

Vertrag

nach § 137f SGB V i.V. mit § 83 SGB V
über ein
strukturiertes, sektorenübergreifendes Behandlungsprogramm
DMP - Brustkrebs

zwischen

der AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

dem BKK-Landesverband NORDWEST,

der IKK – Die Innovationskasse,

der KNAPPSCHAFT,

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

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 Schleswig-Holstein

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein
vertreten durch den Vorstand

nachstehend KVSH

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen	4
Übersicht Anlagen	4
Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich	6
§ 1 Ziele des Vertrages.....	6
§ 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze.....	6
Abschnitt II - Teilnahme der Ärzte	7
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors. 7	
§ 4 Überprüfung der Strukturqualitäten	8
§ 5 Beginn und Ende der Teilnahme.....	8
§ 6 Leistungserbringerverzeichnisse.....	9
Abschnitt III - Versorgungsinhalte	9
§ 7 Medizinische Anforderungen an das DMP Brustkrebs.....	9
Abschnitt IV - Qualitätssicherung	10
§ 8 Grundlagen und Ziele	10
§ 9 Maßnahmen und Indikatoren	10
§ 10 Vertragsmaßnahmen	10
Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten.....	11
§ 11 Teilnahmevoraussetzungen	11
§ 12 Information und Einschreibung.....	12
§ 13 Beginn und Ende der Teilnahme.....	13
§ 14 Wechsel des koordinierenden Arztes	13
Abschnitt VI - Information von Ärzten.....	13
§ 15 Informationen für teilnehmende Ärzte	13
Abschnitt VII - Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung sowie Datenstelle und deren Aufgaben	14
§ 16 Arbeitsgemeinschaft	14
§ 17 Gemeinsame Einrichtung.....	14
§ 18 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung.....	14
§ 19 Datenstelle.....	15
§ 20 Datenfluss zur Datenstelle	15
§ 21 Datenzugang	15
§ 22 Datenaufbewahrung.....	16
§ 23 Evaluation.....	16
Abschnitt VIII - Vergütung und Abrechnung	16
§ 24 Vertragsärztliche Leistungen.....	16
§ 25 Sondervergütung	16
Abschnitt IX - Sonstige Bestimmungen	17
§ 26 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz.....	17
§ 27 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen.....	17

§ 28 Erstattung von Verwaltungskosten	17
§ 29 Laufzeit und Kündigung	18
§ 30 Schriftform	18
§ 31 Salvatorische Klausel.....	19

Erläuterungen

Arbeitsgemeinschaft	ist eine solche i.S.d. § 16
Ärzte	sind Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte sowie bei Vertragsärzten, kommunalen Einrichtungen und Medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte, die Leistungen gemäß § 3 erbringen
BAS	ist das Bundesamt für Soziale Sicherung nach § 94 SGB IV
Betriebsstätte	ist eine Betriebsstätte oder ggfs. Nebenbetriebsstätte i.S.d. BMV / Arzt-Ersatzkassenvertrag
Datenstelle	ist eine solche i.S.d. § 19
DMP	Disease-Management-Programm
DMP-A-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie)
DS-GVO	Datenschutz-Grundverordnung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
Gemeinsame Einrichtung	ist eine solche i.S.d. § 17
KGSH	Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V.
KVSH	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
RSaV	Risikostrukturausgleichsverordnung
Versicherte	sind weibliche Versicherte

Paragrafen, Absätze und Anlagen beziehen sich auf diesen Vertrag, wenn nicht anders gekennzeichnet.

Die rechtlichen Grundlagen beziehen sich immer auf die aktuelle gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

Personenbezeichnungen bezogen auf ärztliche Leistungserbringer werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit in der männlichen Form verwendet. Es sind jedoch immer gleichrangig Personen jedweden Geschlechts gemeint.

Übersicht Anlagen

Anlage 1	Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor
Anlage 2	Mindestinhalte der Teilnahmeerklärung Arzt
Anlage 3	Ärzteverzeichnis (ambulanter Sektor)
Anlage 4	Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte (TE/EWE)
Anlage 5	Abrechnungsvoraussetzungen und Vergütung
Anlage 6	Qualitätssicherung
Anlage 7	Eckpunkte für Gesprächs- und Beratungsinhalte
Anlage 8	Faxanforderung Informationsmaterial

Anlage 9

Dokumentation von DMP-begründenden Diagnosen

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Mit dem DMP Brustkrebs soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern sowie den Partnern dieses Vertrages und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von Versicherten mit Brustkrebs gewährleistet werden.
- (2) Versicherte sollen durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme angeregt werden.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Brustkrebs sowie die medizinischen Grundlagen ergeben sich aus der DMP-A-RL sowie der RSAV. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag folgende Ziele gemäß Anlage 3 DMP-A-RL an:
 - umfassende Nachsorge, insbesondere in Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation,
 - das frühzeitige Erkennen eines lokoregionären Rezidivs bzw. eines kontralateralen Tumors,
 - die Unterstützung der Patientin in der Umsetzung der empfohlenen und vereinbarten Therapie und die Einleitung geeigneter vorbeugender Maßnahmen sowie das frühzeitige Erkennen von Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Therapie.

§ 2

Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

- (1) Dieser Vertrag gilt für
 - Ärzte in der Region der KVSH, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben und die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Genehmigung erhalten haben,
 - die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben und die entsprechenden Voraussetzungen zur aktiven Teilnahme erfüllen.
- (2) Dieser Vertrag gilt für:
 - die Behandlung von AOK-Versicherten anderer Vertragsregionen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch die AOK mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KVSH darüber informiert wurde.
 - die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklären und die KVSH darüber informiert wurde.
 - die Innungskrankenkassen außerhalb Schleswig-Holsteins, die ihren Beitritt gegenüber der IKK – Die Innovationskasse erklären und die KVSH darüber informiert wurde.
- (3) Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Vertragspartner beitreten; die KVSH informiert die teilnehmenden Ärzte.
- (4) Grundlage dieses Vertrages sind insbesondere die RSAV sowie die DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.

- (5) Die an diesem DMP teilnehmenden Versicherten sind gemäß diesem Vertrag zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Brustkrebs auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt II - Teilnahme der Ärzte

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind fachärztlich tätige Ärzte, die die Anforderungen nach der Anlage 1 arzt- und betriebsstättenbezogen erfüllen.
- (3) Des Weiteren können Ärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, in Ausnahmefällen am koordinierenden Versorgungssektor teilnehmen, sofern sie die Anforderungen gemäß der Anlage 1 arzt- und betriebsstättenbezogen erfüllen.
- (4) Jeder koordinierende Arzt, der Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen will, hat die Erfüllung der Strukturqualität nach Anlage 1 gegenüber der KVSH gemäß Anlage 2 nachzuweisen. Bei angestellten Ärzten bestätigt zudem der anstellende Arzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Die Überprüfung der Strukturqualitäten erfolgt gemäß § 4. Die Teilnahme am DMP beginnt gemäß § 5 Abs. 1.
- (5) Zu den Pflichten der teilnehmenden koordinierenden Ärzte gehören insbesondere:
1. die Durchführung und Koordination der Behandlung der Versicherten im Hinblick auf die Beteiligung anderer, insbesondere vertraglich eingebundener Leistungserbringer, unter Beachtung der nach § 7 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gem. Nr. 1.9 Anlage 3 DMP-A-RL,
 2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 12 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach Abschnitt VII,
 3. die schriftliche oder elektronische Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten mit Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend der Anlage 4 DMP-A-RL nach Abschnitt VII innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Datenstelle. Die Versicherte wird schriftlich über die übermittelten Daten unterrichtet. Bei Einführung elektronischer Übermittlungsmöglichkeiten werden sich die Vertragspartner erneut verständigen.
 4. Überweisung zur Auftragsleistung unter Beachtung der Nr. 1.9 Anlage 3 DMP-A-RL an andere Ärzte oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer vorzunehmen. Auf dem Überweisungsschein soll der Vermerk „DMP“ angebracht werden. Im Übrigen entscheidet der koordinierende Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
 5. unter Beachtung der Nr. 1.9 Anlage 3 DMP-A-RL eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete am DMP Brustkrebs teilnehmende Krankenhaus unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
 6. bei Einbindung anderer Leistungserbringer therapierelevante Informationen, wie z. B. die medikamentöse Therapie zu übermitteln bzw. einzufordern.

7. zur Beachtung der Qualitätsziele nach § 8 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
8. die Berücksichtigung der von der Datenstelle verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschriften für eine reguläre Teilnahme der Versicherten.
9. die ausschließliche Verwendung einer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

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

§ 4

Überprüfung der Strukturqualitäten

Die KVSH prüft die Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte, die einen vollständig ausgefüllten Antrag gemäß Anlage 2 vorgelegt haben, entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß Anlage 1 und erteilt bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Teilnahmegenehmigung. Die Strukturqualität muss von den Ärzten spätestens bei Beginn der Teilnahme gegenüber der KVSH nachgewiesen werden.

§ 5

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes am DMP beginnt vorbehaltlich der Teilnahmegenehmigung mit dem Tag der Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVSH bestätigt.
- (2) Der Arzt kann die Teilnahme schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Die Teilnahme endet auch mit dem Ende oder dem Ruhen der Teilnahme des Arztes an der vertragsärztlichen Versorgung.
- (3) Die Teilnahme des Arztes endet auch durch Ausschluss nach § 10 oder durch Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzungen.
- (4) Endet die Teilnahme eines Arztes an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach § 3, so ist er von diesem Vertrag durch die KVSH auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte aufmerksam machen.
- (5) Die KVSH informiert die beteiligten Vertragspartner mittels des Ärzteverzeichnisses nach § 6 über das Ende der Teilnahme.

§ 6

Ärzteverzeichnisse

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte führt die KVSH ein Verzeichnis gemäß Anlage 3. Die KVSH stellt dieses Verzeichnis den Krankenkassen und der Gemeinsamen Einrichtung einmal im Monat in elektronischer Form, z.B. Excel-Datei, zur Verfügung.
- (2) Die Krankenkassen / -verbände führen ein Verzeichnis der am DMP Brustkrebs teilnehmenden Krankenhäuser / Kooperationszentren. Dieses Verzeichnis wird der KGSH und der KVSH zur Information der teilnehmenden Ärzte durch die Krankenkassen/-verbände zur Verfügung gestellt.
- (3) Weiterhin werden die Verzeichnisse nach Abs. 1 und Abs. 2 folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 1. am Vertrag teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Ärzten und
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung,
 3. der Datenstelle nach § 19,
 4. dem BAS alle 5 Jahre und auf Anforderung.
 5. der zuständigen Aufsichtsbehörde auf Anforderung.
- (4) Die Verzeichnisse nach Abs. 1 und 2 können veröffentlicht werden.

Abschnitt III - Versorgungsinhalte

§ 7

Medizinische Anforderungen an das DMP Brustkrebs

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 3 DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich durch ihre Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 2 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die Ärzte werden nach Inkrafttreten einer Änderung der Anlagen 3 oder 4 DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich von der KVSH über die eingetretene Änderung der Anforderungen an die Behandlung unterrichtet.
- (3) Die Aufklärung der Patientin im Sinne der Anlage 3 DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt erfolgt über intensive Patientinnengespräche. Als Grundlage für den Inhalt dieser Gespräche dienen die Informationsbausteine gemäß Anlage 7.

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 8

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 6 genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die:

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

§ 9

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Entsprechend Nr. 2 Anlage 3 DMP-A-RL bzw. ausgehend von § 2 Abs. 4 DMP-A-RL sind in diesem DMP Maßnahmen und Indikatoren der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Die Maßnahmen bestehen aus strukturiertem Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle. Zusätzlich kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein.
- (3) Die Maßnahmen entsprechen § 2 Abs. 4 DMP-A-RL und werden ergänzt durch die Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der teilnehmenden Ärzte und der eingeschriebenen Versicherten.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 6 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 10

Vertragsmaßnahmen

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der teilnehmenden Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Die Vertragspartner vereinbaren folgende Maßnahmen, die dann greifen, wenn die an diesem DMP teilnehmenden Ärzte gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen:

1. Schriftliche Aufforderung durch die KVSH, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. bei nicht fristgerechter bzw. unterbliebener Übersendung der Dokumentationen oder bei Nichterfüllung der medizinischen Anforderungen).
2. Hält der Arzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme an diesem Vertrag durch die KVSH ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheiden die Vertragspartner einvernehmlich.

Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 11

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Weibliche Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 DMP-A-RL und die speziellen Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nr. 3.2 Anlage 3 DMP-A-RL erfüllt sind:
 1. die schriftliche Bestätigung der histologisch gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Nr. 3 Anlage 3 DMP-A-RL,
 2. die schriftliche oder elektronische Einwilligung der Versicherten in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten,
 3. die umfassende schriftliche oder elektronische Information der Versicherten
 - über die Programminhalte
 - über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an ihre Krankenkasse übermittelt werden und von dieser im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können, und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
 - über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele,
 - über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme,
 - über die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung,
 - über ihre Mitwirkungspflichten sowie
 - darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme am DMP zur Folge hat.
- (2) Patientinnen mit bereits gesichertem histologischem Nachweis eines Mammakarzinoms aus einem zurückliegenden Zeitraum von maximal 10 Jahren können auch an der Versorgung gemäß dieses Vertrages teilnehmen.
- (3) Tritt ein lokoregionäres Rezidiv bzw. kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am DMP auf, ist ein Verbleiben im DMP für weitere 10 Jahre ab dem Zeitpunkt der jeweiligen histologischen Sicherung möglich. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv / kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am DMP auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich. Patientinnen mit Fernmetastasen können dauerhaft am DMP teilnehmen.
- (4) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

§ 12

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten entsprechend der DMP-A-RL schriftlich oder elektronisch über das DMP.
- (2) Der koordinierende Arzt informiert seine nach § 11 teilnahmeberechtigten Patientinnen ebenfalls entsprechend der DMP-A-RL. Zur Anforderung von zusätzlichem Informationsmaterial unterzeichnet die Versicherte bei Bedarf das Anforderungsformular gemäß Anlage 8. Der koordinierende Arzt leitet dieses unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse weiter.
- (3) Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 11 erklärt sich die Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 4) zur Teilnahme am DMP bereit und willigt schriftlich oder elektronisch in die damit verbundene Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.
- (4) Für die Einschreibung der Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung folgende Unterlagen notwendig:
 1. Die vollständigen und plausiblen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 4 DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt
 2. Die Bestätigung auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass für die vorgenannte Versicherte die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der Arzt, dass er geprüft hat, ob seine Patientin grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung bereit ist.
- (5) Mit der Einschreibung in das DMP wählt die Versicherte ihren koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt an diesem Vertrag teilnimmt, und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 4, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation, sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 3 DMP-A-RL plausibel und fristgerecht an die Datenstelle entsprechend § 19 weiterleitet.
- (6) Die Krankenkasse kann interessierte Versicherte mit bekannter Diagnose Brustkrebs hinsichtlich der Teilnahme beraten, sodass eine Teilnahme am DMP eingeleitet werden kann. In diesem Fall wird die Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an ihren behandelnden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 4 erstellt und weitergeleitet werden.
- (7) Die Versicherten können die Teilnahme- und Einwilligungserklärung auch in teilnehmenden Krankenhäusern / Kooperationszentren unterzeichnen. Die teilnehmenden Krankenhäuser / Kooperationszentren können Einschreibungen der Versicherten in das DMP nur dann vornehmen, wenn die Erstdiagnose im Krankenhaus / Kooperationszentrum gestellt wird. Dazu erfolgt eine Rücksprache mit dem kontinuierlich behandelnden Arzt. Das Krankenhaus / Kooperationszentrum übernimmt nur solange die Funktion des koordinierenden Arztes, wie die Versicherte im stationären Bereich verbleibt. Danach ist ein Arztwechsel in den ambulanten Bereich vorzunehmen.
- (8) Soweit eine am DMP teilnehmende Versicherte einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am DMP teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 4 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.
- (9) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Abs. 4 vorliegen, bestätigt diese der Versicherten und dem koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch die Teilnahme der Versicherten an dem DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.

§ 13

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 12 Abs. 9, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 12 Abs. 4 erstellt wurde.
- (2) Die Versicherte kann ihre Teilnahme kündigen und/oder die Einwilligung jederzeit gegenüber ihrer Krankenkasse widerrufen.
- (3) Die Teilnahme der Versicherten endet auch gemäß den Gründen in § 24 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV sowie mit dem Kassenwechsel unter Berücksichtigung der Regelungen des § 24 Abs. 3 RSAV oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs. Außerdem endet die Teilnahme der Versicherten nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose gemäß Nr. 3.2 Anlage 3 DMP-A-RL.
- (4) Die Teilnahme der Versicherten endet mit dem Ende der Programmzulassung gemäß § 137g Abs. 3 SGB V.
- (5) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 11 vorliegen.
- (6) Die Krankenkasse informiert die Versicherte und den koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden der Versicherten aus dem DMP.

§ 14

Wechsel des koordinierenden Arztes

- (1) Es steht der Versicherten frei, ihren koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation gemäß Anlage 4 DMP-A-RL und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 19. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.
- (2) Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter Vorbehalt der Zustimmung der Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten an den neuen koordinierenden Arzt.

Abschnitt VI - Information von Ärzten

§ 15

Informationen für teilnehmende Ärzte

- (1) Die KVSH informiert die Ärzte gemäß § 3 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 gemäß der DMP-A-RL transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen der nach § 3 teilnahmeberechtigten Ärzte dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die in der Anlage 1 geforderten Fortbildungsmaßnahmen

finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt. Die Teilnahme an diesen Fortbildungsveranstaltungen ist der KVSH bis zum 31. März des Folgejahres nachzuweisen. In diese Fortbildungsprogramme sollen die strukturierten medizinischen Inhalte gemäß Anlage 3 DMP-A-RL, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 8, einbezogen werden.

Abschnitt VII - Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung sowie Datenstelle und deren Aufgaben

§ 16

Arbeitsgemeinschaft

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

§ 17

Gemeinsame Einrichtung

Die Vertragspartner bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Nr. 1c RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 18

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 6 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL,
2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL,
3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 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 DMP-A-RL,
5. die Beratung der KVSH im Hinblick auf die Teilnahme und den Ausschluss von Ärzten auf Basis der Anlage 1,
6. die Überprüfung der Voraussetzungen für teilnahmewillige Krankenhäuser / Kooperationszentren sowie, bei positivem Beschluss, die Empfehlung an die Krankenkassen / -verbände, dem Krankenhaus / Kooperationszentrum auf Antrag die Teilnahme-genehmigung zu erteilen,
7. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

§ 19

Datenstelle

- (1) Die Vertragspartner, die Arbeitsgemeinschaft nach § 16 und die Gemeinsame Einrichtung nach § 17 beauftragen unter Beachtung von Art. 28 DSGVO i.V.m. § 80 SGB X eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit der Verarbeitung, Weiterleitung und Aufbewahrung der Daten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL.
- (2) Es ist geregelt, dass die Daten nur für die Behandlung, die Festlegung der QS-Ziele und -Maßnahmen und deren Durchführung nach § 2 DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Leistungserbringer nach § 4 DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt werden.
- (3) Das Nähere regeln die Vertragspartner und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in einem gesonderten Vertrag.

§ 20

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 2 verpflichtet sich der koordinierende Arzt,
 1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 4 DMP-A-RL und
 2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 4 DMP-A-RLam Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und innerhalb von 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle weiterzuleiten. Der Arzt hat vor der Versendung der Dokumentationen sicherzustellen, dass eine gültige Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose und vom ihm selbst und der Versicherten unterschrieben innerhalb von 10 Tagen, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation, an die Datenstelle zu übermitteln.
- (2) Der koordinierende Arzt vergibt für jede Versicherte eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für eine Patientin verwendet werden.

§ 21

Datenzugang

Zugang zu den übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen der DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 22

Datenaufbewahrung

- (1) Die im Rahmen des DMP übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden entsprechend der DMP-A-RL von den jeweils verantwortlichen Stellen oder von diesen beauftragten Dritten entsprechend ihres Verwendungszweckes aufbewahrt. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der DMP 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.

§ 23

Evaluation

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

Abschnitt VIII - Vergütung und Abrechnung

§ 24

Vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und sind in der Gesamtvergütung nach § 85 SGB V enthalten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.

§ 25

Sondervergütung

- (1) Die im Rahmen dieses Vertrages abrechenbaren Sondervergütungen sind in Anlage 5 „Abrechnungsvoraussetzungen und Vergütung“ definiert. Die Vergütungen der vorgenannten Leistungen erfolgen außerhalb der Gesamtvergütung durch die Krankenkassen.
- (2) Die Datenstelle erstellt für die KVSH und die Krankenkassen jedes Quartal einen Nachweis der für einen laufenden Fall vollständig und plausibel erbrachten und fristgerecht

eingegangenen vollständigen Dokumentationen spätestens bis zum Ende des darauffolgenden Quartals. Dieser Nachweis ist maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse an die KVSH und wird von der KVSH bei der Abrechnungsprüfung zugrunde gelegt.

- (3) Die KVSH liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte, die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten gemäß Formblatt 3 bis zur 6. Stelle versicherten- und arztbezogen an die Krankenkassen.
- (4) Sofern für Positionen, für die nach diesem Vertrag extrabudgetäre Vergütungen vorgesehen sind, sich vergütungsrelevante Änderungen im EBM des Bundesmantelvertrages oder des Gesamtvertrages ergeben, ist die extrabudgetäre Vergütung erneut zu verhandeln und ggf. entsprechend anzupassen.

Abschnitt IX - Sonstige Bestimmungen

§ 26

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die Ärzte 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 DS-GVO 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.

§ 27

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

Die KVSH liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte, die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten gemäß Formblatt 3 versicherten- und arztbezogen an die Krankenkasse. 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.

§ 28

Erstattung von Verwaltungskosten

- (1) Die Kostentragung im Zusammenhang mit der Durchführung von Aufgaben der ärztlichen Qualitätssicherung (inkl. von entsprechenden Anteilen in der Datenstelle) werden je zur Hälfte von den Krankenkassen und der KVSH getragen. Die Aufteilung des Anteils der Krankenkassen erfolgt entsprechend Abs. 3.

- (2) Kosten für Informationsmaterialien werden von den am Vertrag beteiligten Krankenkassen/ -verbänden übernommen. Die Kosten für Einführungsveranstaltungen für teilnehmende Ärzte werden von der KVSH übernommen.
- (3) Die Kostenaufteilung zwischen den Krankenkassen erfolgt nach der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten. Die endgültige Abrechnung (Spitzabrechnung) erfolgt zum 31.12. jeden Jahres. Die Anzahl der zum 31.12. eingeschriebenen Versicherten je Kasse entspricht der KM7. Sollte durch eine Aufsichtsprüfung der DMP-Versichertenbestand nachträglich bei einer Kasse geändert werden, so ist eine nachträgliche Rückabwicklung (Änderung) der Umlage nicht vorgesehen.
- (4) Kosten im Zusammenhang mit der Erreichung der Strukturqualität und zur Teilnahme an diesem DMP werden nicht von den Krankenkassen getragen. Gleiches gilt für die Kosten der Durchführung von Fortbildungen, Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln, die sich im Rahmen der ärztlichen Qualitätssicherung ergeben.

§ 29

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2024 in Kraft und ersetzt die „Vereinbarung nach §137g SGB V i.V. mit § 83 SGB V über ein strukturiertes, sektorenübergreifendes Behandlungsprogramm DMP - Brustkrebs“ vom 01.10.2018 in der Fassung der 4. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2023. Er steht unter dem Vorbehalt der aufsichtsbehördlichen Nichtbeanstandung durch das BAS und der zuständigen Aufsichtsbehörden. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, der DMP-A-RL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden. Falls keine Einigung über die Anpassung erzielt werden kann, besteht für die Vertragspartner ein Sonderkündigungsrecht zu dem Zeitpunkt, an welchem die Zulassungsfähigkeit nach altem Stand endet.
- (3) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung des DMP gilt dieser Vertrag unter Berücksichtigung von Abs. 1 Satz 2 für den erneuten Zulassungszeitraum weiter. Die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegeben Erklärungen der Ärzte und Versicherten gelten weiter.
- (4) Während seiner Laufzeit kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Eines Kündigungsgrundes bedarf es nicht. Dieser Vertrag kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse gekündigt werden. Eine solche Kündigung lässt den Vertrag im Übrigen unberührt.

§ 30

Schriftform

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

§ 31

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 diesem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.
- (2) Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Bad Segeberg, den _____
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Dortmund, den _____
AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

Hamburg, den _____
BKK-Landesverband NORDWEST

Lübeck, den _____
IKK - Die Innovationskasse.

Hamburg, den _____
KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

Kiel, den _____
SVLFG als LKK

Kiel, den _____
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Schleswig-Holstein