

Vertrag

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

- der **AOK Rheinland/Hamburg** – Die Gesundheitskasse
- dem **BKK-Landesverband NORD**, handelnd für die Betriebskrankenkassen, die dieser Vereinbarung beigetreten sind sowie der **Krankenkasse für den Gartenbau**
- der **Knappschaft**
- der **IKK Hamburg**, handelnd für die Innungskrankenkassen, die dem Vertrag beigetreten sind
- **den nachfolgend benannten Ersatzkassen**
-
- **Barmer Ersatzkasse**
- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)**
- **KKH-Allianz (Ersatzkasse)**
- **Gmünder ErsatzKasse (GEK)**
- **HEK - Hanseatische Krankenkasse**
- **Hamburg Münchener Krankenkasse**
- **hkk**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Hamburg

über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms („Disease-Management-Programm“) zur integrierten Versorgung von Brustkrebspatientinnen nach § 137g SGBV i.V. mit § 83 SGB V

In der Fassung des 8. Nachtrages vom 15.Okt.2009

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

- § 1 Ziele des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich

- § 3 Vertragsvoraussetzungen und Aufgaben des anerkannten Brustzentrums
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes
- § 5 Teilnahmeerklärung des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 8 Leistungserbringerverzeichnis

- § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs

- § 10 Grundlage und Ziele der Qualitätssicherung
- § 11 Indikatoren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- § 12 Verstoß gegen die Anforderungen des Vertrages

- § 13 Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten
- § 14 Information und Einschreibung der Versicherten
- § 15 Beginn und Ende der Teilnahme der Versicherten
- § 16 Wechsel des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes

- § 17 Information der Leistungserbringer

- § 18 Erst- und Folgedokumentation § 19 Datenverwendung und -zugang
- § 20 Datenaufbewahrung und -löschung
- § 21 Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V
- § 22 Gemeinsamen Einrichtung
- § 23 Datenstelle
- § 24 Datenfluss

- § 25 Evaluation

- § 26 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen
- § 27 Vergütung stationärer Leistungen
- § 28 Kosten zur Umsetzung des Vertrages

- § 29 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 30 Laufzeit und Kündigung
- § 31 Schriftform
- § 32 Salvatorische Klausel

Anlagen:

- Anlage 1 Strukturvoraussetzungen für Brustzentren
- Anlage 2 Strukturvoraussetzungen für den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt/
DMP-Ansprechpartner im Brustzentrum
- Anlage 3 Strukturvoraussetzungen kooperierender Vertragsärzte
- Anlage 4 Verpflichtungserklärung des Brustzentrums, ggf. incl. der
Kooperationspartner
- Anlage 4a Erklärung des teilnehmenden Vertragsarztes als DMP-verantwortlicher
Vertragsarzt
- Anlage 4b Ergänzungserklärung Leistungserbringer
- Anlage 5 unbesetzt
- Anlage 6 Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 RSAV
- Anlage 7 Teilnahme-, Einwilligungserklärung und Datenschutzinformation für
Versicherte und Patienteninformation
- Anlage 8 Qualitätssicherung (Ziele, Indikatoren und Maßnahmen)
- Anlage 9 Verzeichnis der teilnehmenden DMP-verantwortlichen Vertragsärzte
- Anlage 9a Verzeichnis der teilnehmenden Brustzentren/ DMP-
Ansprechpartner
- Anlage 10 unbesetzt
- Anlage 11 unbesetzt
- Anlage 12 (Fax-) Anforderungsformular

PRÄAMBEL

Jährlich erkranken ca. 50.000 Frauen an Brustkrebs. Diese Krebsart ist bei Frauen mit bösartigen Tumoren die häufigste Todesursache. Ungefähr 17.000 Frauen sterben jährlich an dieser Erkrankung. In der Behandlung von Frauen mit Brustkrebs wird zudem eine deutliche Fehlversorgung in Kombination aus Über- und Unterversorgung vermutet (Gutachten des Sachverständigenrates 2000/2001 Band III).

In Ergänzung des aktuellen Versorgungsangebotes wird im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogrammes (Disease-Management-Programm, DMP) eine interdisziplinäre, berufs- und sektorenübergreifende Behandlung in einer integrierten Versorgungsform mit dem notwendigen logistischen Hintergrund gewährleistet. Daneben wird im Rahmen des nachfolgend beschriebenen Vertrages eine patientinnen- und qualitätsorientierte Begleitung der Frauen durch die an der Behandlung beteiligten Vertragsärzte und Brustzentren und durch eine auf den Behandlungsverlauf bezogene Dokumentation vereinbart. Den an Brustkrebs erkrankten Frauen wird besonders durch individuelle Beratung und Informationen durch die Vertragspartner die Möglichkeit gegeben, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.

Die Vertragspartner vereinbaren unter Neufassung der bisherigen Regelung aus dem Vertrag vom 31. März 2004 in der Fassung des 1. Nachtrages vom 2. Januar 2005 die Laufzeit aus dem Vertrag des strukturierten Behandlungsprogrammes Brustkrebs in der Region Hamburg zu verlängern und treffen hierfür folgende Regelung:

§ 1 Ziele des Vertrages

Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm sowie die medizinischen Grundlagen sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) i. d. F. vom 01.07.2002 sowie den jeweils gültigen Änderungs-Verordnungen festgelegt. Entsprechend der Aussagen der Anlage 3 der RSAV sollen durch die Vertragspartner folgende Ziele erreicht werden:

(1) Primäres Ziel dieser Vereinbarung ist die

- Verbesserung der Versorgungsqualität beim Mammakarzinom auf der Basis jeweils besten, verfügbaren evidenzbasierten Standards
- Steigerung der Lebensqualität der Patientinnen
- Erhöhung der Dauer eines rezidivfreien Überlebens
- Verringerung der brustkrebsbedingten Mortalität (langfristig gemessen)

(2) Sekundäre Ziele in der adjuvanten Situation:

- Erhöhung des Anteils brusterhaltender Therapie (BET) mit Strahlentherapie am Anteil aller (Erst-)Operationen
- Senkung des Anteils von Lokalrezidiven bei BET in Bezug zur Anzahl der Lokalrezidive
- Ausreichende Entfernung von Lymphknoten bei invasivem Tumortyp
- Optimierung der medikamentösen Therapie

- (3) Sekundäre Ziele in der metastasierten Situation
- Verlängerung des progressionsfreien Überlebens
 - Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen.

§ 2

Geltungsbereich und Geschäftsgrundlage

(1) Dieser Vertrag gilt für

1. Brustzentren mit Sitz in Hamburg, die die Voraussetzungen der Anlage 1 erfüllen und an diesem Vertrag teilnehmen,
2. Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) im Bereich der KVH, die ihre Teilnahme erklärt haben, die Voraussetzungen nach Anlage 2 erfüllen und eine Genehmigung erhalten haben,
3. die Behandlung von Versicherten, die sich nach Maßgabe des § 14 eingeschrieben haben, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und Versicherte einer an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse sind.

(2) Die Krankenkassen-/Verbände in Hamburg schließen zweiseitige gleichlautende Verträge mit Brustzentren in Hamburg nach § 140 b SGB V und mit der Kassenärztlichen- Vereinigung Hamburg nach § 83 SGB V ab, um eine flächendeckende Versorgung der Versicherten zu erreichen und die erforderliche interdisziplinäre, professionen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit nachhaltig zu implementieren. Die Anwendung von § 140 d SGB V wird für die in diesem Vertrag genannten zusätzlichen Vergütungen nach §§ 26 und 27 ausgeschlossen.

(3) Es gelten des Weiteren folgende Regelungen für die jeweilige Kassenart:

Im AOK-System gilt der Vertrag auch für die Behandlung von Versicherten von Krankenkassen außerhalb von Hamburg. Die anderen AOKn haben die AOK Hamburg mit der Wahrnehmung, der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten beauftragt und die außerbudgetäre Vergütung anerkannt.

Dieser Vertrag gilt für die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORD ihren Beitritt erklären.

Dieser Vertrag gilt auch für außerhamburgische Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der IKK Hamburg erklären und die Vergütungen gemäß §§ 26 bis 27 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche oder gesetzliche Vorschriften gelten. Mit der Beitrittserklärung gegenüber der IKK Hamburg wird bzw. wurde gleichzeitig der Vertragsbeitritt gegenüber der KVH erklärt. Die IKK Hamburg meldet die beigetretenen Innungskrankenkassen schriftlich an die KVH. Ebenso gilt dieser Vertrag für diejenigen Innungskrankenkassen, die bereits zuvor Vertragspartner

waren. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für Versicherte der beigetretenen IKK.

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des anerkannten Brustzentrums

- (1) Das nach diesem Vertrag anerkannte Brustzentrum ist in der Regel Teil einer nach § 108 SGB V zugelassenen stationären Einrichtung und kooperiert ggf. mit einer anderen stationären nach § 108 SGB V zugelassenen Einrichtung, niedergelassenen Vertragsärzten und anderen zugelassenen Leistungserbringern, um die in der Anlage 1 genannten Strukturvoraussetzungen zu erfüllen.
- (2) Im begründeten Einzelfall kann eine Gemeinschaft von niedergelassenen Vertragsärzten mit einer nach § 108 SGB V zugelassenen stationären Einrichtung vertragliche Kooperationen eingehen, um die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 zu erfüllen. Über die Teilnahme am Vertrag entscheiden die beteiligten Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und schließen eine ergänzende Vereinbarung über Art und Dauer der Teilnahme ab.
- (3) Das anerkannte Brustzentrum benennt den Krankenkassen mindestens zwei Fachärzte (z. B. Gynäkologen, Hämatonkologen) als DMP-Ansprechpartner, die die Anforderungen nach Anlage 2 erfüllen.
 - Diese Ärzte sind Ansprechpartner für die vom anerkannten Brustzentrum und ggf. deren Kooperationspartnern behandelten DMP-Patientinnen während deren stationären Aufenthalte.
 - In dieser Funktion nehmen sie an der interdisziplinären Planung der Behandlung und zwar sowohl der Primärtherapie als auch der Nachsorge teil.
 - Sie sind Ansprechpartner für die teilnehmenden Vertragsärzte sowie für die Krankenkassen.
 - Sie sind verantwortlich für die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten nach § 14 und ggf. für die vollständige und plausible Erstdokumentation gemäß Anlage 4 RSAV und Weiterleitung an die Datenstelle, sofern die Patientin nicht bereits in das Programm eingeschrieben ist.
 - Sie unterstützen die vollständige und plausible Folgedokumentation gemäß Anlage 4 RSAV, die der DMP-verantwortliche Vertragsarzt vorzunehmen hat, durch Informationsweitergabe an diesen.
- (4) Zu den Aufgaben und Pflichten des anerkannten Brustzentrums gehört die Beachtung der in der Anlage 3 der RSAV geregelten Versorgungsinhalte. Zu den Leistungen gehören insbesondere, soweit diese nicht von den DMP-verantwortlichen Vertragsärzten oder anderen niedergelassenen Ärzten, die die Voraussetzungen nach Anlage 3 erfüllen, erbracht werden:

- die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14, sofern diese nicht bereits eingeschrieben sind,
- radiologische Abklärungsuntersuchung
- histopathologische Abklärung der Verdachtsdiagnose
- umfangreiche und individuelle Information der Patientin
- Erstellung des Behandlungsplans in einem interdisziplinären Konsil unter Einbeziehung der Patientin (soweit von ihr gewünscht)
- Abgabe einer Zweitmeinung (falls von der Patientin gewünscht)
- Durchführung von Hormon-, Chemo- und/oder Strahlentherapie
- Operation
- Nachkontrolle nach Ablauf eines Jahres
- Nachkontrolle im Fall der Verordnung einer Chemo- und/oder Strahlentherapie nach Ablauf von drei Jahren
- psychosoziale Beratung und Betreuung
- psychologische/psychotherapeutische Behandlung
- die zeitnahe und umfassende Weiterleitung therapierelevanter Informationen an den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt
- Individuelle Prüfung, ob eine Patientin von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann

Die Versorgungsaufträge der jeweiligen Sektoren bleiben davon unberührt.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes

(1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.

(2) Teilnahmeberechtigt sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Internistische Onkologie oder mit einer Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung als onkologisch verantwortlicher Arzt und MVZ, die die Anforderungen an die Qualität nach Anlage 2 - persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

(2a) 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 Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Vertragsarzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

(2b) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt bzw. das anstellende MVZ erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVH

nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVH vom anstellenden Vertragsarzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 4b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) beigefügten Formulars mitgeteilt.

(3) Dabei übernehmen die teilnehmenden Vertragsärzte (im weiteren DMP-verantwortlicher Vertragsarzt) insbesondere folgende Pflichten:

1. die Beachtung der in der Anlage 3 der RSAV geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der in diesem Vertrag geregelten Versorgungsaufträge und Individuelle Prüfung, ob eine Patientin von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann.
3. die Durchführung von intensiven Patientinnengesprächen,
4. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14, soweit die Versicherte noch nicht in das DMP eingeschrieben ist,
5. die Erhebung und Weiterleitung der vollständigen und plausiblen Dokumentationsdaten nach Anlage 4 RSAV an die Datenannahmestelle,
6. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10,
7. halbjährliche Teilnahme an mindestens einer interdisziplinären, sektorenübergreifenden Fortbildungsveranstaltung, die von der Ärztekammer Hamburg anerkannt wird und Teilnahme an einem von der KVH anerkannten Qualitätszirkel oder einer prä- und postoperativen interdisziplinären Behandlungsplanung (Fallkonferenz an einem anerkannten Brustzentrum),
8. bei Überweisung an einen an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt, der die Teilnahmevoraussetzungen nach Anlage 3 erfüllt:
 - zeitnahe Übermittlung therapierelevanter Informationen an diese Leistungserbringer,
 - Einfordern therapierelevanter Informationen von diesen Leistungserbringern,
9. bei Notwendigkeit zur stationären Krankenhausbehandlung die Einweisung an ein an diesem Vertrag teilnehmendes Brustzentrum.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Vertragsarzt, gelten die Ziffern 1 – 9 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV Sorge zu tragen.

§ 5 Teilnahmeerklärung

(1) Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 4 gegenüber der KVH schriftlich auf der Teilnahmeerklärung

gemäß Anlage 4a zur Teilnahme am Disease-Management-Programm Brustkrebs bereit. Wird die Teilnahme des Arztes am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Vertragsarztes bzw. zugelassenen MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 4b beigefügten Formular (Anlage Ergänzungserklärung Leistungserbringer) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes nach erneuter Genehmigung durch die KVH kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.

- (2) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.
- (3) Als koordinierender Arzt genehmigt er mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung von der Arbeitsgemeinschaft Hamburg ohne Vollmacht in Vertretung für ihn mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg die Datenstelle wechseln möchte, bevollmächtigt der koordinierende Arzt die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, in seinem Namen einen Vertrag mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Er wird in diesem Fall unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KVH erteilt den teilnehmenden Vertragsärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn die in Anlage 2 oder 3 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
 - (2) Brustzentren haben bei Vertragsabschluss die Erfüllung der Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 1 verbindlich zu erklären (Anlage 4) und verpflichten sich, diese einmal im Jahr bis spätestens 30.09. gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung nachzuweisen. Der erste Nachweis wird neun Monate nach Vertragsabschluss fällig.
- (2a) Als Nachweise werden von den Vertragspartnern grundsätzlich anerkannt:
1. Das Zertifikat von ONKOZERT und die jeweiligen schriftlichen Berichte über die jährlich stattfindende Qualitätsüberprüfung,
 2. Das Zertifikat von Eusoma über die Initial Accreditation sowie über die Full Accreditation und die jeweiligen schriftlichen Berichte über die jährlich stattfindende Qualitätsüberprüfung.

Für den Zeitraum bis zur Re-Zertifizierung bzw. Erlangung der Full Accreditation haben die Brustzentren grundsätzlich die jährlichen Berichte des jeweiligen Zertifizierungsinstituts gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung vorzulegen.

- (2b) Wird festgestellt, dass die Aufrechterhaltung des Zertifikates / der Akkreditierung nicht gegeben ist, so hat das Brustzentrum dies unverzüglich der Gemeinsamen Einrichtung anzuzeigen, zu begründen und Maßnahmen anzuzeigen, wie und wann die Voraussetzungen wieder erfüllt werden. Die Gemeinsame Einrichtung wird eine Empfehlung aussprechen, wie mit der Teilnahme des Brustzentrums am Vertrag weiter verfahren werden soll. Die Regelungen des § 30 dieses Vertrages bleiben unberührt.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Brustzentrums am Behandlungsprogramm beginnt mit dem Tag der Unterschrift der Vertragspartner unter den Vertrag.
- (2) Die Brustzentren können die Teilnahme an dem Vertrag schriftlich nach Maßgabe des § 30 kündigen. Die Kündigung des Brustzentrums wirkt sich dann auch für und gegen die jeweiligen Kooperationspartner aus.
- (3) Kündigt ein Brustzentrum den Vertrag, kann die Krankenkasse die hiervon betroffenen Versicherten wie auch die teilnehmenden und kooperierenden Ärzte auf weitere Einrichtungen nach § 3 aufmerksam machen.
- (4) Im Übrigen endet die Teilnahme bei Verstoß gegen die Ziele dieses Disease-Management-Programms und bei Nichterfüllung der Strukturvoraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag unter den Voraussetzungen des § 12.
- (5) Die Teilnahme des Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn.
- (6) Der Vertragsarzt kann die Teilnahme schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist (Eingang bei der KVH) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (7) Endet die Teilnahme eines DMP-verantwortlichen Vertragsarztes an diesem Vertrag, informiert die Krankenkasse die hiervon betroffenen Versicherten über an diesem Vertrag teilnehmende Vertragsärzte, um ggf. einen Wechsel des Vertragsarztes vornehmen zu können.
- (8) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Vertragsarzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Vertragsarztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Vertragsarzt 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 Vertragsarzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem Anlage in der beigefügten Formular 4b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer).

- (9) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 2 Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 3 Absatz 2 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden Brustzentren, die DMP-Ansprechpartner und die Kooperationspartner führt die Gemeinsame Einrichtung ein Verzeichnis. Sie stellt dieses Verzeichnis den Vertragspartnern regelmäßig in elektronischer Form (z. B. im Internet) entsprechend Anlage 9a zur Verfügung.
- (2) Über die teilnehmenden Vertragsärzte gemäß § 4 führt die KVH ein Verzeichnis „Teilnehmer am Behandlungsprogramm Brustkrebs“ nach Anlage 9 des Vertrages. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KV H stellt dieses Verzeichnis den Vertragspartnern und der Gemeinsamen Einrichtung innerhalb von vier Wochen nach Quartalsende und bei Änderungen und im Übrigen auf Anforderung in elektronischer Form (Excel-Format) entsprechend Anlage 9 zur Verfügung.

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

- Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
 - Postanschrift der Praxis/Einrichtung
 - Arzt- und Betriebsstättennummer (sobald die Richtlinie nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern in Kraft tritt) und
 - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.
- (3) Die Verzeichnisse werden dem Bundesversicherungsamt (BVA) bei Bedarf vorgelegt.
- (4) Diese Teilnehmerverzeichnisse werden außerdem den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung) zur Verfügung gestellt.
- (5) Das Teilnehmerverzeichnis kann veröffentlicht werden.

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs

- (1) Die Anforderungen an die Behandlung nach Ziffer 1 der Anlage 3 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der Ziffer 1 der Anlage 3 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV unverzüglich über die unmittelbar nach Satz 1 eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung zu unterrichten. Soweit diese Anforderungen Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein (§ 28 b Abs. 1 RSAV). Die teilnehmenden Vertragsärzte sowie MVZ und stationären Einrichtungen/Brustzentren verpflichten sich, diese Versorgungsinhalte zu beachten.
- (2) Die Aufklärung der Patientin im Sinne der Anlage 3 der RSAV erfolgt über zielgerichtete Patientinneninformationen. Das erste umfassende Beratungsgespräch wird in der Regel unmittelbar nach der gesicherten Diagnose durch den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt oder den im Brustzentrum benannten DMP-Ansprechpartner geführt.

Die Informationsbausteine umfassen schwerpunktmäßig folgende Bereiche:

- a) Informationen über qualitätsgesicherte Behandlungsmaßnahmen und einzelfallbezogen in Betracht kommende Behandlungsalternativen sowie über Selbsthilfegruppen,
- b) Informationen über die am Vertrag teilnehmenden Brustzentren und ggf. deren Kooperationspartner sowie die ambulant tätigen Vertragsärzte, die die Therapie durchführen können. Dabei sollen die Strukturvoraussetzungen sowie Kooperationsregeln transparent gemacht werden.
- c) Nach der Primärtherapie erhält die Patientin Informationen über das für sie individuell sinnvolle Nachsorgekonzept inklusive geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen, psychosozialer Angebote und ggf. besondere Angebote der Krankenkassen.
- d) Über die Angebote der Krankenkassen werden die DMP-verantwortlichen Vertragsärzte und die Brustzentren ggf. von jeder Krankenkasse separat informiert. Das Brustzentrum bzw. der DMP-verantwortliche Vertragsarzt kann per Fax-Anforderungsformular (Anlage 12) auf Wunsch der Versicherten bei ihrer Krankenkasse Informationsmaterial für die Versicherte anfordern.

§ 10

Grundlage und Ziele der Qualitätssicherung

Die Grundlage der Qualitätssicherung bilden die in Anlage 8 aufgelisteten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die Bereiche:

- die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien

- die Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- die Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß der Ziffer 1.8 der Anlage 3 RSAV,
- ,- die Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität,
- die Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß der Anlage 4 RSAV,
- die Überprüfung der aktiven Teilnahme der Versicherten

§ 11

Indikatoren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- (1) Entsprechend Ziffer 2 der Anlage 3 RSAV sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele gemäß Anlage 8 zu Grunde zu legen.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:
 - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 - Strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Vertragsärzte und Brustzentren mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
 - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebener Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in Anlage 8 fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen, den Leistungsdaten der Krankenkassen sowie den Abrechnungsdaten der KVH ergeben.
- (4) Ergebnisse der durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in geeigneter Weise (z. B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, in der Fachpresse) regelmäßig, mindestens einmal jährlich veröffentlicht.

§ 12

Verstoß gegen die Anforderungen des Vertrages

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogrammes 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 die stationäre Einrichtung/das Brustzentrum gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden von den Krankenkassen nach eingehender Ursachenanalyse ggf. nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
- keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für Dokumentationen, die trotz Aufforderung durch die Datenstelle unvollständig oder unplausibel bleiben,
 - Aufforderung durch die Krankenkassen, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
 - zeitlich befristete Kündigung des Vertrages (z.B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte der Anlage 3 RSAV),
 - Kündigung des Vertrages bzw. Ausschluss vom Vertrag (z.B. bei andauernder Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte der Anlage 3 RSAV, bei bewusst falscher Dokumentation etc.).
- (3) Verstößt der Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen durch die KVH ergriffen:
- Keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur für Dokumentationen, die trotz Aufforderung durch die Datenstelle unvollständig oder unplausibel bleiben,
 - Aufforderung durch die KVH, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - Hält der Vertragsarzt trotz Aufforderung die eingegangenen Verpflichtungen nicht ein oder erfüllt er die Auflagen nicht, so kann er dauerhaft von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Vertragsarztes entscheidet die KVH im Einvernehmen mit den teilnehmenden Krankenkassen/Verbänden.

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte

- (1) Versicherte können freiwillig auf Basis eines akkreditierten Disease-Management-Programms ihrer Krankenkasse an der Versorgung nach dieser Vereinbarung teilnehmen. Voraussetzung für die Einschreibung ist
- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt entsprechend Ziffer 3.2 der Anlage 3 zur RSAV, sowie
 - die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten und
 - die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkassen übermittelt werden und von diesen im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass (in den Fällen des § 28 f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1) die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten

übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie die Möglichkeit der Beendigung der Teilnahme am Programm wegen fehlender Mitwirkung des Versicherten.

- (2) Patientinnen mit bereits gesichertem histopathologischen Nachweis eines Mammakarzinoms aus einem zurückliegenden Zeitraum von max. fünf Jahren nach Ende der Primärtherapie oder fünfeinhalb Jahre nach Diagnosestellung können auch an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmen. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturiertem Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere fünfeinhalb Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises möglich. Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.
- (3) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.

§ 14

Information und Einschreibung der Versicherten

- (1) Die Krankenkassen informieren bei der Einschreibung ihre Versicherten durch Anlage 7 umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms sowie durch eine Liste der beteiligten Leistungserbringer. Im Übrigen haben sie schulungsersetzende, kassenspezifische Patienteninformationen vorzuhalten, die die Patientinnen bei Bedarf anfordern können.
- (2) DMP-verantwortliche Vertragsärzte bzw. die benannten DMP-Ansprechpartner der stationären Einrichtungen/Brustzentren informieren entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV mindestens gemäß Anlage 7 ihre teilnahme-berechtigten Patientinnen. Diese Versicherten können die Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei dem DMP-Ansprechpartner oder dem DMP-verantwortlichen Vertragsarzt unterschreiben.
- (3) Für die Einschreibung der Versicherten in das Behandlungsprogramm müssen den teilnehmenden Krankenkassen neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung folgende Unterlagen vorliegen:
 1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Ansprechpartner (Brustzentrum) oder DMP-verantwortlichen Vertragsarzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
 2. die vollständigen Daten der Erstdokumentation der Anlage 4 RSAV durch den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt oder den DMP-Ansprechpartner (Brustzentrum).

- (4) Die Krankenkasse kann interessierte Versicherte beraten und die Teilnahme am DMP einleiten. In diesem Fall wird die Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an teilnehmende DMP-Vertragsärzte verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und übermittelt werden können.
- (5) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt die Versicherte auch ihren DMP-verantwortlichen Vertragsarzt. Die Einschreibung wird wirksam, wenn der gewählte Vertragsarzt nach § 4 teilnimmt bzw. als DMP-Ansprechpartner im Brustzentrum nach § 3 Abs. 3 benannt ist und die Einschreibeunterlagen an die Datenstelle nach § 23 weiterleitet. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass die Versicherte nur durch einen DMP-verantwortlichen Vertragsarzt betreut wird.
- (6) Nachdem alle Einschreibeunterlagen entsprechend Absatz 3 der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese der Versicherten und dem DMP-verantwortlichen Vertragsarzt die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wenn die Versicherte an mehreren der in der RSAV genannten Erkrankungen leidet, kann sie an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.
- (8) Soweit eine am Disease-Management-Programm teilnehmende Versicherte einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Absatz 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen. In diesem Fall wird auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung das Feld „Kassenwechsel“ angekreuzt.
- (9) Die Teilnahmeerklärung an dem Behandlungsprogramm und die Freigabeerklärung der erforderlichen Daten der Versicherten erfolgt gemäß Anlage 7 nach umfassender Information über das Behandlungsprogramm und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung.

§ 15

Beginn und Ende der Teilnahme der Versicherten

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Absatz 3 erstellt wurde.
- (2) Die Primärtherapie gilt nach Ablauf von sechs Monaten nach dem histologischen Nachweis des Brustkrebses als beendet.
- (3) Nach fünf Jahren Rezidivfreiheit nach Primärtherapie endet die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm.
- (4) Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere fünfzehn Monate ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises möglich.

- (5) Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich.
- (6) Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.
- (7) Die Teilnahme endet nach fünf Jahren Rezidivfreiheit nach Primärtherapie.
- (8) Die Versicherte kann ihre Teilnahme jederzeit gegenüber der Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern sie keinen späteren Termin für ihr Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus.
- (9) Die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm endet weiterhin mit dem Tag der letzten Dokumentation nach Anlage 6 gemäß § 28 d Abs. 2 Nr. 2 RSAV.
- (9a) Die Teilnahme der Versicherten endet auch am Behandlungsprogramm mit dem Tag des Endes der Programmzulassung (gemäß § 28g Abs. 5 i.V.m. § 28d Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 RSAV).
- (10) Die Krankenkasse informiert die Versicherte und den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt schriftlich über das Ausscheiden der Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

§ 16

Wechsel des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes

Es steht der Versicherten frei, ihren DMP-verantwortlichen Vertragsarzt zu wechseln. Der neu gewählte DMP-verantwortliche Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese an die Datenstelle nach § 23. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines DMP-verantwortlichen Vertragsarztes.

§ 17

Information der Leistungserbringer

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVH bzw. die Brustzentren informieren die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte bzw. die Mitarbeiter des Brustzentrums sowie potenzielle Kooperationspartner umfassend über Ziele und Inhalte des Behandlungsprogramms Brustkrebs im Sinne dieses Vertrages. Hierbei werden die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Schulungen des Personals der Brustzentren sowie der teilnehmenden Vertragsärzte dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten

Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung.

- (3) Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität von teilnehmenden Vertragsärzten geforderten Fortbildungen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt. Die Teilnahme ist von den Vertragsärzten gegenüber der KVH und von den Brustzentren gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung nachzuweisen.

§ 18

Erst- und Folgedokumentation

- (1) Der Dokumentationsumfang richtet sich nach der Anlage 4 RSAV. Zur Dokumentation werden die Dokumentationsbögen nach Anlage 6 dieses Vertrages verwandt.
- (2) Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

§ 19

Datenverwendung und –zugang

- (1) Die in Anlage 4 RSAV aufgeführten Angaben werden nur für die Behandlung nach § 28b RSAV, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach § 28c RSAV, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Information der Versicherten und Leistungserbringer nach § 28e RSAV und die Evaluation nach § 28g RSAV genutzt.
- (2) Zugang zu den an die Datenstelle gemäß § 23 und die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 21 übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen dieses Behandlungsprogramms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Gleiches gilt für die Gemeinsame Einrichtung und die Vertragspartner. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 20

Datenaufbewahrung und –löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des Arztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden sieben Jahre archiviert, beginnend mit dem auf das Berichtsjahr folgende Kalenderjahr, und werden nach Ablauf dieser Frist gelöscht.

§ 21

Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V

- (1) Die Vertragspartner beteiligen sich an der bestehenden Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. In der Arbeitsgemeinschaft sind die beteiligten Krankenkassen/-Verbände, die KVH und jedes vertragsschließende Brustzentrum als Mitglied vertreten. Das Nähere ist in einem gesonderten Gesellschaftervertrag geregelt (Vereinbarung über die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V).
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs.2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVH und die von den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildeten Gemeinsamen Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Durchführung der beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 22

Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft beteiligen sich an der bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 28 f Abs. 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere ist in einem gesonderten Gesellschaftervertrag geregelt (Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV).
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung, also die Umsetzung der im Rahmen des „DMP-Brustkrebs-Vertrages Hamburg“ geregelten arztbezogenen Qualitätssicherungsmaßnahmen, entsprechend Anlage 8 des DMP-Vertrages sicherzustellen. Diese umfasst insbesondere:
 - die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 RSAV,
 - die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 RSAV,
 - die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 RSAV,
 - die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 28g RSAV,
 - die Beratung der KVH im Hinblick auf die Teilnahme und den Ausschluss von Vertragsärzten,

- die mindestens einmal jährliche Überprüfung der vertraglich vereinbarten Strukturvoraussetzungen für Brustzentren,
- die Unterbreitung von Empfehlungen an die Vertragspartner über die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

§ 23 Datenstelle

- (1) Die beteiligten Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 21 beauftragen die Datenstelle entsprechend der gesetzlichen und vertraglichen Zuständigkeiten mit nachstehenden Aufgaben.
- (2) Der DMP-verantwortliche Arzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4a und das Brustzentrum gemäß Anlage 4 im Hinblick auf die in Absatz 6 genannten Aufgaben den für ihn in Vertretung ohne Vollmacht zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle geschlossenen Vertrag und beauftragt die Datenstelle mit diesen Aufgaben.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 21 beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 - Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 RSAV,
 - Pseudonymisierung des Versichertenbezuges der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der RSAV i. S. d. § 28 f Abs. 2 RSAV,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 RSAV mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KVVH,
- (4) Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 - Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse
 - Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 RSAV
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 RSAV (Erstdokumentation) unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle,
 - Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten Datensatzes nach Anlage 4 RSAV (Folgedokumentation) an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.
- (5) Das Nähere zu den Absätzen 2 bis 4 regeln die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft in gesonderten Verträgen.
- (6) Die Teilnahmeerklärung des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes gemäß Anlage 4a und des Brustzentrum gemäß Anlage 4 beinhaltet dessen Genehmigung für die Beauftragung der Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 - Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität
 - die Daten entsprechend § 28f Abs. 2 Satz 1 RSAV weiterzuleiten.

§ 24 Datenfluss

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung nach § 5 verpflichtet sich der nach § 4 teilnehmende DMP-verantwortliche Vertragsarzt und der nach § 3 Abs. 3 teilnehmende DMP-Ansprechpartner (Brustzentrum),
 - die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 4 RSAV und
 - die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 4 RSAV am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg spätestens ab 01.07.2009 zu erfassen und binnen 10 Kalendertagen nach Befunderhebung an die Datenstelle per Datenträger (CD-Rom, Diskette) oder per Datenfernübertragung (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes) weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dabei die TE/EWE des Versicherten binnen 10 Kalendertagen mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln. Der DMP-verantwortliche Vertragsarzt/DMP-Ansprechpartner (Brustzentrum) vergibt für jede Versicherte eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern (0-9) bestehen darf. Eine Fallnummer darf pro Arzt jeweils nur für eine Patientin verwendet werden.
- (2) Die Versicherte willigt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung einmalig in die Datenübermittlung schriftlich ein, einer gesonderten Einwilligung auf der Dokumentation ist nicht erforderlich. Sie erhält eine Ausfertigung der jeweils übermittelten Daten nach der Anlage 4 RSAV in Schriftform.

§ 25 Evaluation

- (1) Die für die Evaluation erforderlichen Daten für Disease-Management-Programme werden dem noch zu benennenden externen evaluierenden Institut von der Krankenkasse in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.
- (2) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die pseudonymisierten Dokumentationsdaten der Anlage 4 RSAV, die Daten der Lebensqualitätbefragung sowie die Leistungsdaten der jeweiligen Krankenkassen. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 28g RSAV.

§ 26 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

- (1) Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind mit der mit der KVH vereinbarten Gesamtvergütung abgegolten.
- (2) Folgende Leistungen des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes werden zusätzlich außerhalb der Gesamtvergütung gezahlt:

1. Ausführliche Beratung und Information der Patientin, Einschreibung, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand (incl. Porto) der Unterlagen an die Datenstelle. Die Vergütung erfolgt bei fristgerechtem Vorliegen der vollständigen und plausiblen Unterlagen (Teilnahme/Einwilligungserklärung und der Erstdokumentation) **25,00 Euro**
2. Erstellung der Folgedokumentation sowie Versand (incl. Porto) an die Datenstelle. Die Vergütung erfolgt bei fristgerechtem Vorliegen der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation **15,00 Euro**
3. Ausführliche, symptomorientierte Beratung mindestens 15 Minuten einmal im Dokumentationszeitraum **7,50 Euro**
4. Gespräch zur weiterführenden Therapieplanung vor der stationären Behandlung mindestens 30 Minuten, einmal pro Krankheitsfall **15,00 Euro**
5. Gespräch zur weiterführenden Therapieplanung nach der stationären Behandlung mindestens 30 Minuten, einmal pro Krankheitsfall **15,00Euro**

(3) Die KVH 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. Die Übermittlung der Abrechnungsdaten erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

§ 27

Vergütung stationärer Leistungen

- (1) Die Vergütung stationärer Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgt nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen, d. h. nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), sofern keine abweichende Vereinbarung geschlossen wurde.
- (2) Folgende Leistungen des DMP-Ansprechpartners im Brustzentrum werden von den Krankenkassen zusätzlich vergütet: Ausführliche Beratung und Information der Patientin, Einschreibung, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand (incl. Porto) der Unterlagen an die Datenstelle. Die Vergütung erfolgt bei fristgerechtem Vorliegen der vollständigen und plausiblen Unterlagen (Teilnahme- / Einwilligungserklärung und Erstdokumentation) **25,00 Euro.**

§ 28

Kosten zur Umsetzung des Vertrages

- (1) Kosten der Datenstelle, die im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 RSAV stehen, werden von den

Krankenkassen übernommen. Diese werden aufwandsbezogen von der Datenstelle mit der jeweiligen Krankenkasse abgerechnet.

- (2) Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Aufgaben der ärztlichen Qualitätssicherung (inklusive anteiliger Kosten der Datenstelle) werden zur Hälfte von den Krankenkassen und je zu einem Viertel von der KVH und den in der Gemeinsamen Einrichtung beteiligten Brustzentren getragen.
- (3) Kosten für die nach diesem Vertrag vorgesehenen Vordrucke, Ausfüllhilfen und Informationsmaterial werden von den Krankenkassen übernommen. Den Versand und die Verteilung übernehmen die anderen Vertragspartner.
- (4) Kosten, die im Zusammenhang mit der Sicherstellung der qualitativen Strukturvoraussetzungen gemäß Anlagen 1 bis 3 stehen, werden von der KVH und den beteiligten Brustzentren übernommen. Die KVH und die beteiligten Brustzentren sind für die Organisation und Durchführung der Qualitätssichernden Maßnahmen zuständig.
- (5) Die Kostenverteilung auf die Krankenkassen entsprechend der Absätze 1 bis 4 erfolgt grundsätzlich nach Anzahl der eingeschriebenen Versicherten im Programm auf Basis der Statistik KM6 Teil 2 zum Stichtag 01.07. des Jahres. Eine vorläufige Aufteilung der Kosten kann als Abschlag nach Aufteilung der Versicherten der beigetretenen Krankenkassen nach der aktuellen amtlichen Statistik KM 6 erfolgen. Die endgültige Aufteilung der Kosten erfolgt nach der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten auf Basis der ersten vorliegenden aktuellen amtlichen Statistik KM 6 Teil 2 für eingeschriebene Versicherte. Sollte durch die Aufsichtsprüfung die Anzahl der eingeschriebenen Versicherten nachträglich bei einer Krankenkasse geändert werden, so erfolgt keine rückwirkende Neuberechnung und –belastung der Kosten.
- (6) Weiteres wird in den Verträgen zu §§ 21 und 22 geregelt.

§ 29

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

Die Vertragsärzte und die Brustzentren verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patientinnen bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) 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.

§ 30 Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01. April 2004 in Kraft. Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden. Eines Kündigungsgrundes bedarf es nicht. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Quartalsende. Dieser Vertrag kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer nachfolgenden RSAV Änd.V, einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich verhandelt werden. Im Übrigen gilt § 28 b Absatz 3 und 4 RSAV.
- (3) Bei einer Wiederezulassung durch das BVA gelten die im Rahmen der ersten Akkreditierung abgegebenen Erklärungen weiter. Eine erneute Einschreibung der Leistungserbringer und Versicherten ist nicht notwendig.

§ 31 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.

§ 32 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Regelung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der entsprechenden rechtlichen Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der entsprechenden rechtlichen Vorgaben zu ergänzen.