

# VERTRAG

in Kraft ab 01.10.2018

## über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebs-Patientinnen

zwischen

- der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen  
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
- dem BKK Landesverband Mitte  
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
- der IKK classic  
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden\*  
\*handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4a SGB V
- der SVLFG als Landwirtschaftlichen Krankenkasse  
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
- der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord  
Siemensstraße 7, 30173 Hannover

vertreten durch die Vorstände

und

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 Niedersachsen,  
An der Börse 1, 30159 Hannover

nachfolgend „Verbände“ genannt

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)  
Berliner Allee 22, 30175 Hannover,  
vertreten durch den Vorstand

**gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V**

und der

Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e.V. (NKG)  
Thielenplatz 3, 30159 Hannover  
vertreten durch den Vorstand

**gemäß § 137f i.V.m. § 137g SGB V**

## Inhaltsverzeichnis:

<b>PRÄAMBEL</b> .....	<b>4</b>
<b>Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich</b> .....	<b>5</b>
§ 1 Ziele des Vertrages .....	5
§ 2 Geltungsbereich .....	6
<b>Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer</b> .....	<b>7</b>
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungssektors .....	7
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors .....	8
§ 5 Teilnahmeerklärungen .....	10
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen .....	11
§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme .....	11
§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse .....	12
<b>Abschnitt III Versorgungsinhalte</b> .....	<b>14</b>
§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs .....	14
<b>Abschnitt IV Qualitätssicherung</b> .....	<b>15</b>
§ 10 Grundlagen und Ziele .....	15
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren .....	15
§ 12 Verstoß gegen die Ziele des Programms.....	16
<b>Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten</b> .....	<b>18</b>
§ 13 Teilnahmevoraussetzungen.....	18
§ 14 Information und Einschreibung .....	19
§ 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung.....	20
§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme.....	20
§ 17 Wechsel des DMP-Arztes .....	21
§ 18 nicht besetzt .....	21
<b>Abschnitt VI Schulung und Information</b> .....	<b>22</b>
§ 19 Leistungserbringer .....	22
§ 20 Versicherte .....	23
<b>Abschnitt VII Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle und deren Aufgaben</b> .....	<b>24</b>
§ 21 Datenstelle .....	24
§ 22 Erst- und Folgedokumentationen .....	25
§ 23 Datenfluss zur Datenstelle .....	25
§ 24 Datenzugang .....	26
§ 25 Datenaufbewahrung und -löschung .....	26
<b>Abschnitt VIII Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVN und zur Gemeinsamen Einrichtung</b> .....	<b>27</b>
§ 26 Datenfluss .....	27
§ 27 Datenzugang .....	27
§ 28 Datenaufbewahrung und -löschung .....	27
<b>Abschnitt IX Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung</b> .....	<b>28</b>
§ 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft.....	28
§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft .....	28
§ 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung .....	28
§ 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung .....	28
<b>Abschnitt X Evaluation</b> .....	<b>30</b>
§ 33 Evaluation.....	30
<b>Abschnitt XI Vergütung, Abrechnung und Analyse der Leistungen</b> .....	<b>31</b>
§ 34 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen.....	31
§ 34a Vergütung der stationären Leistungen .....	31
§ 35 Vergütung Einschreibung/ Dokumentation.....	31

<b>Abschnitt XII Sonstige Bestimmungen .....</b>	<b>34</b>
§ 36 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz.....	34
§ 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen.....	34
§ 38 Laufzeit und Kündigung .....	34
§ 39 Schriftform .....	35
§ 40 Salvatorische Klausel .....	35
<b>Übersicht Anlagen.....</b>	<b>37</b>

## Erläuterungen

- §§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag
- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 29, 30.
- „BVA“ ist das Bundesversicherungsamt
- „Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 21.
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen Richtlinie
- „DMP-Arzt“ ist ein Arzt, der die Behandlung und Koordination des Patienten übernimmt
- „Erstdokumentation (ED)“ ist die erstmalige Dokumentation, welche im Verlauf der DMP-Teilnahme des Patienten erstellt wird.
- „EU-DSGVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union
- „Folgedokumentation (FD)“ ist jede Dokumentation außer der Erstdokumentation
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 31, 32.
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung
- „Versicherte“ sind weibliche Versicherte

## PRÄAMBEL

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung der Frau. Jährlich erkranken knapp 70.000 Frauen in Deutschland neu. Ungefähr 18.000 Frauen sterben pro Jahr an der Erkrankung.<sup>1</sup> Die mit dem Krankheitsbild verbundenen gesundheitlichen Auswirkungen führen zu einer erheblichen Reduzierung der Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung der Betroffenen. Mit der Implementierung eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease Management Programme, DMP) soll eine sektorenübergreifende, evidenzbasierte und strukturierte Versorgung der erkrankten Patientinnen über die verschiedenen Krankheitsstadien hinweg erreicht werden.

Durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen der optimalen Koordination der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Betreuung der Patientinnen sowie eine individuelle Therapie soll die Lebensqualität erhöht werden. Der Vertrag gewährleistet eine patientinnen- und qualitätsorientierte Begleitung der Frauen durch die an der Behandlung beteiligten zugelassenen Krankenhäuser und Vertragsärzte sowie durch die auf den Behandlungsverlauf bezogene Dokumentation.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass im DMP Brustkrebs insbesondere wegen der hohen psychischen Belastung der erkrankten Versicherten die Vertrauensbeziehung zwischen Patientin und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-Patientenverhältnisses stattfindet. Insofern sind im DMP Brustkrebs die Regelungen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten indikationsspezifisch vertraglich abgestimmt und werden damit der besonderen Situation gerecht.

Davon unberührt bleibt das jederzeitige individuelle Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen bezüglich der Weiterleitung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Behandlungsdaten.

Der Vertragsstand berücksichtigt die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL bis einschließlich ihrer 8. Änderung (Beschlussfassung vom 20.04.2017).

---

<sup>1</sup> Vgl. Robert Koch Institut (2016): Bericht zum Krebsgeschehen 2016, Berlin 2016, S. 36.

## **Abschnitt I**

### **Ziele, Geltungsbereich**

#### **§ 1**

#### **Ziele des Vertrages**

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms Brustkrebs in Niedersachsen. Über dieses Behandlungsprogramm soll unter Beachtung der nach § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Brustkrebs, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und den teilnehmenden Krankenkassen gewährleistet werden, um die Versorgung der Patientinnen zu optimieren. Zum einen nimmt der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe als DMP-Arzt eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses Disease-Management-Programms ein. Zum anderen übernehmen die teilnehmenden Krankenhäuser insbesondere im Bereich der operativen und begleitenden Therapien eine weitere zentrale Funktion ein.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Brustkrebs sowie die medizinischen Grundlagen sind in der Anlage 3 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Die Vertragspartner streben auf dieser Grundlage mit diesem Vertrag folgende Ziele an:
- die Patientinnen, bezogen auf ihren Krankheitsfall und unter angemessener Berücksichtigung ihres Lebensumfeldes, während des Behandlungsprozesses zu begleiten und sie durch gezielte, patientinnenorientierte, qualitativ gesicherte Informationen aufzuklären. Die Informationen sollen die Patientinnen in die Lage versetzen, selbst stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken,
  - Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen,
  - Optimierung des operativen Standards, insbesondere im Hinblick auf eine nachhaltige Senkung der Anzahl der Brustamputationen durch Erhöhung des Anteils brusterhaltender Operationen,
  - Verbesserung der Standards der adjuvanten Therapie durch Anwendung der in § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte,
  - Hilfestellung durch ein strukturiertes Begleitungs- und Beratungsangebot u.a. im psychosozialen Bereich, um Auswirkungen und Folgezustände im Zusammenhang mit der Krebserkrankung zu lindern, damit Patientinnen die individuell empfundene Gefährdung ihrer Gesundheit besser verarbeiten können,

- eine umfassende Nachsorge, insbesondere im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation,
- das frühzeitige Erkennen eines lokoregionären Rezidivs bzw. eines kontralateralen Tumors,
- die Unterstützung der Patientin in der Umsetzung der empfohlenen und vereinbarten Therapie und die Einleitung geeigneter vorbeugender Maßnahmen sowie das frühzeitige Erkennen von Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Therapie.

## **§ 2**

### **Geltungsbereich**

(1) Diese Vereinbarung gilt für

- a) Ärzte / Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Region der KVN sowie zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V in Niedersachsen, die nach Maßgabe des Abschnitts II teilnehmen.
- b) die Behandlung von Versicherten, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.

Der Vertrag kann auch für die Behandlung von Versicherten von Krankenkassen außerhalb Niedersachsens gelten. Soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Vorschriften für diese Krankenkassen gelten, muss die jeweils betroffene außerniedersächsische Krankenkasse diesem Vertrag beitreten und gegenüber den Vertragspartnern erklären, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß §§ 34 und 35 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennt. Die Programmdurchführung erfolgt nach kassenindividueller Absprache.

- (2) Grundlagen dieses Vertrages sind die RSAV sowie insbesondere die DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsvereinbarungen der RSAV oder aufgrund von Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder durch weitere gesetzliche Regelungen inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen
- (3) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Patientinnen mit Brustkrebs teilnehmende Versicherte gemäß des jeweils aktuellen Abschnitts III (Versorgungsinhalte) dieses Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Brustkrebs auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

## **Abschnitt II**

### **Teilnahme der Leistungserbringer**

#### **§ 3**

##### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungssektors**

- (1) Die Teilnahme an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und MVZ mit entsprechend qualifizierten Fachärzten, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.
- (3) Bei der Umsetzung des DMP wirken darüber hinaus zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Vertragsärzte, psychologische Psychotherapeuten und durch die Krankenkassen zugelassene Leistungserbringer, die im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit den nach § 4 teilnehmenden Krankenhäusern beteiligt sind, mit. Gegebenenfalls sind die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 zu erfüllen.
- (4) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
- (5) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Ärzte gehören insbesondere:
  - a) die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
  - b) die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
  - c) die Aufklärung der Patientin durch ergänzende Patientinnengespräche und zielgerichtete Patientinneninformationen gemäß § 9 Absatz 3,
  - d) die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die vollständige Erstellung der Dokumentation entsprechend Anlage 4 der DMP-A-Richtlinie und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII dieses Vertrages,
  - e) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  - f) die Überweisung an andere, auch nicht an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte/ psychologische Psychotherapeuten entsprechend Nummer 1.9 der DMP-A-Richtlinie zur weiterführenden Diagnostik und Therapie. Eine stationäre Einweisung sollte unter Berücksichtigung der individuellen Patientinneninteressen und der regionalen Versorgungs-

struktur an zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V erfolgen, die im Rahmen des § 4 dieses Vertrages teilnehmen.

g) bei Überweisung an andere Leistungserbringer

- therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
- von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Buchstaben a bis g entsprechend. Der anstellende Arzt / das anstellende MVZ hat im Rahmen des Arbeitsverhältnisses die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL zu gewährleisten.

Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

- (6) In Ausnahmefällen, insbesondere auf Wunsch der Versicherten, können der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt nach § 73 SGB V oder ein fachärztlicher Internist sowie mit entsprechender Qualifikation bei den MVZ angestellte Ärzte die koordinierende Funktion des in Absatz 2 genannten Arztes übernehmen. Hierzu bedarf es, abweichend zu Anlage 1 Nr. 1 einer gesonderten Bestätigung der Qualifikation (mindestens 12 Monate klinische Tätigkeit in der Frauenheilkunde unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Gynäkologen oder die durch die KVN erteilte Berechtigung als onkologisch verantwortlicher Arzt) sowie einer Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag durch die KVN. In diesen besonderen Fällen übernimmt dieser teilnehmende Vertragsarzt die Pflichten nach Absatz 4 und die Fortbildungsverpflichtung nach Anlage 1 Nr. 2. Vertragsärzte, die gemäß dieser Ausnahmeregelung an dem Vertrag teilnehmen wollen, müssen die vorgenannten Anforderungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen und der KVN nachweisen.

## **§ 4**

### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors**

- (1) Die Teilnahme der Krankenhäuser an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 (Regelungen zur fachlichen, personellen und der interdisziplinären Zusammenarbeit) erfüllen.
- (3) Das zugelassene Krankenhaus benennt der NKG zur Weiterleitung an die Verbände der GKV in Niedersachsen mindestens einen für DMP zuständigen Arzt und einen Stellvertre-

ter, die jeweils Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sein müssen. Der Facharzt ist Ansprechpartner für die von der stationären Einrichtung und deren Kooperationspartnern behandelten DMP-Patientinnen. In dieser Funktion nimmt er an den interdisziplinären Behandlungsplanungen der Primärtherapie teil. Er ist Ansprechpartner für die kooperierenden Vertragsärzte sowie für die Gesetzlichen Krankenkassen.

- (4) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten zugelassenen Krankenhäuser gehören insbesondere:
- a) die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Versicherten,
  - b) die Durchführung eines intensivierten Beratungsgesprächs unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Versicherten zwischen der histologischen Sicherung der Diagnose (z.B. mittels Stanzbiopsie) und der operativen Therapie, insbesondere im Hinblick auf die Darstellung der Vor- bzw. Nachteile und Risiken der unterschiedlichen Operationsverfahren sowie eines Beratungsgesprächs nach der operativen Therapie im Hinblick auf die adjuvante Therapie,
  - c) die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14, sowie die vollständige Erstellung der Dokumentation entsprechend Anlage 4 der DMP-A-RL und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII dieses Vertrages,
  - d) die Beratung der Versicherten im Hinblick auf die Notwendigkeit der Auswahl eines nachbehandelnden DMP-Arzt nach § 3 Absatz 2, soweit die Versicherte bisher nicht von einem entsprechenden Arzt betreut wurde,
  - e) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  - f) die interdisziplinäre Zusammenarbeit entsprechend der Anlage 2,
  - g) die Rücküberweisung an den durch die Patientin gewählten DMP-Arzt nach § 3 unter zeitnaher Weitergabe (unverzüglich, in der Regel am zweiten Werktag nach der Entlassung) therapierelevanter Informationen,
  - h) die zeitnahe Übermittlung (unverzüglich, in der Regel am zweiten Werktag nach der Entlassung) der zur Erstellung der Dokumentationen gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL notwendigen Dokumentationsdaten sowie die Information über bereits erfolgte Einschreibungen an den DMP-Arzt nach § 3 entsprechend der Festlegung in Anlage 2.
- (5) Das nach Absatz 2 teilnahmeberechtigtes zugelassenes Krankenhaus ist berechtigt, über Absatz 4 h) hinaus die Erstdokumentation gemäß Anlage 7 selbst zu erstellen und gemäß § 23 an die Datenstelle weiterzuleiten. In diesem Fall übermittelt es dem DMP-Arzt die Infor-

mation gemäß Absatz 4 h) mittels eines Ausdrucks des Datensatzes der Erstdokumentation.

## **§ 5**

### **Teilnahmeerklärungen**

- (1) Der Arzt / das MVZ erklärt sich nach § 3 Absatz 2 bzw. 6 gegenüber der KVN schriftlich auf dem Teilhahmeantrag gemäß Anlage 4a zur Teilnahme am Disease-Management-Programm bereit.
- (2) Wird die Teilnahme des Arztes bzw. des MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden MVZ auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem Formular gemäß Anlage 4a unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVN kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.
- (3) Die zugelassenen Krankenhäuser stellen gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung schriftlich einen Antrag auf Teilnahme an diesem Vertrag entsprechend Anlage 4b. In dem schriftlichen Antrag erklärt sich das Krankenhaus bereit, sich an den Aufwendungen, die im Rahmen der Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung entstehen, pauschal zu beteiligen. Das Nähere zu der Kostenbeteiligung ist in der Vereinbarung über die Bildung einer gemeinsamen Einrichtung gemäß § 28f Abs. 2 Nr. 1c RSAV geregelt.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der Leiter des MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVN nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVN vom anstellenden Arzt bzw. Leiter des MVZ unverzüglich mit Hilfe des Formulars gemäß Anlage 4a mitgeteilt.
- (5) Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

## § 6

### Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KVN erteilt den gemäß § 3 Absatz 2 und 6 teilnehmenden Ärzten / MVZ die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag,
  - wenn diese die in Anlage 1 genannten Strukturvoraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllenoder
  - sich bei Antragstellung verpflichten, die in Anlage 1 genannten Strukturvoraussetzungen innerhalb der dort genannten Fristen zu erfüllen.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung prüft den Antrag nach § 5 Absatz 3 und stellt fest, ob die Teilnahmevoraussetzungen vorliegen. Sie empfiehlt den Krankenkassenverbänden, den Antrag rechtsverbindlich anzunehmen, wenn die in Anlage 2 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Die Krankenkassenverbände erteilen gemeinsam den Bescheid zur Teilnahme am Vertrag.

## § 7

### Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes / MVZ am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Der Teilnahmebescheid wird schriftlich durch die KVN erteilt.
- (2) Der Arzt/ das MVZ kann seine Teilnahme schriftlich mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende widerrufen.
- (3) Endet die Teilnahme eines Arztes/MVZ an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 oder durch Beschluss nach § 12 Abs. 2, so ist dieser Arzt/ dieses MVZ von diesem Vertrag durch die KVN auszuschließen.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet, ohne dass es eines Widerrufs bedarf, mit dem Beschluss des Zulassungsausschusses über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.
- (5) Die KVN informiert die beteiligten Vertragspartner unverzüglich bei Zugang des Widerrufs und über das Ende der Teilnahme. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Ärzte/MVZ aufmerksam machen.
- (6) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer (Neben-)Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser (Neben-)Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein ande-

rer Arzt in der teilnehmenden (Neben-)Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen.

- (7) Die Teilnahme des zugelassenen Krankenhauses beginnt mit der Anerkennung der Beitrittserklärung durch die Krankenkassenverbände und endet bei Wegfall der Voraussetzungen nach § 4 oder mit der Rücknahme der Beitrittserklärung durch den Träger. Die Rücknahme ist nur mit einer Frist von vier Monaten zum Ende eines Kalenderjahres möglich, es sei denn, die Krankenkassenverbände, die NKG und das Krankenhaus verständigen sich auf einen früheren Zeitpunkt. Die Krankenkassenverbände informieren die KVN über das Teilnahmeende.
- (8) Im Übrigen endet die Teilnahme des Arztes/MVZ bzw. des Krankenhauses bei Verstoß gegen die Ziele dieses Disease-Management-Programms unter den Voraussetzungen des § 12 Absatz 2 bzw. Absatz 3.

## **§ 8**

### **Leistungserbringerverzeichnisse**

- (1) Über die teilnehmenden Ärzte führt die KVN ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und in MVZ angestellten Ärzte. Die KVN stellt dieses Verzeichnis (mit Praxisanschrift) den Vertragspartnern innerhalb von 4 Wochen nach Quartalsende und im Übrigen auf Anforderung in elektronischer Form als Excel-Datei entsprechend Anlage 10 a zur Verfügung.
- (2) Über die teilnehmenden Krankenhäuser führen die Verbände der Krankenkassen ein Verzeichnis. Die Verbände der Krankenkassen stellen dieses Verzeichnis den Vertragspartnern regelmäßig in elektronischer Form als Excel-Datei entsprechend Anlage 10 b zur Verfügung.
- (3) Die teilnehmenden Krankenkassen stellen die Teilnehmerverzeichnisse dem Bundesversicherungsamt beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei unbefristeter Zulassung sind diese dem BVA alle 5 Jahre und auf Anforderung in aktualisierter Form zur Verfügung zu stellen. Weiterhin werden die Teilnehmerverzeichnisse bei Bedarf folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:

- den am Vertrag teilnehmenden Ärzten/ MVZ über die KVN
  - den am Vertrag teilnehmenden Krankenhäusern über die NKG,
  - den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (z.B. bei Neueinschreibung) ,
  - den zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweilige Krankenkasse
  - der Datenstelle nach § 21 durch die KVN (Vertragsärzte) und den Verbänden (Krankenhäuser)
- (4) Die Teilnehmerverzeichnisse können mit Zustimmung aller Vertragspartner veröffentlicht werden.

### **Abschnitt III**

#### **Versorgungsinhalte**

#### **§ 9**

##### **Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs**

- (1) Die medizinischen Anforderungen für das DMP Brustkrebs sind in Anlage 3 der DMP-A-RL definiert. Sie gelten in der jeweils gültigen Fassung der DMP-A-RL. Die teilnehmenden Ärzte/MVZ und Krankenhäuser verpflichten sich durch ihre Teilnahme bzw. ihren Antrag auf Teilnahme gemäß § 5 dazu, mindestens diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die teilnehmenden Vertragsärzte und Medizinischen Versorgungszentren sind nach Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere auf die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfaltet, unverzüglich von der KVN bzw. die teilnehmenden Krankenhäuser von der Gemeinsamen Einrichtung bzw. NKG nach Abstimmung mit den Verbänden über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten.
- (3) Die Aufklärung der Patientin im Sinne der Anlage 3 DMP-A-RL durch den DMP-Arzt erfolgt insbesondere über ergänzende Nachsorgegespräche und zielgerichtete Patientinneninformationen. Als Grundlage dienen die nachstehend beschriebenen Informationsbausteine. Die Informationsbausteine umfassen schwerpunktmäßig folgende Bereiche:
  - Exploration, Betreuung und Beratung in Bezug auf psychosomatische, psychosoziale und psychische Aspekte
  - Unterstützung bei der Langzeittherapie
  - Beachtung von Neben- und Folgewirkungen der Therapien
  - Körperliche Aktivität und Ernährung

Die jeweiligen Inhalte der durchzuführenden Gespräche ergeben sich aus der Anlage 5.

## **Abschnitt IV**

### **Qualitätssicherung**

#### **§ 10**

##### **Grundlagen und Ziele**

Als Grundlage der Qualitätssicherung sind in Anlage 9 auf Basis von Nummer 2 der Anlage 3 DMP-A-RL relevante Ziele, die durch die Qualitätssicherung angestrebt werden, vereinbart. Hierzu gehören insbesondere die Bereiche

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen)
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Nummer 1.9 der Anlage 3 DMP-A-RL
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlagen 1 und 2,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß Anlage 4 DMP-A-RL
- aktive Teilnahme der Versicherten.

#### **§ 11**

##### **Maßnahmen und Indikatoren**

(1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 9 zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.

(2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 2 DMP-A-RL insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen, pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die DMP-Ärzte/ Krankenhäuser nach §§ 3 und 4 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ist ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer,
- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,

- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Im Hinblick auf Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten entsprechend Anlage 9 werden die Krankenkassen in die medizinischen Belange des Arzt-Patientinnenverhältnisses ohne Abstimmung des DMP-Arzt nicht eingreifen.
- (4) Zur Auswertung der in Anlage 9 fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL einzubeziehen.
- (5) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 9 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

## **§ 12**

### **Verstoß gegen die Ziele des Programms**

- (1) Im Rahmen dieses Vertrages werden wirksame Maßnahmen vereinbart, die dann greifen, wenn die mit der Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms beauftragten Leistungserbringer gegen die nach diesem Vertrag festgelegten Anforderungen und Pflichten verstoßen.
- (2) Verstößt der Arzt / das MVZ (§ 3 Abs. 2 oder 6) gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
- keine Vergütung für unvollständige/ unplausible Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung,
  - schriftliche Aufforderung durch die KVN, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z.B. nicht fristgerechte bzw. keine Übersendung der Dokumentationen),
  - auf begründeten Antrag eines Vertragspartners oder der Gemeinsamen Einrichtung nach § 31 und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner, kann ein Widerruf der Teilnahme und Abrechnungsgenehmigung durch die KVN erfolgen, wobei eine erneute Teilnahme am Vertrag möglich ist,
  - hält der Arzt / das MVZ die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen wiederholt nicht ein, kann er von der Teilnahme durch Widerruf auf Dauer ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Arztes entscheidet die KVN im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern.

- (3) Verstößt das Krankenhaus gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
- schriftliche Aufforderung durch die Krankenkassenverbände, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten, ggf. auf Empfehlung der Gemeinsamen Einrichtung bzw. eines Vertragspartners in Abstimmung mit den anderen Vertragspartnern,
  - auf begründeten Antrag eines Vertragspartners oder der Gemeinsamen Einrichtung nach § 31 und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner Widerruf der Teilnahmege-nehmigung durch die Krankenkassenverbände, wobei eine erneute Teilnahme am Ver-trag möglich ist,
  - werden die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht eingehalten, kann eine Teil-nahme durch Widerruf auf Dauer ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss ent-scheiden die Krankenkassenverbände auf Empfehlung durch die Gemeinsame Einrich-tung.
- (4) Dem Arzt / dem MVZ bzw. dem Krankenhaus ist vor der Verhängung der Maßnahmen die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern.

**Abschnitt V**  
**Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

**§ 13**

**Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:
- die schriftliche Bestätigung der histologisch gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL i.V.m. Nummer 1.2 und Nummer 3 der Anlage 3 DMP-A-RL,
  - die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten und
  - die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, insbesondere auch darüber, dass Befunddaten an ihre Krankenkasse übermittelt werden und diese Daten von der Krankenkasse im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms zur Unterstützung der Betreuung der Versicherten verarbeitet und genutzt werden können. Des weiteren erfolgt die Information der Versicherten darüber, dass in den Fällen des § 28 f Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können; über die Aufgabenteilung zwischen den Versorgungsebenen und die Versorgungsziele; die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme am Programm, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung; ihre Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme am Programm zur Folge hat.
- (2) Patientinnen mit bereits gesichertem histologischen Nachweis eines Mammakarzinoms aus einem zurückliegenden Zeitraum von max. zehn Jahren nach histologischer Sicherung des Befunds können auch an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen.
- (3) Tritt ein lokoregionäres Rezidiv / kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere zehn Jahre ab dem Zeitpunkt der jeweiligen histologischen Sicherung möglich. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv / kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich. Patientinnen mit Fernmetastasen können dauerhaft am Programm teilnehmen.
- (4) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.

## § 14

### Information und Einschreibung

- (1) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte/MVZ ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise durch Patientinneninformationen umfassend über das Behandlungsprogramm informieren. Die KVN und NKG erhalten von den an diesem Vertrag beteiligten Kassen Musterexemplare der verwendeten Patientinneninformationen.
- (2) DMP-Ärzte und zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V, die gemäß § 4 dieses Vertrages teilnehmen, informieren entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und § 3 Abs. 1 DMP-A-RL ihre teilnahmeberechtigten Patientinnen und händigen ihnen die Patientinneninformation gem. Anlage 8 aus. Diese Versicherten können die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei dem DMP-Arzt oder den teilnehmenden Krankenhäusern unterschreiben.
- (3) Für die Einschreibung der Versicherten in dieses Disease-Management-Programm müssen den teilnehmenden Krankenkassen folgende Unterlagen vorliegen:
  1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den behandelnden DMP-Arzt oder das teilnehmende Krankenhaus auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15,
  2. die Erklärung der Bereitschaft der aktiven Mitwirkung durch die Versicherte,
  3. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL durch den DMP-Arzt oder das teilnehmende Krankenhaus,
- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt die Versicherte auch ihren DMP-Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und dieser oder das teilnehmende Krankenhaus die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 23 weiterleitet. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass die Versicherte nur durch einen DMP-Arzt betreut wird.
- (5) Die Versicherte kann sich auch bei ihrer Krankenkasse für das Behandlungsprogramm anmelden. In diesem Fall wird die Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an den vom Versicherten gewählten DMP-Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und übermittelt werden.
- (6) Nachdem der zuständigen Krankenkasse alle Einschreibeunterlagen entsprechend Abs. 3 vorliegen, bestätigt diese der Versicherten und dem DMP-Arzt die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.

- (7) Wenn die Versicherte an mehreren Erkrankungen leidet, kann sie an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.
- (8) Soweit eine an diesem Disease-Management-Programm teilnehmende Versicherte einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

## **§ 15**

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Nach umfassender Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich die Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 8) zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

## **§ 16**

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

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch ihre Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 6 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 erstellt wurde.
- (2) Die Teilnahme endet nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose.
- (3) Die Versicherte kann ihre Teilnahme jederzeit gegenüber ihrer Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern sie keinen späteren Termin für ihr Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem Programm aus.
- (4) Die Teilnahme der Versicherten endet zudem mit dem Tag
  - der Aufhebung der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
  - des Zugangs des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
  - des Kassenwechsels,
  - der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogenen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 4 der DMP-A-RL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von 6 Wochen nach Ablauf der in § 28d Absatz 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist (52 Tage nach Ablauf des Dokumentationszeitraums) übermittelt worden sind,

- des Wegfalls der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2a RSAV.

Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.

- (5) Die Krankenkasse informiert die Versicherte, den DMP-Arzt und die Datenstelle unverzüglich über das Ausscheiden der Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

## **§ 17**

### **Wechsel des DMP-Arztes**

- (1) Es steht der Versicherten frei, ihren DMP-Arzt nach § 3 zu wechseln.
- (2) Der neu gewählte Arzt erstellt die Folgedokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL und sendet diese an die Datenstelle nach § 21. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend beim Ausscheiden eines Arztes.
- (3) Der bisherige Arzt übermittelt auf Anforderung unter Vorbehalt der Zustimmung der Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

## **§ 18**

### **nicht besetzt**

## **Abschnitt VI**

### **Schulung und Information**

#### **§ 19**

##### **Leistungserbringer**

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassenverbände, die NKG und die KVN informieren gemeinsam in geeigneter Weise die teilnahmeberechtigten Ärzte/MVZ und die zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V gemäß §§ 3 und 4 umfassend über Ziele und Inhalte dieses Behandlungsprogramms. Die Verbände der Krankenkassen erstellen in Abstimmung mit den Vertragspartnern hierfür ein entsprechendes, DMP-A-RL-konformes Arztmanual. In diesem werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte/ MVZ und die Krankenhäuser bestätigen den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5 dieses Vertrages.
- (2) Schulungen der teilnahmeberechtigten Ärzte/MVZ nach § 3 sowie des Personals der teilnehmenden Krankenhäuser nach § 4 dieses Vertrages dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Nummer 3 der Anlage 3 DMP-A-RL ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert die über die in den Anlagen 1 und 2 hinausgehenden Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung/ Qualitätszirkel teilnahmeberechtigter Ärzte/MVZ sowie des Personals der teilnehmenden Krankenhäuser.
- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind entsprechend § 3 dieses Vertrages gegenüber der KVN bzw. gemäß § 4 gegenüber den Verbänden der Krankenkassen nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme müssen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 einbezogen werden.
- (4) Schulungsbestandteile die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

## **§ 20**

### **Versicherte**

Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten, insbesondere durch Patientinneninformationen (Anlage 8). Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Auf Inhalte, die den Richtlinien des G-BA widersprechen, muss verzichtet werden.

## **Abschnitt VII**

### **Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle und deren Aufgaben**

#### **§ 21**

##### **Datenstelle**

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragen eine Datenstelle insbesondere mit folgenden Aufgaben:
1. der Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL,
  2. der Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL
  3. der Überprüfung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität, der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
  4. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs bezüglich der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL,
  5. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle,
  6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL mit Arzt- bzw. Krankenhausbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVN,
  7. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL mit Arzt- bzw. Krankenhausbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung gemäß § 31 und
  8. der Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.
  9. Die Erstellung und Weiterleitung von plausiblen Daten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL an die KVN zum Zwecke der Abrechnung von Vergütungen nach § 34 (Statusdatensatz).

Das Nähere regeln die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen, die Bestandteil des Vertrages sind.

- (2) Die Teilnahmeerklärung des Arztes/ des MVZ sowie die des teilnehmenden Krankenhauses beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin beauftragt er die Datenstelle,
1. die von ihm erstellte Dokumentation auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,

2. die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL an die Arbeitsgemeinschaft und an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle weiterzuleiten.
- (3) Nach Beauftragung dieser Datenstelle teilen die Vertragspartner den bereits teilnehmenden Leistungserbringern Name und Anschrift der Datenstelle mit.

## **§ 22**

### **Erst- und Folgedokumentationen**

Die Dokumentationen umfassen nur die in Anlage 4 DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach § 2 DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Information der Versicherten und Schulung und Information der Leistungserbringer nach § 4 DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

## **§ 23**

### **Datenfluss zur Datenstelle**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der Arzt/ das Krankenhaus, die vollständigen Dokumentationen gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und an die Datenstelle zu übermitteln. Dies soll spätestens 10 Tage nach Erstellung der Dokumentation erfolgen. Zugleich verpflichtet sich der Arzt/ das Krankenhaus, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln. Der DMP-Arzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für eine Patientin verwendet werden. Wurden die Teilnahme- und Einwilligungserklärung und die vollständige Erstdokumentation bereits gemäß § 4 Absatz 4 h) und 5 durch ein teilnehmendes Krankenhaus erstellt, übermittelt der DMP-Arzt der Datenstelle binnen 6 Werktagen nach Kenntnis lediglich die um seine DMP-Fallnummer ergänzte Kopie der Dokumentationsdaten der Erstdokumentation des Krankenhauses.
- (1a) Beleglose Dokumentationen dürfen mittels Datenfernübertragung (DFÜ) an die Datenstelle übermittelt werden. Für die Erstellung der Dokumentationen ist eine Praxissoftware einzusetzen, die von der KBV für den Einsatz im Rahmen von Disease-Management-Programmen zertifiziert ist. Im Fall der Datenübermittlung mittels DFÜ sind die übermittelten Dokumentationen mit einem geeigneten, zwischen den Auftraggebern und der Datenstelle abgestimmten Verfahren, vom dokumentierenden Arzt vor dem Versand zu ver-

schlüsseln. Zu diesem Zweck sind von der KBV oder den Spitzenverbänden der Krankenkassen empfohlene Verschlüsselungsverfahren anzuwenden (Anlage 6 Datenerstellung und Übertragung).

- (2) Die Versicherte oder ihr gesetzlicher Vertreter willigt einmalig durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gem. Anlage 8 in die Übermittlung der im Rahmen des DMP zu erhebenden Daten ein. Sie erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten. Ein weiterer unterschriebener Ausdruck verbleibt beim DMP – Arzt / im Krankenhaus.

## **§ 24**

### **Datenzugang**

- (1) Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 21 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.
- (2) Die Krankenkassen stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass die übermittelten Daten aus der Anlage 4 der DMP-A-RL ausschließlich für die in § 11 und in Anlage 9 beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen genutzt werden. Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses Programm und die in § 11 und der Anlage 9 beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen die Vertrauensbeziehung zwischen Patientin und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkasse kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-/ Patientinnenverhältnisses im Sinne eines Case-Managements stattfindet.
- (3) Die Vertragspartner bestimmen im Bedarfsfall einen neutralen Ombudsmann, der die Einhaltung der Verpflichtung der Kassen nach Abs. 2 prüft.
- (4) Die Regelungen in Absatz 2 gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des DMP bis zum Ende der jeweils geltenden Aufbewahrungsfrist.

## **§ 25**

### **Datenaufbewahrung und -löschung**

Die im Rahmen des Programms im Auftrag durch den DMP–Arzt übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVN und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die Archivierung der Datensätze und Dokumentationen erfolgt gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V.

## **Abschnitt VIII**

### **Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVN und zur Gemeinsamen Einrichtung**

#### **§ 26**

##### **Datenfluss**

- (1) Die Datenstelle übermittelt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten an die Datenzentren der jeweiligen Krankenkasse.
- (2) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL an die Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.
- (3) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL mit Arzt- bzw. Krankenhausbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (4) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL mit Arzt- bzw. Krankenhausbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVN.

#### **§ 27**

##### **Datenzugang**

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, die KVN und die Datenzentren der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind zu beachten.

#### **§ 28**

##### **Datenaufbewahrung und -löschung**

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von den Krankenkassen, der KVN und der Gemeinsamen Einrichtung archiviert. Die Archivierung der Datensätze der Dokumentationen erfolgt gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V.

## **Abschnitt IX**

### **Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung**

#### **§ 29**

##### **Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in der Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V geregelt.

#### **§ 30**

##### **Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Absatz 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 4 DMP-A-RL zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVN und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 9 weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 EU-DSGVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 21 mit der Durchführung der in den Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

#### **§ 31**

##### **Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung**

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt. Diese muss insbesondere festlegen, dass den Aufsicht führenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung nach § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

#### **§ 32**

##### **Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung ge-

mäß Anlage 9 durchzuführen. Das Nähere über die Durchführung der Qualitätssicherung wird in dem Gesellschaftervertrag der gemeinsamen Einrichtung beschrieben. Die Qualitätssicherung umfasst insbesondere:

- a) die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der versichertenbezogenen pseudonymisierten quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL,
  - b) die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 3 DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL,
  - c) die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der versichertenbezogenen pseudonymisierten quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL,
  - d) die Pseudonymisierung des Arzt- bzw. Krankenhausbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation gemäß § 6 DMP-A-RL,
  - e) die Beratung der KVN im Hinblick auf die Teilnahme und den Ausschluss der Vertragsärzte nach § 3 Absatz 2 auf Basis der Anlage 1,
  - f) die Beschlussfassung zur Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z.B. Implementierung interdisziplinärer Fallkonferenzen) und
  - g) die Überprüfung der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 für teilnahmewillige zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V sowie, bei positivem Beschluss, die Empfehlung an die Krankenkassenverbände, den Beitritt des Trägers des Krankenhauses zum Vertrag rechtsverbindlich anzunehmen.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beibehaltung der Kernaufgaben und Beachtung des Art. 28 EU-DSGVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der in Abs. 1 a genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

## **Abschnitt X**

### **Evaluation**

#### **§ 33**

#### **Evaluation**

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelung 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.
- (3) Die Krankenkassen tragen die Kosten der Evaluation.

## Abschnitt XI

### Vergütung, Abrechnung und Analyse der Leistungen

#### § 34

##### Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind mit der jeweiligen Vereinbarung zur Gesamtvergütung zwischen Krankenkassen und KVN abgegolten, soweit im folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

#### § 34a

##### Vergütung der stationären Leistungen

Die Vergütung der akutstationären Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgt auf Basis des SGB V, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung.

#### § 35

##### Vergütung Einschreibung/ Dokumentation

- (1) Zur Vergütung kommen nur Dokumentationen gemäß Anlage 4 DMP-A-RL, die vollständig, plausibel und fristgemäß an die Datenstelle übermittelt werden. Die Frist zur Übermittlung für eine Dokumentation besteht aus dem Dokumentationszeitraum (Quartal) und den ersten 52 Tagen des nachfolgenden Quartals. Dokumentationen, welche innerhalb eines Dokumentationszeitraums erstellt wurden und somit einem Quartal zugeordnet sind, müssen der Datenstelle spätestens am 52. Tag nach Ablauf des Dokumentationszeitraums (52 Tage nach Quartalsende) vorliegen. Die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten werden nach diesem Vertrag dann wie folgt vergütet:

Beratung der Versicherten einschl. Einschreibung, Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation sowie fristgerechter Versand der entsprechenden Unterlagen an die Datenstelle	<b>25,- Euro</b>	<b>GOP 99530</b>
Beratung der Versicherten einschl. Erstellung der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation sowie fristgerechter Versand an die Datenstelle	<b>15,- Euro</b>	<b>GOP 99531</b>

Die Abrechnung und Vergütung der o.g. Abrechnungspositionen setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. Die Vergütungen der vorgenannten Leistungen erfolgen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung und schließen eine Abrechnung nach dem EBM für die Einschreibung, vollständige Dokumentation und den Versand der Dokumenta-

tion aus. Die ggf. anfallenden Porto- und Versandkosten im Zusammenhang mit o.a. Leistungen sind in den o.g. Vergütungen enthalten. Basis für die o.g. Vergütungen sind die durch die Datenstelle gelieferten Daten.

- (2) Für die von den teilnehmenden Krankenhäusern nach § 4 Absatz 4 h) und 5 vollständig erbrachten Erstdokumentationen gemäß Anlage 4 DMP-A-RL und fristgemäße Übermittlung der vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten nach diesem Vertrag, sofern noch nicht durch einen teilnehmenden DMP-Arzt erfolgt, werden folgende Vergütungen vereinbart:

Beratung der Versicherten einschl. Einschreibung, Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation sowie fristgerechter Versand der entsprechenden Unterlagen an die Datenstelle durch Krankenhäuser nach § 4	<b>25,- Euro</b>	<b>GOP 99530</b>
--	------------------	------------------

Die Krankenhäuser rechnen die Vergütungen mit der KVN ab, die diese den Krankenkassen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung berechnet. Die Abrechnungsregelungen der Absätze 1, 7 und 8 gelten entsprechend.

- (3) Für die nach § 3 teilnehmenden Vertragsärzte wird nach Einschreibung in das DMP für die ausführliche Beratung und Behandlung einschließlich Datenschutzinformation ein pauschales Honorar von **12,00 € (GONr. 99534)** außerhalb der ärztlichen Gesamtvergütung einmalig je DMP-Patientin gezahlt.
- (4) Für die nach § 4 teilnehmenden Krankenhäuser wird nach Einschreibung in das DMP für die ausführliche Beratung und Behandlung einschließlich Datenschutzinformation ein pauschales Honorar von **12,00 € (GONr. 99534)** zusätzlich zur bereits nach KHEntgG und SGB V vorzunehmenden Vergütung einmalig je DMP-Patientin gezahlt.
- (5) Der DMP-Arzt nach § 3 erhält in den ersten fünf Jahren ab der Ersteinschreibung eine zusätzliche Qualitätssicherungspauschale in Höhe von **11,00 € (GONr. 99535)** für jede Patientin pro Jahr, wenn er für diese (Identifikation DMP-Fallnummer aus der Vergütungsdatei) für 4 aufeinander folgende Quartale alle fälligen Dokumentationen gültig erstellt. Die Auszahlung erfolgt nach Ablauf der Übermittlungsfristen. Die Vertragspartner stimmen hierzu die Umsetzung einer Plausibilitätsprüfung durch die KVN ab.
- (6) Aufgrund der besonderen Anforderungen, die die Vertragspartner an die teilnehmenden DMP-Ärzte nach § 3, insbesondere in Hinblick auf die Patientinnenberatung im Rahmen der Nachsorge (Anlage 5), die fachliche Qualifikation und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den am Behandlungsprozess Beteiligten stellen, wird als Beratungspauschale bei persönlichem Arzt-/Patientinnenkontakt eine extrabudgetäre Vergütung von **12,00 € (GOP 99536)** gezahlt. Dieser Zuschlag ist maximal neun Mal je DMP-Fall und einmal im Kalenderjahr vom DMP-Arzt nach § 3 abrechenbar. Ein auftretendes Rezidiv gilt als neuer DMP-Fall.

- (7) Wenn Positionen, für die nach diesem Vertrag extrabudgetäre Vergütungen vorgesehen sind, aufgrund einer bundesmantelvertraglichen Änderung als Bestandteil der vertragsärztlichen Gesamtvergütung aufgenommen werden, ist die extrabudgetäre Vergütung erneut zu verhandeln und ggf. entsprechend anzupassen.
- (8) Die KVN stellt sicher, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Ärzten/MVZ in den Abrechnungsunterlagen gesondert herausgestellt werden. Die Krankenkassen erhalten je Quartal von der KVN einen Nachweis über die abgerechneten Leistungen. Die KVN ist berechtigt den üblichen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
- (9) Die Dokumentationen werden quartalsbezogen erstellt. Die Dokumentation erfolgt in den ersten fünf Jahren nach histologischer Sicherung grundsätzlich jedes zweite Quartal. Pro Versicherter und zwei Quartalen soll höchstens eine Dokumentation vergütet werden. Ab dem sechsten Jahr nach histologischer Sicherung erfolgt die Dokumentation grundsätzlich jedes vierte Quartal. Abweichend davon können im individuellen Fall kürzere, quartalsweise bzw. halbjährliche Abstände gewählt werden.

## **Abschnitt XII**

### **Sonstige Bestimmungen**

#### **§ 36**

##### **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 EU-DSGVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

#### **§ 37**

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

- (1) Die KVN liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte/MVZ die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die diesbezügliche Entscheidung des Bundesschiedsamtes ist zu berücksichtigen.
- (2) Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

#### **§ 38**

##### **Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2018 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 18.12.2003 in der Fassung der 9. Änderungsvereinbarung vom 01.07.2013. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die einer nachfolgenden Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137g Abs. 2 SGB V oder sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unver-

züglich bzw. innerhalb der vorgesehenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden.

- (2) Abweichend von Abs. 1 kann der Vertrag bei wichtigem Grund, insbesondere bei Änderung oder bei Wegfall der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme bzw. bei der Aufhebung oder dem Wegfall der Zulassung durch einen bestandskräftigen Bescheid des Bundesversicherungsamtes oder bei festgestelltem Verstoß einer Krankenkasse gegen § 24 Abs. 2, von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Bei Verstoß gegen § 24 Abs. 2 bezieht sich die Kündigung auf die Krankenkasse, die den Verstoß nach § 24 Abs. 2 begangen hat. Kündigungen gegenüber einem Vertragspartner berühren das Vertragsverhältnis der übrigen Vertragspartner nicht.
- (3) Die Regelungen dieses Vertrages zum Datenfluss (Abschnitte VII bis VIII) im Rahmen des Disease-Management-Programms zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebs-Patientinnen sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.

### **§ 39**

#### **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.

### **§ 40**

#### **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 wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Hannover, den

-----  
Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

-----  
Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e.V.

-----  
AOK – Die Gesundheitskasse  
für Niedersachsen

-----  
BKK-Landesverband Mitte  
Regionalvertretung Niedersachsen, Bremen,  
Sachsen-Anhalt

-----  
IKK classic

-----  
SVLFG als Landwirtschaftliche  
Krankenkasse

-----  
KNAPPSCHAFT  
- Regionaldirektion Nord -

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

## Anlagen

## Übersicht Anlagen

- Anlage 1 Strukturvoraussetzungen nach § 3 (DMP-Arzt)
- Anlage 2 Strukturqualität für zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V gemäß § 4
- Anlage 3 unbesetzt
- Anlage 4 a Teilnahmeerklärung Ärzte
- Anlage 4 b Teilnahmeerklärung Krankenhäuser
- Anlage 5 Inhalte der Nachsorgegespräche nach § 9 Abs. 3
- Anlage 6 Datenübermittlung
- Anlage 7 Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL
- Anlage 8 Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation der Versicherten und Patienteninformation
- Anlage 9 Qualitätssicherung
- Anlage 10a Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte gemäß § 3
- Anlage 10b Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäuser gemäß § 4 Abs. 3