

**Vertrag**  
**zur Durchführung des**  
**strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V**  
**Osteoporose (DMP Osteoporose)**  
(in der Fassung vom 01.07.2025)

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen**

und

**der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse**  
**für Sachsen und Thüringen.**  
vertreten durch den Vorstand,  
dieser hier vertreten durch  
Herrn Wolfgang Karger

**der IKK classic**

**dem BKK Landesverband Mitte**  
**Eintrachtweg 19**  
**30173 Hannover**

**der KNAPPSCHAFT**  
**Regionaldirektion Chemnitz**

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als**  
**Landwirtschaftliche Krankenkasse**

**den nachfolgend benannten Ersatzkassen**

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

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

**auf der Grundlage des § 83 SGB V**

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich**

- § 1 Ziele des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

### **Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer**

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen des koordinierenden Arztes
- § 4 Aufgaben des koordinierenden Arztes
- § 5 Teilnahmevoraussetzungen des jeweils qualifizierten Facharztes bzw. der qualifizierten Einrichtung
- § 6 Aufgaben des jeweils qualifizierten Facharztes bzw. der qualifizierten Einrichtung
- § 7 Teilnahme von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen
- § 8 Antrag auf Teilnahme
- § 9 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung durch die KVS
- § 10 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 11 Leistungserbringerverzeichnis

### **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

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

### **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

- § 13 Grundlagen und Ziele
- § 14 Maßnahmen und Indikatoren
- § 15 Maßnahmen bei Vertragsverstößen

### **Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung des Versicherten**

- § 16 Teilnahmevoraussetzungen
- § 17 Information und Einschreibung
- § 18 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 19 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 20 Wechsel des koordinierenden Arztes

## § 21 Versichertenverzeichnis

### **Abschnitt VI – Schulungen**

§ 22 Fortbildung der Ärzte

§ 23 Patientenschulungen

### **Abschnitt VII – Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung**

§ 24 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

§ 25 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

§ 26 Datenstelle

§ 27 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

§ 28 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

### **Abschnitt VIII – Datenfluss und Datenverwendung**

§ 29 Erst- und Folgedokumentationen

§ 30 Datenfluss zur Datenstelle

§ 31 Datenzugang

§ 32 Datenaufbewahrung und -löschung

### **Abschnitt IX – Evaluation**

§ 33 Evaluation

### **Abschnitt X – Vergütung und Abrechnung**

§ 34 Ärztliche Leistungen

§ 35 Sondervergütung

### **Abschnitt XI – Sonstige Bestimmungen**

§ 36 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 37 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

§ 38 Laufzeit und Kündigung

§ 39 Schriftform

§ 40 Salvatorische Klausel

## Erläuterungen

§§, 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.

<b>„Arbeitsgemeinschaft“</b>	ist eine solche i. S. d. § 24
<b>„Ärzte“</b>	sind an diesem Programm teilnehmende und mitwirkende Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, Medizinische Versorgungszentren, ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen
<b>„Angestellter Arzt“</b>	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
<b>„Anstellender Arzt“</b>	können auch mehrere Ärzte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen
<b>„BAS“</b>	ist das Bundesamt für Soziale Sicherung
<b>„Datenstelle“</b>	ist eine solche i. S. d. § 26
<b>„DMP“</b>	ist das Disease-Management-Programm
<b>„DMP Osteoporose“</b>	ist das Disease-Management-Programm Osteoporose
<b>„DMP-A-RL“</b>	ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung
<b>„Dokumentationen“</b>	bzw. „Dokumentationsdaten“ enthalten die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL aufgeführten Daten in der jeweils gültigen Fassung
<b>„DS-GVO“</b>	ist die Datenschutz-Grundverordnung
<b>„elektronische Übermittlung“</b>	die Umsetzung der mit „*“ gekennzeichneten Vertragspassagen kann erst erfolgen, sofern die dafür erforderlichen, technischen Voraussetzungen geschaffen und zwischen den Vertragspartnern vertraglich vereinbart wurden
<b>„Facharzt“</b>	ist ein Arzt i. S. d. § 5
<b>„G-BA“</b>	ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V
<b>„Gemeinsame Einrichtung“</b>	ist eine solche i. S. d. § 27
<b>„KVS“</b>	ist die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
<b>„Koordinierender Arzt“</b>	ist ein Arzt i. S. d. § 3
<b>„Multimorbiditätsvertrag“</b>	ist der Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V in seiner jeweils geltenden Fassung.

<b>„MVZ“</b>	ist das Medizinische Versorgungszentrum
<b>„qualifizierte Einrichtung“</b>	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
<b>„RSAV“</b>	ist die Risikostrukturausgleichsverordnung

## **Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich**

### **§ 1 Ziele des Vertrages**

- (1) Mit dem DMP Osteoporose soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern sowie den Partnern dieses Vertrages und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Osteoporose gewährleistet werden.
- (2) Versicherte sollen durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme angeregt werden.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Osteoporose 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 und allgemeine Grundsätze**

- (1) Dieser Vertrag gilt für
  1. Ärzte der KVS, 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. Versicherte anderer Krankenkassen, die einen nach diesem Vertrag teilnehmenden Arzt gemäß Ziffer 1 in Sachsen aufsuchen und die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch eine am Vertrag teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KVS darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären gegenüber der KVS, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 35 anerkennen. Die KVS informiert die teilnehmenden Ärzte. Die Durchführung des Programms erfolgt durch die jeweilige Krankenkasse.
  4. Versicherte der teilnehmenden BKK, die einen nach diesem Vertrag teilnehmenden Arzt gemäß Ziffer 1 in Sachsen aufsuchen und sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben. Die Durchführung des Programms erfolgt durch die jeweilige BKK.
- (2) Die Vergütungen im Falle des Abs. 1, Nr. 3 und 4 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, sofern der Versicherte seinen Wohnort außerhalb Sachsens hat und soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

- (3) Dieser Vertrag gilt in Bezug auf die vereinbarten Sondervergütungen nach § 35 Abs. 1 für Versicherte, soweit sie nicht noch an einem anderen DMP im Rahmen des Multimorbiditätsvertrages teilnehmen.
- (4) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.
- (5) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV sowie die DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.
- (6) Die an diesem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmenden Versicherten sind gemäß § 12 zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

## **Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer**

### **§ 3**

#### **Teilnahmevoraussetzungen des koordinierenden Arztes**

- (1) Die Teilnahme der koordinierenden Ärzte an diesem DMP ist freiwillig und erfordert eine besondere Genehmigung der KVS.
- (2) Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt sind Ärzte, die gemäß § 73 Abs. 1a Nr. 1, 3, 4, 5) SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.
- (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 § 7 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 9. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen sind der KVS unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der Leiter des MVZ die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 3 durch den angestellten Arzt gegenüber der KVS nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVS vom anstellenden Arzt bzw. dem Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich schriftlich mitgeteilt.

### **§ 4**

#### **Aufgaben des koordinierenden Arztes**

- (1) Zu den Aufgaben der gemäß § 3 teilnehmenden koordinierenden Ärzte gehören insbesondere:
  1. die Durchführung und Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere auch von jenen, die an mehreren DMP teilnehmen, durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Berücksichtigung von Wechselwirkungen sowie die Synchronisation der diagnosespezifischen Dokumentationsprozesse unter Beachtung der nach § 12 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 § 17,

3. die schriftliche oder elektronische\* Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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 zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Datenstelle. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten,
  4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 13 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 § 23, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVS 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 Leistungserbringer. 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 koordinierenden Arztes sind dem neuen koordinierenden 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 von der Datenstelle bzw. den Krankenkassen verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschriften 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 koordinierende Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.
- (2) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 12 des Absatz 1 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.
- (3) Überweist der koordinierende Arzt den Versicherten unter Berücksichtigung der Regelungen des BMV-Ä per Auftragsleistung (Definitionsauftrag/Zielauftrag) zur Erbringung von bestimmten Leistungen, z. B. einer DMP-Schulung, an andere Leistungserbringer, so haftet der überweisende Arzt dafür, dass die Voraussetzungen für die Leistungserbringung

(u. a. Teilnahme des Versicherten am DMP) gegeben sind. Überweist der koordinierende Arzt den Versicherten zur Mit-/Weiterbehandlung an andere Leistungserbringer oder werden die entsprechenden Leistungen aufgrund der Direktinanspruchnahme auf Originalschein abgerechnet, haftet der die Leistung erbringende Arzt.

## **§ 5**

### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des jeweils qualifizierten Facharztes bzw. der qualifizierten Einrichtung**

- (1) Die Teilnahme der qualifizierten Fachärzte an diesem Programm ist freiwillig und erfordert eine besondere Genehmigung durch die KVS.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung sind Fachärzte, die die Voraussetzungen der Anlage 2 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.
- (3) In Ausnahmefällen kann ein an der vertragsärztlichen Versorgung und am DMP Osteoporose gemäß § 5 Abs. 2 teilnehmender qualifizierter Facharzt oder qualifizierte Einrichtung nach Anlage 2 auch koordinierend tätig sein. Die Ausnahmefälle sind möglich, insbesondere wenn die Versicherten bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden sind oder die Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Insofern ein nach Anlage 2 teilnehmender Arzt koordinierend tätig ist, hat er zusätzlich zu den Aufgaben nach § 6 Abs. 1 die Aufgaben des koordinierenden Arztes gemäß § 4 Abs. 1 zu erfüllen.

Eine dauerhafte Betreuung im Sinne von § 5 Abs. 3 Satz 2 liegt dann vor, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt mindestens 12 Monate betreut worden ist. Die Voraussetzungen für eine vorübergehende oder dauerhafte Betreuung im fachärztlichen Sektor entsprechend § 5 Abs. 3 Satz 2 liegen vor, soweit die Betreuung des Patienten in diesem Bereich aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Dies gilt beispielsweise bei Patienten, für die nach Feststellung des hausärztlich tätigen Arztes zur erweiterten Diagnostik und Risikostratifizierung aus gesundheitlichen Gründen eine vorübergehende Betreuung beim qualifizierten Facharzt bzw. bei einer qualifizierten Einrichtung notwendig ist, z. B. auch bei medizinischer Notwendigkeit nach Krankenhausaufenthalt oder nach Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung.

Soweit die Notwendigkeit einer fachärztlichen Betreuung des eingeschriebenen DMP-Patienten nicht mehr vorliegt, ist dieser unverzüglich an einen am DMP teilnehmenden Vertragsarzt des hausärztlichen Versorgungssektors im Rahmen eines Arztwechsels nach § 20 dieses Vertrages zur weiteren Betreuung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogrammes zu überweisen.

- (4) Bei Patientinnen und Patienten, bei denen keine Multimorbidität, sondern ausschließlich die systemische Skeletterkrankung Osteoporose vorliegt, kann auch ein gemäß § 5 Abs. 2 und Anlage 2 teilnehmender Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Facharzt für Orthopädie koordinierend tätig sein. In diesen Fällen hat er zusätzlich zu den Aufgaben nach § 6 Abs. 1 die Aufgaben des koordinierenden Arztes gemäß § 4 Abs. 1 zu erfüllen.
- (5) 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 § 8 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 9. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 2 sind der KVS unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

- (6) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der Leiter des MVZ, die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 3 durch den angestellten Arzt gegenüber der KVS nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVS vom anstellenden Arzt bzw. dem Leiter des MVZ unverzüglich schriftlich mitgeteilt.

## **§ 6**

### **Aufgaben des jeweils qualifizierten Facharztes bzw. der qualifizierten Einrichtung**

- (1) Zu den Aufgaben der gemäß § 5 teilnahmeberechtigten Fachärzte gehören insbesondere:
1. die Mit- und Weiterbehandlung der am DMP teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 12 geregelten Versorgungsinhalte; die Terminvergabe zur Mit- und Weiterbehandlung erfolgt innerhalb von zwei Wochen nach Anmeldung. 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 § 13 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  3. die Motivation der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen sowie das Angebot und/oder die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 23, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVS 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 Dokumentationen 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 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,
  8. 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,
  9. bei Überweisung an andere Ärzte therapierelevante Informationen, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
  10. grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme und Mitwirkung an DMP-bezogenen Qualitätszirkeln.

- (2) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 10 des Absatzes 7 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.

## **§ 7**

### **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.

## **§ 8**

### **Antrag auf Teilnahme**

Der Vertragsarzt, der Leiter des MVZ und der ermächtigte Arzt erklären sich unter Angabe ihrer Funktion als koordinierender Arzt nach § 3 oder als fachärztlich tätiger Arzt nach § 5 gegenüber der KVS schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 3 zur Teilnahme am DMP Osteoporose bereit. Wird die Teilnahme des Vertragsarztes bzw. des zugelassenen MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden MVZ auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, LANR) aufführen. Die Anstellung eines neuen koordinierenden bzw. qualifizierten Arztes ist entsprechend der Anlage 3 unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen koordinierenden bzw. qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVS kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes weitergeführt werden.

## **§ 9**

### **Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung durch die KVS**

- (1) Die KVS überprüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß der Anlagen 1 bzw. 2 und erteilt bei Erfüllung schriftlich die erforderlichen Genehmigungen.
- (2) Die KVS überprüft darüber hinaus die Schulungsberechtigung gemäß der Anlage 3 für die teilnehmenden Ärzte nach § 3 und § 5 und erteilt bei Erfüllung schriftlich die erforderliche Genehmigung.

## **§ 10**

### **Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme der Ärzte gemäß § 3 bzw. § 5 am DMP beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 3. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVS bestätigt.
- (2) Der Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVS kündigen. Die Kündigungsfrist (Eingang bei der KVS) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die Teilnahme am DMP endet mit dem Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Die Teilnahme am DMP ruht während des Ruhens der Zulassung.

- (4) Die Teilnahme am DMP endet ferner mit dem rechtskräftigen Widerruf der Genehmigung durch die KVS, 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 § 20 zu ermöglichen.
- (6) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn noch eine Zulassung für die besondere Leistungserbringung besteht und noch durchgeführt werden kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen koordinierenden bzw. qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist durch das Formular gemäß Anlage 3 nachzuweisen.
- (7) Sollten Dokumentationen von einzelnen Ärzten erstellt werden, die ihre Teilnahme am DMP noch nicht erklärt haben, besteht innerhalb der für die Dokumentation geltenden Übermittlungsfristen noch Zeit, eine Teilnahmeerklärung einzureichen. Eine Erstdokumentation kann allerdings frühestens mit dem Datum der Teilnahmeerklärung des Arztes RSA-Wirksamkeit erlangen.
- (8) Die KVS informiert die beteiligten Vertragspartner bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme mittels dem Leistungserbringerverzeichnis gemäß § 10.

## **§ 11**

### **Leistungserbringerverzeichnis**

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 5 führt die KVS ein Verzeichnis entsprechend der Anlage 4. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP Osteoporose erbringen. Die KVS stellt dieses Verzeichnis den Vertragspartner regelmäßig in elektronischer Form zur Verfügung.
- (2) Über die am DMP Osteoporose teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen führen die Verbände ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis wird der KVS 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 bei Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BAS alle fünf 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 KVS sowie den bei diesen angestellten Ärzten, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrags erbringen,
  2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, insbesondere bei Neueinschreibung durch die jeweilige Krankenkasse,
  3. den am DMP Osteoporose teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen durch die Verbände,
  4. den zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweilige Krankenkasse,

5. der Datenstelle nach § 26 durch die KVS entsprechend den Regelungen des Datenstellenvertrages.
- (5) Das Leistungserbringerverzeichnis 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**

#### **§ 12**

#### **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 KVS 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**

#### **§ 13**

#### **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 5,
5. Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentationen gemäß Anlage 20 i. V. m. Anlage 2 der DMP-A-RL,
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

#### **§ 14**

#### **Maßnahmen und Indikatoren**

- (1) Entsprechend der Nummer 2 der Anlage 19 der DMP-A-RL bzw. ausgehend von § 2 Abs. 4 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 Rückmeldungs-funktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte durch die Krankenkassen und Ärzte durch die Gemeinsame Einrichtung,
  2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten durch die Gemeinsame Einrichtung 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 durch die Krankenkassen,
  4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte durch die KVS und die Gemeinsame Einrichtung sowie der eingeschriebenen Versicherten durch die Krankenkassen.
- (3) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen (z. B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften oder der Fachpresse).

## **§ 15**

### **Maßnahmen bei Vertragsverstößen**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der teilnehmenden Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Verletzen die nach § 3 oder § 5 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, ggf. nachträgliche Korrekturen bereits erfolgter Vergütungen,
  2. Aufforderung durch die Gemeinsame Einrichtung zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen, ggf. Angebot eines Beratungsgespräches durch die KVS (z. B. bei fortgesetzter nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
  3. auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und nach einvernehmlicher Abstimmung mit den anderen Vertragspartnern, Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KVS. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden (z. B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte).

Hält der Arzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme durch außerordentliche Kündigung ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Arztes entscheidet die KVS nach einvernehmlicher Abstimmung mit den Vertragspartnern (z. B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte, bei fehlendem Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen).

## **Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung des Versicherten**

### **§ 16**

#### **Teilnahmevoraussetzungen**

(1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die nachfolgenden Einschreibekriterien erfüllt sind:

1. Die Diagnose Osteoporose ist gemäß den Nummern 1.2 und 3.2 der Anlage 19 der DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt gesichert.
2. Weibliche Versicherte ab dem vollendeten 50. Lebensjahr und männliche Versicherte ab dem vollendeten 60. Lebensjahr sowie Versicherte mit unbestimmtem oder diversem Geschlecht, unter Berücksichtigung der individuellen Situation und in Abhängigkeit der medizinischen Einschätzung des Arztes, frühestens ab dem vollendeten 50. Lebensjahr, können in das DMP Osteoporose 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 Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
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 1 Nr. 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.

Die Bestätigung über den Erhalt der Information über die Programminhalte erfolgt gem. § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV schriftlich oder elektronisch.

(2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

### **§ 17**

#### **Information und Einschreibung**

(1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten schriftlich oder elektronisch\* entsprechend der DMP-A-RL, insbesondere entsprechend den Anlagen 6 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“, inkl. „Datenschutzinformation“ und „Patientenmerkblatt“, umfassend über das DMP und seine Teilnahmevoraussetzungen.

(2) Der koordinierende Arzt informiert entsprechend der DMP-A-RL seine nach § 16 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 187 bei einem koordinierenden Arzt einschreiben.

- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 18 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 Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
- (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 Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL plausibel und fristgerecht an die Datenstelle nach § 26, entsprechend den Vorgaben nach § 4, 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, nur 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 Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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.

## **§ 18**

### **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 Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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. Die Abschnitte Datenschutzinformation und Patienteninformation der Anlage 6 verbleiben beim Versicherten.

## **§ 19**

### **Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die Krankenkasse, gemäß § 17 Absatz 9 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 17 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
  - 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 Einwilligungserklärung 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.
- (5) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 16 vorliegen.

## **§ 20**

### **Wechsel des koordinierenden Arztes**

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese innerhalb der in § 30 Absatz 1 genannten Fristen an die Datenstelle. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.
- (2) Der bisherige Arzt übermittelt dem neuen koordinierenden Arzt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.
- (3) Bei einem Arztwechsel hat der neue koordinierende Arzt eine neue DMP-Fallnummer gemäß § 30 Abs. 3 zu vergeben.

## **§ 21**

### **Versichertenverzeichnis**

Die Vertragspartner können die Umsetzung eines Versichertenverzeichnisses vereinbaren. Die Anforderungen und Inhalte des Versichertenverzeichnisses sind in einer gesonderten Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und der KVS geregelt. Es steht den Krankenkassen frei, dieser Vereinbarung beizutreten.

## **Abschnitt VI – Schulungen**

### **§ 22**

#### **Fortbildung der Ärzte**

- (1) Die Vertragspartner informieren die gemäß §§ 3 und 5 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/MVZ bestätigen den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 8.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen der nach den §§ 3 und 5 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 § 27 bedarfsorientiert Anforderungen an die für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung 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 KVS nachzuweisen.
- (7) Fortbildungsbestandteile, die bei der Fortbildung der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

### **§ 23**

#### **Patientenschulung**

- (1) Jeder teilnehmende Versicherte soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten bzw. noch in der Evaluierung 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. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen. Sollte eine Nachschulung notwendig sein, sind die Regelungen gemäß Anlage 7 zu beachten.
- (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 § 9 durch die KVS.
- (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/Datenannahme- und -verarbeitungsstelle/ Gemeinsame Einrichtung**

### **§ 24**

#### **Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V oder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

### **§ 25**

#### **Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) 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 KVS und die nach § 27 gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X eine Datenstelle für die Verarbeitung der in § 30 beschriebenen Daten. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

### **§ 26**

#### **Datenstelle**

- (1) Die Krankenkassen bzw. deren Verbände und die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 24 beauftragen eine andere Stelle (gemeinsame Datenstelle) insbesondere mit
  1. der Entgegennahme der Dokumentationen gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL in elektronischer Form gemäß BAS-akkreditierter Verfahrensvorgaben,
  2. der Erfassung der Dokumentationsdaten nach der Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL,
  3. der Überprüfung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität,
  4. der Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Dokumentationsdaten sowie der Information von Krankenkassen bzw. deren Verbänden und Gemeinsamer Einrichtung über die Ergebnisse der Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung der Dokumentationen,
  5. der Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten und
  6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL an die Krankenkasse,
  7. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVS,
  8. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und
  9. die Archivierung und Löschung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL gemäß § 32 dieses Vertrages sowie

10. der Entgegennahme, Vollständigkeitsprüfung und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.
- (2) Das Nähere regeln die Krankenkassen bzw. ihre Verbände und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen unter Berücksichtigung des Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X. Sofern im Rahmen der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme bereits eine Datenstelle beauftragt wurde, können die Aufgaben entsprechend erweitert werden.
- (3) Die Teilnahmeerklärung des koordinierenden Arztes gemäß § 3 beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen ohne Vollmacht in Vertretung zwischen Arbeitsgemeinschaft sowie den Krankenkassen und der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin beauftragt er die Datenstelle mit:
1. der Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
  2. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL entsprechend § 25 Abs. 2 Satz. 1 der RSAV.
- (4) Die Vertragspartner teilen den teilnehmenden koordinierenden Ärzten und Einrichtungen gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

## **§ 27**

### **Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung**

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine oder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 25 Absatz 2 S. 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß § 2 und der Evaluation gemäß § 6 der DMP-A-RL. Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag.

## **§ 28**

### **Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

- (1) 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 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 Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL,
  3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der 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.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des Art. 28 DSGVO-VO i. V. m. § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung in Zusammenhang mit den in Abs. 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

## **Abschnitt VIII**

### **Datenfluss und Datenverwendung**

#### **§ 29**

##### **Erst- und Folgedokumentationen**

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden 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 KVS 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.

#### **§ 30**

##### **Datenfluss zur Datenstelle**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 8 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Arzt,
  1. bei Einschreibung des Patienten die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 18 nach der Unterzeichnung dieser durch ihn selbst und den Versicherten innerhalb von zehn Tagen, spätestens jedoch zusammen mit der Erstdokumentation an die Datenstelle weiterzuleiten sowie
  2. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL und
  3. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RLam Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege mit dem KBV-zertifizierten DMP-Modul des Arztinformationssystems oder auf einem von der Datenstelle zur Verfügung gestellten zertifizierten Arzt-Onlineportal zu erfassen und die Dokumentationen verschlüsselt in einer Übermittlungsdatei zusammengefasst regelmäßig, vorzugsweise monatlich, jedoch spätestens zehn Kalendertage nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes gemäß § 25 Abs. 2 Nr. 1 a) RSAV an die Datenstelle weiterzuleiten. Der Arzt hat vor der Versendung der Dokumentationen sicherzustellen, dass eine gültige Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt.
- (2) Bei einem Wechsel des koordinierenden Arztes nach § 20 übermittelt der neue koordinierende Arzt nach Erstellung die Folgedokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL diese entsprechend Abs. 1 Pkt. 3 an die Datenstelle.
- (3) Der koordinierende Arzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern („0“-„9“) bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- (4) 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 auf Wunsch einen Ausdruck der übermittelten Daten.

### **§ 31 Datenzugang**

Zugang zu den an die Arbeitsgemeinschaft oder Datenstelle, Gemeinsame Einrichtung, KVS und an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der DS-GVO und dem Bundesdatenschutzgesetz werden beachtet.

### **§ 32 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 ihrem Verwendungszweck aufbewahrt. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a DMP-A-RL. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung des Vertrages. Gleiches gilt für die Originaldokumente. Im Fall einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die Prüfbehörde stellt die Datenstelle die entsprechenden Dokumentationsdaten der Prüfbehörde auf Anforderung zur Verfügung.
- (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**

### **§ 33 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 sowie Ziffer 5 Anlage 20 der 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

### § 34 Ärztliche Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach der Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie des jeweils geltenden Honorarvertrages und sind mit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a SGB V abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 73 und 75 SGB V bleibt unberührt.

### § 35 Sondervergütungen

(in Verbindung mit dem Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherte im Rahmen mehrerer DMP)

- (1) Im Rahmen dieses Vertrages werden folgende Leistungen vergütet, welche in den nachfolgenden Absätzen näher definiert werden:

#### Koordinierender Arzt nach § 3 (1. Versorgungsebene)

Leistung	Abrechnungsnummer	Vergütung
Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch den koordinierenden Arzt nach § 3 sowie ggf. Eintragungen in den Patientenpass	99370A	25,00 €
Kontinuierliche Betreuung und Koordination des Versicherten einschließlich Erstellung und Versand der Folgedokumentation durch den koordinierenden Arzt nach § 3 sowie ggf. Eintragungen in den Patientenpass	99370B	15,00 €
Sturzanamnese zur Risikoermittlung durch den koordinierenden Arzt	99370C	7,00 €

#### Qualifizierter Facharzt nach § 5 (2. Versorgungsebene)

Leistung	Abrechnungsnummer	Vergütung
Mitbehandlungspauschale bei überwiesenen Patienten	99370M	15,00 €
Osteologische Akutbehandlung bei selbstkoordinierten Patienten	99370H	15,00 €
Osteologische Akutbehandlung bei überwiesenen Patienten	99370I	25,00 €

## Patientenschulung (abrechenbar für schulungsberechtigte Ärzte gem. Anlage 7)

Leistung	Abrechnungsnummer für Schulung	Abrechnungsnummer für Nachschulung	Vergütung pro UE und Patient
Patientenschulung Osteoporose je UE und Versicherten (1 UE = 60 Minuten)	99375O	99376O	22,50 €
Schulungsmaterial zu Nr. 99375O je Versicherten	99375S		12,90 €

- (2) Für die vollständig, fristgemäß und plausibel übermittelte elektronische Dokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL, sowie für die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten gemäß § 17 sind folgende Leistungsinhalte hinterlegt:

Die Abrechnungsnummer Nr. **99370A** umfasst die Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der TE/EWE sowie der Erstdokumentation (Anlage 2 sowie Anlage 20 der DMP-A-RL) sowie vertragsgemäße Übermittlung an die Datenstelle durch den Vertragsarzt nach § 3.

Die Abrechnungsnummer Nr. **99370B** beinhaltet die kontinuierliche Betreuung und Koordination des Versicherten entsprechend der Anlage 19 DMP A-RL einschließlich der Erstellung der Folgedokumentation (Anlage 2 und Anlage 20 der DMP-A-RL) je nach Dokumentationsintervall und vertragsgemäße Übermittlung an die Datenstelle durch den koordinierenden Arzt nach § 3.

Diese Vergütung gilt nur für den Fall, dass der Versicherte sich ausschließlich für die Teilnahme am DMP Osteoporose entschließt. Für den Fall, dass ein Versicherter an mehreren DMP im weiteren Sinne teilnimmt, kommt der gesonderte „Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V“ zur Anwendung.

1. Die Abrechnungsnummer **99370A** ist einmalig, nur zu Beginn der Behandlung des Patienten im DMP durch koordinierende Ärzte nach § 3 berechnungsfähig (Erstdokumentation). Dies gilt nicht bei der Wiedereinschreibung des Versicherten. Die Abrechnung der Nr. 99370A schließt eine Abrechnung der Nr. 99370B im gleichen Behandlungsfall aus.
  2. Die Abrechnungsnummer **99370B** ist durch koordinierende Ärzte nach § 3 grundsätzlich wie folgt berechnungsfähig (gilt auch bei Vertragsarztwechsel nach § 20):
    - a) einmal im Quartal je Patient, wenn der koordinierende Arzt nach § 3 als Dokumentationsintervall auf der letzten Dokumentation (Erst- oder Folgedokumentation) jedes Quartal angegeben hat.
    - b) einmal in zwei Quartalen je Patient, wenn der koordinierende Arzt nach § 3 als Dokumentationsintervall auf der letzten Dokumentation (Erst- und Folgedokumentation) jedes zweite Quartal angegeben hat.
- (3) Die Datenstelle nach § 21 übermittelt der KVS wöchentlich einen Nachweis entsprechend des Vertrags über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten (Datenstellenvertrag) in der alle vollständig, plausibel sowie fristgemäß elektronisch übermittelten Dokumentationen mit Arzt- und Versichertenbezug sowie die ungültigen und unplausiblen Dokumentationen mit Arzt- und Versichertenbezug enthalten sind. Diese Aufstellung der Datenstelle ist Grundlage für die Prüfung der abgerechneten Erst- und Folgedokumen-

tationen von Vertragsärzten durch die KVS. Nur vollständig und plausibel sowie fristgerecht elektronisch übermittelte Erst- und Folgedokumentationen können von der KVS vergütet werden.

- (4) Die Sturzanamnese zur Risikoermittlung Nr. **99370C** hat zum Inhalt eine ausführliche Sturzanamnese, die Abklärung von Gleichgewichtsstörungen und die Ermittlung des Sturzrisikos unter Durchführung verschiedener Tests, beispielsweise:
- Handkraftmessung
  - Timed up and go
  - Tandemstand
  - Chair Rising Test

Des Weiteren erfolgt eine Folgeabschätzung bei Sturzneigung:

- Beratung zur Reduktion des Sturzrisikos (z. B. Vermeidung von Untergewicht)
- Empfehlung von Maßnahmen zur Förderung des Gleichgewichts und der Reaktionsfähigkeit sowie zur Reduktion der Angst vor Stürzen und vor weiteren Mobilitätseinschränkungen
- Motivation zu körperlichem Training zur Förderung der Muskelkraft und Koordination
- Überprüfung der Indikation sturzfördernder Medikamente

Die Sturzanamnese zur Risikoermittlung Nr. 99370C durch den koordinierenden Arzt nach § 3 ist max. einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die Abrechnung der EBM-Leistung hausärztlich-geriatrisches Basisassessment (GOP 03360) ist im gleichen Behandlungsfall ausgeschlossen. Die Sturzanamnese Nr. 99370C ist im Behandlungsfall nicht neben der Schulung Nr. 99375O bzw. Nachschulung Nr. 99376O abrechenbar, da die Sturzanamnese Schulungsinhalt der Patientenschulung ist.

- (5) Die Abrechnung der Mitbehandlungspauschale Nr. **99370M** erfordert eine Überweisung vom koordinierenden Arzt nach § 3 (Ausnahme: wenn koordinierender Arzt und Facharzt in der gleichen Praxis tätig sind).

Dabei wird ein intensives Patientengespräch und eine ausführliche Anamnese zur Vermeidung der Progression unter Therapie sowie ggf. eine Untersuchung zur Abklärung einer sekundären Erkrankungsursache der Osteoporose durchgeführt. Weiterhin muss ein differenzierter Befundbericht an den koordinierenden Arzt verfasst werden.

Die Mitbehandlungspauschale Nr. 99370M ist einmal im Behandlungsfall sowie max zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Dabei ist diese Pauschale desselben Arztes pro Quartal und Patient nicht neben der Erst- oder Folgedokumentation (Nr. 99370A und 99370B) sowie der Sturzanamnese (Nr. 99370C) berechnungsfähig.

- (6) Für das erweiterte Monitoring bei der osteologischen Akutbehandlung sowie die Abstimmung einer spezifischen Therapie des Patienten erhält der qualifizierte Facharzt nach § 5 dieses Vertrages eine Vergütung nach den Nrn. 99370H oder 99370I. Die Nrn. 99370H oder 99370I sind mit nachgewiesener Zertifizierung „Osteologe DVO“ des DVO Dachverband Osteologie e. V. ebenfalls durch koordinierende Ärzte nach § 3 abrechenbar.

Die Osteologische Akutbehandlung nach den Nrn. **99370H** oder **99370I** ist nur bei Vorliegen mindestens einer der im Folgenden genannten gesicherten Diagnosen gemäß ICD-10-GM berechnungsfähig. Dabei ist die Angabe einer Verdachtsdiagnose nicht ausreichend.

Osteoporose mit pathologischer Fraktur und Lokalisation:

**M80.05; M80.15; M80.25; M80.35; M80.45; M80.55; M80.85; M80.95** (Femurfraktur)

**M80.08; M80.18; M80.28; M80.38; M80.48; M80.58; M80.88; M80.98** (Wirbelkörperfraktur) oder

Arzneimittelinduzierte Osteoporose

**M81.45** (Femur)

**M81.48** (Wirbelkörper) **und**

Zusätzlich muss mindestens eine der in A bis E genannten Komorbiditäten in der Feldkennung 5009 (Angabe des jeweiligen Großbuchstaben – z. B. A) angegeben werden:

**A** - allgemeine Risikofaktoren für osteoporotische Frakturen

**B** - Risiken für osteoporotische Frakturen durch spezielle Grunderkrankung

**C** - Risiken für osteoporotische Frakturen durch eine medikamentöse Therapie

**D** - Nebenwirkungen / Kontraindikationen anderer Osteoporose-Therapeutika

**E** - unzureichender Effekt bisheriger Therapien

Weiterhin muss ein Frakturrisiko  $\geq 10$  Prozent für eine Wirbelkörper- und proximale Femurfraktur in den nächsten drei Jahren vorliegen. Dies wird in der Patientenakte dokumentiert.

Die Osteologische Akutbehandlung nach der Nr. 99370I ist nur auf Überweisungsschein des koordinierenden Arztes berechnungsfähig (Ausnahme: wenn koordinierender Arzt und Facharzt in der gleichen Praxis tätig sind).

Die Nummern 99370H und 99370I sind insgesamt je Patient einmal im Behandlungsfall sowie max. zweimal im Krankheitsfall für längsten zwei Krankheitsfälle abrechenbar. Bei erneuter Feststellung der vorgenannten Voraussetzungen zur Akutbehandlung sind die Nummern 99370H und 99370I für zwei weitere Krankheitsfälle abrechnungsfähig.

Die Abrechnung der Nummer 99370H und 99370I schließt die gegenseitige Abrechnung sowie die Abrechnung der Nummer 99370M im gleichen Behandlungsfall aus.

- (7) Die Patientenschulung Osteoporose vom Dachverband Osteologie e.V. (DVO) mit den Nrn. **993750** bzw. **993760** kann ausschließlich durch Ärzte nach §§ 3 und 5 an Betriebsstätten erbracht werden, welche die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß der Anlage 7 „Patientenschulung“ erfüllen und eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung erhalten haben.

Die Einzelheiten zu Strukturvoraussetzungen und Schulungsdurchführung sind in der Anlage 7 „Patientenschulung“ geregelt.

Sollte sich der Preis der Schulungsmaterialien ändern, muss dieser angepasst werden.

Identische Schulungs- und Behandlungsprogramme sowie das Schulungsmaterial sind je Patient nur einmalig berechnungsfähig.

- (8) Die KVS stellt die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Ärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert heraus. Die jeweilige Krankenkasse erhält für jedes Quartal von der KVS einen Nachweis im Rahmen des Formblatts 3 über die abgerechneten Leistungen, gliedert bis zur Ebene 6.
- (9) Soweit Vergütungen dieses Vertrages durch Änderungen des EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.
- (10) Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Weiterführende Abrechnungen nach dem EBM im Zusammenhang

mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentationen sind damit ausgeschlossen.

## **Abschnitt XI - Sonstige Bestimmungen**

### **§ 36**

#### **Weitere Aufgaben und Verpflichtungen**

- (1) Die KVS liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die Krankenkasse.
- (2) Die Datenübermittlung 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.
- (3) Die für Prüfungszwecke im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ggf. angeforderten Unterlagen werden von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.

### **§ 37**

#### **Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz**

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die am Vertrag beteiligten Ärzte / MVZ verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern 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.

### **§ 38**

#### **Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 1. Juli 2025 in Kraft. Die Einschreibung der Versicherten in das DMP startet zum 1. Oktober 2025; für Leistungen ab diesem Zeitpunkt sind die Sondervergütungen gemäß § 35 abrechenbar. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres 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 Disease-Management-Programms, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, der DMP-A-RL 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 zwei Wochen zum Monatsende gekündigt werden. Wichtige Gründe sind Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung oder die Aufhebung der Zulassung durch das BAS, auch aufgrund einer nicht 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.

### **§ 39 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.

### **§ 40 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.

## **Übersicht Anlagen**

**Anlage 1 Strukturqualität „Koordinierender Arzt“**

**Anlage 2 Strukturqualität qualifizierter Facharzt**

**Anlage 3 Teilnahmeerklärung Vertragsarzt**

**Anlage 4 Leistungserbringerverzeichnis**

**Anlage 5 Qualitätssicherung**

**Anlage 6 Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte**

**Anlage 7 Patientenschulungen und Strukturqualität schulende Ärzte**

*Dresden, 12.08.2025*

Ort, Datum

*gez.*

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

*Dresden, 17.06.2025*

Ort, Datum

*gez.*

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

*Dresden, 23.06.2025*

Ort, Datum

*gez.*

BKK Landesverband Mitte,  
Landesvertretung Sachsen

*Dresden, 09.07.2025*

Ort, Datum

*gez.*

IKK classic

*Chemnitz, 17.07.2025*

Ort, Datum

*gez.*

KNAPPSCHAFT  
Regionaldirektion Chemnitz

*Kassel, 31.07.2025*

Ort, Datum

*gez.*

SVLFG als Landwirtschaftliche  
Krankenkasse

*Dresden, 27.06.2025*

Ort, Datum

*gez.*

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