Vertrag

zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen

(in der geänderten Fassung vom 01.10.2024)

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

und

der AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.
vertreten durch den Vorstand,
dieser vertreten durch
Herrn Wolfgang Karger

der IKK classic

dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover

der KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Chemnitz

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

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **BARMER**
- **DAK-Gesundheit**
- **Kaufmännische Krankenkasse - KKH**
- **Handelskrankenkasse (hkk)**
- **HEK – Hanseatische Krankenkasse**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen

auf der Grundlage des § 137f SGB V

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen

Präambel

Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele des Vertrages
§ 2 Geltungsbereich

Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungssektors
§ 4 Teilnahme der Krankenhäuser
§ 5 Teilnahmeerklärung
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 10 Grundlagen und Ziele
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren
§ 12 Maßnahmen bei Verstoß gegen die Ziele des Programms

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen
§ 14 Information und Einschreibung
§ 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme
§ 17 Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes
§ 18 Versichertenverzeichnis

Abschnitt VI – Fortbildung/Schulungen und Informationen

§ 19 Teilnahmeberechtigte Vertragsärzte

§ 20 Versicherte

Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

§ 21 Datenstelle

§ 22 Erst- und Folgedokumentation

§ 23 Datenfluss zur Datenstelle

§ 24 Datenzugang

§ 25 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt VIII – Datenfluss über die Datenstelle zu Krankenkassen, KVS und Gemeinsamer Einrichtung

§ 26 Datenfluss

§ 26a Datenverwendung

§ 27 Datenzugang

§ 28 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

§ 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

§ 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt X

§ 33 Evaluation

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

§ 34 Vertragsärztliche Leistungen

§ 35 Sondervergütung

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

§ 36 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

§ 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 38 Laufzeit und Kündigung

§ 39 Schriftform

§ 40 Salvatorische Klausel

Erläuterungen

- §§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.
- „DMP“ ist das Disease Management Programm (Strukturiertes Behandlungsprogramm).
- „Versicherte“ sind weibliche Versicherte.
- „Vertragsärzte“ sind weibliche und männliche vertragsärztlich tätige – ggf. anstellende – Ärzte sowie bei diesen angestellte Ärzte, soweit diese Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen. Darüber hinaus sind Vertragsärzte auch angestellte Ärzte in vertragsärztlich tätigen Einrichtungen (d. h. niedergelassene, angestellte Ärzte in MVZ, Einrichtungen nach § 311 SGB V und ermächtigten Einrichtungen) sowie ermächtigte Ärzte.
- „Anstellender Arzt" können auch mehrere Ärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt.
- „Leistungserbringer“ sind die Vertragsärzte i. S. d. § 3 und Krankenhäuser i. S. d. § 4 sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.
- „Koordinierender Vertragsarzt“ ist ein solcher i. S. d. § 3.
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 31, 32.
- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 29, 30.
- „Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 21.
- Dokumentationsdaten nach der DMP-A-RL Anlage 4 werden auf maschinell verwertbaren Datenträgern elektronisch erstellt und enthalten die in der DMP-A-RL Anlage 4 aufgeführten Daten.
- Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL Anlage 4 sind die in der DMP-A-RL aufgeführten Daten.
- „Krankenkassen“ sind die am Vertrag beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände.
- „KVS“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen.
- „Vertragspartner“ sind die am Vertrag beteiligten Krankenkassen oder deren Verbände und die KVS.
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung.
- „DMP-A-RL“ ist die Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V.
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.
- „MVZ" ist das Medizinische Versorgungszentrum bzw. sind die Medizinischen Versorgungszentren.
- „LANR" ist die lebenslange Arztnummer.
- „(N)BSNR" ist die Betriebs- oder Nebenbetriebsstättennummer.
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss.
- „DSGVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung
- „BMV-Ä“ ist der Bundesmantelvertrag-Ärzte
- Personenbezeichnungen Ärzte:innen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint.
- „elektronische Übermittlung von Daten oder Informationen – die Umsetzung der mit „*“ gekennzeichneten Vertragspassagen kann erst erfolgen, sofern die dafür erfoderlichen, technischen Voraussetzungen geschaffen und zwischen den Vertragspartnern vertraglich vereinbart wurden

Präambel

Im Rahmen eines DMP wird eine interdisziplinäre, berufs- und sektorenübergreifende Behandlung in einer integrierten Versorgungsform mit dem notwendigen logistischen Hintergrund gewährleistet. Daneben wird im Rahmen des nachfolgend beschriebenen Vertrages nach § 137f SGB V eine patientinnen- und qualitätsorientierte Begleitung der Frauen durch die an der Behandlung beteiligten Vertragsärzte und stationären Einrichtungen durch eine auf den Behandlungsverlauf bezogene Dokumentation vereinbart. Den an Brustkrebs erkrankten Frauen wird besonders durch individuelle Beratung und Informationen die Möglichkeit gegeben, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass im DMP Brustkrebs wegen der besonderen psychischen Belastung der an Brustkrebs erkrankten Versicherten die Vertrauensbeziehung zwischen Patientin und Arzt nicht gestört wird. Insofern sind im DMP Brustkrebs die Regelungen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten speziell auf die Indikation Brustkrebs vertraglich abgestimmt und werden damit der besonderen Situation gerecht.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen 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 im Bereich der KVS. 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 der teilnehmenden Krankenkassen, gewährleistet werden, um die Versorgung der Patientinnen zu optimieren. Der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe spielt als koordinierender Vertragsarzt eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses DMP.

(2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und in den Richtlinien des G-BA, insbesondere in Anlage 3 der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung festgelegt. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die am Programm teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele an:

- die Patientinnen, bezogen auf die Erkrankung Brustkrebs 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,
- Steigerung der Lebensqualität der Patientinnen,
- Verbesserung 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 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 kont-ralateralen 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) Dieser Vertrag gilt für

1. Vertragsärzte in der Region der KVS, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben.
2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.
3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch die am Vertrag teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse der Versicherten geregelt und die KVS darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären gegenüber der KVS, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 35 anerkennen. Die KVS informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
4. Die Behandlung von Versicherten der BKK, die einen nach diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt gemäß Ziffer 1 in Sachsen aufsuchen und sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben. Die Durchführung des Programms erfolgt durch die jeweilige BKK.

(2) Die Vergütungen im Falle des Absatzes 1 Nr. 3 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

(3) Grundlage dieses Vertrages ist insbesondere die RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie die diese ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich der DMP-A-RL Anlagen 3 und 4.

Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3
Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungssektors

(1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig und erfordert eine besondere Genehmigung durch die KVS.

(2) Teilnahmeberechtigt sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

(3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

(4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. Leiter des anstellenden MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVS nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVS vom anstellenden Arzt bzw. Leiter des MVZ unverzüglich mitgeteilt.

(5) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte (im Weiteren als koordinierende Ärzte bezeichnet) gehören insbesondere:

1. die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, unter Beachtung der nach § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte,
3. die Durchführung von intensivierten Patientinnengesprächen nach Abschnitt III,
4. die Information an die Versicherte, dass die Krankenkasse auf Wunsch ergänzende Beratungsangebote und Informationsmaterialien vorhält,
5. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII,
6. die vollständige Dokumentation entsprechend der Anlage 4 DMP-A-RL (Erst- und Folgedokumentation) unter Nutzung der bundesweit einheitlichen Dokumentationsdatensätze; soweit diese nicht ausreichend ausgefüllt weitergeleitet wurde, die nachträgliche Ergänzung fehlender Parameter auf Anforderung,
7. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
8. die Überweisung per Auftragsleistung an andere, auch nicht an diesem Vertrag teilnehmende Vertragsärzte / (psychologische) Psychotherapeuten entsprechend der Anlage 2 zur weiterführenden Diagnostik und Therapie, soweit sie die Leistungen nicht aufgrund vorhandener Qualifikationen selbst erbringen können. Eine stationäre Einweisung muss unter Berücksichtigung der individuellen Patientinneninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur an stationäre Einrichtungen erfolgen, die im Rahmen des § 4 dieses Vertrages teilnehmen,
9. bei Überweisung an andere Leistungserbringer i. S. d. Abs. 5 Nr. 8 therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.

(6) Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten unter Berücksichtigung der Regelungen des BMV-Ä per Auftragsleistung (Definitionsauftrag/Zielauftrag) zur Erbringung von bestimmten Leistungen an andere Leistungserbringer, so haftet der überweisende Arzt dafür, dass die Voraussetzungen für die Leistungserbringung (u. a. Teilnahme des Versicherten am DMP) gegeben sind. Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten zur Mit- / Weiterbehandlung an andere Leistungserbringer oder werden die entsprechenden Leistungen aufgrund der Direktinanspruchnahme auf Originalschein abgerechnet, haftet der die Leistung erbringende Arzt.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 – 9 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 4
Teilnahme der Krankenhäuser

Die Krankenkassen bzw. deren Verbände binden für die stationäre Versorgung der teilnehmenden Patientinnen Krankenhäuser gesondert vertraglich ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser sind verpflichtet nachzuweisen, dass gesondert vertraglich vereinbarte Anforderungen an die Strukturqualität zu Beginn der Teilnahme erfüllt sind. Zudem sind bei der Behandlung der Patientinnen u. a. die medizinischen Vorgaben der DMP-A-RL zu beachten. Die Teilnahme der Krankenhäuser ist freiwillig.

§ 5
Teilnahmeerklärung

(1) Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 gegenüber der KVS schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 3 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ zur Teilnahme am DMP bereit. Wird die Teilnahme des Arztes bzw. zugelassenen MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen 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 mit dem in der Anlage 3 beigefügten Formular „Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes" unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVS kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.

(2) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer - BSNR) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.

(3) Der Arzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung den für ihn ohne Vollmacht in Vertretung zwischen Arbeitsgemeinschaft sowie den Krankenkassen und der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 und die Krankenkassen im Rahmen dieses DMP die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der Arzt die Arbeitsgemeinschaft nach § 29, in seinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Er wird dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

§ 6
Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

Die KVS erteilt den gemäß § 3 Absatz 2 teilnehmenden Vertragsärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn sie die in Anlage 1 genannten Strukturvoraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte – von Beginn an vollständig erfüllen.

§ 7
Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

(1) Die Teilnahme des Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Genehmigung der KVS zur Teilnahme gemäß § 3 Abs. 1 wird schriftlich erteilt.

(2) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVS zum Ende des Quartals kündigen. Die Kündigungsfrist (Eingang bei der KVS) beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals. Die KVS informiert die beteiligten Vertragspartner bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.

(3) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Vertragsarztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Leistungserbringerverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen.

(4) Die Teilnahme am DMP endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVS.

(5) Die Teilnahme des Vertragarztes endet auch durch Ausschluss nach § 12 Abs. 2 oder durch den Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.

(6) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden 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 mit dem in der Anlage 3 beigefügten Formular „Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes" nachzuweisen.

(7) 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.

§ 8
Leistungserbringerverzeichnisse

(1) Die Krankenkassen erhalten von der KVS ein Verzeichnis über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß § 3 entsprechend Anlage 9 „Leistungserbringerverzeichnis ambulant“. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Es wird einmal monatlich versandt. Die KVS stellt der Datenstelle die für die Erstellung des Verzeichnisses benötigten Grunddaten zur Verfügung. Die Details der Datenlieferung (Inhalt, Umfang, Form usw.) werden mit der Datenstelle vertraglich vereinbart.

(2) Das Leistungserbringerverzeichnis wird arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:

- Besucheranschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
- Postanschrift der Praxis/Einrichtung,
- lebenslange Arzt- und Betriebsstättennummer und
- angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen.

(3) Das nach Absatz 1 um die in Absatz 2 genannten Inhalte erweiterte Leistungserbringer-verzeichnis wird dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorgelegt. Auf Anforderung stellen die teilnehmenden Krankenkassen dieses Verzeichnis der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung.

(4) Die Krankenkassen führen entsprechend Anlage 9 „Leistungserbringerverzeichnis stationär“ ein Verzeichnis der nach § 4 teilnehmenden Krankenhäuser. Dieses Leistungserbringer-verzeichnis legen die Krankenkassen dem BAS für die Krankenhäuser, mit denen bereits eine vertragliche Bindung besteht alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen. Auf Anforderung stellen die teilnehmenden Krankenkassen dieses Verzeichnis der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung. Dieses Verzeichnis wird zudem den am Vertrag teilnehmenden Ärzten mit jeder Änderung zur Verfügung gestellt. Dazu übermittelt die AOK PLUS bei jeder Änderung im Auftrag der Krankenkassen dieses Verzeichnis in maschinenlesbarer Form an die Datenstelle nach § 21 und an die KVS. Die Details der Datenlieferung (Inhalt, Umfang, Form usw.) werden mit der Datenstelle vertraglich vereinbart. Die AOK PLUS stellt dieses Verzeichnis im Auftrag der Krankenkassen auch den am DMP Brustkrebs teilnehmenden Krankenhäusern bei Teilnahmebeginn und nachfolgend bei jeder Änderung in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.

(5) Die zusammengefassten Leistungserbringerverzeichnisse werden außerdem bei Bedarf

1. den am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern durch die KVS und
2. den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten - insbesondere bei Neueinschreibung - durch die Krankenkasse zur Verfügung gestellt.

(7) Die Leistungserbringerverzeichnisse können zudem in einem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmende Leistungserbringer am Behandlungsprogramm Brustkrebs“ veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 3 „Teilnahmeerklärung Vertragarzt“ sowie mit der Unterschrift der Krankenhäuser unter die DMP-Verträge erteilt.

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 9
Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs

(1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 5 ″Versorgungsinhalte″ definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen den Anforderungen an die Behandlung nach der DMP-A-RL Anlage 3 und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung gemäß § 5 bzw. ihren Antrag auf Teilnahme gemäß § 5, insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Diagnostik und Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen, diagnostischen und therapeutischen Spielraum nicht ein.

(2) Die Vertragspartner stimmen überein, die an diesem strukturierten Behandlungsprogramm fürBrustkrebs teilnehmenden Versicherten gemäß der jeweils aktuellen Anlage "Versorgungsinhalte" des DMP-Vertrages nach Abs. 1 zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Brustkrebs auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

(3) Die teilnehmenden Vertragsärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich von der KVS über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Die teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich, die Versorgung entsprechend anzupassen.

(4) Die Aufklärung der Patientin im Sinne der DMP-A-RL durch den koordinierenden Vertragsarzt erfolgt über intensivierte Patientinnengespräche und zielgerichtete Patientinneninformationen. Als Grundlage dienen die nachstehend beschriebenen Informationsbausteine. Die Informationsbausteine umfassen schwerpunktmäßig folgende Bereiche:

a) Informationen über qualitätsgesicherte Behandlungsmaßnahmen und einzelfallbezogen in Betracht kommende Behandlungsalternativen,

b) Informationen über die am Vertrag teilnehmenden stationären Einrichtungen, die die Therapie durchführen können. Die Qualitätsmerkmale sowie Kooperationsregeln müssen der Patientin transparent gemacht werden,

c) Informationen über Selbsthilfegruppen und psychosoziale Angebote.

Die jeweiligen Inhalte der durchzuführenden Gespräche ergeben sich aus der Anlage 4**.**

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 10
Grundlage und Ziele

(1) Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 8 genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SBG V (einschließlich Therapieempfehlungen),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Nummer 1.9 der Anlage 5 „Versorgungsinhalte“,
4. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4 und,
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß der DMP-A-RL Anlage 4.

§ 11
Maßnahmen und Indikatoren

(1) Entsprechend § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage 8 „Qualitätssicherung“ zur Erreichung der Ziele zugrunde zu legen.

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

1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Vertragsärzte,
2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für teilnehmende Vertragsärzte durch die Gemeinsame Einrichtung nach § 31 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; hierfür kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Verfahren für teilnehmende Vertragsärzte sein,
3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der

Versicherten durch die Krankenkassen.

(3) Die Krankenkassen führen aufgrund der besonderen psychischen Belastung der erkrankten Versicherten keine individuelle Beratung durch. Sollte eine individuelle Beratung auf Wunsch der Versicherten erfolgen, wird nach Zustimmung der Versicherten deren koordinierender Vertragsarzt informiert.

(4) Zur Auswertung werden die in Anlage 8 „Qualitätssicherung“ fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL und den pseudonymisierten Leistungsdaten der Krankenkassen ergeben.

(5) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 8 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 12
Maßnahmen bei Verstoß gegen die Ziele des Programms

(1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms werden wirksame Maßnahmen vereinbart, die dann greifen, wenn die mit der Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogrammes beauftragten Leistungserbringer gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.

(2) Verstößt der Vertragsarzt nachweislich gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden insbesondere folgende Maßnahmen ergriffen:

1. keine Vergütung bzw. eine nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für unvollständige/unplausible/verfristete Dokumentationen,
2. schriftliche Aufforderung durch die Gemeinsame Einrichtung nach § 31, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z.B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
3. auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und nach einvernehmlicher Abstimmung der anderen Vertragspartner Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KVS. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden (z.B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte),
4. Hält der Vertragsarzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme durch außerordentliche Kündigung ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Vertragsarztes entscheidet die KVS nach einvernehmlicher Abstimmung mit den Vertragspartnern (z.B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte, bei fehlendem Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen).

Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13
Teilnahmevoraussetzungen

(1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3 der Anlage 3 DMP-A-RL erfüllt sind:

- die schriftliche Bestätigung der histologisch gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt entsprechend der Nummer 1.2 der Anlage 3 DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten,
- die schriftliche oder elektronische* Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und
- die schriftliche oder elektronische* Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an ihre Krankenkasse übermittelt werden und von dieser im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

(2) Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass sie im Einzelnen:

1. die Programm- und Versorgungsziele kennen und an ihrer Erreichung mitwirken werden
2. die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen kennen und unterstützen werden
3. auf die Möglichkeit, eine Liste der verfügbaren Leistungsanbieter zu erhalten, hingewiesen worden sind
4. über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden sind sowie
5. über die mit ihrer Teilnahme an dem Programm verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten informiert worden sind und sich einverstanden erklären mit der Möglichkeit einer Übermittlung ihrer Behandlungsdaten an die Krankenkasse zum Zweck der Verarbeitung und Nutzung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms und dass die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können.

Als spezielle Regelung für die Einschreibung gilt die histologische Sicherung eines Brustkrebses oder die histologische Sicherung eines lokoregionären Rezidivs oder eine nachgewiesene Fernmetastasierung des histologisch nachgewiesenen Brustkrebses. Die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt. Das alleinige Vorliegen einer nichtinvasiven lobulären Neoplasie rechtfertigt nicht die Aufnahme in das Programm. Nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose endet die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm.

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/kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich.

Patientinnen mit Fernmetastasen können dauerhaft am Programm teilnehmen.

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

(4) Wenn der Versicherte an mehreren der in der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.

§ 14
Information und Einschreibung

(1) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch Datenschutzinformation, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung und Patientenmerkblatt entsprechend der Anlage 7 umfassend über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß der DMP-A-RL, Anlage 3, Nummer 3.1 und 3.2 informieren. Die Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Der koordinierende Arzt informiert die Versicherte, dass sie bei der jeweiligen Krankenkasse Informationsmaterial zum Thema Brustkrebs anfordern kann.

(2) Koordinierende Vertragsärzte, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV ihre nach § 13 teilnahmeberechtigten Patientinnen. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei diesem koordinierenden Vertragsarzt einschreiben.

(3) Krankenhäuser gem. § 4 können ebenfalls im Einzelfall auf ausdrücklichen Wunsch der Versicherten in das Behandlungsprogramm einschreiben. Die Einschreibevoraussetzungen entsprechend der DMP-A-RL sind dabei zu beachten. Das Einschreibeverfahren wird in einem gesonderten Vertrag mit den Krankenhäusern geregelt.

(4) Für die rechtswirksame Einschreibung der Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:

1. die schriftliche Bestätigung der histologisch gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
2. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der DMP-A-RL Anlage 4 durch den behandelnden koordinierenden Vertragsarzt oder das einschreibende Krankenhaus.

(5) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt die Versicherte ihren koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Vertragsarzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten von ihm selbst und der Versicherten unterschrieben spätestens zusammen mit der vollständigen Erstdokumentation nach der DMP-A-RL Anlage 4 an die Datenstelle nach § 23 weiterleitet. Die Krankenkasse stellt sicher, dass die Versicherte nur durch einen koordinierenden Arzt betreut wird.

(6) Bei Einschreibung in einem gem. §4 teilnehmenden Krankenhaus muss die Patientin im Anschluss an die stationäre Behandlung ihren koordinierenden Vertragsarzt gem. § 3 wählen, ein Krankenhaus kann nicht koordinierend tätig sein.

(7) Die Versicherte kann auch bei ihrer Krankenkasse die Bereitschaft zur Teilnahme am DMP erklären. In diesem Fall wird die Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an ihren behandelnden koordinierenden

Vertragsarzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 4 erstellt und weitergeleitet werden.

(8) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Abs. 4 vorliegen, bestätigt diese der Versicherten und dem koordinierenden Vertragsarzt schriftlich oder elektronisch* die Teilnahme der Versicherten am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.

(9) Wechselt eine am DMP teilnehmende Versicherte die Krankenkasse und möchte weiterhin am Programm teilnehmen, sind die nach Absatz 4 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 15
Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das Behandlungsprogramm entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer personenbezogenen Daten (vgl. Anlage 7 „Datenschutzinformation") erklärt sich die Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 7 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte" zur Teilnahme bereit und willigt einmalig mit ihrer Unterschrift in die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein. Die Abschnitte Datenschutzinformation und Patienteninformation der Anlage 7 verbleiben bei der Versicherten.

§ 16
Beginn und Ende der Teilnahme

(1) Die Teilnahme der Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen* Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 8 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Absatz 4 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich oder elektronisch* die Einschreibung gemäß § 14 Abs. 8. und kann die Erstellung der Versichertenkarte mit DMP-Kennzeichen veranlassen und verlangt ggf. vom Patienten die Rückgabe der alten Versichertenkarte.

(2) Nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose endet die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm. (vgl. § 13 Abs. 3 Satz 3).

(3) Die Versicherte kann ihre Teilnahme jederzeit kündigen und/oder die Einwilligungserklärung gegenüber der Krankenkasse (nach deren Erfordernissen) widerrufen. Sie endet in diesem Fall – sofern die Versicherte keinen späteren Termin für ihr Ausscheiden bestimmt hat – mit dem Zugang der Widerrufserklärung bei der Krankenkasse oder mit dem Tag der Bekanntmachung der Kündigung der Versicherten bei der Krankenkasse.

(4) Die Teilnahme der Versicherten endet mit dem Tag

1. der Aufhebung der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
2. des Zugangs der Widerrufserklärung bei der Krankenkasse oder mit dem Tag der Bekanntmachung der Kündigung des Versicherten bei der Krankenkasse, sofern der Versicherte keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt hat,
3. des Kassenwechsels unter Beachtung der Regelungen des § 24 Abs. 3 RSAV,
4. der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach der DMP-A-RL Anlage 4, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 a) RSAV genannten Frist übermittelt worden sind und

5. der letzten Dokumentation bei Wegfall der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 24 Absatz 2 Nr. 2 RSAV

(5) Die Krankenkasse beendet die Teilnahme der Versicherten bei Vorliegen einer der in § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV genannten Tatbestände mit Wirkung zu dem Tag der letzten gültigen Dokumentation (Dokumentationsdatum). Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.

(6) Die Krankenkasse informiert die Versicherte und den koordinierenden Vertragsarzt schriftlich oder elektronisch* über das Ausscheiden der Versicherten aus dem DMP.

§ 17
Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes

(1) Es steht der Versicherten frei, ihren koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation gemäß der DMP-A-RL Anlage 4 und sendet diese an die Datenstelle nach § 21. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend beim Ausscheiden eines koordinierenden Vertragsarztes sowie bei einem Wechsel der Versicherten vom Krankenhaus zum koordinierenden Vertragsarzt.

(2) Der bisherige koordinierende Vertragsarzt ist verpflichtet, mit Einwilligung der Versicherten die bisherigen Dokumentationen der Versicherten an den neu gewählten Vertragsarzt zu übermitteln.

(3) Bei einem Arztwechsel hat der neue koordinierende Vertragsarzt eine neue DMP-Fallnummer gemäß § 23 Abs. 2 zu vergeben.

§ 18
Versichertenverzeichnis

Die Vertragspartner können die Umsetzung eines Versichertenverzeichnisses vereinbaren. Die Anforderungen und Inhalte des Versichertenverzeichnisses sind in einer gesonderten Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und der KVS geregelt. Es steht den Krankenkassen frei, dieser Vereinbarung beizutreten.

Abschnitt VI – Fortbildung/Schulung und Information

§ 19
Teilnahmeberechtige Vertragsärzte

(1) Die Vertragspartner informieren richtlinienkonform die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte über Ziele und Inhalte des DMP Brustkrebs. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5.

(2) Die Fortbildungen der teilnahmeberechtigten Vertragsärzte nach § 3 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Fortbildungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten ab, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Nummer 3.1 der Anlage 5 „Versorgungsinhalte". Die Anforderungen an die für das DMP relevante regelmäßige Fortbildung der teilnahmeberechtigten Ärzte sind in der Anlage 1 dieses Vertrages geregelt.

(3) Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden

im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVS nachzuweisen.

(4) Fortbildungsbestandteile, die bei der Fortbildung der Vertragsärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 20
Versicherte

Die Krankenkasse informiert anhand der Patienteninformation – bestehend aus dem Patientenmerkblatt, der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und der Datenschutzinformation – ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln sowie die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge transparent dargestellt.

Abschnitt VII - Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

§ 21
Datenstelle

(1) Die Krankenkassen bzw. deren Verbände und die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 29 beauftragen eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit

1. der Entgegennahme der Dokumentationen gemäß der DMP-A-RL Anlage 4 elektronisch gemäß BAS-akkreditierter Verfahrensvorgaben,
2. der Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL Anlage 4,
3. der Überprüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität, der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationen sowie der Information von Krankenkassen und der Gemeinsamer Einrichtung über die Ergebnisse der Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung der Dokumentationen,
4. der Pseudonymisierung der bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten,
5. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach der DMP- A-RL Anlage 4 an die Krankenkasse,
6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach der DMP- A-RL Anlage 4 mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVS,
7. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach der DMP- A-RL Anlage 4 mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und
8. der Entgegennahme, Vollständigkeitsprüfung und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten an die Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.

(2) Das Nähere regeln die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen. Sofern im Rahmen der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme bereits eine Datenstelle beauftragt wurde, können die Aufgaben entsprechend erweitert werden.

(3) Die Teilnahmeerklärung des koordinierenden Vertragsarztes gemäß § 3 beinhaltet dessen Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle mit folgenden Angaben:

1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach der DMP- A-RL Anlage 4 an die entsprechenden Stellen.

(4) Nach Beauftragung dieser Datenstelle teilen die Vertragspartner den bereits teilnehmenden koordinierenden Vertragsärzten gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 22
Erst- und Folgedokumentation

(1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in der DMP-A-RL Anlage 4 aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und –maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Vertragsärzte sowie die Evaluation nach Nummer 5 der DMP-A-RL Anlage 3 genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt hiervon unberührt.

(2) Der Arzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 4 DMP-A-RL entsprechend den Regelungen in Nummer 1.5 der Anlage 3 DMP-AL-RL fest, welches Dokumentationsintervall (halbjährlich oder häufiger oder jährlich) für die jeweilige Versicherte maßgeblich ist.

§ 23
Datenfluss zur Datenstelle

(1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der koordinierende Vertragsarzt,

1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 6 Dokumentationsdaten nach der DMP- A-RL Anlage 4 sowie
2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 6 Dokumentationsdaten nach der DMP- A-RL Anlage 4

am Ort der Leistungserbringung elektronisch mit dem KBV-zertifizierten DMP Modul des Arztinformationssystems oder auf einem von der Datenstelle zur Verfügung gestellten zertifizierten Arzt-Onlineportal zu erfassen und die Dokumentationen verschlüsselt in einer Übermittlungsdatei zusammengefasst regelmäßig, vorzugsweise monatlich, jedoch spätestens zehn Tage nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes gem. § 25 Abs. 2 Nr. 1 a) RSAV elektronisch (z.B. per E-Mail, online) an die Datenstelle zu übermitteln. .

Zugleich verpflichtet er sich dazu, die von der Versicherten unterzeichnete Teilnahme- und Einwilligungserklärung sofort mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln.

(2) Der koordinierende Vertragsarzt nach § 3 vergibt für jede Versicherte eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern ("0"-"9") bestehen darf. Die in vorherigen Strukturverträgen verwendeten Patienten-Codes können damit weiterverwendet werden, sofern sie maximal sieben Ziffern haben. In anderen Fällen ist die Fallnummer vom Arzt neu festzulegen (Empfehlung: fortlaufende Nummerierung). Eine Fallnummer darf jeweils nur für eine Patientin verwendet werden und ist über den gesamten Behandlungsverlauf beizubehalten.

(3) Bei einem Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes nach § 17 übermittelt der neu koordinierende Vertragsarzt nach § 3 nach Erstellung die Folgedokumentation nach Anlage 4 der DMP-A-RL, diese entsprechend Abs. 1, Pkt. 2 an die Datenstelle.

(4) Der koordinierende Vertragsarzt stellt bei der elektronischen Datenübermittlung die akkreditierten Verfahrensvorgaben sicher. Das genaue Procedere bei der elektronischen Datenübermittlung ist in einer gesonderten Vereinbarung zum Datenstellenvertrag geregelt.

(5) Die Versicherte willigt gemäß Anlage 7 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ einmalig in die Datenübermittlung mit ihrer Unterschrift ein und wird schriftlich oder elektronisch* über die übermittelten Dokumentationsdaten entsprechend der DMP- A-RL Anlage 4 unterrichtet. Dazu erhält sie von ihrem koordinierenden Vertragsarzt auf Wunsch einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 24
Datenzugang

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 nach der DS-GVO und dem BDSF werden beachtet.

§ 25
Datenaufbewahrung und –löschung innerhalb der Datenstelle

Die im Rahmen des Programms elektronisch übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkasse, die KVS und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 Abs. 2 b DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung des Vertrages. Gleiches gilt für die Originaldokumente. Im Fall einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die Prüfbehörde stellt die Datenstelle die entsprechenden Dokumentationsdaten der Prüfbehörde auf Anforderung zur Verfügung.

Abschnitt VIII - Datenfluss über die Datenstelle zu Krankenkassen, KVS und Gemeinsamer Einrichtung

§ 26
Datenfluss

(1) Nach Durchführung der Datenbearbeitung entsprechend § 23 dieses Vertrages übermittelt die Datenstelle für das DMP Brustkrebs:

1. bei Ersteinschreibung die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten sowie die Erstdokumentation nach der DMP- A-RL Anlage 4 an die jeweilige Krankenkasse,
2. bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten nach der DMP- A-RL Anlage 4 an die jeweilige Krankenkasse,
3. bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten nach der DMP- A-RL Anlage 4 mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung,
4. bei der Erst- und Folgedokumentation die Gültigkeitsinformationen der Dokumentationen mit Arzt- und Versichertenbezug an die KVS zur Abrechnungsprüfung.

§ 26a
Datenverwendung

Die nach § 21 Abs. 1 Ziff. 5 an die Krankenkasse weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze nach der DMP- A-RL Anlage 4 werden von der Krankenkasse ausschließlich für folgende Zwecke genutzt:

1. schriftliche oder elektronische* Information von Versicherten zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Termine bei Ausbleiben der Folgedokumentation
2. ergänzende individuelle und anlassbezogene Information der Versicherten, deren Verlaufsdokumentationen Hinweise auf mangelnde Unterstützung des DMP durch die Versicherte beinhalten sowie allgemeine Informationen über die Krankheit, deren Zusammenhänge und Folgen. Die ergänzenden und anlassbezogenen Informationen erfolgen nur im Rahmen der festgelegten Maßnahmen und Ziele der Anlage 8 „Qualitätssicherung“.
3. Beendigung der Teilnahme gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV.

§ 27
Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, KVS und an das DMP-Datenzentrum der Krankenkasse übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen nach der DSGVO und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) werden beachtet.

§ 28
Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten und Dokumente werden von der Krankenkasse, der KVS und der Gemeinsamen Einrichtung gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V aufbewahrt und innerhalb der gesetzlich gültigen Zeiträume gelöscht bzw. vernichtet. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a und 2d DMP-A-RL. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung des Vertrages. Gleiches gilt für die Originaldokumente.

Abschnitt IX - Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 29
Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner haben für diese DMP-Indikation sowie für weitere DMP eine Arbeitsgemeinschaft gemäß § 219 SGB V gebildet. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere Art 28 der DSGVO, werden berücksichtigt. Das Nähere ist in einem gesonderten Gesellschaftsvertrag geregelt.

§ 30
Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

(1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Absatz 2 Nr. 1 RSAV die Aufgabe, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten nach der DMP- A-RL Anlage 4 versichertenbezogen zu pseudonymisieren und sie dann an die KVS und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 8 „Qualitätssicherung“ weiterzuleiten.

(2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DSGVO i.V.m. § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in den Absätzen 1 und 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 31
Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Vertragspartner haben für diese DMP-Indikation sowie für weitere DMP die Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß § 2 und der Evaluation gemäß § 6 der DMP-A-RL gebildet. Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag.

§ 32
Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

(1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 8 „Qualitätssicherung“ durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

1. die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP- A-RL,
2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL,
3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL,
4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i.V.m. § 6 der DMP-A-RL und
5. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

(2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des Art. 28 DSGVO i.V.m. § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung in Zusammenhang mit den in Absatz 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

(3) Autorisierte Mitarbeiter der Gemeinsamen Einrichtung haben im Rahmen des § 3 des Gesellschaftsvertrages der Gemeinsamen Einrichtung Zugriff auf alle Daten und weiteren Unterlagen der Gemeinsamen Einrichtung einschließlich Korrespondenzen, Feedbackberichte usw.

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 Beachtung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 der DMP-A-RL.

(2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Abschnitt XI - Vergütung und Abrechnung

§ 34
Vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach der Maßgabe des EBM und sind mit der Vereinbarung zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a SGB V mit der KVS abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gem. §§ 73 und 75 SGB V bleibt unberührt.

§ 35
Sondervergütung

(1) Die von den teilnehmenden Vertragsärzten nach § 3 Absatz 2 darüber hinaus erbrachten Leistungen nach dieser Vereinbarung werden wie folgt vergütet:

Abrechnungsnr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung
99330A	Ersteinschreibung der Versicherten in das DMP, Erstellung und Versand der Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie Erstellung und Versand der Erstdokumentation	25,00 €

Aufgrund der besonderen Anforderungen, die die Vertragspartner an die teilnehmenden Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, insbesondere im Hinblick auf die individuelle Patientinnenberatung, die fachliche Qualifikation und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den am Behandlungsprozess Beteiligten stellen, werden die Beratungsgespräche wie folgt vergütet:

Abrechnungsnr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung
99330B	Begleitgespräch (einmal je Quartal) einschließlich Erstellung und Versand der Folgedokumentation; (Dauer ca. 15 Minuten)	20,00 €
99330C	Gespräch (einmalig pro Patientin) vor der stationären Aufnahme und/oder nach histologischer Sicherung der Diagnose (Dauer ca. 30 Minuten)	27,50 €
99330D	Gespräch (einmalig pro Patientin) nach der stationären Behandlung (Dauer ca. 30 Minuten)	27,50 €
99330E	Begleitgespräch (einmal je Quartal) ohne Folgedokumentation (Dauer ca. 15 Minuten)	12,50 €

Neben der Abrechnungsnummer 99330A sind die Abrechnungsnummern 99330B und 99330E je Behandlungsfall (Quartal) nicht abrechenbar.

Neben der Abrechnungsnummer 99330B ist die Abrechnungsnummer 99330E je Behandlungsfall (Quartal) nicht abrechenbar.

Neben der Abrechnungsnummer 99330C sind die Abrechnungsnummern 99330B und 99330E je Behandlungsfall (Quartal) nicht abrechenbar.

Neben der Abrechnungsnummer 99330D sind die Abrechnungsnummern 99330B und 99330E je Behandlungsfall (Quartal) nicht abrechenbar.

Die Abrechnung und Vergütung der vorgenannten Abrechnungsnummern setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. Soweit nur einzelne Leistungsbestandteile erbracht werden, ist eine Abrechnung und Vergütung ausgeschlossen.

(2) Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Weiterführende Abrechnungen nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation sind damit ausgeschlossen.

1. Die Abrechnungsnummer 99330A ist einmalig, nur zu Beginn der Behandlung der Patientin im DMP durch Vertragsärzte nach § 3 berechnungsfähig (Erstdokumentation).
2. Die Abrechnungsnummer 99330B ist durch Vertragsärzte nach § 3 wie folgt berechnungsfähig (gilt auch bei Vertragsarztwechsel nach § 17):
    1. bei Patientinnen mit Einschreibung aufgrund eines Primärtumors, eines lokoregionären Rezidivs oder eines kontralateralen Brustkrebses sowie bei Patientinnen mit Auftreten eines neuen Ereignisses (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) innerhalb der ersten bzw. nachfolgenden fünf Jahre nach histologischer Sicherung entsprechend dem grundsätzlichen Dokumentationszeitraum einmal in zwei Quartalen je Patientin (Folgedokumentation),
    2. bei Patientinnen mit Einschreibung aufgrund eines Primärtumors, eines lokoregionären Rezidivs oder eines kontralateralen Brustkrebses sowie bei Patientinnen mit Auftreten eines neuen Ereignisses (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) innerhalb der ersten bzw. nachfolgenden fünf Jahre nach histologischer Sicherung im individuellen Einzelfall einmal im Quartal je Patientin (Folgedokumentation),
    3. bei Patientinnen ohne Auftreten eines neuen Ereignisses (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) innerhalb von fünf Jahren nach histologischer Sicherung ab dem sechsten Jahr entsprechend dem grundsätzlichen Dokumentationszeitraum einmal in vier Quartalen je Patientin (Folgedokumentation),
    4. bei Patientinnen ohne Auftreten eines neuen Ereignisses (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) innerhalb von fünf Jahren nach histologischer Sicherung ab dem sechsten Jahr im individuellen Einzelfall einmal in zwei Quartalen je Patientin (Folgedokumentation).
3. Die Datenstelle nach § 21 übermittelt der KVS wöchentlich einen Nachweis entsprechend des Vertrages über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten (Datenstellenvertrag) in der alle vollständig, plausibel sowie fristgemäß elektronisch übermittelten Dokumentationen mit Arzt- und Versichertenbezug sowie die ungültigen und unplausiblen Dokumentationen mit Arzt- und Versichertenbezug enthalten sind.

   Diese Aufstellung der Datenstelle ist Grundlage für die Prüfung der abgerechneten Erst- und Folgedokumentationen von Vertragsärzten durch die KVS. Nur vollständig und plausibel sowie fristgerecht elektronisch übermittelte Erst- und Folgedokumentationen können von der KVS vergütet werden.

   Die KVS stellt sicher, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten gemäß § 3 in den Abrechnungsunterlagen gesondert herausgestellt werden.

Abschnitt XII - Sonstige Bestimmungen

§ 36
Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

(1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafgesetzbuch muss gewährleistet sein.

(2) Die Vertragsärzte 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 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 KVS liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die Krankenkassen.

(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 01.10.2024 in Kraft und ersetzt alle bisherigen vertraglichen Regelungen.

(2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Bei Kündigung nur einer Krankenkasse bzw. eines Kassenverbandes bleibt der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern bestehen.

(3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA, insbesondere der DMP-A-RL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich vorgenommen werden. Die Anpassungsfristen gem. § 137g Abs. 2 SGB V sind zu beachten.

(4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung des DMP bzw. bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Die Vertragspartner sind sich einig, dass das Sonderkündigungsrecht bis zu zwei Quartale nach Inkrafttreten einer etwaigen Regelung, die den Wegfall oder die Änderung der RSA-Anbindung zum Inhalt hat oder nach Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung ausgeübt werden kann.

§ 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

(1) Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.

(2) Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Übersicht Anlagen

Anlage 1 **Strukturvoraussetzungen koordinierender Arzt**

Anlage 2 **Auftragsleistung**

Anlage 3 **Teilnahmeerklärung Vertragsarzt**

Anlage 4 **Gespräch vor der stationären Behandlung/Gespräch nach der stationären Behandlung/Begleitgespräche**

Anlage 5 **Versorgungsinhalte**

Anlage 6 **Dokumentationsdaten**

Anlage 7 **Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte inkl. Datenschutzinformation und Patienteninformation**

Anlage 8 **Qualitätssicherung**

Anlage 9 **Leistungserbringerverzeichnis ambulant/stationär**

Dresden, 20.08.2024	*gez.*
Ort, Datum	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Dresden, 02.09.2024	*gez.*
Ort, Datum	AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Dresden, 26.08.2024	*gez.*
Ort, Datum	BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Sachsen
Dresden, 26.08.2024	*gez.*
Ort, Datum	IKK classic
Chemnitz, 29.08.2024	*gez.*
Ort, Datum	KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Chemnitz
Kassel, 21.08.2024	*gez.*
Ort, Datum	SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse
Dresden, 26.08.2024	*gez.*
Ort, Datum	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen