V e r e i n b a r u n g
über
die Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach den Verträgen zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Asthma bronchiale, COPD, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit und Osteoporose nach § 137f SGB V

zwischen

der AOK Bremen/Bremerhaven
Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen

BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 20173 Hannover
zugleich für die Knappschaft - Regionaldirektion Nord, Hamburg

IKK gesund plus
Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg
handelnd als IKK-Landesverband für das Land Bremen zugleich für die Sozialversicherung der Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau 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 den Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen
Martinistr. 34, 28195 Bremen

im Folgenden „Krankenkassen“

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26/28
28209 Bremen
im Folgenden „KVHB“

Neufassung zum 01.10.2026

Anlagen als Bestandteile des Vertrages

1: Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V für die Indikationen Asthma bronchiale sowie COPD

2: Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogrammes (DMP) nach § 137f SGB V für die Indikation Brustkrebs

3: Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK)

4: Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Osteoporose

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Vereinbarung das generische Maskulinum verwendet, die Personenbezeichnungen sollen jedoch alle Geschlechter gleichermaßen ansprechen.

§ 1 Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung regelt die Vergütung und Abrechnung der im Rahmen der Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Asthma bronchiale, COPD, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit und Osteoporose nach § 137f SGB V zu erbringenden ärztlichen Leistungen.

(2) Diese Vereinbarung gilt für
- Vertragsärzte – persönlich oder durch angestellte Ärzte - Medizinische Versorgungszentren und ermächtigte Ärzte in der Region der KVHB, die ihre Teilnahme zu einem der unter Absatz 1 genannten strukturierten Behandlungsprogramm erklärt haben (im Folgenden: Ärzte),
- die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich in einem der unter Absatz 1 genannten strukturierten Behandlungsprogramm eingeschrieben haben,
- die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich in einem der unter Absatz 1 genannten strukturierten Behandlungsprogramm 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 KVHB darüber informiert wurde.

(3) Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Vertragspartner beitreten; die KVHB informiert die teilnehmenden Vertragsärzte, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Ärzte.

(4) Die Vergütungen im Falle des Absatzes 2, 3. Spiegelstrich sowie des Absatzes 3 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

§ 2 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

(1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für in einem strukturierten Behandlungsprogramm eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind mit dem jeweiligen Honorarvertrag über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen für das Vertragsgebiet Bremen zwischen KVHB und Krankenkassen abgegolten, soweit in den Anlagen keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

(2) Die Vergütung nach diesem Vertrag erfolgt außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung sowie des Regelleistungsvolumens und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV).

(3) Wenn Positionen, für die nach diesem Vertrag Vergütungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung vorgesehen sind, aufgrund einer bundesmantelvertraglichen Änderung als Bestandteil der vertragsärztlichen Gesamtvergütung aufgenommen werden, ist diese Vereinbarung erneut zu verhandeln und ggf. entsprechend anzupassen.

(4) Die KVHB ist berechtigt, den üblichen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.

(5) Die KVHB stellt sicher, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Ärzten in den Abrechnungsunterlagen gesondert herausgestellt werden. Die Krankenkassen erhalten je Quartal von der KVHB einen Nachweis über die abgerechneten Leistungen.

(6) Die Entwicklung der Leistungsmenge der am Vertrag teilnehmenden Ärzte wird in regelmäßigen Abständen durch die Vertragspartner gemeinsam analysiert.

§ 3 Allgemeine Vergütungsregelungen

(1) Die Abrechnung der in den Anlagen 1 bis 4 beschriebenen Leistungen bedarf der Genehmigung durch die KVHB. Soweit diese Genehmigung vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Ärzte ab Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zu dem betreffenden strukturierten Behandlungsprogramm.

(2) Voraussetzung für die Zahlung der Vergütung ist eine Einschreibung des Versicherten in das jeweilige strukturierte Behandlungsprogramm aufgrund der entsprechenden Vorschriften der RSAV und der DMP-A-RL.

(3) Die Vergütung für die Erstdokumentation ist grundsätzlich nur 1x je DMP-Teilnehmer von dem betreuenden koordinierenden Arzt abrechenbar, sofern der DMP-Teilnehmer nicht zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde. Die Folgedokumentation kann je DMP-Patient von dem betreuenden koordinierenden Arzt nur entsprechend des von ihm festgelegten Dokumentationsintervalls abgerechnet werden.

(4) Der koordinierende Arzt hat die Dokumentationen am Ort der Leistungserbringung elektronisch zu erfassen. Diese wird für die Behandlung nach den Vorgaben der DMP-Anforderungen-Richtlinie, die Überprüfung der Einschreibung des Versicherten und ggf. die Schulung der Versicherten genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

(5) Der koordinierende Arzt legt in den Dokumentationen unter Berücksichtigung der Ausprägung des Erkrankungsbildes das Dokumentationsintervall (3 oder 6 Monate; beim DMP Brustkrebs ggf. 12 Monate) für den jeweiligen Versicherten fest und sendet die Dokumentationen innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des zu dokumentierenden Quartals an die Datenstelle.

(6) Der koordinierende Arzt informiert den Versicherten schriftlich über die übermittelten Daten. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.

(7) Die KVHB erhält von der beauftragten Datenstelle gemäß Datenstellenvertrag für jedes Quartal bis spätestens 33 Tage nach Quartalsende einen Nachweis (Vergütungsdatei) der vollständig erbrachten, plausiblen und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen. Dieser Nachweis ist maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung von Dokumentationsleistungen der Krankenkassen an die KVHB.

(8) Zur Vermeidung von Doppelabrechnungen sind die koordinierenden Ärzte verpflichtet, sich vor einer Einschreibung durch Rückfrage bei dem Versicherten zu vergewissern, dass nicht bereits eine Einschreibung in das betreffende DMP vorgenommen wurde.

(9) Die ggf. anfallenden Porto- und Versandkosten im Zusammenhang mit den Leistungen zur Einschreibung und Dokumentation sind in den in den Anlagen 1 bis 4 geregelten Vergütungen enthalten.

(10) Die Abrechnung und Vergütung der Dokumentationen und der in den Anlagen 1 bis 4 genannten Abrechnungspositionen setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. Soweit nur einzelne Leistungsbestandteile erbracht werden, ist eine Abrechnung und Vergütung der Abrechnungspositionen ausgeschlossen.

§ 4 Allgemeine Vergütungsregelungen zur Patientenschulung

(1) Die Abrechnung der in den Anlagen 1 bis 4 beschriebenen Schulungsleistungen bedarf der Genehmigung durch die KVHB.

(2) Schulungsgemeinschaften sind Gemeinschaftseinrichtungen von Vertragsärzten, die ihre Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm erklärt haben. Schulungsgemeinschaften dienen dem Zweck,

Patientenschulungen gemäß den Verträgen zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V regelmäßig in derselben gemeinschaftlich genutzten Betriebsstätte zu erbringen. An Schulungsmaßnahmen von Schulungsgemeinschaften können nur Patienten von Vertragsärzten teilnehmen, die Mitglied der Schulungsgemeinschaften sind. Der Vertragsarzt, für dessen Patienten diese Schulung erbracht wurde, rechnet die Schulung gemäß den Anlagen 1 bis 4 gegenüber der KVHB ab. Der Vertragsarzt muss die Voraussetzungen nach Abs. 1 erfüllen.

(3) Die jeweilige strukturierte Schulungsmaßnahme ist je teilnehmendem Versicherten nur einmal berechnungsfähig, sofern nicht in der jeweiligen indikationsspezifischen Anlage eine andere Regelung vereinbart wurde. Je teilnehmendem Versicherten ist zudem nur eine Schulung für denselben Schulungsanlass berechnungsfähig. Schulungen bei Änderung der Therapieform sind davon nicht betroffen. Bei Teilnahme des Versicherten an mehreren DMP sind identische Schulungen, die in mehreren DMP angeboten werden, nur im Rahmen eines DMP abrechnungsfähig.

(4) Der Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten bzw. im DMP Osteoporose noch in der Evaluation befindlichen, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann. Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig, sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Der bestehende Schulungsstand des Patienten ist dabei zu berücksichtigen.

(5) Die Vertragspartner beobachten die Preisentwicklung des Schulungsmaterials und werden sich über ggf. erforderliche Anpassungen verständigen.

§ 5 Laufzeit und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2026 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 01.04.2026. Sie kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

(2) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung durch einen bestandskräftigen Bescheid des Bundesamtes für Soziale Sicherung, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

§ 6 Schriftform

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

§ 7 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an 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 Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Bremen, den

Kassenärztliche Vereinigung
Bremen

Bremen, den

AOK Bremen/Bremerhaven

Bremen, den

BKK Landesverband Mitte, Büro Bremen
zugleich für die Knappschaft -
Regionaldirektion Nord, Hamburg

Bremen, den

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen

Magdeburg, den

IKK gesund plus
handelnd als IKK-Landesverband für das Land Bremen, zugleich für die SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Anlage 1

Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V für die Indikationen Asthma bronchiale sowie COPD

§ 1 Vergütung Einschreibung/Dokumentation

(1) Für die plausiblen und vollständigen Dokumentationen und die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten gemäß dem Vertrag zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V für die Indikationen Asthma bronchiale sowie COPD werden folgende Vergütungen vereinbart:

Asthma bronchiale:

Leistungsinhalt	Vergütung pro Patient	GOP
Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen an die Datenstelle durch den koordinierenden Arzt	20,00 Euro	99950
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen an die Datenstelle ggf. einschl. Beratung durch den koordinierenden Arzt	20,00 Euro	99951

COPD:

Leistungsinhalt	Vergütung pro Patient	GOP
Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen an die Datenstelle durch den koordinierenden Arzt	20,00 Euro	99960
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen an die Datenstelle ggf. einschl. Beratung durch den koordinierenden Arzt	20,00 Euro	99961

(2) Zusätzliche Hinweise zur Abrechnung:

Die Einschreibepauschale (GOP 99950 bzw. 99960) kann im Behandlungsfall nicht neben der Pauschale der Folgedokumentation (GOP 99951 bzw. 99961) abgerechnet werden (Ausnahme: Die erneute Einschreibung von aus dem DMP ausgeschiedenen Patienten (ED nach beendeter Teilnahme)).

§ 2 Vergütung der Schulungen Asthma bronchiale/COPD

(1) Die nachfolgenden Schulungen werden - soweit sie nicht von gewerblichen Schulungszentren erbracht werden - wie folgt vergütet. Dabei umfasst eine Unterrichtseinheit einen Zeitraum von 90 Minuten, sofern nichts anderes vermerkt ist.

(2) Die jeweilige Nachschulung ist frühestens nach einem Jahr und maximal 1 x im Jahr abrechnungsfähig. Die Nachschulung erfolgt in einer Schulungseinheit von mindestens 45 Minuten und kann sowohl als Einzel- als auch Gruppenschulung mit bis zu 8 Personen durchgeführt werden.

(3) Die entsprechenden Patientenschulungen sind nur für die zugrunde liegende DMP-Diagnose durchzuführen und abzurechnen.

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Unterrichtseinheit	GOP	Vergütung je Nachschulung	GOP Nach-schulung
Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen (ab 5 Jahren) Im Videoformat: (V) – Videoschulung (W) – Nachschulung	bis zu 8 Patienten	18 Unterrichtseinheiten je 45 Minuten für Kinder und 12 Unterrichtseinheiten je 45 Minuten für die Eltern	20,00 Euro	99953	20,00 Euro	99953N
Für Eltern von Kindern bis 5 Jahre: Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung (ASEV) Im Videoformat: (V) – Videoschulung (W) – Nachschulung	Eltern oder Bezugs-personen von bis zu 8 Kindern	12 Unterrichtseinheiten je 45 Minuten für Eltern und 1 Unterrichtseinheit je 45 Minuten für Kinder und Eltern	20,00 Euro	99958	20,00 Euro	99958N
Die Ambulante Fürther Asthmaschulung (NASA) Im Videoformat: (V) – Videoschulung (W) – Nachschulung	bis zu 8 Patienten	6 Unterrichtseinheiten je 60 Minuten	20,00 Euro	99954	20,00 Euro	99954N

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Unterrichts einheit	GOP	Vergütung je Nachschulung	GOP Nach-schulung
Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE, eine Umbenennung von COBRA) Im Videoformat: (V) – Videoschulung (W) - Nachschulung	bis zu 8 Patienten	6 Unterrichtseinheiten je 60 Minuten	20,00 Euro	99963	20,00 Euro	99963N
Atemtherapie-Training-Ernährung-Medikation. Ein Selbstmanagement-Programm für COPD-Patienten (ATEM)	bis zu 8 Patienten	4 Unterrichtseinheiten je 120 Minuten	36,00 Euro	99966	20,00 Euro	99966N
Kosten für das Schulungsmaterial (Verbrauchsmaterial) Nicht bei Nachschulungen abrechenbar **a) Für Asthma-Schulungen** - Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen, - NASA		einmalig	10,00 Euro je Patient	99957	./.	./.
b) Für COPD-Schulungen - COBRA bzw. AFBE, - ATEM		einmalig	10,00 Euro je Patient	99965	./.	./.

§ 3 Anleitung zum Selbstmanagement von Erwachsenen

(1) Mit der folgenden Leistung wird das Ziel verfolgt, erwachsene DMP-Teilnehmer mit Asthma bronchiale bzw. COPD in die Lage zu versetzen und darin zu unterstützen, ihre Lebensführung auf Dauer an die Erfordernisse ihrer chronischen Krankheit anzupassen. Zudem sollen Folgeerkrankungen vermieden und Kosteneinsparungen bei veranlassten Leistungen, insbesondere die Notwendigkeit von Einweisungen zur stationären Behandlung, realisiert werden.

(2) Die folgende Pauschale ist abrechenbar von Ärzten, die gemäß § 3 des Vertrags zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V für die Indikationen Asthma bronchiale und/oder COPD an der hausärztlichen Versorgung des jeweiligen DMPs teilnehmen und die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 1 dieser Vergütungsvereinbarung erfüllen.
(3) Die folgende Pauschale darf abgerechnet werden für Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bei der erstmaligen Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale bzw. COPD.
(4) Die allgemeinen Vergütungsregelungen gemäß § 3 dieser Vergütungsvereinbarung gelten entsprechend.
(5) Die Anleitung zum Selbstmanagement umfasst folgende Inhalte:
- Vermitteln und Üben der richtigen Inhalationstechnik
- Überprüfen der Inhalationstechnik
- Überprüfung des Peakflow-Meters
- Vermitteln und Üben der Messtechnik
- Erläutern der Notfallmaßnahmen
- Erstellen bzw. Überprüfen des Selbstmanagement- bzw. Notfallplanes

(6) Folgende Pauschale ist abrechnungsfähig:

Asthma bronchiale:

Leistungsinhalt	Häufigkeit	Vergütung pro Patient	GOP
Anleitung zum Selbstmanagement gemäß Abs. 5 nach Diagnosestellung	einmalig nach Diagnosestellung und erstmaliger Einschreibung ins DMP Asthma	10,00 Euro	99955

COPD:

Leistungsinhalt	Häufigkeit	Vergütung pro Patient	GOP
Anleitung zum Selbstmanagement gemäß Abs. 5 nach Diagnosestellung	einmalig nach Diagnosestellung und erstmaliger Einschreibung ins DMP COPD	10,00 Euro	99967

§ 4 Gesprächsleistung zur Tabakentwöhnung

(1) Für rauchende Patienten, bei denen der Rauchstatus gemäß Anlage 2 DMP-A-RL dokumentiert wurde, kann einmalig eine Gesprächsleistung zur Tabakentwöhnung abgerechnet werden.
(2) Die Gesprächsleistung zur Tabakentwöhnung umfasst mindestens folgende Inhalte:
- Motivierende Ansprache des Patienten nach der „Motivational-Interviewing-Technik“ durch interaktive Abfrage der Motivation zur Tabakentwöhnung mit der visuellen Analog-Skala und individualisiertem Change-Talk
- Nutzung des Fagerström-Tests, insbesondere der Frage: Wann rauchen Sie morgens die erste Zigarette?

- Empfehlung von durch die Krankenkassen anerkannten Präventionsprogrammen zur Tabakentwöhnung unter Nutzung von Muster 36

(3) Die Pauschale ist abrechenbar von Ärzten, die gemäß § 4 des Vertrags zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V für die Indikationen Asthma bronchiale und/oder COPD an der fachärztlichen Versorgung des jeweiligen DMPs teilnehmen und die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 1 dieser Vergütungsvereinbarung erfüllen.

(4) Die allgemeinen Vergütungsregelungen gemäß § 3 dieser Vergütungsvereinbarung gelten entsprechend.

(5) Folgende Pauschale ist abrechnungsfähig:

Asthma bronchiale:

Leistungsinhalt	Häufigkeit	Vergütung pro Patient	GOP
Gesprächsleistung zur Tabakentwöhnung gemäß Abs. 2	einmalig je rauchendem DMP-Teilnehmer Asthma bronchiale	10,00 Euro	99956

COPD:

Leistungsinhalt	Häufigkeit	Vergütung pro Patient	GOP
Gesprächsleistung zur Tabakentwöhnung gemäß Abs. 2	einmalig je rauchendem DMP-Teilnehmer COPD	10,00 Euro	99968

§ 5 Anleitung zum Selbstmanagement von Kindern und Jugendlichen im DMP Asthma

(1) Mit den folgenden Leistungen wird das Ziel verfolgt, Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale in die Lage zu versetzen und darin zu unterstützen, ihre Lebensführung auf Dauer an die Erfordernisse ihrer chronischen Krankheit anzupassen. Zudem soll die Qualität der ambulanten Langzeitversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale gesichert und verbessert werden, um Folgeerkrankungen zu vermeiden und Kosteneinsparungen bei veranlassten Leistungen, insbesondere die Notwendigkeit von Einweisungen zur stationären Behandlung, zu realisieren.

(2) Die folgenden Pauschalen sind abrechenbar von entsprechend qualifizierten Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, die die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 1 dieser Vergütungsvereinbarung und den betreffenden Anlagen zu den Strukturvoraussetzungen des Vertrages zum DMP Asthma bronchiale erfüllen.

(3) Die folgenden Pauschalen dürfen abgerechnet werden für Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, die gemäß § 3 Abs. 2 am DMP Asthma bronchiale teilnehmen.

(4) Die allgemeinen Vergütungsregelungen gemäß § 3 dieser Vergütungsvereinbarung gelten entsprechend.

(5) Die Anleitung zum Selbstmanagement umfasst folgende Inhalte:
- Vermitteln und Üben der richtigen Inhalationstechnik
- Überprüfen der Inhalationstechnik
- Überprüfung des Peakflow-Meters
- Vermitteln und Üben der Messtechnik
- Erläutern der Notfallmaßnahmen
- Erstellen bzw. Überprüfen des Selbstmanagement- bzw. Notfallplanes

(6) Eltern/Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen sind in die Anleitung nach Abs. 5 einzubeziehen.

(7) Folgende Pauschalen sind abrechnungsfähig:

Leistungsinhalt	Häufigkeit	Vergütung pro Patient	GOP
Anleitung zum Selbstmanagement gemäß Abs. 5 nach Diagnosestellung	einmalig nach Diagnosestellung und Einschreibung ins DMP Asthma	15,00 Euro	99949
Anleitung zum Selbstmanagement gemäß Abs. 5 bei Verschlechterung des Schweregrades (durchschnittlicher Peakflow-Wert, erhöhte Medikamentendosierung, ansteigende Beschwerdehäufigkeit)	einmalig	15,00 Euro	99949B

Anlage 2

Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogrammes (DMP) nach §137f SGB V für die Indikation Brustkrebs

§ 1 Vergütung Einschreibung/ Dokumentation

(1) Für die plausiblen und vollständigen Dokumentationen und die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten gemäß dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogrammes (DMP) nach §137f SGB V für die Indikation Brustkrebs werden folgende Vergütungen vereinbart:

Leistungsinhalt	Vergütung pro Patientin	GOP
Ausführliche Beratung und Information der Patientin, Einschreibung, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der Unterlagen an die Datenstelle durch den koordinierenden Arzt; die Vergütung erfolgt bei Vorliegen vollständiger, plausibler und fristgerechter Dokumentationen	20,00 Euro	99920
Erstellung der Folgedokumentation sowie Versand der Unterlagen an die Datenstelle durch den koordinierenden Arzt; die Vergütung erfolgt bei Vorliegen vollständiger, plausibler und fristgerechter Dokumentationen	20,00 Euro	99921
Ausführliches Gespräch/Beratung durch den koordinierenden Arzt vor der stationären Aufnahme bzw. ein ausführliches Therapieplanungsgespräch nach der histologischen Sicherung der Diagnose, vor dem therapeutischen Eingriff. Inhalt des Gesprächs gem. Anlage 4 des Vertrages zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Brustkrebs	25,00 Euro	99922
Ausführliches Gespräch/Beratung durch den koordinierenden Arzt nach dem stationären Aufenthalt. Inhalt des Gesprächs gem. Anlage 4 des Vertrages zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Brustkrebs	22,50 Euro	99923
Ausführliches Gespräch/Beratung durch den koordinierenden Arzt im Rahmen der Nachsorge. Das Gespräch im Rahmen der Nachsorge kann max. einmal im Kalenderjahr abgerechnet werden. Inhalt des Gesprächs gem. Anlage 4 des Vertrages zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V Brustkrebs	22,50 Euro	99925
Anlassbezogenes Gespräch/Beratung durch den koordinierenden Arzt im Rahmen der Nachsorge. (Bei Patientinnen mit erstmalig nachweislichen Fernmetastasen oder Lokalrezidiv, sowie bei Therapiewechsel oder endgültigem Therapieabbruch) Die GOP 99927 ist nur unter Angabe des Anlasses berechnungsfähig.	30,00 Euro	99927

(2) Die Dokumentationen werden quartalsbezogen erstellt. Pro Versicherten und zwei Quartalen soll höchstens eine Dokumentation vergütet werden.

Die Dokumentationen erfolgen bei Patientinnen mit Einschreibung aufgrund eines Primärtumors, eines lokoregionären Rezidivs oder eines kontralateralen Brustkrebses innerhalb der ersten fünf Jahre nach histologischer Sicherung mindestens jedes zweite Quartal.

Tritt innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren nach histologischer Sicherung kein neues Ereignis (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) auf, erfolgt die Dokumentation ab dem sechsten Jahr mindestens jedes vierte Quartal.

Bei Auftreten eines neuen Ereignisses (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) erfolgt die Dokumentation innerhalb der nachfolgenden fünf Jahre nach histologischer Sicherung des jeweils neu aufgetretenen Ereignisses mindestens jedes zweite Quartal.

Abweichend davon werden Patientinnen mit Einschreibung wegen Fernmetastasen oder im Verlauf einer bestehenden Teilnahme auftretender Fernmetastasen über den gesamten Teilnahmezeitraum ab der diagnostischen Sicherung der Fernmetastasen mindestens jedes zweite Quartal dokumentiert.

(3) Zusätzliche Hinweise zur Abrechnung:

Die Einschreibepauschale (GOP 99920) kann nicht neben der Pauschale der Folgedokumentation (GOP 99921) abgerechnet werden (Ausnahme: Die erneute Einschreibung von aus dem DMP ausgeschiedenen Patienten (ED nach beendeter Teilnahme)).

Anlage 3

Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK)

§ 1 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

(1) Für die plausiblen und vollständigen Dokumentationen und die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten nach dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK) werden folgende Vergütungen an den koordinierenden Arzt vereinbart:

Leistungsinhalt	Vergütung pro Patient	GOP
Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen an die Datenstelle durch den koordinierenden Arzt sowie ggf. das Führen des Patientenpasses falls vorhanden	20,00 Euro	99930
Erstellung und Versand der Folgedokumentation an die Datenstelle; ggf. einschl. Beratung durch den koordinierenden Arzt sowie ggf. das Führen des Patientenpasses falls vorhanden - für die ausschließliche Teilnahme am DMP KHK.*	20,00 Euro	99931
Erstellung und Versand der Folgedokumentation an die Datenstelle durch den koordinierenden Arzt; ggf. einschl. Beratung sowie das ggf. Führen des Patientenpasses falls vorhanden (siehe Absatz 3)	10,00 Euro	99932
Für die kontinuierliche Betreuung eines in das DMP eingeschriebenen Versicherten durch den koordinierenden Arzt erhält die Praxis eine zusätzliche Qualitätssicherungspauschale je eingeschriebenem Versicherten**	14,00 Euro	99933

* Diese Vergütung gilt vorbehaltlich Absatz 3 nur für den Fall, dass der Versicherte sich ausschließlich für die Teilnahme am DMP KHK entschließt.

**eine kontinuierliche Betreuung ist erfolgt, wenn für vier aufeinanderfolgende Quartale alle vorgesehenen Dokumentationen gültig erstellt und fristgerecht an die Datenstelle übermittelt wurden. Bei quartalsweisem Dokumentationsintervall: 4 Dokumentationen erforderlich. Bei halbjährlichem Dokumentationsintervall: 2 Dokumentationen erforderlich (jedes zweite Quartal)

(2) Zusätzliche Hinweise zur Abrechnung:

Die Einschreibepauschale (GOP 99930) kann nicht neben der Pauschale der Folgedokumentation (GOP 99931) abgerechnet werden (Ausnahme: Die erneute Einschreibung von aus dem DMP ausgeschiedenen Patienten (ED nach beendeter Teilnahme)).

(3) Für den Fall, dass ein Versicherter neben dem DMP KHK auch an dem DMP Diabetes mellitus

Typ 2 teilnimmt, kommt bei der Zweiteinschreibung eines Patienten die Vergütung nach der GOP 99932 für den koordinierenden Arzt zur Anwendung. Eine Abrechnung der GOP 99931 ist für den gleichen Dokumentationszeitraum ausgeschlossen.

(4) Die Dokumentationen werden quartalsbezogen erstellt. Der Abstand zwischen zwei Dokumentationen beträgt maximal zwei Quartale. Pro Versichertem und Quartal wird höchstens eine Dokumentation vergütet.

(5) Die Anspruchsentstehung und Auszahlung der Qualitätssicherungspauschale entsteht je DMP-Teilnehmer jeweils einmal im Krankheitsfall nach Ablauf der letzten DMP-Übermittlungsfrist für die relevante Folgedokumentation in diesem Krankheitsfall. Die Auszahlung erfolgt im Quartal nach Beendigung des Krankheitsfalles an die Praxis (HBSNR). Die Pauschale wird durch die KVHB zugesetzt (GOP 99933).

Die Vergütungshöhe der Qualitätssicherungspauschale richtet sich nach der nachfolgenden Tabelle und wird wie folgt angepasst:

- Der Anteil der Versicherten, die aufgrund von zwei fehlenden Folgedokumentationen aus dem DMP KHK ausgeschrieben wurden, wird bezogen auf alle aus dem DMP KHK ausgeschriebenen Versicherten ermittelt.
- Die Auswertung erfolgt einmal jährlich zum 15.03. durch IQVIA.
- Das Auswertungsjahr umfasst den Zeitraum vom 01.01. bis 31.12. eines Kalenderjahres, für welchen die Übermittlungsfrist aller relevanten Dokumentationen abgelaufen ist.

Die Auswertungsergebnisse bilden die verbindliche Grundlage für eine etwaige Anpassung der Vergütungshöhe zum 01.04. desselben Jahres. Eine jährliche Anpassung der Vergütungsvereinbarung ist hierdurch bereits geregelt und somit gesondert nicht notwendig.

Anteil der Ausschreibungen	Neue Pauschalhöhe
> 60 %	13,50 €
> 55 %	14,00 €
< 55 %	14,50 €
< 50 %	15,00 €
< 45 %	15,50 €

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

§ 2 Vergütung der Schulungen Koronare Herzkrankheit

(1) Die nachfolgenden Schulungen werden - soweit sie nicht von gewerblichen Schulungszentren erbracht werden - wie folgt vergütet. Dabei umfasst eine Unterrichtseinheit einen Zeitraum von 90 Minuten, sofern nichts anderes vermerkt ist.

(2) Die jeweilige Nachschulung ist frühestens nach einem Jahr und maximal 1 x im Jahr abrechnungsfähig. Die Nachschulung erfolgt in einer Schulungseinheit von mindestens 45 Minuten und kann sowohl als Einzel- als auch Gruppenschulung mit bis zu 10 Personen durchgeführt werden.

(3) Soweit eine Qualitätspauschale aufgeführt ist, kann diese einmalig nach erfolgreichem Abschluss einer Schulung am Tag der letzten Unterrichtseinheit abgerechnet werden.

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Unterrichts-einheit	GOP	Vergütung je Nachschulung	GOP Nachschulung	Qualitäts pauschale (QSP)	GOP (QSP)
Strukturiertes Therapie- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (ZI-Schulung)	4 bis 6 Patienten	4 Unterrichts-einheiten	20,00 Euro	99934	20,00 Euro	99934N	8,00 Euro	99934Q
Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler	4 bis 6 Patienten	4 Unterrichts-einheiten	20,00 Euro	99935	20,00 Euro	99935N	8,00 Euro	99935Q

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Unterrichts-einheit	GOP	Vergütung je Nachschulung	GOP Nachschulung	Qualitäts pauschale (QSP)	GOP (QSP)
Gerinnungshemmung (SPOG) Voraussetzung: Erfüllung der Indikationen im Rahmen der aktuellen Fassung der Hilfsmittelrichtlinien (Produktgruppe 21)								
Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI-Schulung) Im Videoformat: (V) – Videoschulung (W) – Nachschulung	4 bis 6 Patienten	4 Unterrichts-einheiten (in wöchentlichem Abstand)	20,00 Euro	99936	20,00 Euro	99936N	8,00 Euro	99936Q

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Unterrichts-einheit	GOP	Vergütung je Nachschulung	GOP Nachschulung	Qualitäts pauschale (QSP)	GOP (QSP)
Schulungsprogramm für Typ— Diabetiker, die Insulin spritzen (ZI-Schulung) Im Videoformat: (V) – Videoschulung (W) – Nachschulung	4 bis 6 Patienten	5 Unterrichts-einheiten (erste zweite Unterrichtseinheit an aufeinander-folgenden Tagen, die übrigen in wöchentlichem Abstand)	20,00 Euro	99937	20,00 Euro	99937N	10,00 Euro	99937Q
Schulungsprogramm für Typ2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen (ZI-Schulung) Im Videoformat: (V) – Videoschulung (W) – Nachschulung	bis zu 4 Patienten	5 Unterrichts-einheiten (erste und zweite Unterrichtseinheit an aufeinanderfolgenden Tagen, die übrigen in wöchentlichem Abstand)	20,00 Euro	99938	20,00 Euro	99938N	10,00 Euro	99938Q

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Unterrichts-einheit	GOP	Vergütung je Nachschulung	GOP Nachschulung	Qualitäts pauschale (QSP)	GOP (QSP)
MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbstmanagement für Typ 2) Im Videoformat: (V) – Videoschulung (W) – Nachschulung	4 bis 6 Patienten	8 Unterrichts-einheiten *oder* 12 Unterrichts-einheiten	20,00 Euro 13,35 Euro	99939 99940	20,00 Euro 20,00 Euro	99939N 99940N	16,00 Euro 16,02 Euro	99939Q 99940Q
Medias 2 ICT (intensivierte Insulintherapie) Eine Hypertonie-Schulung ist integraler Bestandteil; daher **nicht neben einer Hypertonieschulung im Krankheitsfall**	4 bis 8 Personen Insulin-pflichtige Typ-2-Diabetiker mit essentieller arterieller Hypertonie	12 Unterrichts-einheiten	20,00 Euro	99944	20,00 Euro	99944N	24,00 Euro	99944Q

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Unterrichts-einheit	GOP	Vergütung je Nachschulung	GOP Nachschulung	Qualitäts pauschale (QSP)	GOP (QSP)
abrechnungsfähig								
Kardio-Fit Im Videoformat: (V) – Videoschulung (W) – Nachschulung	4 bis 6 Patienten	3 Unterrichts-einheiten (in wöchentlichem Abstand)	20,00 Euro	99945	20,00 Euro	99945N	6,00 Euro	99945Q
SGS-Strukturiertes Geriatrisches Schulungsprogramm für Typ- 2-Diabetiker im höheren Lebensalter	bis zu 6 Patienten (ab Vollendung des 65. Lebens-jahres)	6 Unterrichts-einheiten (ohne Insulinbehandlung) oder 7 Unterrichtsstunden (mit Insulinbehandlung)	13,50 Euro	99947	20,00 Euro	99947N	8,10 Euro 9,45 Euro	99948Q 99947Q

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Unterrichts-einheit	GOP	Vergütung je Nachschulung	GOP Nachschulung	Qualitäts pauschale (QSP)	GOP (QSP)
Kosten für das Schulungsmaterial: Medias 2 und Medias 2 ICT (Verbrauchsmaterial) Nicht bei Nachschulungen abrechenbar			9,55 Euro pro Patient ab 01.01.2027 13,90 Euro	99942	./.	./.	./.	./.
Kosten für alle weiteren Schulungsmaterialien(Verbrauchsmaterial) Nicht bei Nachschulungen abrechenbar			9,55 Euro pro Patient	99941	./.	./.	./.	./.

Die Patientenschulung „Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung“ (SPOG) kann ausschließlich für eingeschriebene Versicherte in das DMP KHK durch Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren und ermächtigte Ärzte gemäß § 4 des Vertrages zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit erbracht und abgerechnet werden, die gegenüber der KVHB die

Schulungsberechtigung nachgewiesen haben und über eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung verfügen. Die KVHB stellt den Krankenkassen eine Übersicht der schulungsberechtigten Ärzte zur Verfügung. Die Durchführung der Schulung setzt die Genehmigung der Krankenkasse – ggf. unter Beteiligung des MD – voraus

Anlage 4

Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Osteoporose

Die nachfolgenden Leistungen sind ab dem 01.07.2024 mit Start des Wirkbetriebes des DMP Osteoporose abrechenbar!

§ 1 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

(1) Für die plausiblen und vollständigen Dokumentationen und die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten nach dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Osteoporose werden folgende Vergütungen an den koordinierenden Arzt vereinbart:

Leistungsinhalt	Vergütung pro Patient	GOP
Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen an die Datenstelle durch den koordinierenden Arzt	20,00 Euro	99830
Erstellung und Versand der Folgedokumentation an die Datenstelle; ggf. einschl. Beratung durch den koordinierenden Arzt	20,00 Euro	99831

(2) Zusätzliche Hinweise zur Abrechnung:

Die Einschreibepauschale (GOP 99830) kann nicht neben der Pauschale der Folgedokumentation (GOP 99831) abgerechnet werden (Ausnahme: Die erneute Einschreibung von aus dem DMP ausgeschiedenen Patienten (ED nach beendeter Teilnahme)).

(3) Die Dokumentationen werden quartalsbezogen erstellt. Der Abstand zwischen zwei Dokumentationen beträgt maximal zwei Quartale. Pro Versichertem und Quartal wird höchstens eine Dokumentation vergütet.

(4) Für die kontinuierliche Betreuung eines in das DMP eingeschriebenen Versicherten durch den koordinierenden Arzt erhält die Praxis (HBSNR) eine zusätzliche Qualitätssicherungspauschale in Höhe von 10,00 € je eingeschriebenem Versicherten, wenn er für vier aufeinanderfolgende Quartale alle vorgesehenen Dokumentationen gültig erstellt und fristgerecht an die Datenstelle übermittelt hat. Bei einem quartalsweisen Dokumentationsintervall sind vier Dokumentationen und bei einem halbjährlichen Intervall sind zwei Dokumentationen vorgesehen. Der Anspruch entsteht jeweils einmal nach Ablauf der letzten DMP-Übermittlungsfrist für die relevante Folgedokumentation. Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der nächstfolgenden Abrechnung und wird durch die KVHB zugesetzt (GOP 99832).

(5) Zur Implementierung der Prozesse in der Praxis durch das neue DMP erhält der koordinierende Arzt bei der erstmaligen Einschreibung eines Versicherten einen Zuschlag zur GOP 99830 in Höhe von 5,00 Euro

(GOP 99833). Bei erneuter Einschreibung des Versicherten kann die Leistung nicht abgerechnet werden. Die Leistung ist befristet bis zum 30.06.2025.

§ 2 Vergütung der Schulung Osteoporose

(1) Die nachfolgende Schulung wird - soweit sie nicht von gewerblichen Schulungszentren erbracht wird - wie folgt vergütet. Dabei umfasst eine Unterrichtseinheit einen Zeitraum von 60 Minuten, sofern nichts anderes vermerkt ist.

(2) Die jeweilige Nachschulung ist frühestens nach einem Jahr und maximal 1 x im Jahr abrechnungsfähig. Die Nachschulung erfolgt in einer Schulungseinheit von mindestens 45 Minuten und kann sowohl als Einzel- als auch Gruppenschulung mit bis zu 8 Personen durchgeführt werden.

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Unterrichts-einheit	GOP	Vergütung je Nachschulung	GOP Nachschulung
Patientenprogramm Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft Osteologie[1]	Bis zu 8 Patienten	5 Unterrichts-einheiten	20,00 Euro	99837	20,00 Euro	99838N
Kosten für das Schulungsmaterial (Verbrauchsmaterial) Nicht bei Nachschulungen abrechenbar			12,90 Euro	99839	./.	./.

§ 3 Betreuungspauschale koordinierender Arzt

(1) Die folgende Pauschale ist abrechenbar von Ärzten, die gemäß § 3 des Vertrags zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Osteoporose an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 1 dieser Vergütungsvereinbarung erfüllen.

(2) Die allgemeinen Vergütungsregelungen gemäß § 3 dieser Vergütungsvereinbarung gelten entsprechend.

(3) Die Betreuungspauschale umfasst folgende Inhalte:

- Intensives Patientengespräche zur Abklärung:

[1] Positive Zulassung unter Vorbehalt eines positiven Evaluationsergebnisses entsprechend § 4 Abs. 3 DMP-A-RL. Die Evaluation erfolgt nicht in Bremen

i. von Komorbiditäten und deren Einfluss auf Therapie und mögliche Nebenwirkungen/Interaktionen (Bei postmenopausalen Frauen: Frage nach einer Hormonersatztherapie
ii. weiterer Medikamente, die das Frakturrisiko erhöhen
iii. einer ausreichenden Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr über eine Anamnese
iv. der Therapie auf ihre Wirksamkeit
v. des Grads der Erreichung vereinbarter Ziele und
vi. von Schmerzen

- Motivation und Aufklärung des Patienten, insbesondere
  i. aktivierende Maßnahmen und deren Verstetigung
  ii. Lebensstilmodifikation
  iii. Richtige Medikamenteneinnahme
- ggf. Absprache mit anderen Leistungserbringern zur Anpassung der individuellen Therapie
- ggf. Überweisung in den fachärztlichen Versorgungssektor

(4) Folgende Pauschale ist abrechnungsfähig:

Leistungsinhalt	Häufigkeit	Vergütung pro Patient	GOP
Betreuungspauschale koordinierender Arzt nach § 3	Je Quartal	11,00 Euro	99834

§ 4 Sturzanamnese

(1) Die folgende Pauschale ist abrechenbar von Ärzten, die gemäß § 3 des Vertrags zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Osteoporose an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 1 dieser Vergütungsvereinbarung erfüllen.

(2) Die allgemeinen Vergütungsregelungen gemäß § 3 dieser Vergütungsvereinbarung gelten entsprechend.

(3) Die Sturzanamnese umfasst folgende Inhalte:

- Ausführliche Sturzanamnese
- Abklärung von Gleichgewichtsstörungen
- Ermittlung des Sturzrisikos ggf. unter Durchführung folgender Tests:
  i. Handkraftmessung
  ii. Tandemstand
  iii. Chair Rising Test
- Folgeabschätzung bei Sturzneigung:
  i. Beratung zur Reduktion des Sturzrisikos (z.B. Vermeidung von Untergewicht)
  ii. Empfehlung von Maßnahmen zur Förderung des Gleichgewichts und der Reaktionsfähigkeit sowie zur Reduktion der Angst vor Stürzen und vor weiteren Mobilitätseinschränkungen
  iii. Motivation zu körperlichem Training zur Förderung der Muskelkraft und Koordination
  iv. Überprüfung der Indikation sturzfördernder Medikamente

(4) Folgende Pauschale ist abrechnungsfähig:

Leistungsinhalt	Häufigkeit	Vergütung pro Patient	GOP
Sturzanamnese	max. 2x im Krankheitsfall, jedoch nicht im selben Quartal	6,50 Euro	99835

(5) Die Abrechnung der EBM-Leistung hausärztlich-geriatrisches Basisassessment (GOP 03360) ist im selben Quartal ausgeschlossen.

§ 5 Mitbehandlungspauschale

(1) Die folgende Pauschale ist abrechenbar von Ärzten, die gemäß § 4 des Vertrags zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Osteoporose an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 1 dieser Vergütungsvereinbarung erfüllen.

(2) Die allgemeinen Vergütungsregelungen gemäß § 3 dieser Vergütungsvereinbarung gelten entsprechend.

(3) Die Mitbehandlungspauschale dient der Vermeidung der Progression unter Therapie sowie ggf. der Untersuchung zur Abklärung einer sekundären Erkrankungsursache der Osteoporose.

(4) Folgende Pauschale ist abrechnungsfähig:

Leistungsinhalt	Häufigkeit	Vergütung pro Patient	GOP
Mitbehandlungspauschale	max. 2x im Krankheitsfall, jedoch nicht im selben Quartal	25,00 Euro	99836

(5) Sofern der Facharzt nach § 4 für einen Versicherten die Funktion des koordinierenden Arztes nach § 3 ausübt, ist die Abrechnung der GOP 99836 neben den GOP 99830, 99831, 99834 und 99835 im selben Quartal ausgeschlossen.