

**Vereinbarung über die Durchführung des  
Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V  
bei Osteoporose in der Region Westfalen-Lippe  
(Vereinbarung DMP Osteoporose)**

**zwischen der**

**Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe  
44141 Dortmund  
vertreten durch den Vorstand  
(nachstehend KVWL genannt)**

**und**

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

**dem BKK-Landesverband NORDWEST**

**der IKK classic**

**der KNAPPSCHAFT**

**der AOK NordWest – Die Gesundheitskasse**

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

**(im Folgenden Krankenkassen/-verbände in Westfalen-Lippe genannt)**

## **Inhaltsverzeichnis**

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

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

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

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

### **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

- § 11 Medizinische Anforderungen an das DMP Osteoporose

### **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

- § 12 Grundlagen und Ziele
- § 13 Maßnahmen und Indikatoren
- § 14 Vertragsmaßnahmen

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

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

### **Abschnitt VI – Schulungen**

- § 20 Fortbildung der Ärzte
- § 21 Patientenschulungen

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

- § 22 Arbeitsgemeinschaft
- § 23 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 24 Datenstelle
- § 25 Gemeinsame Einrichtung
- § 26 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

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

- § 27 Erst- und Folgedokumentationen
- § 28 Datenfluss zur Datenstelle
- § 29 Datenzugang
- § 30 Datenaufbewahrung und -löschung

## **Abschnitt IX – Evaluation**

- § 31 Evaluation

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

- § 32 Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen

## **Abschnitt XI – Sonstige Bestimmungen**

- § 33 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 34 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz
- § 35 Laufzeit und Kündigung
- § 36 Schriftform
- § 37 Salvatorische Klausel

## **Erläuterungen und Abkürzungen**

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichen beziehen sich auf diese Vereinbarung.

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.

„Angestellter Arzt“ ist ein Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) 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

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung

„DMP“ ist das Disease-Management-Programm

„DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V

„Dokumentationsdaten“ sind die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL aufgeführten Daten

„DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung

„Fachärztlich qualifizierte Ärzte“ sind Ärzte sowie bei diesen zur Erbringung von DMP-Leistungen berechnigte angestellte Ärzte nach § 5 dieser Vereinbarung

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V

„Koordinierende Ärzte“ sind Ärzte sowie bei diesen zur Erbringung von DMP-Leistungen berechnigte angestellte Ärzte nach § 3a dieser Vereinbarung. Ferner können Ärzte nach § 5 dieser Vereinbarung die koordinierende Funktion im Ausnahmefall übernehmen, sofern sie die Patienten in Dauerbehandlung betreuen.

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung

„TE/EWE“ ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

## **Anlagen**

Anlage 1	Strukturqualität koordinierender Arzt
Anlage 2	Strukturqualität qualifizierter Facharzt
Anlage 3	Teilnahmeerklärung Arzt
Anlage 4	Leistungserbringerverzeichnis
Anlage 5	Qualitätssicherung
Anlage 6	Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte
Anlage 7	Patientenschulungen
Anlage 8	Vergütungsanlage
Anlage 9	Befundbericht*

---

\* Die Vertragspartner vereinbaren Inhalte dieser Anlage bis zum 30.06.2024.

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

### **§ 1**

#### **Ziele der Vereinbarung**

- (1) Mit dem DMP Osteoporose soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern sowie den Partnern dieser Vereinbarung 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) Diese Vereinbarung gilt für
  1. alle zugelassenen, angestellten und ermächtigten Ärzte im Bereich der KVWL, die nach Maßgabe des Abschnitts II teilnehmen und die Leistungen nach dieser Vereinbarung erbringen.
  2. die Behandlung von Versicherten der Krankenkassen, die nach Maßgabe des Abschnitts V in ein zugelassenes DMP Osteoporose ihrer Krankenkasse eingeschrieben sind,
  3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern ihre Krankenkasse nach Abs. 2 den Beitritt zum zugelassenen DMP der gleichen Kassenart erklärt hat.
  4. die Behandlung von AOK-Versicherten anderer Vertragsregionen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch die AOK mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KVWL darüber informiert wurde.

- (2) Dieser Vereinbarung können Krankenkassen mit Sitz außerhalb von Westfalen-Lippe beitreten, sobald sie gegenüber der KVWL erklären, dass sie die Regelungen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Das Programm soll vorrangig durch eine an dieser Vereinbarung teilnehmende westfälisch-lippische Krankenkasse der gleichen Kassenart durchgeführt werden. Die Krankenkassen/-verbände werden die KVWL über die Vorgehensweise der Krankenkassen informieren. Die Vergütungen erfolgen im Falle des Absatzes 1 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (3) Grundlage dieser Vereinbarung sind die RSAV sowie die DMP-A-RL. Sollten sich inhaltliche Änderungen aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV sowie der DMP-A-RL oder durch weitere gesetzliche Regelungen ergeben, wird eine einvernehmliche Anpassung dieser Vereinbarung vorgenommen. Näheres hierzu regelt § 35. Die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation sind in der Anlage 19 der DMP-A-RL sowie Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 geregelt.
- (4) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem DMP Osteoporose teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer teilnehmende Versicherte wegen Osteoporose auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

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

### **§ 3**

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

- (1) Die Teilnahme der Ärzte sowie die Beteiligung von angestellten Ärzten an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt 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.
- (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 Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 8. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen ist der KVWL unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 3 durch den angestellten Arzt gegenüber der KVWL nach.

#### **§ 4**

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

- (1) Zu den Aufgaben der gemäß § 3 teilnehmenden Ärzte gehören insbesondere:
1. die Durchführung und Koordination der Behandlung der Versicherten unter Beachtung der nach § 13 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.6 der Anlage 19 der DMP-A-RL,
  2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 16,
  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 dieser Vereinbarung innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Datenstelle. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten,
  4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 12 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 KVWL 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,
  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 therapierelevante Informationen, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
  9. bei der Überweisung an einen teilnehmenden Arzt gemäß § 5 das Anbringen des Vermerks „nimmt am DMP teil“ oder „nimmt nicht am DMP teil“ auf dem Überweisungsschein
  10. bei Wechsel des koordinierenden Arztes sind dem neuen koordinierenden Arzt mit Zustimmung des Patienten auf Anforderung alle Patientendaten zu übermitteln,

11. 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,
  12. 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,
  13. die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der koordinierende Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.
- (2) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 13 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.

## **§ 5**

### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des qualifizierten Facharztes**

- (1) Die Teilnahme der qualifizierten Fachärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung sind Fachärzte, die die Voraussetzungen der Anlage 2 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.
- (3) In Ausnahmefällen können an der vertragsärztlichen Versorgung und an diesem DMP gemäß § 5 Abs. 2 teilnehmende qualifizierte Fachärzte 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 § 5 Abs. 7 die Aufgaben des koordinierenden Arztes gemäß § 4 Abs. 1 zu erfüllen.
- (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 § 5 Abs. 7 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 § 7 bestätigt der anstellende Facharzt bzw. der 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 § 8. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 2 sind der KVWL 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 Medizinischen Versorgungszentrums, die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KVWL nach.
- (7) 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 § 11 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 therapierrelevante Informationen zu übermitteln,
  2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 12 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 KVWL 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 therapierrelevanter für die rechtzeitige Erstellung der Dokumentationen erforderliche Informationen an den koordinierenden Arzt,
  6. therapierrelevante 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 strukturierten DMP-bezogenen Qualitätszirkeln.
- (8) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Facharzt, gelten die Ziffern 1 bis 10 des Absatzes 7 entsprechend. Der anstellende Facharzt bzw. der Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums hat für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL bzw. der RSAV Sorge zu tragen.

## **§ 6**

### **Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen**

Die Krankenkassen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose Osteoporose vertraglich ein. Diese müssen die in der zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. und den Krankenkassen/-verbänden in Westfalen-Lippe geschlossenen „Rahmenvereinbarung zur Einbindung von Krankenhäusern in die DMP zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ1, Typ 2, KHK, Asthma bronchiale, COPD und Osteoporose<sup>†</sup> festgelegten Anforderungen erfüllen und die Patienten entsprechend den medizinischen Vorgaben der jeweiligen Anlagen der DMP-A-RL behandeln. Über die Homepage der AOK NordWest ist die Rahmenvereinbarung unter dem Pfad „AOK.de-Leistungserbringer-Ärzte&Psychotherapeuten-Behandlungsprogramme (DMP)-Osteoporose-Verträge-Region AOK NordWest Westfalen-Lippe“ einsehbar. Die Teilnahme der Krankenhäuser ist freiwillig.

Maßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen sind zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und zur Förderung einer auf das Krankheitsbild ausgerichteten Lebensweise des Patienten insbesondere nach einem stationären Aufenthalt sinnvoll. Rehabilitationsmaßnahmen werden unter Berücksichtigung der leistungsrechtlichen Vorgaben des SGB V und des SGB VI veranlasst. Die Krankenkassen stellen sicher, dass sie Belegungszusagen nur an Einrichtungen erteilen, die ihre Behandlungsinhalte und -abläufe an den Vorgaben der DMP-A-RL ausrichten.

## **§ 7**

### **Antrag auf Teilnahme**

Der Arzt nach § 3 oder als fachärztlich tätiger Arzt nach § 5 erklärt sich gegenüber der KVWL schriftlich auf dem Vordruck der Teilnahmeerklärung zur Teilnahme am DMP Osteoporose bereit. Unter dieser Voraussetzung gilt die Genehmigung vom Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, sofern diese der KVWL spätestens bis zum 20. Tag des ersten Monats des Folgequartal nach Unterschrift zugegangen ist.

---

<sup>†</sup> Der Vertrag für das DMP Osteoporose tritt am 18.03.2024 in Kraft.

## **§ 8**

### **Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen sowie Genehmigung und Schulungsberechtigung durch die KVWL**

- (1) Die KVWL überprüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß der Anlagen 1 bzw. 2 und erteilt bei Erfüllung schriftlich die erforderliche Genehmigung.
- (2) Die KVWL 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.

## **§ 9**

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

- (1) Die Teilnahme der Ärzte gemäß § 3 bzw. § 5 am DMP beginnt mit dem in der Genehmigung nach § 8 genannten Datum, frühestens jedoch mit Beginn dieser Vereinbarung.
- (2) Der Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVWL kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Ende des Quartals (Zugang bei der KVWL).
- (3) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet mit dem Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ruht während des Ruhens der Zulassung.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet ferner mit dem rechtskräftigen Widerruf der Genehmigung durch die KVWL, 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 § 19 zu ermöglichen.
- (6) Die KVWL informiert die beteiligten Vertragspartner bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.

## **§ 10**

### **Leistungserbringerverzeichnis**

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß § 3 und § 5 führt die KVWL ein Verzeichnis entsprechend der Anlage 4. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP Osteoporose erbringen. Die KVWL stellt dieses Verzeichnis regelmäßig in elektronischer Form (z.B. Excel-Datei) entsprechend Anlage 4
  - der Datenstelle nach § 24,
  - den Krankenkassen/-verbänden,
  - der KGNW,
  - der Gemeinsamen Einrichtung nach § 26,

- den koordinierenden Ärzten sowie fachlich qualifizierten Ärzten

zur Verfügung.

- (2) Ferner stellt die KVWL sicher, dass die Krankenkassen/-verbände sowie die Datenstelle nach § 24 zeitnah, spätestens innerhalb von zehn Tagen, in geeigneter Form über Zu- bzw. Abgänge sowie Änderungen informiert werden.
- (3) Die Verzeichnisse nach Absatz 1 und 2 stellen die Krankenkassen dem BAS beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BAS alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (4) Über die Homepage der KVWL wird eine Verlinkung zu dem von der KGNW veröffentlichten Krankenhäuserverzeichnis vorgenommen.
- (5) Das Leistungserbringerverzeichnis gemäß Anlage 4 kann von den Vertragspartnern zu Informationszwecken auch im Internet veröffentlicht werden. Ferner erhalten die Patienten über die einzelnen Krankenkassen bzw. andere Quellen, z. B. der KVWL, nähere Informationen zur Aufgabenteilung der Versorgungsebenen einschließlich der teilnehmenden Leistungserbringer.

### **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

#### **§ 11**

#### **Medizinische Anforderungen an das DMP 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 KVWL 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**

#### **§ 12**

#### **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.

### **§ 13 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 Leistungserbringer,
  2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten an die 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 Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung der in Anlage 5 fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 20 i. V. m. Anlage 2 der DMP-A-RL einzubeziehen.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

### **§ 14 Vertragsmaßnahmen**

- (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 dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen, erfolgen im Einzelfall die nachstehenden Maßnahmen:
1. keine Vergütung für unvollständige, unplausible oder nicht fristgerecht übermittelte Dokumentationen,
  2. schriftliche Aufforderung durch die KVWL zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen, ggf. Angebot eines Beratungsgesprächs durch die KVWL (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 Teilnahmegenehmigung des Arztes durch die KVWL (Ausschluss).

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

### **§ 15**

#### **Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieser Vereinbarung teilnehmen, 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.
  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.

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

## **§ 16 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 § 15 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der TE/EWE gemäß § 17 bei einem koordinierenden Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der unterschriebenen TE/EWE gemäß § 17 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.
- (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 § 24, 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 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 in das DMP 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 DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.

## **§ 17**

### **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.

## **§ 18**

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

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 16 Absatz 9 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 16 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 des DMP 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 Krankenkassenwechsels 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 § 15 vorliegen.

## **§ 19**

### **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 § 4 Absatz 1 Nr. 3 genannten Fristen an die Datenstelle. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes. Der bisherige Arzt übermittelt dem neuen koordinierenden Arzt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

## **Abschnitt VI – Schulungen**

## **§ 20**

### **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 / Medizinischen Versorgungszentren bestätigen den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 7.
- (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 § 25 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 (Anlagen 1 und 2) finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVWL nachzuweisen.

## **§ 21 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.
- (2) Zur Schulung gemäß Anlage 7 berechtigt sind an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte und das nicht-ärztliche Personal, die gemäß der Anlage 3 die entsprechende Qualifikation nachgewiesen haben. Es gilt § 8 Abs. 2.
- (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**

### **§ 22 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.

### **§ 23 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 KVWL und die nach § 25 gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X eine Datenstelle für die Verarbeitung der in § 28 beschriebenen Daten. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

## **§ 24 Datenstelle**

- (1) Die Vertragspartner verständigen sich auf eine gemeinsame Datenstelle.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 22 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 KVWL.
- (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 jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle,
  4. Entgegennahme und unmittelbare Weiterleitung der TE/EWE unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.
- (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 jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.
- (5) Zur Erfüllung der in Absatz 4 genannten Aufgaben erkennt der koordinierende Arzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 7 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 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X, geregelt.

## **§ 25 Gemeinsame 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. Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag.

## **§ 26 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen 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 versichertenbezogen 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 versichertenbezogen 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 versichertenbezogen 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.

## **Abschnitt VIII Datenfluss und Datenverwendung**

### **§ 27 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 dieser Vereinbarung. Sie werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und Qualitätsmaßnahmen 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 KVWL 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.

## **§ 28 Datenfluss zur Datenstelle**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 7 verpflichtet sich der nach § 3 bzw. in Ausnahmefällen der nach § 5 teilnehmende koordinierende Arzt,
  1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RL und
  2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 der DMP-A-RLam 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 Versendung der 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. Es ist zu gewährleisten, dass die gültige TE/EWE spätestens zusammen mit der Erstdokumentation an die Datenstelle weitergeleitet wird.
- (2) Der koordinierende Arzt nach § 3 bzw. in Ausnahmefällen nach § 5 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.
- (3) 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.

## **§ 29 Datenzugang**

Zugang zu den an die Arbeitsgemeinschaft oder Datenstelle, Gemeinsame Einrichtung, KVWL 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 werden beachtet.

## **§ 30 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**

### **§ 31 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**

### **§ 32**

#### **Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen**

Die Vergütung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen sowie weiterer im Zusammenhang mit dem DMP stehende Leistungen und Kosten sind in Anlage 8 geregelt.

## **Abschnitt XI - Sonstige Bestimmungen**

### **§ 33 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 Prüfungszwecke im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ggf. angeforderten Unterlagen werden von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.

## **§ 34 Ärztliche Schweigepflicht/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 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 DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

## **§ 35 Laufzeit und Kündigung**

- (1) Der Vertrag tritt am 23.02.2024 in Kraft. Die Einschreibung der Versicherten startet zum 01.04.2024. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalender- vierteljahres 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) Sollten sich aufgrund der vorgenannten Änderungen hinsichtlich der medizinischen Versorgungsinhalte in der Anlage 19 der DMP-A-RL Änderungen ergeben, so sind die Ärzte und sonstigen Leistungserbringer über diese Änderungen unverzüglich zu unterrichten.
- (3) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung der DMP gelten die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Ärzte und Versicherten weiter. Eine erneute Einschreibung der Ärzte und Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) 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.
- (5) Bei wichtigem Grund kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende gekündigt werden. Wichtige Gründe sind insbesondere Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung oder bei Aufhebung der Zulassung des DMP Osteoporose 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.

**§ 36**  
**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.

**§ 37**  
**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 der Vereinbarung 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 diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der sonstigen rechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Unterschriftsseite

Dortmund, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Dortmund, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

Essen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
BKK-Landesverband NORDWEST

Dresden, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
IKK classic

Kassel, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Düsseldorf, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

Bochum, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
KNAPPSCHAFT