

VERTRAG

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

dem BKK-Landesverband NORDWEST

– handelnd für die Betriebskrankenkassen –

der IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

als Landwirtschaftliche Krankenkasse

der KNAPPSCHAFT

den Ersatzkassen in Nordrhein:

- **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 den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

(nachstehend Krankenkassen/-verbände genannt)

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

– vertreten durch den Vorstand –

(nachstehend KV Nordrhein genannt)

über ein

strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V

zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung

von Versicherten mit Osteoporose

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziele des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich

Abschnitt II – Teilnahme der Ärzte

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des qualifizierten Facharztes bzw. der qualifizierten Einrichtung
- § 5 Teilnahme von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen
- § 6 Teilnahmeerklärung
- § 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 9 Ärzteverzeichnis

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

- § 10 Medizinische Anforderungen an das Disease-Management-Programm Osteoporose

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

- § 11 Grundlagen und Ziele
- § 12 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12a Förderung der Wirtschaftlichkeit
- § 13 Vertragsmaßnahmen

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung des Versicherten

- § 14 Teilnahmevoraussetzungen
- § 15 Information und Einschreibung
- § 16 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 17 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 18 Wechsel des koordinieren Arztes
- § 19 Teilnehmersverzeichnis

Abschnitt VI – Fortbildungen und Schulungen

§ 20 Fortbildung der Ärzte

§ 21 Schulung für Versicherte

Abschnitt VII – Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung

§ 22 Arbeitsgemeinschaft und deren Aufgaben

§ 23 Datenstelle

§ 24 Gemeinsame Einrichtung und deren Aufgaben

Abschnitt VIII – Datenfluss und Datenverwendung

§ 25 Erst- und Folgedokumentationen

§ 26 Datenfluss

§ 27 Datenzugang

§ 28 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt IX – Evaluation

§ 29 Evaluation

Abschnitt X – Vergütung und Abrechnung

§ 30 Vergütung und Abrechnung

Abschnitt XI – Sonstige Bestimmungen

§ 31 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 32 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

§ 33 Laufzeit und Kündigung

§ 34 Schriftform

§ 35 Salvatorische Klausel

Übersicht Anlagen

- Anlage 1** **Strukturqualität koordinierende Ärzte nach § 3**
- Anlage 2** **Strukturqualität Ärzte nach § 4**
- Anlage 3** **Teilnahmeerklärung Ärzte**
- Anlage 4** **Ärzteverzeichnis**
- Anlage 5** **Qualitätssicherung (Ziele, Indikatoren, Maßnahmen)**
- Anlage 6** **Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte**
Datenschutzinformation Versicherte, Patienteninformation
- Anlage 7** **Patientenschulungen**

Erläuterungen/Abkürzungen

- „Ärzte“ sind an diesem Programm teilnehmende Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren, und ermächtigte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen
- „Angestellter Arzt“ ist ein Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGB V
- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen
- „Ärztlicher Leiter“ des Medizinischen Versorgungszentrums ist ein nach § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V im Medizinischen Versorgungszentrum tätiger Vertragsarzt oder angestellter Arzt
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung
- „DMP“ ist das Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie
- „Dokumentationsdaten“ sind die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL aufgeführten Daten (ED bzw. FD)
- „DS-GVO“ ist die EU-Datenschutz-Grundverordnung
- „ED bzw. FD“ sind die Erst- bzw. Folgedokumentation („Dokumentationsdaten“)
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V
- „KGNW“ ist die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.
- „qualifizierte Einrichtung“ ist eine Einrichtung, die gemäß Nummer 1.6.1 und/oder 1.6.2 der Anlage 19 der DMP-A-RL für die Leistungen der hausärztlichen und/oder fachärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung
- „TE/EWE“ ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichen beziehen sich auf diesen Vertrag. Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt wird.

Zur besseren Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet. Es sind jedoch immer gleichrangig Personen jedweden Geschlechts gemeint.

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Mit dem DMP Osteoporose soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten sowie den Vertragspartnern dieses Vertrages und eine dem aktuellen Stand entsprechende medizinische 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 sowie die medizinischen Grundlagen ergeben sich aus der DMP-A-RL sowie der RSAV. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die am Programm teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele gemäß Anlage 19 Nummer 1.3 der DMP-A-RL an:
 - Vermeidung von Frakturen, auch durch Vermeidung von Stürzen
 - Erhöhung der Lebenserwartung
 - Verbesserung oder Erhaltung der osteoporosebezogenen Lebensqualität
 - Verbesserung oder Erhaltung einer selbstbestimmten Lebensführung
 - Reduktion von Schmerzen
 - Verbesserung oder Erhaltung von Funktion und Beweglichkeit
 - Verhinderung der Progredienz der Erkrankung.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt für
 1. die an der vertragsärztlichen Versorgung in der Region der KV Nordrhein teilnehmenden Ärzte, die nach Maßgabe des Abschnitts II dieses Vertrages am DMP - persönlich oder durch angestellte Ärzte - teilnehmen.
 2. Versicherte der vertragsschließenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V dieses Vertrages in das DMP eingeschrieben haben.
 3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern die Krankenkasse des Versicherten vorab diesen Vertrag gegen sich gelten lässt und die KV Nordrhein darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären, dass sie die Vergütungen gemäß § 30 anerkennen. Die KV Nordrhein informiert hierüber die teilnehmenden Ärzte. Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 SGB V bleibt unberührt.

- (2) Die Vergütungen im Falle des Abs. 1 Nr. 3 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (3) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV sowie die DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.
- (4) Die an diesem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmenden Versicherten sind gemäß § 10 zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

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 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.

In Ausnahmefällen kann ein an der vertragsärztlichen Versorgung und am DMP Osteoporose gemäß § 4 teilnehmender qualifizierter Facharzt oder qualifizierte Einrichtung auch koordinierend tätig sein. Ist ein nach § 4 teilnehmender Arzt koordinierend tätig, hat er die Aufgaben des koordinierenden Arztes gemäß § 3 Abs. 5 zu erfüllen. 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 und diesen zu ihrem koordinierenden Arzt wählen oder
 - im Ausnahmefall für Patienten, bei denen diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 7. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen sind der KV Nordrhein unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.

- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 3 durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Nordrhein nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KV Nordrhein vom anstellenden Arzt bzw. dem ärztlichen Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitgeteilt.
- (5) Zu den Aufgaben der gemäß § 3 teilnehmenden Ärzte gehören insbesondere:
1. die Durchführung und Koordination der Behandlung der Versicherten unter Beachtung der nach § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.6 der Anlage 19 der DMP-A-RL,
 2. die Information, Beratung und Erstellung der Einschreibeunterlagen der Versicherten gemäß § 15,
 3. die schriftliche oder elektronische Übermittlung der TE/EWE des Versicherten mit Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL nach den Abschnitten VII und VIII dieses Vertrages innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Datenstelle. Es ist zu gewährleisten, dass die gültige TE/EWE spätestens zusammen mit der Erstdokumentation an die Datenstelle weitergeleitet wird. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten,
 4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 5. die Motivation der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen sowie die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 21, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Nordrhein entsprechend nachgewiesen ist.
 6. Überweisung zur Auftragsleistung, insbesondere bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.2 der Anlage 19 der DMP-A-RL genannten Indikationen an andere Ärzte. Auf dem Überweisungsschein ist der Vermerk „DMP“ anzubringen.
 7. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 19 der 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 geeignete Krankenhaus erfolgen,

8. bei Überweisung/Einweisung therapierrelevante Informationen, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
 9. bei Wechsel des Arztes sind dem neuen Arzt mit Zustimmung des Patienten auf Anforderung alle Patientendaten zu übermitteln,
 10. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nummer 1.6.4 der Anlage 19 der DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragstellung 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.
 11. die Berücksichtigung der im Auftrag der GE verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsschreiben für eine reguläre Teilnahme des Versicherten.
 12. 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 Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.
- (6) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 12 des Absatzes 5 entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 bzw. Anlage 2 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL bzw. der RSAV Sorge zu tragen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des qualifizierten Facharztes bzw. der qualifizierten Einrichtung

- (1) Die Teilnahme der qualifizierten Fachärzte bzw. der qualifizierten Einrichtung an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung sind Fachärzte, die die Voraussetzungen der Anlage 2 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.
- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums, dass die

arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 7. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 2 ist der KV Nordrhein unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.

- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums, die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Nordrhein nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KV Nordrhein vom anstellenden Arzt bzw. ärztlichen Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitgeteilt.
- (5) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte gehören insbesondere:
1. die Mit- und Weiterbehandlung der am DMP teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte; Sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Arzt je Behandlungsfall therapierelevante Informationen zu übermitteln.
 2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 21, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Nordrhein entsprechend nachgewiesen ist,
 4. soweit für die Behandlung des Versicherten erforderlich, die Überweisung an andere Fachärzte gemäß Nummer 1.6.2 der Anlage 19 DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
 5. die Übermittlung therapierelevanter für die rechtzeitige Erstellung der Dokumentation erforderliche Informationen an den koordinierenden Arzt,
 6. bei Rücküberweisungen des Versicherten an den koordinierenden Arzt therapierelevante Informationen zur rechtzeitigen Erstellung der Dokumentation mit den in Anlage 20 genannten Inhalten zu übermitteln,
 7. bei Überweisung an andere Ärzte therapierelevante Informationen, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern
 8. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 19 der 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 vorzunehmen und den koordinierenden Arzt hiervon zu unterrichten. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus erfolgen,

9. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nummer 1.6.4 der Anlage 19 der DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragstellung 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,
 10. die grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme und Mitwirkung an DMP-bezogenen Qualitätszirkeln.
- (6) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 10 des Absatzes 5 entsprechend. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL bzw. der RSAV Sorge zu tragen.

§ 5

Teilnahme von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

Die Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen in das DMP Osteoporose zur Versorgung teilnehmender Versicherter wird in separaten Verträgen geregelt. Dabei wird die Beachtung der Anforderungen der DMP-A-RL und der RSAV sichergestellt.

§ 6

Teilnahmeerklärung

Der Arzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Arzt/Einrichtung nach § 3 und/oder als fachärztlich tätiger Arzt nach § 4 gegenüber der KV Nordrhein schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 3 zur Teilnahme am DMP Osteoporose bereit. Wird die Teilnahme des Arztes am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 3 unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KV Nordrhein kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden. Mit der Antragstellung legt der Arzt dar, dass er persönlich oder durch angestellte Ärzte die Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 1 bzw. 2 erfüllt.

§ 7

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KV Nordrhein überprüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß der Anlagen 1 bzw. 2 und erteilt bei Erfüllung schriftlich die erforderlichen Genehmigungen.
- (2) Die KV Nordrhein überprüft darüber hinaus die Schulungsberechtigung gemäß der Anlage 3 für die teilnehmenden Ärzte nach § 3 und § 4 und erteilt bei Erfüllung schriftlich die erforderliche Genehmigung. Sie überprüft jährlich, ob die Strukturvoraussetzungen noch vorliegen.

§ 8

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Ärzte gemäß § 3 bzw. § 4 am DMP beginnt vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag des Eingangs des Antrags gemäß der Anlage 3 bei der KV Nordrhein. Die Teilnahme wird schriftlich von der KV Nordrhein bestätigt.
- (2) Der Arzt kann seine Teilnahme schriftlich oder elektronisch gegenüber der KV Nordrhein kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KV Nordrhein) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet mit dem Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Die Teilnahme an diesem Vertrag ruht während des Ruhens der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet ferner mit dem rechtskräftigen Widerruf der Genehmigung durch die KV Nordrhein, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen.
- (5) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Arztes, können die Krankenkassen die hiervon betroffenen Versicherten auf andere am DMP Osteoporose teilnehmende koordinierende Ärzte aufmerksam machen, um gegebenenfalls einen Arztwechsel gemäß § 18 zu ermöglichen.
- (6) Die KV Nordrhein informiert die beteiligten Vertragspartner bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.

§ 9

Ärzteverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KV Nordrhein ein Verzeichnis entsprechend der Anlage 4. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die

bei teilnehmenden Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP Osteoporose erbringen. Die KV Nordrhein stellt dieses Verzeichnis den teilnehmenden Krankenkassen/-verbänden, der Gemeinsamen Einrichtung nach § 24 und der KGNW regelmäßig in elektronischer Form, z.B. als Excel-Datei, entsprechend Anlage 4 zur Verfügung.

- (2) Über die am DMP Osteoporose teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen führen die Krankenkassen ein Verzeichnis. Sie stellen die Verzeichnisse der Gemeinsamen Einrichtung, der KGNW und der KV Nordrhein mit jeder Änderung zur Verfügung. Dieses Verzeichnis wird der KV Nordrhein in elektronischer Form (z.B. als Excel-Datei) zur Information der am DMP Osteoporose teilnehmenden Ärzte zur Verfügung gestellt.
- (3) Die Verzeichnisse nach Absatz 1 und 2 stellen die Krankenkassen dem BAS beim Antrag auf Zulassung des DMP zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BAS alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (4) Weiterhin werden die Verzeichnisse auf Anforderung folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 1. den an dem Vertrag teilnehmenden Ärzten durch die KV Nordrhein sowie den bei diesen angestellten Ärzten, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, insbesondere bei Neueinschreibung durch die jeweilige Krankenkasse,
 3. den am DMP Osteoporose teilnehmenden Krankenhäusern durch die KGNW und Rehabilitationseinrichtungen durch die Krankenkasse,
 4. den zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweilige Krankenkasse,
 5. der Datenstelle nach § 23 durch die KV Nordrhein.
- (5) Das Ärzteverzeichnis gemäß Anlage 4 kann von den Vertragspartnern zu Informationszwecken auch im Internet veröffentlicht werden. Die Zustimmung des Arztes hierzu wird mit der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 3 erteilt.

Abschnitt III **Versorgungsinhalte**

§ 10

Medizinische Anforderungen an das Disease-Management-Programm Osteoporose

Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 19 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Ärzte werden nach einer Änderung der Anlage 19 DMP-A-RL unverzüglich über die geänderten Anforderungen an die medizinische Behandlung von der KV Nordrhein unterrichtet.

Die teilnehmenden Ärzte sind zur Beachtung dieser Versorgungsinhalte verpflichtet. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, hat der anstellende Arzt für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL Sorge zu tragen. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 11 Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 5 genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die:

- (1) Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2, Nr. 1 SGB V und Anlage 19 der DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen),
- (2) Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- (3) Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß der Anlage 19 der DMP-A-RL,
- (4) Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4,
- (5) Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentationen gemäß Anlage 20 i. V. m. Anlage 2 der DMP-A-RL
- (6) aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 12 Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Entsprechend der Nummer 2 der Anlage 19 der DMP-A-RL bzw. ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP die Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage 5 zur Erreichung der Ziele zugrunde zu legen. Über Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend Anlage 19 der DMP-A-RL bzw. § 2 DMP-A-RL insbesondere:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,

2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten an die koordinierenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; dazu kann auch die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln gehören,
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 12a

Förderung der Wirtschaftlichkeit

- (1) Mit diesem Vertrag soll neben der Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Osteoporose durch die Intensivierung der interdisziplinären Kooperation von Ärzten auch Einfluss genommen werden auf ihre wirtschaftliche Versorgung mit Medikamenten.
- (2) Die Vertragspartner entwickeln gemeinsam, unter Beachtung der medizinischen Inhalte gemäß Anlage 19 der DMP-A-RL, eine Versorgungskonzeption, die für die teilnehmenden Ärzte bindend ist. Bei Nichtbeachten entscheiden die Vertragspartner nach Anhörung des Arztes gemeinsam über geeignete Maßnahmen unter Berücksichtigung von § 13 dieses Vertrages.
- (3) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, ihre Patienten auf wirtschaftliche Versorgungsmöglichkeiten sowie auf die nach der gemäß Anlage 19 der DMP-A-RL vorrangig zu verordnenden Wirkstoffe bei Osteoporose hinzuweisen und dabei eng mit der KV Nordrhein und den Krankenkassen zusammenzuarbeiten.

§ 13

Vertragsmaßnahmen

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms greifen wirksame Maßnahmen, wenn die mit der Durchführung beauftragten Ärzte gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen. Verletzen die nach § 3 oder § 4 teilnehmenden Ärzte die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, erfolgen im Einzelfall die nachstehenden Maßnahmen:
 1. keine Vergütung für unvollständige, unplausible oder nicht fristgerecht übermittelte Dokumentationen,

2. schriftliche Aufforderung durch die KV Nordrhein zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen, ggf. Angebot eines Beratungsgespräches durch die KV Nordrhein (z.B. bei fortgesetzter nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
 3. bei weiteren nachgewiesenen Verletzungen der sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, auf begründeten Antrag eines Vertragspartners, Widerruf der Teilnahme genehmigung des Arztes durch die KV Nordrhein (Ausschluss).
- (2) Disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie Schadensersatzansprüche bleiben unberührt.

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung des Versicherten

§ 14

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertragsteilnehmen, sofern die nachfolgenden Einschreibekriterien erfüllt sind:
1. die Diagnose Osteoporose ist gemäß Nummer 1.2 und 3.2 der Anlage 19 der DMP-ARL gesichert,
 2. weibliche Versicherte ab dem vollendeten 50. Lebensjahr und männliche Versicherte ab dem vollendeten 60. Lebensjahres 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 in das Programm eingeschrieben werden
 3. der Versicherte erteilt einmalig die schriftliche oder elektronische Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten auf der TE/EWE und
 4. der Versicherte erhält umfassende, schriftliche oder elektronische Informationen
 - über die Programminhalte,
 - über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an seine Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Satz 1a RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
 - über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele,
 - die Freiwilligkeit seiner Teilnahme,
 - die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung,
 - über seine Mitwirkungspflichten sowie

- darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.
- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

§ 15

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten entsprechend der DMP-A-RL schriftlich oder elektronisch über das DMP.
- (2) Der koordinierende Arzt informiert entsprechend der DMP-A-RL seine nach § 14 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese können sich mit der TE/EWE gemäß § 16 bei einem koordinierenden Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der unterschriebenen TE/EWE gemäß § 16 folgende Unterlagen notwendig:
1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL durch den behandelnden koordinierenden Arzt,
 2. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt auf der TE/EWE. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und durch die intensiverte Betreuung eine Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung möglich ist.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Arzt an dem Vertrag teilnimmt und die TE/EWE des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL plausibel und fristgerecht an die Datenstelle nach § 23, entsprechend den Vorgaben nach § 3 Abs. 6, weiterleitet.
- (5) Wenn der Versicherte die Einschreibekriterien mehrerer, der in der DMP-A-RL des G-BA genannten, Erkrankungen erfüllt, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen, sofern diese sich nicht ausschließen.
- (6) Versicherte, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen möchten, können sich dafür entscheiden einen koordinierenden Arzt zu wählen, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherzustellen. Die Krankenkassen wirken darauf hin, dass sich der Versicherte für jeweils eine Diagnose, für die ein DMP vertraglich vereinbart ist, nur bei einem koordinierenden Arzt einschreibt. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Arztes.

- (7) Der Versicherte kann auch bei der Krankenkasse in seine Teilnahme am Behandlungsprogramm einwilligen. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der TE/EWE von der Krankenkasse an seinen behandelnden koordinierenden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 erstellt und weitergeleitet werden können.
- (8) Soweit ein an dem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am DMP teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.
- (9) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm unter Angabe des Eintrittsdatums.

§ 16

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend der DMP-A-RL i. V. m. § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte auf der TE/EWE gemäß der Anlage 6 zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt einmalig schriftlich oder elektronisch in die damit verbundene Verarbeitung seiner Daten (insbesondere auch seiner Behandlungsdaten) ein.

§ 17

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 15 Absatz 9 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 15 Absatz 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen. Sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, scheidet er mit dem Tag des Zugangs der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem DMP aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am DMP Osteoporose endet weiterhin mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation bei Wegfall der Einschreibe-/Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV, weil
 - der Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt, oder
 - er innerhalb von zwölf Monaten zwei der veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat, oder

- oder zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist übermittelt worden sind.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten endet außerdem mit dem Tag
- der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V
 - des Zugangs des Widerrufs der TE/EWE durch den Versicherten bei der Krankenkasse
 - an dem die Versicherung bei der Krankenkasse beendet wird bzw. mit dem Tag des Kassenwechsels unter Beachtung der Regelungen des § 24 Abs. 3 RSAV.
- (5) Die jeweilige Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt unverzüglich schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.
- (6) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 14 vorliegen.

§ 18

Wechsel des koordinierenden Arztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese innerhalb der in § 3 Absatz 6 Nr. 3 genannten Fristen an die Datenstelle. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes. Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt dem neuen koordinierenden Arzt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

§ 19

Teilnehmerverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KV Nordrhein (bei Bedarf) eine Liste für die gemäß § 15 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken. Nähere Details zu Art, Umfang und Verwendungszweck werden in einer separaten Vereinbarung von den Vertragspartnern geregelt.

Abschnitt VI Fortbildungen und Schulungen

§ 20 Fortbildung der Ärzte

- (1) Die Vertragspartner informieren die gemäß §§ 3 und 4 teilnahmeberechtigten Ärzte umfassend über Ziele und Inhalte des DMP Osteoporose. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte / Medizinischen Versorgungszentren bestätigen den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 6.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen der nach den §§ 3 und 4 teilnahmeberechtigten Ärzte dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele.
- (3) Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab.
- (4) Die Vertragspartner definieren nach Beratung in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 24 bedarfsorientiert Anforderungen an die für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung (z.B. Qualitätszirkel) teilnahmeberechtigter Ärzte.
- (5) Die Fortbildungsmaßnahmen erfolgen gemäß den Inhalten der jeweils gültigen Fassung der DMP-A-RL.
- (6) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen.

§ 21 Schulung für Versicherte

- (1) Jeder teilnehmende Versicherte soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten bzw. noch in der Evaluation befindlichen, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm gemäß Anlage 7 erhalten. Diese Schulungsprogramme sind ausnahmslos DMP-A-RL konform und vom BAS als verwendungsfähig gelistet. Schulungen dienen gemäß § 4 Abs. 3 DMP-A-RL der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen.
- (2) Zur Schulung gemäß Anlage 7 berechtigt sind Ärzte, die gemäß der Anlage 3 die entsprechende Qualifikation nachgewiesen haben. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 7.

- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 19 der DMP-A-RL einzubeziehen. Weiterhin muss bei Schulungen auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.

Abschnitt VII Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/ Gemeinsame Einrichtung

§ 22 Arbeitsgemeinschaft und deren Aufgaben

- (1) Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Nordrheinischen Arbeitsgemeinschaft Disease-Management-Programme GbR nach § 219 SGB V um die Aufgaben aus diesem Vertrag. Das Nähere wird in einem Beschluss der Gesellschafterversammlung geregelt.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Absatz 2 S.1 Nr. 1a und 1c RSAV insbesondere die Aufgabe, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 DMP-A-RL versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn dann an die KV Nordrhein und die nach § 24 gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle für die Verarbeitung der in § 27 beschriebenen Daten. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 23 Datenstelle

- (1) Die Vertragspartner verständigen sich auf eine gemeinsame Datenstelle.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 22 dieses Vertrages beauftragt die Datenstelle zur:
1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,

3. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL,
 4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KV Nordrhein.
- (3) Die Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger und unplausibler Angaben,
 3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL unmittelbar an die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen,
 4. Entgegennahme und unmittelbare Weiterleitung der TE/EWE an die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen.
- (4) Der koordinierende Arzt beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
 2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL an die die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen
- (5) Zur Erfüllung der in Absatz 4 genannten Aufgaben erkennt der koordinierende Arzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 die mit der Datenstelle geschlossenen Verträge an.
- (6) Das Nähere zu den Absätzen 2 und 3 wird mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X, geregelt.

§ 24

Gemeinsame Einrichtung und deren Aufgaben

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft nach § 22 haben die Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gegründet. Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung um die Aufgaben aus diesem Vertrag. Das Nähere wird in einem Beschluss der Gesellschafterversammlung geregelt. Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen

pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 5 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

- (1) die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL,
- (2) die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL,
- (3) die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL,
- (4) die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 6 DMP-A-RL,
- (5) die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Abschnitt VIII Datenfluss und Datenverwendung

§ 25 Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen- und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung (Erst- bzw. Folgedokumentation) enthaltenen Angaben und sind Bestandteil dieses Vertrages. Sie werden nur für
 - die Behandlung,
 - die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung,
 - die Überprüfung der Einschreibung,
 - die Schulung der Versicherten und Ärzte und
 - die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt.

Die teilnehmenden Ärzte werden nach einer Änderung der Anlage 2 oder 20 DMP-A-RL unverzüglich über die geänderten Anforderungen von der KV Nordrhein unterrichtet. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt hiervon unberührt.

- (2) Der koordinierende Arzt legt in seinen Dokumentationen entsprechend der Ausprägung der Osteoporose fest, welches Dokumentationsintervall (pro Quartal/jedes zweite Quartal) für den jeweilig eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist.

§ 26

Datenfluss

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 6 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Arzt, die vollständige Erst- und Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege zu erfassen und innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes auf elektronischem Wege an die Datenstelle weiterzuleiten. Der Arzt hat vor der Versendung von Dokumentationen sicherzustellen, dass eine gültige TE/EWE vorliegt. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die TE/EWE des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose innerhalb von 10 Tagen an die Datenstelle zu übermitteln.
- (2) Die Übermittlung versicherten- und arztbezogener Daten auf elektronischem Weg entsprechend der DMP-A-RL an die beauftragte Datenstelle ist nur möglich, sofern die eingesetzte Software von der Prüfstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifiziert worden ist und dieses der KV Nordrhein angezeigt ist.
- (3) Im Rahmen seiner Dokumentationspflicht hat der koordinierende Arzt bei Übermittlung der versicherten- und arztbezogenen Daten eine Sicherungskopie zu erstellen und aufzubewahren.
- (4) Der koordinierende Arzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer seiner Wahl, die aus maximal sieben alphanumerischen Stellen bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- (5) Die Datenstelle übermittelt die TE/EWE des Versicherten sowie die Dokumentationsdaten der ED und FD unmittelbar an die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen.
- (6) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (7) Der Versicherte willigt gemäß Anlage 6 einmalig in die Datenübermittlung schriftlich oder elektronisch ein und wird schriftlich vom koordinierenden Arzt über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Er erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 27

Datenzugang

Zugang zu den an die Arbeitsgemeinschaft oder Datenstelle, Gemeinsame Einrichtung, KV Nordrhein und an die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 28

Datenaufbewahrung und -löschung

- (1) Die im Rahmen des Programms 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 Programme 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 IX

Evaluation

§ 29

Evaluation

- (1) Die Evaluation nach §137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 DMP-A-RL.
- (2) Die zur Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie von der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Abschnitt X Vergütung und Abrechnung

§ 30 Vergütung und Abrechnung

Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen für eingeschriebene Versicherte im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages werden in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

Abschnitt XI Sonstige Bestimmungen

§ 31 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die Datenübermittlung gem. § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V erfolgt gemäß den dazu getroffenen Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die für Prüfwzwecke im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ggf. angeforderten Unterlagen werden von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.

§ 32 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die am Vertrag beteiligten Ärzte / Medizinischen Versorgungszentren verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Ärzten und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und die für die Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DSGVO 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.

§ 33

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 27.11.2023 in Kraft. Die Einschreibung der Versicherten in das DMP startet zum 01.01.2024. Der Vertrag kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres von jedem Vertragspartner gekündigt werden. Die Kündigung dieses Vertrages durch einen bzw. gegenüber einem Vertragspartner berührt nicht die Fortgeltung dieses Vertrages zwischen den übrigen Vertragspartnern.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, der DMP-ARL des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V 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. Über Änderungen werden die teilnehmenden Ärzte in geeigneter Form informiert.
- (3) Bei wichtigem Grund kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Wichtige Gründe sind Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung oder die Aufhebung der Zulassung durch das BAS, auch aufgrund einer nicht rechtzeitig 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.

§ 34

Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 35

Salvatorische Klausel

- (1) 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 und sonstigen rechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.
- (2) Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der sonstigen rechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Anlage 1

Strukturqualität Ärzte nach § 3

zur Vereinbarung zur Durchführung des Disease-Management-Programms Osteoporose nach § 137f SGB V

1. Versorgungsebene

Strukturvoraussetzungen der hausärztlichen Versorgung (koordinierender Arzt gemäß § 3)

Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt sind gemäß § 3 Abs.2 Satz 1 an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmende Vertragsärzte sowie bei hausärztlich tätigen Vertragsärzten oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGB V angestellte Ärzte sowie ermächtigte Ärzte.

In Ausnahmefällen gemäß § 3 Abs. 2 Sätzen 2 bis 4 kann ein Patient einen qualifizierten, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder eine qualifizierte Einrichtung, der/die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen ist, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination - persönlich oder durch angestellte Ärzte - im DMP wählen, sofern diese/r an dem Programm nach § 4 teilnimmt.

Der koordinierende Arzt muss die nachfolgenden Strukturvoraussetzungen erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Folgende Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein:

Ärzte der ersten Versorgungsebene	Voraussetzungen
Fachliche und organisatorische Voraussetzungen ¹	<ul style="list-style-type: none">- nach § 73 Abs. 1a SGB V für die hausärztliche Versorgung zugelassene, angestellte und ermächtigte Ärzteund- Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Information durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahmeund- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Regionund- mindestens einmal jährlich Teilnahme an einer Osteoporose-spezifischen zertifizierten Fortbildungoder- Teilnahme an DMP übergreifenden strukturierten Qualitätszirkeln mit Haus- und Fachärzten der Region

¹ Entspricht Kennzeichnung **A = Hausärzte** in Anlage 4 (Mindestanforderungen zur Erstellung der Ärzterverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Osteoporose).

Anlage 2 Strukturqualität qualifizierter Facharzt

zur Vereinbarung zur Durchführung des Disease-Management-Programms Osteoporose nach
§ 137f SGB V

2. Versorgungsebene

Strukturvoraussetzungen der fachärztlichen Versorgung

(Ärzte zur Mitbehandlung gemäß § 4 oder Koordination in Ausnahmefällen gemäß § 3 Abs. 2)

Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche Versorgung der zweiten Versorgungsebene sind zugelassene Ärzte, die - persönlich oder durch angestellte Ärzte - folgende Strukturvoraussetzungen in jeder für das DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllen und am Programm teilnehmen:

Ärzte der zweiten Versorgungsebene	Voraussetzungen
Fachliche und organisatorische Voraussetzungen ¹	<ul style="list-style-type: none">- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie/ Facharzt für Orthopädieund- Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Information durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahmeund- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Regionund- mindestens einmal jährlich Teilnahme an einer Osteoporose-spezifischen zertifizierten Fortbildung.oder- Teilnahme an DMP übergreifenden strukturierten Qualitätszirkeln mit Haus- und Fachärzten der Region

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 4 (Mindestanforderungen zur Erstellung der Ärzteverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Osteoporose).

KV Nordrhein
 Abteilung Qualitätssicherung
 40182 Düsseldorf

Telefax: (0211) 5970-33294
 E-Mail: DMP-Osteoporose@kvno.de

**Mindestanforderung zur Teilnahmeerklärung des Arztes zu dem
 strukturierten Behandlungsprogramm (DMP)
 Osteoporose nach § 137f SGB V**

Der Antrag wird gestellt für:

Titel	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Gebietsbezeichnung	
LANR	
BSNR	
Zugelassen oder angestellt oder persönlich ermächtigt seit/ab	
Anstellung bei:	
Geplante Aufnahme der Tätigkeit	

Kontaktdaten der Praxis:

Straße und Hausnummer	
PLZ/Ort	
Telefon	
Fax:	
E-Mail:	

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ich möchte als koordinierender Arzt der 1. Versorgungsebene teilnehmen; <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> als Hausarzt gemäß § 73 SGB V (§ 3 Abs. 2 und Anlage 1) <input type="checkbox"/> als Facharzt der 2. Versorgungsebene (§ 3 Abs. 3 und Anlage 2 – Ausnahme) |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte an der qualifizierten fachärztlichen Versorgung gemäß § 4 und Anlage 2 teilnehmen (2. Versorgungsebene); |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte Patientenschulungen gemäß Anlage 7 durchführen, die Fortbildungszertifikate für mich und mein Personal lege ich bei. |

Teilnahmeerklärung zu dem DMP Osteoporose

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Osteoporose informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Die Arzt-Informationsmedien habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen. Das auf der Seite der KV Nordrhein zum jeweiligen DMP unter https://www.kvno.de/10praxis/50qualitaet/20leistungen_a-z/index.html eingestellte DMP-Arztmanual habe ich zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 10, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des Disease-Management-Programms, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften nach der DS-GVO und besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten TE/EWE die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),

Teilnahmeerklärung zu dem DMP Osteoporose

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift im „Ärzteverzeichnis“,
- der Weitergabe des Ärzteverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. die Landesprüfdienste, die KGNW und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. teilnehmende Leistungserbringer bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 13 sanktioniert werden.

Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle nach § 22 des DMP-Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 25 Absatz 2 RSAV weiterzuleiten.

Ich habe mich über den genauen Vertragsinhalt informiert. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift des/der
Praxisinhabers/in

Ort, Datum

Unterschrift des/der
angestellten Arztes/Ärztin

Arztstempel:

Mindestanforderungen zur Erstellung der Ärzteverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Osteoporose

Gültig ab: 27.11.2023

Stand: 27.11.2023

Versorgungsebenen (nur Einfachfachnennung möglich)

A = Vertraglich eingebundene Hausärztin bzw. vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß §73 Abs. 1a SGB V [1. Ebene]

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]

Hinweise zur Angabe der Versorgungsebenen

- Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „E“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig.

Berechtigungen (Mehrfachnennungen möglich)

01 = Ärztin bzw. Arzt koordiniert

02 = Ärztin bzw. Arzt koordiniert nicht

41 = Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie...

Hinweise zur Angabe der Berechtigungen

- Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben.
- Ärztinnen und Ärzte der Versorgungsebene „A“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
- 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.

LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis**	Beginn der Teilnahme*	Ende der Teilnahme*	Versorgungsebene*	Berechtigung*

* Bei Ärztinnen und Ärzten mit Mehrfachnennungen zu Berechtigungen sind diese in einer Zeile der Tabelle vorzunehmen. Als Trennzeichen innerhalb des Feldes ist ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.

Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen einer Ärztin bzw. eines Arztes sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahmezeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahmezeitraums zu kennzeichnen.

Der beendete Teilnahmezeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahmezeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen.

** Bei kreisfreien Städten erfolgt die Angabe „kreisfrei“ oder die erneute Benennung der Stadt.

Die zusätzlichen Angaben „Telefon“, „Fax“ und „E-Mail“ sind keine Pflichtangaben im Sinne der Mindestanforderungen, daher werden sie in diesem Muster nicht aufgeführt. Die Angaben können nach der Angabe „Kreis“ ergänzt werden (vgl. Technische Anlage zur Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme).

Anlage 5 Qualitätssicherung

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Osteoporose zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

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: 27.11.2023

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

		<p>Feld 5 (ISD) (Stürze seit der letzten Dokumentation) größer 0</p> <p>ODER</p> <p>Feld 6 (ISD) (Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 70 Jahre: erhöhtes Sturzrisiko) = „Ja“</p>		
<p>III. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die regelmäßig körperliches Training (auch im Rahmen einer Maßnahme zur Sturzprophylaxe) betreiben</p>	<p>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</p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 60 %</p>	<p><u>Zähler:</u></p> <p>Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit</p> <p>Feld 8 (ISD) (Regelmäßiges körperliches Training) = „Ja“</p> <p><u>Nenner:</u></p> <p>Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer UND NICHT Feld 8 (ISD) (Regelmäßiges körperliches Training) = „Nicht möglich“</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>
<p>IV. Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP Einschreibung noch nicht geschult sind:</p> <p>Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p>	<p>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.</p> <p><u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt</p>	<p><u>Zähler:</u></p> <p>Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit</p> <p>Feld 13 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums</p> <p><u>Nenner:</u></p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>

		<p>Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit:</p> <p>[Feld 13 (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums</p> <p>ODER</p> <p>[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]]</p> <p>{ UND NICHT</p> <p>Feld 11 (Schulung bereits vor Einschreibung in das DMP wahrgenommen) = „Ja“ }¹</p> <p>{ }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.</p>		
--	--	---	--	--

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

		[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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
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
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

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

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



Exemplar für die Datenstelle

070EH

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Rücken-schmerz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

_____ Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

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

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



Exemplar für den Arzt

070EH

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Rücken-schmerz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift Stempel Ärztin/Arzt

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

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



070EH

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Rücken-schmerz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

_____ Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

2 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt erfasst 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.

Anlage 7 Patientenschulungen

**zur Vereinbarung zur Durchführung des Disease-Management-Programms Osteoporose
nach § 137f SGB V**

Im Rahmen der Vereinbarung sind nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme zielgruppenspezifisch in der jeweils gültigen und vom BAS als verwendungsfähig gelisteten Auflage durchzuführen:

Schulungsprogramm „Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie“*

*Hinweis: Das Schulungsprogramm hat eine vorläufige Zulassung unter dem Vorbehalt eines positiven Evaluationsergebnisses entsprechend § 4 Abs. 3 DMP-A-RL.

Strukturqualität Schulungsarzt

Die Qualifikation des Arztes und des nicht-ärztlichen Personals ergibt sich aus den Curricula der einzelnen Schulungen. Die Genehmigung erfolgt durch die KV Nordrhein.

In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 19 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf Inhalte, die der RSAV bzw. der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.