschreibung Zuschlag zur GOP 99520 zur Implementierung der Prozesse in den Praxen	5,00 €	99521	Abrechenbar durch: - koordinierende Ärzte nach § 3 - Ärzte nach § 4, die im Ausnahmefall koordinierend tätig sind - Einmalig je Patient und Praxis, wird von der KV automatisch zugeführt, befristet bis zum 31.12.2027.

Anlage 7 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsvoraussetzungen DMP Rheuma

Leistung und Beschreibung	Vergütung	GOP	Abrechnungsausschlüsse und -voraussetzungen
Folgedokumentation Erstellung der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 22 DMP-A-RL sowie die fristgemäße Übermittlung der Folgedokumentation	15,00 €	99522	Abrechenbar durch: - koordinierende Ärzte nach § 3 - Ärzte nach § 4, die im Ausnahmefall koordinierend tätig sind - einmal im Behandlungsfall
Betreuungspauschale koordinierender Arzt - Intensives Patientengespräch zur Beurteilung der Krankheitsaktivität - Beurteilung der Verträglichkeit der Medikation, ggf. Anpassung der Medikation - Motivation und Aufklärung des Patienten, insbesondere → Regelmäßige körperliche Aktivität und deren Verstetigung, → Lebensstilmodifikation (gesunde Ernährung, Tabakverzicht), → richtige Medikamenteneinnahme. - Überprüfung des Impfstatus nach Maßgabe der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA - ggf. Absprache mit anderen Leistungserbringern zur Anpassung der individuellen Therapie - ggf. Überweisung in den fachärztlichen Versorgungssektor	10,00 €	99523	Abrechenbar durch: - koordinierende Ärzte nach § 3 - Ärzte nach § 4, die im Ausnahmefall koordinierend tätig sind - einmal im Behandlungsfall - Die Abrechnung der GOP 99523, der GOP 99524 und der GOP 99525 ist im selben Quartal ausgeschlossen.

Anlage 7 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsvoraussetzungen DMP Rheuma

Leistung und Beschreibung	Vergütung	GOP	Abrechnungsausschlüsse und -voraussetzungen
Medikamentöse Ersteinstellung Facharzt Nach Erstdiagnose innerhalb von drei Monaten • Beurteilung der Krankheitsaktivität anhand des Scores DAS-28 • Beurteilung des Ansprechens auf die medikamentöse Ersttherapie • Therapieoptimierung, sofern → nach 12 Wochen noch kein adäquates Therapieansprechen erreicht wurde oder → nach 24 Wochen keine Remission der rheumatoiden Arthritis erreicht wurde oder → eine bereits durchgeführte weitere DMARD-Therapie nicht ausreichend wirksam ist oder nicht vertragen wird	20,00 €	99524	Abrechenbar durch: • Ärzte nach § 4 auf Überweisung eines Arztes nach § 3 • einmal im Behandlungsfall, jedoch ausschließlich für Patienten nach Erstdiagnose in den ersten vier aufeinanderfolgenden Quartalen • Die Abrechnung der GOP 99523, der GOP 99524 und der GOP 99525 ist im selben Quartal ausgeschlossen. • Die Abrechnung der GOP 99524 und der GOP 99520, GOP 99521 und der GOP 99522 ist im selben Quartal ausgeschlossen.
Mitbehandlungspauschale Facharzt • Verlaufskontrolle einschließlich der Prüfung der Indikation einer Bildgebung • Jährliche Erhebung des DAS-28 und Übermittlung der Testergebnisse an den koordinierenden Arzt	23,00 €	99525	Abrechenbar durch: • Ärzte nach § 4 auf Überweisung eines Arztes nach § 3 • Für Patienten, bei denen die Diagnose länger als vier Quartale besteht. • Die Abrechnung darf max. 2 x im Krankheitsfall, jedoch nicht im selben Quartal erfolgen.

Anlage 7 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsvoraussetzungen DMP Rheuma

Leistung und Beschreibung	Vergütung	GOP	Abrechnungsausschlüsse und -voraussetzungen
			- Die Abrechnung der GOP 99523, der GOP 99524 und der GOP 99525 ist im selben Quartal ausgeschlossen. - Die Abrechnung der GOP 99525 und der GOP 99520, GOP 99521 und der GOP 99522 ist im selben Quartal ausgeschlossen.

Abschnitt B – Vergütung und Abrechnungsbestimmungen von Patientenschulungen

- (1) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte nach §§ 3 und 4, die gegenüber der KVH einen Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchführung des angebotenen Schulungsprogramms qualifiziert, für sich und ihr nichtärztliches Personal erbracht und eine Genehmigung der KVH erhalten haben.
- (2) Patientenschulungen dienen der Befähigung der DMP-Teilnehmer zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zu informierten Patientenentscheidungen. Es können nur DMP-Teilnehmer geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Der bestehende Schulungsstand der DMP-Teilnehmer ist zu berücksichtigen.
- (3) Das nachfolgende Schulungsprogramm wird in der jeweils gültigen, vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage angeboten. Auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, wird verzichtet.
- (4) Die Dauer einer Unterrichtseinheit richtet sich nach dem jeweiligen Schulungsprogramm und ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle.
- (5) Frühestens nach Ablauf von 8 Quartalen nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, darf die Schulung erneut erbracht werden (Wiederholungsschulung).
- (6) Die Schulungen erfolgen so, dass das gesamte Curriculum eines Schulungsprogrammes in höchstens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen absolviert wird. Wird eine Schulung nicht innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Quartalen absolviert, ist die Wiederholung der Schulung frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, möglich. Schulungen, die in der Zwischenzeit fortgesetzt werden sollen, bedürfen der Begründung des Arztes und der Genehmigung der jeweiligen Krankenkassen.
- (7) Kosten für Angehörige, welche an den Schulungen teilnehmen, sind nicht gesondert berechnungsfähig und mit den nachfolgenden Pauschalen für die jeweilige Schulung des DMP-Patienten abgegolten.

Anlage 7 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsvoraussetzungen DMP Rheuma

- (8) Bei der Durchführung von Schulungen (sowohl teilweise als auch in Gänze) im Videoformat, ist neben der GOP der Unterrichtseinheit (UE) des jeweiligen Schulungsprogramms zusätzlich die **GOP 99499 (Kenn-Nummer für Videoschulungen)** im Rahmen der Abrechnung anzugeben. Für die Durchführung von Schulungen im Videoformat sind die in den Anlagen zur Strukturqualität aufgeführten zusätzlichen Strukturvoraussetzungen zu erfüllen. Es dürfen ausschließlich die jeweils gültigen und vom BAS in der verwendungsfähigen Auflage erklärten Patientenschulungen im Videoformat durchgeführt werden.
- (9) Es sind die nachfolgend aufgeführten Schulungen als Präsenzs Schulung (P) und / oder als Schulung im Videoformat (V) im Rahmen des DMP Rheumatoide Arthritis erbring- und abrechenbar:

Leistung	Beschreibung	Vergütung	GOP	GOP Wiederholungsschulung	Abrechnungsausschlüsse und -voraussetzungen
Strukturierte Patienteninformation Rheumatoide Arthritis - „StruPi-RA“, (P)	3 Unterrichtseinheiten (UE) à 90 Minuten - Vergütung wird je UE/Patient gezahlt	30,00 €	99526	99526W	- Gruppe mit bis zu 10 Patienten - Nicht neben der Schulung „Vorbereitung und Durchführung eines strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramms für Patienten mit Rheumatoider Arthritis“ in der ASV (ASV-Pseudoziffer 88524)
Schulungsmaterial	1x pro Schulung/Patient	10,00 €	99527	-	
Basisschulung RA, (P)	4 Unterrichtseinheiten (UE) à 50-75 Minuten - Vergütung wird je UE/Patient gezahlt	22,50 €	99528	99528W	Gruppe mit 6 bis 15 Patienten
Schulungsmaterial	1x pro Schulung/Patient	10,00 €	99529	-	

Abschnitt C - Abrechnung Arzt – KVH

- (1) Der teilnehmende Arzt rechnet die erbrachten Leistungen gemäß der Abschnitte A und B unter Angabe der jeweiligen GOP gegenüber der KVH ab.
- (2) In der ärztlichen Abrechnung sind die mit der zu einer Einschreibung in ein DMP führenden Erkrankung korrespondierenden ICD-Schlüssel zu erfassen. Es gelten die Vorschriften der ICD-Kodierungsrichtlinie des BfARM in der jeweils aktuellen Fassung. Eine entsprechende Positivliste hierzu ist zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich abgestimmt und wird den teilnehmenden Ärzten von der KVH in der jeweils aktuellen Fassung zur Verfügung gestellt. Diese ist als verbindliche Grundlage bei der KVH hinterlegt und wird im Rahmen der durchzuführenden Abrechnungsprüfung verwendet. Der Schweregrad der Erkrankung sowie Komplikationen und Begleiterkrankungen, die im Zusammenhang mit der Indikation stehen, werden zusätzlich bei der Verschlüsselung berücksichtigt. Die Vertragspartner verständigen sich hierzu bei entsprechender Änderung der ICD-Schlüssel bzw. Änderung der DMP-A-RL.
- (3) Die KVH führt die Abrechnungsprüfung nach Maßgabe geltender gesetzlicher und vertraglicher Bestimmungen durch. Es gelten die Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KVH in der jeweils gültigen Fassung.
- (4) Ist in einem Abrechnungszeitraum kein zur Einschreibung in das DMP führender ICD-Schlüssel gemäß § 1 Abs. 2 (mindestens vierstelliger ICD-10-Code) in den Abrechnungsdaten dokumentiert, werden sämtliche bei dem jeweiligen Patienten angesetzten Vergütungspauschalen des entsprechenden DMPs nicht vergütet. Eine nachträgliche Dokumentation und somit auch eine nachträgliche Vergütung sind nicht zulässig. Die Prüfung durch die KVH erfolgt mindestens vierstellig.
- (5) Die KVH ist berechtigt im Rahmen der Abrechnung gegenüber dem teilnehmenden Arzt die Verwaltungskosten nach der Satzung in der jeweils gültigen Fassung in Abzug zu bringen. Die KVH sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Ärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden.
- (6) Die Datenstelle übermittelt spätestens 8 Wochen nach Ende des Quartals eine Auswertung der eingegangenen Dokumentationen (DMP-Vergütungsdatei). Näheres hierzu regeln die Vertragspartner im Datenstellenvertrag. Die durch die KVH durchzuführende Abrechnungsprüfung erfolgt bei fristgerechter Übermittlung und technischer Verwertbarkeit der Daten unter Berücksichtigung der von der Datenstelle zur Verfügung gestellten Vergütungsdatei. Die Vertragspartner verständigen sich auf eine regelmäßige Analyse der Umsetzung und Auswirkung der Abrechnungen auf Basis der Vergütungsdatei. Näheres hierzu ist in der DMP-Vergütungsdatei geregelt.

Abschnitt D - Abrechnung KVH - Krankenkasse

- (1) Die KVH liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte, die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen.
- (2) Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung. Im Übrigen gelten die gesamtvertraglichen Regelungen in ihren jeweils gültigen Fassungen, soweit sich aus diesem Vertrag keine Abweichungen ergeben
- (3) Auswertung Videoschulungen:

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg wird die Häufigkeit der im Videoformat erbrachten Schulungen (= Kenn-Nummer Videoschulungen GOP 99499) jährlich sowie auf Anforderung der Vertragspartner auswerten. Die Ergebnisse der jährlichen Analyse sind den Vertragspartnern bis zum 01. August des Folgejahres im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung DMP (GE DMP) zur Verfügung zu stellen. Die Auswertung umfasst folgende Punkte:

- a. Je DMP-Indikation (= DMP-Vertrag) eine Auswertung der Häufigkeit der abgerechneten Unterrichtseinheiten pro Schulungsprogramme im Videoformat / in Präsenz sowie die jeweilige Anzahl der abrechnenden Ärzte.
- b. Je DMP-Indikation (=DMP-Vertrag) eine Aufschlüsselung der unter a) ausgewiesenen Anzahl der Unterrichtseinheiten pro Schulungsprogramm im Videoformat auf die abrechnenden Ärzte (Häufigkeitsverteilung)

Über die weitere Ausgestaltung der Auswertungen verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der GE.