

VERTRAG

gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V i. V. m. § 137g SGB V
über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der
Versorgungssituation von Brustkrebs-Patientinnen

in Kraft ab 01.10.2024
in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2026

zwischen

der AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse.

Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover

vertreten durch den Vorstand, ebenda, dieser wiederum vertreten durch

Frau Katrin Pohlabein

Hans-Böckler-Allee 13, 30173 Hannover

und

- **dem BKK Landesverband Mitte**
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
- **der IKK classic**
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden*
* in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes nach § 207 Abs. 4a SGB V
- **der SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse**
Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel
- **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

Schillerstraße 32, 30159 Hannover

nachfolgend „Verbände“ genannt

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Berliner Allee 22, 30175 Hannover

vertreten durch den Vorstand

nachfolgend „KVN“ genannt

und

der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e. V.

Thielenplatz 3, 30159 Hannover

vertreten durch den Vorstand

nachfolgend „NKG“ genannt

– Ambulanter und stationärer Sektor –

Inhaltsverzeichnis:

Übersicht Anlagen.....	4
Erläuterungen.....	5
PRÄAMBEL.....	6
Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich.....	7
§ 1 Ziele des Vertrages.....	7
§ 2 Geltungsbereich	8
Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer.....	9
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungssektors	9
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors	10
§ 5 Teilhabeanträge.....	11
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen	12
§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme	13
§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse.....	14
§ 9 Information und Fortbildungen der Ärzte.....	15
Abschnitt III Versorgungsinhalte.....	16
§ 10 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm	16
Abschnitt IV Qualitätssicherung	17
§ 11 Grundlagen und Ziele	17
§ 12 Maßnahmen und Indikatoren	17
§ 13 Verstoß gegen die Ziele des DMP Brustkrebs	18
Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten	20
§ 14 Teilnahmevoraussetzungen.....	20
§ 15 Information und Einschreibung	21
§ 16 Teilnahme- und Einwilligungserklärung.....	22
§ 17 Beginn und Ende der Teilnahme.....	22
§ 18 Wechsel des DMP-Arztes	23
Abschnitt VI Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle und deren Aufgaben..	24
§ 19 Datenstelle	24
§ 20 Erst- und Folgedokumentationen	25
§ 21 Datenfluss	25
§ 22 Datenzugang	26
§ 23 Datenaufbewahrung und -löschung	27

Abschnitt VII Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVN und zur Gemeinsamen Einrichtung	28
§ 24 Datenfluss	28
§ 25 Datenzugang	28
§ 26 Datenaufbewahrung und -löschung	28
Abschnitt VIII Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung.....	29
§ 27 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft.....	29
§ 28 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft.....	29
§ 29 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	29
§ 30 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	29
Abschnitt IX Evaluation	30
§ 31 Evaluation.....	30
Abschnitt X Vergütung und Abrechnung	31
§ 32 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen.....	31
§ 33 Vergütung der stationären Leistungen	31
§ 34 Vergütung von zusätzlichen DMP-Leistungen.....	31
Abschnitt XI Sonstige Bestimmungen.....	34
§ 35 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz.....	34
§ 36 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen.....	34
§ 37 Laufzeit und Kündigung	35
§ 38 Schriftform	35
§ 39 Salvatorische Klausel	36

Übersicht Anlagen

Anlage 1	Strukturvoraussetzungen gemäß § 3 (DMP-Arzt)
Anlage 2	Strukturvoraussetzungen gemäß § 4 (Krankenhäuser)
Anlage 3	nicht besetzt
Anlage 4a	Mindestinhalte des Teilnahmeantrages Vertragsarzt
Anlage 4b	Teilnahmeantrag des Krankenhauses
Anlage 5	Inhalte der Nachsorgegespräche nach § 10 Abs. 3
Anlage 6	Verfahrensbeschreibung zur elektronischen DMP-Datenübermittlung
Anlage 7	nicht besetzt
Anlage 8	Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation der Versicherten und Patienteninformation
Anlage 9	Qualitätssicherung
Anlage 10a	Leistungserbringerverzeichnis (ambulanter Sektor)
Anlage 10b	Leistungserbringerverzeichnis (stationärer Sektor)

Erläuterungen

- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 27, 28.
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.
- „BSNR“ ist die Betriebsstättennummer.
- „Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 19.
- „DFÜ“ ist die Datenfernübertragung.
- „DMP“ ist das Disease-Management-Programm/strukturierte Behandlungsprogramm.
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V.
- „DMP-Arzt“ ist ein Arzt i. S. d. § 3, der die Behandlung und Koordination der Patientin übernimmt.
- „DMP-Fall“: Ein DMP-Fall umfasst den Zeitraum von der Einschreibung (Ifd. Nr. 19 in Verbindung mit der Ifd. Nr. 21 mit dem Kürzel „ED“ des Statusdatensatzes) bis zur Beendigung der Teilnahme am DMP (vgl. § 17) für dieselbe Versicherte bei derselben Krankenkasse im selben DMP.
- „EBM“ ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab.
- „Erstdokumentation (ED)“ ist die erstmalige Dokumentation, welche für die DMP-Teilnahme der Patientin erstellt wird.
- „EU-DSGVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union.
- „Folgedokumentation (FD)“ ist jede Dokumentation außer der Erstdokumentation.
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V.
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 29, 30.
- „GOP“ ist die Gebührenordnungsposition.
- „HBSNR“ ist die Haupt-Betriebsstättennummer.
- „LANR“ ist die lebenslange Arztnummer.
- „MVZ“ ist das Medizinische Versorgungszentrum.
- „RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.
- „TE/EWE“ ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag. Die rechtlichen Grundlagen beziehen sich immer auf die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind. Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint. Eine Ausnahme bilden die Ausführungen zu den Brustkrebs-Patientinnen, da an diesem DMP nur Frauen teilnehmen können.

PRÄAMBEL

Mit diesem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) soll eine sektorenübergreifende, evidenzbasierte und strukturierte Versorgung der an Brustkrebs 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-Patientinnen-Verhältnisses 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 Vertrag berücksichtigt die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Ziel des Vertrages ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP Brustkrebs in Niedersachsen. Über dieses Behandlungsprogramm soll unter Beachtung der nach § 10 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 DMP ein. Zum anderen übernehmen die teilnehmenden Krankenhäuser, insbesondere im Bereich der operativen und begleitenden Therapien, eine weitere zentrale Funktion.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Brustkrebs sowie die medizinischen Grundlagen sind in der Anlage 3 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Die Vertragspartner streben auf dieser Grundlage mit diesem Vertrag folgende Ziele an:
- 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 und Erhaltung 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 § 10 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
 - umfassende Nachsorge, insbesondere im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation

- frühzeitiges Erkennen eines lokoregionären Rezidivs bzw. eines kontralateralen Tumors
- 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) Dieser Vertrag gilt für

- a) Ärzte/Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (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 mit Sitz 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 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennt. Die Programmdurchführung erfolgt nach kassenindividueller Absprache.

- (2) Grundlagen dieses Vertrages sind die DMP-A-RL und die RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsvereinbarungen der RSAV oder aufgrund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (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 an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs teilnehmenden Versicherten sind gemäß dem jeweils aktuellen Abschnitt III (Versorgungsinhalte) 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 als DMP-Ärzte sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende 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) In Ausnahmefällen teilnahmeberechtigt als DMP-Ärzte sind an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach § 73 SGB V, fachärztliche Internisten und MVZ mit entsprechend qualifizierten Ärzten, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.
- (4) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
- (5) Zu den Aufgaben der nach Absatz 2 und 3 teilnahmeberechtigten Ärzte gehören insbesondere:
 - a) die Beachtung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte
 - b) die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte
 - c) die Aufklärung der Patientin durch ergänzende Patientinnengespräche und zielgerichtete Patientinneninformationen gemäß § 10 Abs. 3
 - d) die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 15 sowie die vollständige Erstellung der Dokumentationen entsprechend Anlage 4 der DMP-A-RL und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VI und VII
 - e) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums
 - f) die Überweisung an andere, ggf. auch nicht an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte/ Psychologische Psychotherapeuten entsprechend Nummer 1.9 der DMP-A-RL zur weiterführenden Diagnostik und Therapie. Eine stationäre Einweisung sollte unter Berücksichtigung der individuellen Patientinneninteressen und der regionalen

Versorgungsstruktur an zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V erfolgen, die möglichst im Rahmen des § 4 teilnehmen.

- g) bei Einweisung oder Überweisung an andere Leistungserbringer sind
- therapierelevante Informationen entsprechend § 10, wie z. B. zur medikamentösen Therapie, zu übermitteln und
 - 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 für die Beachtung dieser Vorschriften und der Anforderungen der RSAV und DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

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.

§ 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 Strukturanforderungen gemäß Anlage 2 erfüllen.
- (3) Das zugelassene Krankenhaus benennt auf dem Teilnahmeantrag gemäß Anlage 4b mindestens einen für DMP zuständigen Arzt und einen Stellvertreter, der jeweils Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sein muss. Der Arzt bzw. sein Stellvertreter ist Ansprechpartner für die von der stationären Einrichtung behandelten DMP-Patientinnen. In dieser Funktion nimmt er an den interdisziplinären Behandlungsplanungen der Primärtherapie teil. Er ist Ansprechpartner für die Ärzte, MVZ, Krankenhäuser sowie für die gesetzlichen Krankenkassen.
- (4) Zu den Aufgaben der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten zugelassenen Krankenhäuser gehören insbesondere:
 - a) die Beachtung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte
 - 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 ggf. Einschreibung der Versicherten gemäß § 15, sowie die vollständige Erstellung der Erstdokumentation entsprechend Anlage 4 der DMP-A-RL und Weiterleitung der Erstdokumentation nach den Abschnitten VI und VII
- d) die Beratung der Versicherten im Hinblick auf die Notwendigkeit der Auswahl eines nachbehandelnden DMP-Arzt nach § 3, soweit die Versicherte bisher noch nicht in das DMP eingeschrieben wurde
- e) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 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 (spätestens am zweiten Werktag nach der Entlassung) therapie-relevanter Informationen
- h) die zeitnahe Übermittlung (spätestens am zweiten Werktag nach der Entlassung) der zur Erstellung der Dokumentationen gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL notwendigen Dokumentationsdaten sowie die Information über die bereits erfolgte Einschreibung an den DMP-Arzt (Ausdruck des Datensatzes der Erstdokumentation)

§ 5

Teilnahmeanträge

- (1) Der Arzt/das MVZ erklärt sich nach § 3 gegenüber der KVN schriftlich oder elektronisch auf dem Teilnahmeantrag gemäß Anlage 4a zur Teilnahme an diesem DMP bereit.
- (2) Wird die Teilnahme des Arztes bzw. des MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss der Teilnahmeantrag des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden MVZ auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, LANR) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend den Vorgaben der Anlage 4a unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVN kann die Teilnahme am DMP weitergeführt werden.

- (3) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das 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. dem MVZ unverzüglich schriftlich oder elektronisch angezeigt.
- (4) Mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag bestätigt der anstellende Arzt bzw. das anstellende MVZ, dass die arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (5) Die zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V beantragen mit dem Teilnahmeantrag gemäß Anlage 4b die Teilnahme an diesem Vertrag.
- (6) Der Arzt, das MVZ oder das Krankenhaus genehmigt mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag den in Vertretung ohne Vollmacht mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Datenstelle wechselt oder Änderungen im Datenstellenvertrag vorgenommen werden, bevollmächtigt der Arzt, das MVZ bzw. das Krankenhaus die vertrags-schließenden Parteien des Datenstellenvertrages in seinem Namen einen neuen Vertrag zu schließen. Er wird in diesem Fall die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KVN prüft den Teilnahmeantrag nach § 5 Abs. 1 und stellt fest, ob die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 1 vorliegen. Bei vollständiger Erfüllung oder Erfüllung mit Ausnahme der brustkrebspezifischen Fortbildungen, die innerhalb der in Anlage 1 genannten Fristen nachzuweisen sind, erteilt sie schriftlich oder elektronisch die erforderliche Genehmigung. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen ist der KVN unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.
- (2) Die NKG nimmt den Teilnahmeantrag nach § 5 Abs. 5 entgegen und leitet diesen zur Prüfung an die Verbände weiter. Die Verbände entscheiden gemeinsam unter Einbeziehung der NKG über die Teilnahme des Krankenhauses am Vertrag und informieren dieses schriftlich oder elektronisch über das Ergebnis. Teilt das Krankenhaus der NKG Änderungen bei den Strukturvoraussetzungen mit, leitet diese die Informationen an die Verbände weiter. Diese entscheiden unter Einbeziehung der NKG über das weitere Vorgehen. Bei Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen informiert das Krankenhaus die NKG innerhalb eines Monats schriftlich oder elektronisch. Die Verbände und die NKG sind berechtigt, die Einhaltung der Strukturvoraussetzungen jederzeit zu überprüfen.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes/MVZ am Behandlungsprogramm beginnt – vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme – mit dem Tag des Eingangs des Teilnahmeantrages bei der KVN, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich oder elektronisch durch die KVN bestätigt.
- (2) Der Arzt/das MVZ kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVN kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVN) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Die Teilnahme am DMP Brustkrebs endet mit dem im Bescheid der KVN genannten Datum über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVN.
- (3) Endet die Teilnahme eines Arztes/MVZ an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 oder durch Beschluss nach § 13 Abs. 2, so ist dieser Arzt/dieses MVZ von diesem Vertrag durch die KVN auszuschließen. Die Teilnahme am DMP Brustkrebs endet mit dem Datum der Rechtskraft des Widerrufs der Genehmigung durch die KVN.
- (4) Die KVN informiert die Vertragspartner über das Ende der Teilnahme mittels des Leistungserbringerverzeichnisses gemäß Anlage 10a. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Ärzte/MVZ aufmerksam machen.
- (5) 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 anderer 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.
- (6) Die Teilnahme des Krankenhauses beginnt mit der Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag durch die Verbände. Die Teilnahme endet bei Kündigung durch das Krankenhaus bzw. seinen Träger. Die Kündigung ist nur mit einer Frist von vier Monaten zum Ende eines Kalenderjahres möglich, es sei denn, die Verbände, die NKG und das Krankenhaus verständigen sich auf einen früheren Zeitpunkt. Die Kündigung ist schriftlich gegenüber der NKG zu erklären. Diese benachrichtigt die Verbände. Die Verbände bestätigen dem Krankenhaus schriftlich oder elektronisch das Ende der Teilnahme. Muss aufgrund des

endgültigen Wegfalls der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 die Teilnahme eines Krankenhauses beendet werden, erfolgt eine schriftliche Kündigung durch die Verbände. Im Übrigen endet die Teilnahme des Krankenhauses bei Verstoß gegen die Vorgaben dieses DMP unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 3. Sofern feststeht, dass die Strukturvoraussetzungen nur zeitweise (maximal sechs Monate) nicht erfüllt werden, kann die Teilnahme des Krankenhauses am DMP ruhend gestellt werden. Die Entscheidung darüber teilen die Verbände dem Krankenhaus und der NKG schriftlich oder elektronisch mit.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnisse

- (1) Die KVN führt ein Verzeichnis über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß § 3. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und MVZ angestellten Ärzte, sofern sie am DMP Brustkrebs teilnehmen oder teilgenommen haben. Die KVN stellt den Vertragspartnern und der Datenstelle nach § 19 in der Regel wöchentlich ein jeweils aktuelles Verzeichnis in elektronischer Form gemäß Anlage 10a zur Verfügung. Sofern die Teilnahme des Arztes am DMP oder eine erteilte Genehmigung innerhalb dieses DMP verändert bzw. beendet wurde, werden die entsprechenden personenbezogenen Daten für die letzten vollständigen sieben Kalenderjahre nach Ausscheiden aus dem DMP oder dem Ende bzw. der Änderung der Genehmigung im Verzeichnis gelistet und entsprechend übermittelt. Danach sind die Daten entsprechend der jeweils geltenden Fristen zu löschen.
- (2) Die Verbände führen ein Leistungserbringerverzeichnis der am DMP Brustkrebs teilnehmenden und ausgeschiedenen Krankenhäuser (Anlage 10b). Die Verbände stellen dieses Verzeichnis bei Veränderungen den Vertragspartnern und der Datenstelle nach § 19 in elektronischer Form entsprechend Anlage 10b zur Verfügung.
- (3) Die Leistungserbringerverzeichnisse nach Absatz 1 und 2 werden dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) mit dem Antrag auf Zulassung und jederzeit auf Anforderung in aktualisierter Form durch die Verbände zur Verfügung gestellt. Außerdem erhalten die Leistungserbringerverzeichnisse bei Bedarf:
 - die am Vertrag teilnehmenden Ärzte/MVZ durch die KVN
 - die am Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser durch die Verbände
 - die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten (z. B. bei Neueinschreibung) durch die jeweilige Krankenkasse
 - die zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweilige Krankenkasse

- (4) Die Leistungserbringerverzeichnisse können mit Zustimmung aller Vertragspartner veröffentlicht werden. Der Arzt bzw. das Krankenhaus erklärt sich mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag gemäß Anlage 4a bzw. 4b mit der Veröffentlichung seiner Daten im Leistungserbringerverzeichnis gemäß Anlage 10a bzw. 10b einverstanden.

§ 9

Information und Fortbildungen der Ärzte

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen, 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 stellen in Abstimmung mit der KVN hierfür ein DMP-A-RL-konformes Arztmanual zur Verfügung. Hierbei 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 dem Teilnahmeantrag gemäß Anlage 4a bzw. 4b.
- (2) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme müssen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 11, einbezogen werden.
- (3) Fortbildungsbestandteile, die bei der Fortbildung der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 10

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in Anlage 3 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in der jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Ärzte/MVZ und Krankenhäuser verpflichten sich, 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 MVZ werden nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere auf die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfaltet, von der KVN bzw. die teilnehmenden Krankenhäuser von der NKG nach Abstimmung mit den Verbänden über die eingetretenen Änderungen informiert. Gleichsam verpflichten sich die Leistungserbringer, die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen.
- (3) Die Aufklärung der Patientin im Sinne der Anlage 3 der 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 Aktivitäten und Ernährung

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

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 11

Grundlagen und Ziele

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

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

§ 12

Maßnahmen und Indikatoren

(1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 9 zur Erreichung der Ziele nach § 11 zugrunde zu legen.

(2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte durch die Krankenkassen bzw. deren Dienstleister
- strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die DMP-Ärzte durch die Gemeinsame Einrichtung mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ist ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Ärzte
- Überprüfung der Strukturvoraussetzungen gemäß der Anlage 1 durch die KVN, gemäß Anlage 2 durch die Verbände

- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten durch die jeweiligen Krankenkassen
 - Information der Ärzte durch die KVN, der Krankenhäuser durch die NKG
- (3) Die Krankenkassen werden in die medizinischen Belange des Arzt-Patientinnen-Verhältnisses ohne Abstimmung mit dem DMP-Arzt/Krankenhaus 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 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 13

Verstoß gegen die Ziele des DMP Brustkrebs

- (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 nach § 3 gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
- keine Vergütung für unvollständige, unplausible und/oder nicht fristgerecht übermittelte Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung
 - schriftliche Aufforderung durch die KVN, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen)
 - Auf begründeten Antrag eines Vertragspartners oder der Gemeinsamen Einrichtung und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner kann ein Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KVN erfolgen. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden (z. B. Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte).
 - Hält der Arzt/das MVZ die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen wiederholt nicht ein, kann er von der Teilnahme durch außerordentliche Kündigung auf Dauer ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheidet die KVN im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern.

Dem Arzt/MVZ ist vor der Verhängung der Maßnahmen die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen gegenüber der KVN zu äußern.

(3) Verstößt das Krankenhaus gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:

- schriftliche Aufforderung durch die Verbände, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten, ggf. nach Abstimmung mit der NKG
- Auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner Kündigung der Teilnahme durch die Verbände, wobei eine erneute Teilnahme am Vertrag möglich ist.
- Hält das Krankenhaus die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen wiederholt nicht ein, kann es von der Teilnahme durch außerordentliche Kündigung auf Dauer ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheiden die Verbände nach Abstimmung mit der NKG. Die Kündigung erfolgt schriftlich durch die Verbände.

Dem Krankenhaus ist vor der Verhängung der Maßnahmen die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen gegenüber den Verbänden und der NKG zu äußern.

Abschnitt V
Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 14
Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die folgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3 der Anlage 3 der DMP-A-RL erfüllt sind:
- die schriftliche Bestätigung der histologisch gesicherten Diagnose Brustkrebs durch den koordinierenden Arzt entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL i. V. m. Nummer 1.2 und Nummer 3 der Anlage 3 der DMP-A-RL
 - die schriftliche oder elektronische¹ Einwilligung der Versicherten bzw. ihres gesetzlichen Vertreters in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten
 - die umfassende, schriftliche oder elektronische Information der Versicherten über
 - die Programminhalte
 - die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten, insbesondere auch darüber, dass Befunddaten an ihre Krankenkasse übermittelt werden und diese Daten von der Krankenkasse im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können
 - die Aufgabenverteilung zwischen den Versorgungsebenen und die Versorgungsziele
 - die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme
 - die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung
 - ihre Mitwirkungspflichten
 - die Möglichkeit der Beendigung der Teilnahme an dem Programm wegen fehlender Mitwirkung der Versicherten
- (2) Nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose endet die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm.

¹ wenn ein geeignetes Verfahren vorliegt

- (3) Tritt ein lokoregionäres Rezidiv bzw. 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 bzw. 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.

§ 15

Information und Einschreibung

- (1) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte/MVZ ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV i. V. m. § 3 Abs. 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise schriftlich oder elektronisch durch Patientinneninformationen umfassend über das Behandlungsprogramm informieren. Die KVN und NKG erhalten auf Anfrage von den an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen Musterexemplare der verwendeten Patientinneninformationen.
- (2) DMP-Ärzte nach § 3 und zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V, die gemäß § 4 teilnehmen, informieren entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV i. V. m. § 3 Abs. 1 DMP-A-RL ihre teilnahmeberechtigten Patientinnen.
- (3) Für die Einschreibung der Versicherten in dieses DMP müssen den teilnehmenden Krankenkassen folgende Unterlagen vorliegen:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose Brustkrebs durch den behandelnden DMP-Arzt oder das teilnehmende Krankenhaus auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 16
 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) 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 plausibel und fristgerecht an die Datenstelle nach § 19 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 von der Versicherten gewählten DMP-Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 erstellt und übermittelt werden.
- (6) Nachdem der zuständigen Krankenkasse alle Einschreibeunterlagen entsprechend Absatz 3 vorliegen, bestätigt diese der Versicherten und dem DMP-Arzt schriftlich oder elektronisch die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wenn die Versicherte die Teilnahmevoraussetzungen mehrerer in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen erfüllt, kann sie an verschiedenen DMP teilnehmen, sofern dies nach Maßgabe der DMP-A-RL nicht ausgeschlossen ist.
- (8) Soweit eine an diesem DMP teilnehmende Versicherte einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Absatz 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 16

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 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 schriftlich oder elektronisch² in die damit verbundene Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

§ 17

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am DMP beginnt – vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch ihre Krankenkasse – mit dem Tag, an dem das letzte plausibel und vollständig ausgefüllte Dokument entsprechend § 15 Abs. 3 erstellt wurde. Für die Abrechnung der DMP-Leistungen wird als Beginndatum des DMP-Falls von der KVN die lfd. Nr. 19 („Erstelldatum des Dokumentationsdatensatzes oder Ausstellungsdatum der

² wenn ein geeignetes Verfahren vorliegt

TE/EWE“) i. V. m. der lfd. Nr. 21 („Kennzeichen der Dokumentationsart“ mit dem Kürzel „ED“ für Erstdokumentation) des Statusdatensatzes herangezogen.

- (2) Die Teilnahme endet spätestens 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) Im Übrigen endet die Teilnahme der Versicherten mit dem Tag
 - der Aufhebung bzw. des Wegfalls 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 quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 4 der DMP-A-RL nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 S. 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist (52 Tage nach Ablauf des Dokumentationszeitraums) übermittelt worden sind
 - des Wegfalls der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV

Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 14 vorliegen.

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

§ 18

Wechsel des DMP-Arztes

- (1) Es steht der Versicherten frei, ihren DMP-Arzt nach § 3 zu wechseln.
- (2) Der neu gewählte DMP-Arzt erstellt die Folgedokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL und sendet diese an die Datenstelle nach § 19. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend beim Ausscheiden eines DMP-Arztes oder bei Einschreibung der Versicherten durch ein Krankenhaus.
- (3) Der bisherige DMP-Arzt bzw. das Krankenhaus übermittelt dem neuen DMP-Arzt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

Abschnitt VI

Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle und deren Aufgaben

§ 19

Datenstelle

(1) Die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 27 beauftragen eine Datenstelle insbesondere mit folgenden Aufgaben:

1. Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL
2. Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL
3. Überprüfung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit, fristgemäße Übermittlung und Plausibilität, Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten
4. Erstellung eines Versichertenpseudonyms zur Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL an die Evaluatoren und die Gemeinsame Einrichtung
5. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle
6. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL mit Arzt- bzw. Krankenhausbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVN
7. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL mit Arzt- bzw. Krankenhausbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung gemäß § 29
8. Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle
9. Erstellung und Weiterleitung von plausiblen Daten gemäß Anlage 4 der 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 oder Vereinbarungen nach Art. 28 EU-DSGVO i. V. m. § 80 SGB X.

(2) Der Teilnahmeantrag des Arztes/des MVZ sowie der 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 gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit, fristgemäße Übermittlung und Plausibilität zu überprüfen sowie unvollständige oder unplausible Angaben nachzufordern,

2. die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der 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 teilnehmenden Leistungserbringern Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 20

Erst- und Folgedokumentationen

Die Dokumentationen umfassen nur die in Anlage 4 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach der DMP-A-RL, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach Nummer 2 der Anlage 3 der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Information der Versicherten und Schulung und Information der Leistungserbringer nach Nummer 4 der Anlage 3 der DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt. Der Arzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 4 der DMP-A-RL entsprechend den Regelungen in Nummer 1.5 der Anlage 3 der DMP-A-RL fest, welches Dokumentationsintervall (halbjährlich oder häufiger oder jährlich) für die jeweilige Versicherte maßgeblich ist.

§ 21

Datenfluss

- (1) Durch seinen Teilnahmeantrag 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. Der Arzt hat vor der Versendung von Dokumentationen sicherzustellen, dass eine unterschriebene, plausibel und vollständig ausgefüllte Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 8) von der Versicherten vorliegt. 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 jede Versicherte eine individuelle, nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf.
- (2) Beleglose Dokumentationen sind mittels Datenfernübertragung (DFÜ) an die Datenstelle zu übermitteln. Für die Erstellung der Dokumentationen ist eine Praxissoftware einzusetzen, die von der KBV für den Einsatz im Rahmen von DMP zertifiziert ist. Alternativ kann die Datenerfassung auch über das Programm „DMPonline“ der Datenstelle vorgenommen werden. Bei

der Datenübermittlung mittels DFÜ sind die übermittelten Dokumentationen mit einem geeigneten, zwischen den Auftraggebern und der Datenstelle abgestimmten Verfahren, vom dokumentierenden Arzt bzw. Krankenhaus vor dem Versand zu verschlüsseln. Zu diesem Zweck sind von der KBV oder den Spitzenverbänden der Krankenkassen empfohlene Verschlüsselungsverfahren zu beachten (Anlage 6).

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

§ 22

Datenzugang

- (1) Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehenden Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 19 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 nicht für den Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-Patientinnen-Verhältnisses im Sinne eines Case-Managements genutzt werden.
- (3) Die Vertragspartner bestimmen im Bedarfsfall einen neutralen Ombudsmann, der die Einhaltung der Verpflichtung der Kassen nach Absatz 2 prüft.
- (4) Die Regelungen in Absatz 2 gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des DMP bis zum Ende der jeweils geltenden Aufbewahrungsfrist gemäß § 5 DMP-A-RL.

§ 23

Datenaufbewahrung und -löschung

- (1) 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 der Dokumentationen einschließlich der für die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme erforderlichen personenbezogenen Daten erfolgt gemäß § 5 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Gemäß § 5 Abs. 4 DMP-A-RL gelten für die Leistungserbringer gesonderte Aufbewahrungsfristen, die sich nach den gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere nach den berufsrechtlichen Bestimmungen, richten.

Abschnitt VII

Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVN und zur Gemeinsamen Einrichtung

§ 24

Datenfluss

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

§ 25

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.

§ 26

Datenaufbewahrung und -löschung

- (1) Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von den Krankenkassen, der KVN und der Gemeinsamen Einrichtung archiviert. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.
- (2) Soweit weitergehende gesetzliche Bestimmungen oder Rechtsverordnungen abweichende Vorgaben zur Aufbewahrung regeln oder die Möglichkeit einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist vorsehen, sind diese vorrangig zu beachten.
- (3) Nach Ablauf der jeweils gültigen Aufbewahrungsfrist sind die Daten unverzüglich, spätestens innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten, zu löschen.

Abschnitt VIII

Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 27

Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 28

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL versichertenbezogen 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 gemäß § 19 mit der Durchführung der in Absatz 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 29

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

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

§ 30

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 9 durchzuführen. Das Nähere über die Durchführung der Qualitätssicherung wird in der Vereinbarung der Gemeinsamen Einrichtung beschrieben.

Abschnitt IX

Evaluation

§ 31

Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 S. 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 DMP-A-RL.
- (2) Die zur Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie von der Gemeinsamen Einrichtung in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.
- (3) Die Kosten der Evaluation werden von den Krankenkassen getragen.

Abschnitt X
Vergütung und Abrechnung

§ 32

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 den Krankenkassen und der KVN abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

§ 33

Vergütung der stationären Leistungen

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

§ 34

Vergütung von zusätzlichen DMP-Leistungen

(1) Am DMP teilnehmende Ärzte nach § 3 erhalten folgende extrabudgetäre Vergütung im Rahmen der Erst- und Folgeberatungen inklusive der jeweils zu erstellenden Dokumentationen:

Erstberatung der Versicherten einschließlich Einschreibung, Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation sowie fristgerechter Versand der entsprechenden Unterlagen an die Datenstelle	25,00 €	GOP 99530
Folgeberatung der Versicherten einschließlich Erstellung der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation sowie fristgerechter Versand an die Datenstelle	15,00 €	GOP 99531

(2) Die Erstberatung (**GOP 99530**) ist einmalig je Versicherte zu Beginn der DMP-Teilnahme abrechnungsfähig. Die Dokumentationen werden quartalsbezogen erstellt. Die Folgedokumentationen (**GOP 99531**) erfolgen in den ersten fünf Jahren nach histologischer Sicherung in der Regel jedes zweite Quartal. Ab dem sechsten Jahr nach histologischer

Sicherung erfolgen die Folgedokumentationen in der Regel jedes vierte Quartal. Abweichend davon können im individuellen Fall kürzere oder halbjährliche Abstände gewählt werden. Pro Versicherte ist höchstens eine Dokumentation im Quartal abrechnungsfähig.

- (3) Basis für die Auszahlung der o. g. Vergütungen sind die durch die Datenstelle (§ 19) an die KVN gelieferten Abrechnungsdaten. Die ggf. anfallenden Porto- und Versandkosten im Zusammenhang mit o. a. Leistungen sind in den o. g. Vergütungen enthalten. Zur Vergütung kommen nur Dokumentationen gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL, die vollständig, plausibel und fristgemäß an die Datenstelle übermittelt werden. Die Frist zur Übermittlung für eine Dokumentation besteht aus dem Dokumentationszeitraum (jeweiliges Quartal) zuzüglich gemäß § 25 Abs. 2 S. 1 Nr. 1a RSAV zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums. Darüber hinaus besteht nach § 24 Abs. 2 Nr. 2c RSAV eine Korrekturfrist von sechs Wochen (42 Tage) nach Ablauf der o. g. 10-Tages-Frist, innerhalb derer die Dokumentation spätestens vollständig und plausibel an die Datenstelle übermittelt werden und dort eingehen muss. Eine Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation ist ausgeschlossen.
- (4) Für die von den teilnehmenden Krankenhäusern vollständig erbrachten Erstdokumentationen gemäß Anlage 4 der 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:

Erstberatung der Versicherten einschließlich Einschreibung, Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation sowie fristgerechter Versand der entsprechenden Unterlagen an die Datenstelle durch Krankenhäuser nach § 4	25,00 €	GOP 99530
--	---------	----------------------

Die Krankenhäuser rechnen die Vergütungen mit der KVN ab, die diese den Krankenkassen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung berechnet. Die Abrechnungsregelungen der Absätze 3, 9 und 10 gelten entsprechend.

- (5) Für die nach § 3 teilnehmenden Ärzte/MVZ wird nach Einschreibung in das DMP für die ausführliche Beratung und Behandlung einschließlich Datenschutzinformation ein pauschales Honorar von 13,00 € (**GOP 99534**) außerhalb der ärztlichen Gesamtvergütung einmalig je DMP-Patientin gezahlt.
- (6) Für die nach § 4 teilnehmenden Krankenhäuser wird nach Einschreibung in das DMP für die ausführliche Beratung und Behandlung einschließlich Datenschutzinformation ein pauschales Honorar von 13,00 € (**GOP 99534**) zusätzlich zur bereits nach KHEntgG und SGB V vorzunehmenden Vergütung einmalig je DMP-Patientin gezahlt.

- (7) Für die Sicherstellung der kontinuierlichen Betreuung einer in das DMP Brustkrebs eingeschriebenen Versicherten durch einen DMP-Arzt nach § 3 erhält die Praxis (HBSNR) eine zusätzliche Qualitätssicherungspauschale (QS-Pauschale) in Höhe von 11,00 € (**GOP 99535**) je eingeschriebener Versicherter, wenn sie für vier aufeinanderfolgende Quartale alle vorgesehenen (mindestens zwei) Dokumentationen gültig erstellt und an die Datenstelle übermittelt hat. Dokumentationsintervalle sollen vom Arzt entsprechend § 34 Abs. 2 festgelegt werden. Der Anspruch auf die Auszahlung der QS-Pauschale entsteht jeweils einmal jährlich, nach Ablauf der letzten DMP-Übermittlungsfrist für die relevante Folgedokumentation. Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der nächstfolgenden Abrechnung.
- (8) 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-Patientinnen-Kontakt eine extrabudgetäre Vergütung von 13,50 € (**GOP 99536**) gezahlt. Diese Pauschale ist einmal im Krankheitsfall vom DMP-Arzt nach § 3 abrechenbar.
- (9) 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.
- (10) Die KVN stellt sicher, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Ärzten/MVZ in den Abrechnungsunterlagen gesondert herausgestellt werden. Die Leistungen werden im Formblatt 3 bis zur Ebene 6 (Gebührenordnungsnummernebene) erfasst und separat ausgewiesen. Die KVN ist berechtigt von den vereinbarten Vergütungen den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz gegenüber den abrechnenden Ärzten und Krankenhäusern in Abzug zu bringen.

Abschnitt XI

Sonstige Bestimmungen

§ 35

Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die Ärzte/MVZ und Krankenhäuser verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der 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.

§ 36

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.
- (2) Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

§ 37

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2024 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.10.2018. Er kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Die Kündigung eines Vertragspartners berührt das Vertragsverhältnis der übrigen Vertragspartner nicht. Bereits am Vorvertrag teilnehmende Versicherte, Ärzte und Krankenhäuser müssen sich nicht erneut in das DMP einschreiben. Erteilte Genehmigungen zur Teilnahme behalten ihre Gültigkeit.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die einer nachfolgenden Änderung der RSAV, der DMP-A-RL oder sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgesehenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden.
- (3) Bei einer Wiederezulassung gelten die im Rahmen der ersten Akkreditierung abgegebenen Erklärungen weiter. Eine erneute Einschreibung der Ärzte, Krankenhäuser und Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Abweichend von Absatz 1 kann der Vertrag bei wichtigem Grund, insbesondere bei Änderung oder bei Wegfall der RSA-Anbindung der DMP bzw. bei der Aufhebung oder dem Wegfall der Zulassung durch einen bestandskräftigen Bescheid des BAS oder bei festgestelltem Verstoß einer Krankenkasse gegen § 22 Abs. 2, von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Bei Verstoß gegen § 22 Abs. 2 bezieht sich die Kündigung auf die Krankenkasse, die den Verstoß nach § 22 Abs. 2 begangen hat. Kündigungen gegenüber einem Vertragspartner berühren das Vertragsverhältnis der übrigen Vertragspartner nicht.

§ 38

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.

§ 39

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 dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Hannover/Dresden/Kassel, den _____

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Niedersächsische
Krankenhausgesellschaft e. V.

AOK Niedersachsen.
Die Gesundheitskasse.
(Katrin Pohlabeln)

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Niedersachsen

IKK classic

SVLFG
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

KNAPPSCHAFT
- Regionaldirektion Nord -

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