

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

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 classic
(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: Eine Übersicht der teilnehmenden Betriebskrankenkassen und der IKKn finden Sie am Ende des Dokumentes.

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 und Ende der Teilnahme	10
§ 8 Verzeichnisse der Leistungserbringer	11
 <u>ABSCHNITT III - VERSORGUNGSINHALTE</u>	 <u>11</u>
§ 9 Medizinische Anforderungen an das DMP Osteoporose	11
 <u>ABSCHNITT IV - QUALITÄTSSICHERUNG</u>	 <u>12</u>
§ 10 Grundlagen und Ziele	12
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren	12
§ 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>15</u>

§ 17 Fortbildung von Ärzten	15
§ 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	16
§ 21 Datenstelle	17
§ 22 Datenzugang.....	17
§ 23 Datenaufbewahrung und -löschung.....	17
<u>ABSCHNITT VIII - VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG.....</u>	<u>18</u>
§ 24 Vergütung und Abrechnungsbestimmungen.....	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 aktuellen gültigen Fassungen inklusive Anlagen, 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 Osteoporose

ABSCHNITT I - ZIELE, GELTUNGSBEREICH

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Mit dem DMP Osteoporose 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 Osteoporose gewährleistet werden.
- (2) Versicherte sollen durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme angeregt werden.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Osteoporose, die von den Vertragspartnern angestrebt werden, sowie die medizinischen Grundlagen sind in der Nummer 1.3 der Anlage 19 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 classic erklären und die Vergütungen gemäß § 24 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche oder gesetzliche Vorschriften gelten. Mit der Beitrittserklärung gegenüber der IKK classic wird bzw. wurde gleichzeitig der Vertragsbeitritt gegenüber der KVH erklärt. Die IKK classic meldet die beigetretenen Innungskrankenkassen 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 19 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 19 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 Ausdruck 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 Nummer 1.6.2 der Anlage 19 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 Nummer 1.6 der Anlage 19 DMP-A-RL genannten Indikationen, so vermerkt der überweisende Arzt auf dem Überweisungsschein, dass der Versicherte in das DMP Osteoporose 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 Nummer 1.6.3 der Anlage 19 DMP-A-RL genannten Indikationen, eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete am DMP Osteoporose 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 19 der DMP-A-RL, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und von diesen Leistungserbringern einzufordern
11. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nummer 1.6.4 der Anlage 19 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) Der Facharzt nach Abs. 2 kann auch koordinierender Arzt sein. Dies gilt
 - für Patienten, bei denen keine Multimorbidität, sondern ausschließlich die systemische Skeletterkrankung Osteoporose vorliegt,
 - im Ausnahmefall für Patienten, die bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden sind oder
 - im Ausnahmefall für Patienten, bei denen diese 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 KVV nach.
- (6) Zur Schulung berechtigt sind die teilnehmenden Ärzte, die die Strukturvoraussetzungen der Anlage 7 erfüllen und eine Genehmigung der KVV erhalten haben.
- (7) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnehmenden Fachärzte gehören insbesondere:
 1. die Beachtung der in Anlage 19 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 Nummer 1.6.3 der Anlage 19 DMP-A-RL genannten Indikationen, außer der Notfallindikation, ist eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete am DMP Osteoporose 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 Nummer 1.6.2 der Anlage 19 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 Nummer 1.6.4 der Anlage 19 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 19 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 01.01.2025 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 KVVH.
- (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 KVVH ein Verzeichnis gemäß Anlage 5. Die KVVH 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 KVVH zur Information der am Vertrag teilnehmenden Ärzte mit jeder Änderung zur Verfügung gestellt.
- (3) Die Leistungserbringerverzeichnisse stellen die Krankenkassen dem BAS bzw. den Landesprüfungsstellen alle 5 Jahre und auf Anforderung zur Verfügung.
- (4) Weiterhin werden die Leistungserbringerverzeichnisse gemäß Anlage 5 folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 - 1. bei Bedarf den am Vertrag teilnehmenden Ärzten durch die KVVH,
 - 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen (z.B. bei Neueinschreibung),
 - 3. der Datenstelle nach § 21 durch die KVVH 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 Osteoporose

Die medizinischen Anforderungen an das DMP sind in der Anlage 19 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 Osteoporose auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten. Die Ärzte sind durch die KVH 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 19 DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß der Anlage 19 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 20 DMP-A-RL,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Entsprechend der Nummer 2 der Anlage 19 DMP-A-RL bzw. ausgehend von § 2 Abs. 4 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 19 DMP-A-RL bzw. § 2 Abs. 4 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 Abrechnungsgenehmigung
- Grundsätzlich 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 können auf freiwilliger Basis an der Versorgung entsprechend dieses Vertrags teilnehmen, sofern die Einschreibekriterien gemäß § 3 DMP-A-RL erfüllt sind. Ferner muss der Versicherte von der Erreichung der Therapieziele nach § 1 profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken. Patientinnen ab dem vollendeten 50. Lebensjahr und Patienten ab dem vollendeten 60. Lebensjahr sowie Versicherte mit unbestimmtem oder diversem Geschlecht unter Berücksichtigung der individuellen Situation und in Abhängigkeit der medizinischen Einschätzung des Arztes frühestens ab dem vollendeten 50. Lebensjahr können mit der gesicherten Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose in das DMP eingeschrieben werden.
- (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 20 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 20 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 Osteoporose 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

- (1) Jeder teilnehmende Versicherte soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten bzw. noch in der Evaluation befindlichen, 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.
- (2) Sollte die Evaluierung des Programms "Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie" bis 01.10.2027 nicht erfolgreich abgeschlossen werden, verliert das Programm die Zulassung. Die Publikation der Evaluationsergebnisse muss bis zum 01.04.2029 erfolgen.

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 Osteoporose. 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 Osteoporose. 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 personenbeziehbaren 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 personenbeziehbaren 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

Vergütung und Abrechnungsbestimmungen

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 Regelungen zur 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 01.11.2024 in Kraft. Die Einschreibung der Versicherten in das DMP startet zum 01.01.2025.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von 4 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, auch aufgrund einer nicht rechtzeitigen oder für die Aufrechterhaltung der Zulassung mit nicht ausreichendem Ergebnis abgeschlossenen Evaluation des in Anlage 7 enthaltenen Schulungsprogramms. 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 classic

.....
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) Osteoporose

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

Teilnahmeberechtigt als koordinierender 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.

Leistungserbringer 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 Osteoporose-spezifischen von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildung. - und/oder – regelmäßige Teilnahme an von der KVH anerkannten strukturierten hausärztlichen Qualitätszirkel, der sich mit Osteoporose-spezifischen Themen beschäftigt

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

Anlage 2 Strukturqualität qualifizierter Facharzt

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

2. Versorgungsebene

Strukturvoraussetzungen der fachärztlichen Versorgung (Ärzte zur Mitbehandlung oder Koordination in Ausnahmefällen gemäß § 4)

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.

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsebene	Voraussetzungen
Fachliche und organisatorische Voraussetzungen ¹	– Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie/Facharzt für Orthopädie - 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
Nachweis bei Antragstellung bzw. spätestens bis 31.12. des Jahres der Genehmigung	– mindestens einmal jährlich Teilnahme an einer Osteoporose-spezifischen von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildung (mind. 4 Punkte im Jahr). - und/oder – Teilnahme an Osteoporose-spezifischem strukturiertem von der KVV 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 Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

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

Anlage 3: Mindestinhalte des Teilnahmeantrags Arzt

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

Der Teilnahmeantrag der Vertragsärzte zum DMP Osteoporose 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 gemäß § 4 Abs. 3, 1. Spiegelstrich bzw. die Koordination im Ausnahmefall gemäß § 4 Abs. 3, 2. und 3. Spiegelstrich 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 Schulungskraft) 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 Osteoporose“ und auch im Internet (Arztauskunft KVH) einverstanden ist und auch der Weitergabe des Verzeichnisses „Leistungserbringerverzeichnis Osteoporose“ 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 Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten zustimmt
- Hinweis, dass die Zustimmung zur Veröffentlichung und Weitergabe der Daten im „Leistungserbringerverzeichnis Osteoporose“ 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 20 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 Osteoporose 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 Osteoporose auf den Internetseiten der KVH nachgelesen werden kann
- Datum, Praxisstempel und Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. des MVZ-Leiters)

Krankenhaus-IK

- 06.05.2020 TEEWE Indikationsübergreifend

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 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 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 Einwilligung auf der beigefügten 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 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 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.

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.

Technische Anlage

zur

**Übermittlung der
Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter
Behandlungsprogramme (DMP) für
Osteoporose**

Version:	01
Gültig ab:	01.07.2022
Stand:	30.09.2022

Autoren:	Verbände und Vertreter der Krankenkassen auf Bundesebene
-----------------	---

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	01,41

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 = Vertraglich eingebundene zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin bzw. vertraglich eingebundener zugelassener oder ermächtigter qualifizierter Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung 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“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärztinnen und Ärzte der Versorgungsebene „B“ 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“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben. Darüber hinaus können Ärztinnen und Ärzte der Versorgungsebene „B“, die Versicherte behandeln, bei denen keine Multimorbidität, sondern ausschließlich die systemische Skeletterkrankung Osteoporose vorliegt, die Langzeitbetreuung und Dokumentation übernehmen. Es 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 durchführbar bis
01	Arzt koordiniert	<i>alle</i>	
02	Arzt koordiniert nicht	<i>alle</i>	
41	Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie	<i>Osteoporose</i>	

Anlage 6 Qualitätssicherung

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

V 1.0 – Stand: 16.11.2021

QUALITÄTSSICHERUNG Osteoporose Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 20 der DMP-A-RL

Gültig ab: 01.11.2024

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 20 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. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit neu aufgetretenen osteoporosebedingten Frakturen	Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit neu aufgetretenen osteoporosebedingten Frakturen während der letzten 12 Monate, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer <u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 2 (ISD) (Neu aufgetretene osteoporosebedingte Fraktur seit der letzten Dokumentation) = „Ja“ während der letzten 12 Monate <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
II. Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Stürzen oder mit erhöhtem Sturzrisiko: Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, denen eine Maßnahme zur Sturzprophylaxe empfohlen wurde	Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Stürzen oder mit hohem Sturzrisiko: Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer, denen eine Maßnahme zur Sturzprophylaxe empfohlen wurde <u>Zielwert:</u> größer gleich 90 %	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 7 (ISD) (Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit erhöhtem Sturzrisiko oder Stürzen: Sturzprophylaxemaßnahme empfohlen) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 4 (ISD) (Stürze in den letzten 6 Monaten) größer 0 ODER Feld 5 (ISD) (Stürze seit der letzten Dokumentation) größer 0	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

		ODER Feld 6 (ISD) (Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 70 Jahre: erhöhtes Sturzrisiko) = „Ja“		
III. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die regelmäßig körperliches Training (auch im Rahmen einer Maßnahme zur Sturzprophylaxe) betreiben	Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die regelmäßig körperliches Training (auch im Rahmen einer Maßnahme zur Sturzprophylaxe) betreiben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei denen körperliches Training möglich ist <u>Zielwert:</u> größer gleich 60 %	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 8 (ISD) (Regelmäßiges körperliches Training) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer UND NICHT Feld 8 (ISD) (Regelmäßiges körperliches Training) = „Nicht möglich“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
IV. Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP Einschreibung noch nicht geschult sind: Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP Einschreibung noch nicht geschult sind: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben. <u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 13 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit:	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

		[Feld 13 (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums ODER [Feld 12 (Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)) = „Ja“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT Feld 13 (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation]] { UND NICHT Feld 11 (Schulung bereits vor Einschreibung in das DMP wahrgenommen) = „Ja“ }¹ { }¹ Liegt keine Angabe zu Feld 11 (Schulung bereits vor Einschreibung in das DMP wahrgenommen) vor, gilt der Patient als ungeschult und wird nicht aus dem Nenner ausgeschlossen. Dies wird so gewertet, als wäre die Angabe „Nein“ in Feld 11 (Schulung bereits vor Einschreibung in das DMP wahrgenommen) erfolgt. Keine Angabe liegt in den Fällen vor, in denen ein Arztwechsel erfolgte.		
--	--	---	--	--

V. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie erhalten	Anteil an Teilnehmerinnen (ohne Hormonersatztherapie) und Teilnehmern, die eine osteoporosespezifische medikamentöse Therapie erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen (ohne Hormonersatztherapie) und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> größer gleich 80 %	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [Feld 9 (ISD) (Aktuelle osteoporosespezifische Medikation) = „Bisphosphonate“ ODER „Denosumab“ ODER „Raloxifen“ ODER „Teriparatid“] <u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer UND NICHT Feld 9 (ISD) (Aktuelle osteoporosespezifische Medikation) = „Patientin mit Hormonersatztherapie“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VI. Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit osteoporosespezifischer medikamentöser Therapie: Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine Therapie mindestens drei Jahre fortgeführt haben	Anteil der Teilnehmerinnen (ohne Hormonersatztherapie) und Teilnehmer mit osteoporosespezifischer medikamentöser Therapie: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die die Therapie mindestens drei Jahre fortgeführt haben <u>Zielwert:</u> größer gleich 75 %	<u>Zähler:</u> Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [Feld 10 (ISD) (Dauer der osteoporosespezifischen Medikation) = „Nach drei Jahren abgeschlossen“ ODER „Aktuell andauernd, Fortführung über drei Jahre hinaus“] <u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [Feld 9 (ISD) (Aktuelle osteoporosespezifische Medikation) = „Bisphosphonate“ ODER „Denosumab“ ODER „Raloxifen“ ODER „Teriparatid“ ODER „Keine osteoporosespezifische Medikation“] UND	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

		[Feld 10 (ISD) (Dauer der osteoporosespezifischen Medikation) = „Vor dem abgeschlossenen 3. Jahr abgebrochen“ ODER „Aktuell andauernd, Fortführung über drei Jahre hinaus“ ODER „Nach drei Jahren abgeschlossen“]		
--	--	---	--	--

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 <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen <u>Nenner:</u> 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 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 13 (ISD) (Empfohlene 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 8 (ISD) (Regelmäßiges körperliches Training) = „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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
V. Reduktion von Stürzen	entfällt	entfällt	Feld 5 (ISD) (Stürze seit der letzten Dokumentation) = größer 0 ODER Feld 6 (ISD) (Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 70 Jahre: erhöhtes Sturzrisiko) = „Ja“	V: Aufklärung/Information des Versicherten über Sturzrisiken und deren Vermeidung; maximal einmal pro Jahr

Erläuterungen und Begründung zur Qualitätssicherung auf Grundlage des Datensatzes nach Anlagen 2 und 20

Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung
AD	=	Allgemeiner Datensatz der Anlage 2
ISD	=	Indikationsspezifischer Datensatz der Anlage 20

Erläuterung: Unter Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind hier die am Programm teilnehmenden Patientinnen und Patienten gemeint

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

Abschnitt A – Vergütung 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) Ärzte nach §§ 3 und 4 können die Vergütungen gemäß Absatz 7 für ins DMP Osteoporose eingeschriebene Versicherte gegenüber der KVH abrechnen.
- (3) 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 für diesen DMP-Teilnehmer die gleichen Vergütungs- und Abrechnungsregelungen wie für Ärzte nach § 3 des Vertrages
- (4) Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschalen mit der Ausnahme der GOP 99560 ist eine gültige Einschreibung des Versicherten in das DMP Osteoporose aufgrund der Vorschriften der RSAV und der DMP-A-RL. 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.
- (5) Die Vergütung für die Erstdokumentation Osteoporose (GOP-Nr.99560) 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 Osteoporose kann unter der Voraussetzung abgerechnet werden, dass der DMP-Teilnehmer zuvor aus dem DMP ausgeschrieben wurde gemäß einer Voraussetzung des § 24 Absatz 2 Nr. 2 a–c RSAV und eine erneute Einschreibung in das DMP Osteoporose 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.
- (6) Der Arzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 20 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 Osteoporose (GOP-Nr. 99562) soll je DMP-Patient von dem betreuenden koordinierenden Arzt nur entsprechend des

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

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.

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

Leistung	Beschreibung und Abrechnungsbestimmung	Vergütung	GOP
Einschreibung/Erstdokumentation - koordinierende Ärzte nach § 3 - Ärzte nach § 4, die im Ausnahmefall koordinierend tätig sind	Information, Beratung, Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 20 DMP-A-RL sowie die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Einschreibeunterlagen inkl. Versandkosten Einmalig	25,00 EUR	99560
Zuschlag zur erstmaligen Einschreibung - koordinierende Ärzte nach § 3 - Ärzte nach § 4, die im Ausnahmefall koordinierend tätig sind	Zuschlag zur GOP xxxxx [Erstdokumentation] zur Implementierung der Prozesse in den Praxen Einmalig je Patient und Praxis, wird von der KV automatisch zugeführt befristet bis zum 31.12.2025	5,00 EUR	99561
Folgedokumentation - koordinierende Ärzte nach § 3 - Ärzte nach § 4, die im Ausnahmefall koordinierend tätig sind	Erstellung der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 20 DMP-A-RL sowie die fristgemäße Übermittlung der Folgedokumentation 1x im Behandlungsfall	15,00 EUR	99562
Betreuungspauschale koordinierender Arzt - koordinierende Ärzte nach § 3 - Ärzte nach § 4, die im Ausnahmefall koordinierend tätig sind	- Intensives Patientengespräch unter Beachtung der einschlägigen Leitlinie: - o von <i>Frakturen und klinischen Hinweisen auf Frakturen</i>, - o von Komorbiditäten und deren Einfluss auf Therapie und mögliche Nebenwirkungen / Interaktionen (Bei postmenopausalen Frauen: Frage nach einer Hormonersatztherapie),	11,00 EUR Die Vergütung von 11,00 Euro ist bis zum	99563

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

Leistung	Beschreibung und Abrechnungsbestimmung	Vergütung	GOP
	- o weiterer Medikamente, die das Frakturrisiko erhöhen, - o einer ausreichenden Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr über eine Anamnese, - o der Therapien auf ihre Wirksamkeit, - o des Grads der Erreichung vereinbarten Ziele und - o von Schmerzen. • Motivation und Aufklärung des Patienten, insbesondere - o aktivierende Maßnahmen und deren Verstetigung, - o Lebensstilmodifikation, - o richtige Medikamenteneinnahme. • Überprüfung der Notwendigkeit einer Parodontitis-Behandlung • ggf. Absprache mit anderen Leistungserbringern zur Anpassung der individuellen Therapie, • ggf. Überweisung in die zweite Versorgungsebene einmal im Behandlungsfall	31.12.2025 befristet. Ab dem 01.01.2026 werden 12,00 Euro vergütet.	
Sturzanamnese inkl. Sturz-Assessment • Ärzte nach § 3 • Ärzte nach § 4, die im Ausnahmefall koordinierend tätig sind	Ausführliche Sturzanamnese, Abklärung von Gleichgewichtsstörungen und Ermittlung des Sturzrisikos ggf. unter Durchführung verschiedener Tests: • Handkraftmessung • Tandemstand • Chair Rising Test Folgeabschätzung bei Sturzneigung: • Beratung zur Reduktion des Sturzrisikos (z.B. Vermeidung von Untergewicht) • Empfehlung von Maßnahmen zur Förderung des Gleichgewichts und der Reaktionsfähigkeit sowie zur Reduktion der Angst vor Stürzen und vor weiteren Mobilitätseinschränkungen	6,50 EUR	99564

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

Leistung	Beschreibung und Abrechnungsbestimmung	Vergütung	GOP
	• Motivation zu körperlichem Training zur Förderung der Muskelkraft und Koordination • Überprüfung der Indikation sturzfördernder Medikamente 2x pro Krankheitsfall, jedoch nicht im selben Quartal, Abrechnungsausschluss zu EBM 03360 im gleichen Behandlungsfall		
Mitbehandlungspauschale Facharzt Ärzte nach § 4 auf Überweisung eines Arztes nach § 3	zur Vermeidung der Progression unter Therapie sowie ggf. Untersuchung zur Abklärung einer sekundären Erkrankungsursache der Osteoporose 2x pro Krankheitsfall, jedoch nicht im selben Quartal	25,00 EUR	99565

Abschnitt B – Vergütung 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) Jede Unterrichtseinheit entspricht 60 Minuten.
- (5) Frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, darf die Schulung erneut erbracht werden (Wiederholungsschulung).

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

- (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.

Leistung	Beschreibung und Abrechnungsbestimmung	Vergütung	GOP
Patientenprogramm Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft Osteologie* * Vorläufige Zulassung unter Vorbehalt eines positiven Evaluationsergebnisses entsprechend § 4 Abs. 3 DMP-A-RL Ärzte nach § 3 und Ärzte nach § 4	• 5 Unterrichtseinheiten (UE) á 60 Minuten • Vergütung wird je UE/Patient gezahlt	22,50 EUR	99566
Sachkosten Schulung Ärzte nach § 3 und Ärzte nach § 4	1x pro Schulung/Patient	12,90 EUR	99567

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) 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.

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

- (3) 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.
- (4) 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. Näheres hierzu regeln die Vertragspartner in einer gesonderten Vereinbarung.

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

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Osteoporose in Hamburg

Stand: 06.01.2025

Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
108534160	Audi BKK	Ettinger Str. 70	85057	Ingolstadt
109938503	Bahn-BKK	Franklinstr. 54	60486	Frankfurt
103725342	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Güterloh
102122660	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen
108833355	BKK Akzo Nobel	Glanzstoffstraße 1	63906	Erlenbach
105530444	BKK B. Braun Aesculap	Grüne Str. 1	34212	Melsungen
106431572	BKK der G. M. PFAFF AG	Pirmasenser Str. 132	67655	Kaiserslautern
104224634	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 45-47	40212	Düsseldorf
103724294	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld
103724249	BKK Dürkopp Adler	Stieghorster Str. 66	33605	Bielefeld
104125509	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Str. 62	52525	Heinsberg
102429648	BKK EWE	Staulinie 16-17	26122	Oldenburg
102122557	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte
103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler Str. 11	28237	Bremen
103724272	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49	33649	Bielefeld
108833674	Koenig & Bauer BKK	Friedrich-Koenig-Str. 4	97080	Würzburg
105830517	BKK Linde	Konrad-Adenauer-Ring 33	65187	Wiesbaden
103726081	bkk melitta hmr	Marienstr. 122	32425	Minden
105230076	BKK Merck	Frankfurter Str. 129	64293	Darmstadt
103725364	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Güterloh
107835333	BKK MTU	Hochstraße 40	88045	Friedrichshafen
101520078	Mobil Krankenkasse	Burggrafstr. 1	29221	Celle
106431652	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen
105723301	BKK PricewaterhouseCoopers	Burgstr. 1-3	34212	Melsungen
108591499	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen
101931440	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
101922757	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
102031410	BKK Technoform	Biberacher Str. 73	89584	Ehingen
109723913	mkk - meine krankenkasse	Lindenstraße 67	10969	Berlin
103526615	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte
107832012	BKK VerbundPlus	Zeppelinring 13	88400	Biberach
104526376	VIActiv Krankenkasse	Suttner-Nobel-Allee 3-5	44803	Bochum
105530126	BKK Werra-Meissner	Straßburger Str. 5	37269	Eschwege
105734543	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstr. 19	34212	Melsungen
107829563	BKK ZF + Partner	Otto-Lilienthal-Str. 10	88046	Friedrichshafen
109034270	BMW BKK	Mengkofenstraße 6	84130	Dingolfing
108036123	Bosch BKK	Kruppstraße 19	70469	Stuttgart
103523440	Continental BKK	Sengemannstr. 120	22335	Hamburg
108030775	Mercedes-Benz BKK	Mercedesstr. 120	70372	Stuttgart
106329225	Debeka BKK	Im Metternicher Feld 40	56072	Koblenz
104926702	Bergische Krankenkasse	Heresbachstr. 29	42719	Solingen
102129930	energie-BKK	Oldenburger Allee 24	30659	Hannover
105732324	Ernst & Young BKK	Rotenburger Str. 16	34212	Melsungen
103724238	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602	Bielefeld
108035612	mhplus Krankenkasse	Frankstr. 8	71636	Ludwigsburg
104491707	Novitas BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg
106492393	pronova BKK	Rheinallee 13	67061	Ludwigshafen
105823040	R+V BKK	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden
105330168	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg
108433248	SBK Siemens-Betriebskrankenkasse	Heimeranstr. 31-33	80339	München
107536262	vivida bkk	Spittelstr. 50	78056	Villingen-Schwenningen
101320032	SECURVITA BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg
108833505	SKD BKK	Schultesstr. 19a	97421	Schweinfurt
102137985	TUI BKK	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen

Teilnehmende IKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm Osteoporose in Hamburg

Stand: 01.01.2025

Haupt-IK	Name der IKK	Straße	PLZ	Ort
103501080	BIG direkt gesund	Rheinische Straße 1	44137	Dortmund
109303301	IKK Südwest	Europaallee 3 - 4	66113	Saarbrücken
100602360	IKK Brandenburg und Berlin	Ziolkowskistr. 6	14480	Potsdam
101202961	IKK gesund plus	Umfassungsstraße 85	39124	Magdeburg
101300129	IKK - Die Innovationskasse	Lachswehrallee 1	23558	Lübeck
107202793	IKK classic	Tannenstraße 4b	01099	Dresden