

Anlage 4 **Ärzteverzeichnis ambulanter Sektor**

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Osteoporose

Mindestanforderungen zur Erstellung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Osteoporose (ambulanter Sektor)

Gültig ab: 01.10.2023

Stand: 30.09.2022

Versorgungsebenen (nur Einfachnennung möglich)

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

B = Vertraglich eingebundene zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin bzw. vertraglich eingebundener zugelassener oder ermächtigter qualifizierter Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung nach Anlage 2, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt [2. Ebene]

Berechtigungen (Mehrfachnennungen möglich)

01 = Ärztin bzw. Arzt koordiniert

02 = Ärztin bzw. Arzt koordiniert nicht

41 = Patientenschulung Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft für Osteologie

Hinweise zur Angabe der Berechtigungen

- Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben.
- Ärztinnen und Ärzte der Versorgungsebene „A“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
- Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte der Versorgungsebene „B“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärztinnen und Ärzte der Versorgungsebene „B“ sind in der Regel nicht koordinierend tätig. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Sofern eine Ärztin bzw. ein Arzt der Versorgungsebene „B“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben. Darüber hinaus können Ärztinnen und Ärzte der Versorgungsebene „B“, die Versicherte behandeln, bei denen keine Multimorbidität, sondern ausschließlich die systemische Skeletterkrankung Osteoporose vorliegt, die Langzeitbetreuung und Dokumentation übernehmen. Es ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.

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

* Bei Ärztinnen und Ärzten mit Mehrfachnennungen zu Berechtigungen sind diese in einer Zeile der Tabelle vorzunehmen. Als Trennzeichen innerhalb des Feldes ist ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden. Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen einer Ärztin bzw. eines Arztes sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahmezeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahmezeitraums zu kennzeichnen.

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

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

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