

V E R T R A G

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

in der Fassung der 9. Änderungsvereinbarung in Kraft ab 01.07.2013

zwischen

- der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
- dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4, 30171 Hannover
- der IKK classic, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden*
*handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4a SGB V
- der SVLFG als Landwirtschaftlichen Krankenkasse
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
- der Knappschaft – Regionaldirektion Hannover
Siemensstraße 7, 30173 Hannover

vertreten durch die Vorstände

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen,
An der Börse 1, 30159 Hannover

(Nachfolgend „Verbände“) genannt

und der

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

gemäß § 73a SGB V

und der

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

gemäß § 137f i.V.m. § 137g SGB V

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele des Vertrages

§ 2 Geltungsbereich

Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungssektors

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors

§ 5 Teilnahmeerklärungen

§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse

Abschnitt III –Versorgungsinhalte

§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 10 Grundlagen und Ziele

§ 11 Maßnahmen und Indikatoren

§ 12 Verstoß gegen die Ziele des Programms

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung die Versicherten

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen

§ 14 Information und Einschreibung

§ 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme

§ 17 Wechsel des DMP-Arzt

§ 18 nicht besetzt

Abschnitt VI – Schulung und Information

§ 19 Leistungserbringer

§ 20 Versicherte

Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle und deren Aufgaben

§ 21 Datenstelle

§ 22 Erst- und Folgedokumentation

§ 23 Datenfluss zur Datenstelle

§ 24 Datenzugang

§ 25 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt VIII – Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVN und zur Gemeinsamen Einrichtung

§ 26 Datenfluss

§ 27 Datenzugang

§ 28 Datenaufbewahrung und -löschung

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

§ 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

§ 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

§ 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt X

§ 33 Evaluation

Abschnitt XI – Vergütung, Abrechnung und Analyse der Leistungen

§ 34 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

§ 34a Vergütung der stationären Leistungen

§ 34b Analyse der Leistungsentwicklung

§ 35 Vergütung Einschreibung/Dokumentation

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

- § 36 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz
- § 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 38 Laufzeit und Kündigung
- § 39 Schriftform
- § 40 Salvatorische Klausel

Erläuterungen

„DMP-Richtlinie“ ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V; „hier Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen mit Brustkrebs – Teil B I: Brustkrebs“

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.

„Versicherte“ sind weibliche Versicherte

„DMP-Arzt“ ist ein Arzt, der die Behandlung und Koordination des Patienten übernimmt

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 31, 32.

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 29, 30.

„Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 21.

„Erstdokumentation (ED)“ ist die erstmalige Dokumentation, welche im Verlauf der DMP-Teilnahme des Patienten erstellt wird.

„Folgedokumentation (FD)“ ist jede Dokumentation außer der Erstdokumentation

PRÄMBEL

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung der Frau. Jährlich erkranken etwa 46.000 Frauen in Deutschland neu an Brustkrebs. Ungefähr 17.000 Frauen sterben jährlich an dieser Erkrankung. Trotz medizinischer Fortschritte in Diagnostik und Therapie ist die Diagnose Brustkrebs für die Frau eine besondere Belastung und für die Medizin eine Herausforderung. 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 Versorgungsangebots wird im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programms, 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 zugelassenen Krankenhäuser sowie durch eine auf den Behandlungsverlauf bezogene Dokumentation vereinbart; angestrebt wird die Erstellung einer bereichsübergreifenden Längsschnittdokumentation. Darin sollen Schwachstellen dokumentiert und Verbesserungen der Versorgungsstrukturen und Implementierung von Behandlungsstandards erreicht werden. Die inhaltliche Ausgestaltung orientiert sich dabei an internationalen Kriterien zur Qualitätssicherung bzw. Anforderungen an „Brustzentren“, EUSOMA, EUREF und den nationalen Vorgaben an Disease Management Programmen gem. RSAV. Den an Brustkrebs erkrankten Frauen wird besonders durch individuelle Beratung und Informationen die Möglichkeit gegeben, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.

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

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

Der Vertragsstand berücksichtigt die Änderungen des zum 01.01.2012 In-Kraft-getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VstG). Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Regelungen des GKV-VstG und der RSAV sowie der diese ersetzende oder ergänzende DMP-Richtlinie in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet.

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms Brustkrebs in Niedersachsen. Über dieses Behandlungsprogramm soll unter Beachtung der nach § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Brustkrebs, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und den teilnehmenden Krankenkassen gewährleistet werden, um die Versorgung der Patientinnen zu optimieren. Einerseits hat der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe als DMP-Arzt eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses Disease-Management-Programms. Eine weitere zentrale Funktion übernehmen die teilnehmenden Krankenhäuser insbesondere im Bereich der operativen und begleitenden Therapien.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und in der DMP-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Die Vertragspartner streben auf dieser Grundlage mit diesem Vertrag folgende Ziele an:
- a) die Patientinnen, bezogen auf ihren Krankheitsfall und unter angemessener Berücksichtigung ihres Lebensumfeldes, während des Behandlungsprozesses zu begleiten und sie durch gezielte, patientinnenorientierte, qualitativ gesicherte Informationen aufzuklären. Die Informationen sollen die Patientinnen in die Lage versetzen, selbst stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken,
 - b) Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen,
 - c) Optimierung des operativen Standards, insbesondere im Hinblick auf eine nachhaltige Senkung der Anzahl der Brustamputationen durch Erhöhung des Anteils brusterhaltender Operationen,
 - d) Verbesserung der Standards der adjuvanten Therapie durch Anwendung der in § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte,

- e) Hilfestellung durch ein strukturiertes Begleitungs- und Beratungsangebot u.a. im psychosozialen Bereich, um Auswirkungen und Folgezustände im Zusammenhang mit der Krebserkrankung zu lindern, damit Patientinnen die individuell empfundene Gefährdung ihrer Gesundheit besser verarbeiten können,
- f) eine umfassende Nachsorge, insbesondere im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation, unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der erkrankten Versicherten.

§ 2

Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

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

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

- (2) Grundlagen dieses Vertrages sind die RSAV in der jeweils gültigen Fassung und die diese ergänzende oder ersetzende DMP-Richtlinie in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- (3) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Patientinnen mit Brustkrebs teilnehmende Versicherte gemäß des jeweils aktuellen Abschnitts III (Versorgungsinhalte) dieses Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Brustkrebs auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt II

Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und MVZ mit entsprechend qualifizierten Fachärzten, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.
- (3) Teilnahmeberechtigt sind darüber hinaus zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Vertragsärzte/psychologische Psychotherapeuten und durch die Krankenkassen zugelassene Leistungserbringer (z.B. Sanitätshäuser), die im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit den nach § 4 teilnehmenden Krankenhäusern beteiligt sind und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 erfüllen.
- (4) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
- (5) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Ärzte gehören insbesondere:
 - a) die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 - b) die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 - c) die Aufklärung der Patientin durch ergänzende Patientinnengespräche und zielgerichtete Patientinneninformationen gemäß § 9 Absatz 3,
 - d) die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die vollständige Erstellung der Dokumentation entsprechend Ziffer 5 der DMP-Richtlinie und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII dieses Vertrages,

- e) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 - f) die Überweisung an andere, auch nicht an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte/psychologische Psychotherapeuten entsprechend Ziffer 1.9 der DMP-Richtlinie zur weiterführenden Diagnostik und Therapie. Eine stationäre Einweisung sollte unter Berücksichtigung der individuellen Patientinneninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur an zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V erfolgen, die im Rahmen des § 4 dieses Vertrages teilnehmen.
 - g) bei Überweisung an andere Leistungserbringer
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern.
 - h) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Buchstaben a bis h entsprechend. Der anstellende Arzt / das anstellende MVZ hat im Rahmen des Arbeitsverhältnisses die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung und der diese ergänzende oder ersetzende DMP-Richtlinie in ihrer jeweils gültigen Fassung zu gewährleisten.
 - i) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.
- (6) In Ausnahmefällen, insbesondere auf Wunsch der Versicherten, kann der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt nach § 73 SGB V oder ein fachärztlicher Internist sowie mit entsprechender Qualifikation bei den MVZ angestellte Ärzte die koordinierende Funktion des in Absatz 2 genannten Arztes übernehmen. Hierzu bedarf es, abweichend zu Anlage 1 Nr. 1 einer gesonderten Bestätigung der Qualifikation (mindestens 12 Monate klinische Tätigkeit in der Frauenheilkunde unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Gynäkologen oder die durch die KVN erteilte Berechtigung als onkologisch verantwortlicher Arzt) sowie einer Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag durch die KVN. In diesen besonderen Fällen übernimmt dieser teilnehmende Vertragsarzt die Pflichten nach

Absatz 4 und die Fortbildungsverpflichtung nach Anlage 1 Nr. 2. Vertragsärzte, die gemäß dieser Ausnahmeregelung an dem Vertrag teilnehmen wollen, müssen die vorgenannten Anforderungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen und der KVN nachweisen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der Krankenhäuser an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 (Regelungen zur fachlichen, personellen und der interdisziplinären Zusammenarbeit) erfüllen.
- (3) Das zugelassene Krankenhaus benennt der NKG zur Weiterleitung an die Verbände der GKV in Niedersachsen mindestens einen für DMP zuständigen Arzt und einen Stellvertreter, die jeweils Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sein müssen. Der Facharzt ist Ansprechpartner für die von der stationären Einrichtung und deren Kooperationspartnern behandelten DMP-Patientinnen. In dieser Funktion nimmt er an den interdisziplinären Behandlungsplanungen der Primärtherapie teil. Er ist Ansprechpartner für die kooperierenden Vertragsärzte sowie für die Gesetzlichen Krankenkassen.
- (4) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten zugelassenen Krankenhäuser gehören insbesondere:
 - a) die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte, insbesondere die Beratung der Versicherten im Hinblick auf ein zweizeitiges Vorgehen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Versicherten,
 - b) die Durchführung eines intensivierten Beratungsgesprächs, unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Versicherten, zwischen der histologischen Sicherung der Diagnose (z.B. mittels Stanzbiopsie) und der operativen Therapie, insbesondere im Hinblick auf die Darstellung der Vor- bzw. Nachteile und Risiken der unterschiedlichen Operationsverfahren sowie eines Beratungsgesprächs nach der operativen Therapie im Hinblick auf die adjuvante Therapie,

- c) die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14, sowie die vollständige Erstellung der Dokumentation entsprechend Ziffer 5 der DMP-Richtlinie und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII dieses Vertrages,
 - d) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 - e) die interdisziplinäre Zusammenarbeit entsprechend der Anlage 2,
 - f) die Rücküberweisung an den durch die Patientin gewählten DMP-Arzt nach § 3 unter zeitnaher Weitergabe (unverzüglich, in der Regel am zweiten Werktag nach der Entlassung) therapierelevanter Informationen,
 - g) die Beratung der Versicherten im Hinblick auf die Notwendigkeit der Auswahl eines nachbehandelnden DMP-Arztes nach § 3 Absatz 2, soweit die Versicherte bisher nicht von einem entsprechenden Arzt betreut wurde,
 - h) die Erhebung und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 14. Mit dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung legt sich die Versicherte auf einen nachbehandelnden DMP-Arzt nach § 3 fest.
 - i) die zeitnahe Übermittlung (unverzüglich, in der Regel am zweiten Werktag nach der Entlassung) der zur Erstellung der Dokumentationen gemäß Anlage 4 der RSAV notwendigen Dokumentationsdaten sowie die Information über bereits erfolgte Einschreibungen an den DMP-Arzt nach § 3 entsprechend der Festlegung in Anlage 2.
- (5) Das nach Absatz 2 teilnahmeberechtigte zugelassene Krankenhaus ist berechtigt, über Absatz 4 i) hinaus die Erstdokumentation gemäß Anlage 7 selbst zu erstellen und gemäß § 23 an die Datenstelle weiterzuleiten. In diesem Fall übermittelt es dem DMP-Arzt die Information gemäß Absatz 4 i) mittels eines Ausdrucks des Datensatzes der Erstdokumentation.
- (6) Die vorstehenden Regelungen gelten analog auch für ambulante Operationen im Krankenhaus oder in Vertragsarztpraxen.
- (7) Die Vorgaben des § 116b Abs.1 SGB V sind entsprechend zu berücksichtigen.

§ 5

Teilnahmeerklärungen

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

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

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

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes / MVZ am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Der Teilnahmebescheid wird schriftlich durch die KVN erteilt.
- (2) Der Arzt/ das MVZ kann seine Teilnahme schriftlich mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende widerrufen.
- (3) Endet die Teilnahme eines Arztes/MVZ an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 oder durch Beschluss nach § 12 Abs. 2, so ist dieser Arzt/ dieses MVZ von diesem Vertrag durch die KVN auszuschließen.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet, ohne dass es eines Widerrufs bedarf, mit dem Beschluss des Zulassungsausschusses über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

- (5) Die KVN informiert die beteiligten Vertragspartner unverzüglich bei Zugang des Widerrufs und über das Ende der Teilnahme. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Ärzte/MVZ aufmerksam machen.
- (6) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer (Neben-)Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser (Neben-)Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden (Neben-)Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen.
- (7) Die Teilnahme des zugelassenen Krankenhauses beginnt mit der Anerkennung der Beitrittserklärung durch die Krankenkassenverbände und endet bei Wegfall der Voraussetzungen nach § 4 oder mit der Rücknahme der Beitrittserklärung durch den Träger. Die Rücknahme ist nur mit einer Frist von vier Monaten zum Ende eines Kalenderjahres möglich, es sei denn, die Krankenkassenverbände, die NKG und das Krankenhaus verständigen sich auf einen früheren Zeitpunkt. Die Krankenkassenverbände informieren die KVN über das Teilnahmeende.
- (8) Im Übrigen endet die Teilnahme des Arztes/MVZ bzw. des Krankenhauses bei Verstoß gegen die Ziele dieses Disease-Management-Programms unter den Voraussetzungen des § 12 Absatz 2 bzw. Absatz 3.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnisse

- (1) Über die teilnehmenden Ärzte führt die KVN ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und in MVZ angestellten Ärzte. Die KVN stellt dieses Verzeichnis (mit Praxisanschrift) den Vertragspartnern innerhalb von 4 Wochen nach Quartalsende und im Übrigen auf Anforderung in elektronischer Form als Excel-Datei, entsprechend Anlage 10 a zur Verfügung.
- (2) Über die teilnehmenden Krankenhäuser führen die Verbände der Krankenkassen ein Verzeichnis. Die Verbände der Krankenkassen stellen dieses Verzeichnis den Vertragspartnern regelmäßig in elektronischer Form als Excel-Datei, entsprechend Anlage 10 b zur Verfügung.
- (3) Die teilnehmenden Krankenkassen stellen die Teilnehmerverzeichnisse dem Bundesversicherungsamt beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei unbefristeter Zulassung sind diese dem BVA alle 5 Jahre und auf Anforderung in aktualisierter Form zur Verfügung zu stellen. Weiterhin werden die Teilnehmerverzeichnisse bei Bedarf folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 - den am Vertrag teilnehmenden Ärzten/ MVZ über die KVN
 - den am Vertrag teilnehmenden Krankenhäusern über die NKG,
 - den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (z.B. bei Neueinschreibung) ,
 - den zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweilige Krankenkasse
 - der Datenstelle nach § 21 durch die KVN (Vertragsärzte) und den Verbänden (Krankenhäuser)
- (4) Das Teilnehmerverzeichnis kann mit Zustimmung aller Vertragspartner veröffentlicht werden.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm

Brustkrebs

- (1) Die medizinischen Anforderungen für das Behandlungsprogramm Brustkrebs sind in Ziffer 1 der DMP-Richtlinie. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Ärzte/MVZ und Krankenhäuser verpflichten sich durch ihre Teilnahme bzw. ihren Antrag auf Teilnahme gemäß § 6 dazu, mindestens diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die teilnehmenden Vertragsärzte und Medizinischen Versorgungszentren sind nach Inkrafttreten einer Änderung der Ziffer 1 der DMP-Richtlinie unverzüglich von der KVN bzw. die teilnehmenden Krankenhäuser von der Gemeinsamen Einrichtung bzw. NKG nach Abstimmung mit den Verbänden über die eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung zu informieren.
- (3) Die Aufklärung der Patientin im Sinne der Ziffer 1 der DMP-Richtlinie durch den DMP-Arzt erfolgt über ergänzende Patientinnengespräche und zielgerichtete Patientinneninformationen. Als Grundlage dienen die nachstehend beschriebenen Informationsbausteine. Die Informationsbausteine umfassen schwerpunktmäßig folgende Bereiche:
 - a) Informationen über qualitätsgesicherte Behandlungsmaßnahmen und einzelfallbezogen in Betracht kommende Behandlungsalternativen,
 - b) Informationen über die am Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser, Ärzte/MVZ und Vertragstherapeuten, die die Therapie durchführen können. Die Qualitätsmerkmale sowie Kooperationsregeln müssen der Patientin transparent gemacht werden,

- c) Informationen über das für die Patientin individuell sinnvolle Nachsorgekonzept inklusive geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen, Selbsthilfegruppen, psychosozialer Angebote.

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

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Als Grundlage der Qualitätssicherung sind in Anlage 9 auf Basis der Ziffer 2 der DMP-Richtlinie relevante Ziele, die durch die Qualitätssicherung angestrebt werden, vereinbart. Hierzu gehören insbesondere die Bereiche

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen)
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer 1.9 der DMP-Richtlinie
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlagen 1 und 2,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie
- aktive Teilnahme der Versicherten

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

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

(2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die DMP-Ärzte/ Krankenhäuser nach §§ 3 und 4 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen

Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ist ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer,

- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

- (3) Im Hinblick auf Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten entsprechend Anlage 9 werden die Krankenkassen in die medizinischen Belange des Arzt / Patientenverhältnisses ohne Abstimmung des DMP – Arztes nicht eingreifen
- (4) Zur Auswertung werden die in Anlage 9 fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen, Verordnungs- und Leistungsdaten ergeben.
- (5) Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in geeigneter Weise, (z.B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, in der Fachpresse), regelmäßig, mindestens einmal jährlich, veröffentlicht.

§ 12

Verstoß gegen die Ziele des Programms

- (1) Im Rahmen dieses Vertrages werden wirksame Maßnahmen vereinbart, die dann greifen, wenn die mit der Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms beauftragten Leistungserbringer gegen die nach diesem Vertrag festgelegten Anforderungen und Pflichten verstoßen.
- (2) Verstößt der Arzt / das MVZ (§ 3 Abs. 2 oder 5) gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
 - keine Vergütung für unvollständige / unplausible Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung,
 - schriftliche Aufforderung durch die KVN, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z.B. nicht fristgerechte bzw. keine Übersendung der Dokumentationen),

- auf begründeten Antrag eines Vertragspartners oder der gemeinsamen Einrichtung nach § 31 und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner, kann ein Widerruf der Teilnahme und Abrechnungsgenehmigung durch die KVN erfolgen, wobei eine erneute Teilnahme am Vertrag möglich ist,
- hält der Arzt / das MVZ die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen wiederholt nicht ein, kann er von der Teilnahme durch Widerruf auf Dauer ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Arztes entscheidet die KVN im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern.

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

- schriftliche Aufforderung durch die Krankenkassenverbände, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten, ggf. auf Empfehlung der Gemeinsamen Einrichtung bzw. eines Vertragspartners in Abstimmung mit den anderen Vertragspartnern,
- auf begründeten Antrag eines Vertragspartners oder der gemeinsamen Einrichtung nach § 31 und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner Widerruf der Teilnahme genehmigung durch die Krankenkassenverbände, wobei eine erneute Teilnahme am Vertrag möglich ist,
- werden die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht eingehalten, kann eine Teilnahme durch Widerruf auf Dauer ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheiden die Krankenkassenverbände auf Empfehlung durch die gemeinsame Einrichtung.

(4) Dem Arzt / dem MVZ bzw. dem Krankenhaus ist vor der Verhängung der Maßnahmen die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern.

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:
- die schriftliche Bestätigung der histologisch gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Ziffer 3.1 i.V.m. Ziffer 1.2 der DMP-Richtlinie,
 - die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten und
 - die Information der Versicherten über die Programminhalte gemäß Ziffer 4.2 der DMP-Richtlinie, insbesondere auch darüber, dass zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und diese Daten von der Krankenkasse zur Unterstützung der Betreuung der Versicherten im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 28 f Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenteilung zwischen den Versorgungsebenen und die Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme am Programm, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten zur Erreichung der Ziele sowie die Möglichkeit der Beendigung der Teilnahme am Programm wegen fehlender Mitwirkung des Versicherten.
- (2) Patientinnen mit bereits gesichertem histologischen Nachweis eines Mammakarzinoms aus einem zurückliegenden Zeitraum von max. fünf Jahren nach Abschluss der Primärtherapie können auch an der Versorgung gemäß dieses Vertrages teilnehmen. Für die Berechnung des Zeitraums gilt die Primärtherapie nach Ablauf von 6 Monaten nach dem histologischen Nachweis des Mammakarzinoms als beendet.
- (3) Tritt ein lokoregionäres Rezidiv / kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für

weitere fünfeinhalb Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises möglich. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv / kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich. Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.

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

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte/MVZ ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise durch Patientinneninformationen umfassend über das Behandlungsprogramm informieren. Die KVN und NKG erhalten von den an diesem Vertrag beteiligten Kassen Musterexemplare der verwendeten Patientinneninformationen.
- (2) DMP-Ärzte und zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V, die gemäß § 4 dieses Vertrages teilnehmen, informieren entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und Ziffer 4.2 der DMP-Richtlinie ihre teilnahmeberechtigten Patientinnen und händigen ihnen die Patienteninformation gem. Anlage 8 aus. Diese Versicherten können die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei dem DMP-Arzt oder den teilnehmenden Krankenhäusern unterschreiben.
- (3) Für die Einschreibung der Versicherten in dieses Disease-Management-Programm müssen den teilnehmenden Krankenkassen folgende Unterlagen vorliegen:
 1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den behandelnden DMP-Arzt oder das teilnehmende Krankenhaus auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15,
 2. die Erklärung der Bereitschaft der aktiven Mitwirkung durch die Versicherte,
 3. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie durch den DMP-Arzt oder das teilnehmende Krankenhaus,

- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt die Versicherte auch ihren DMP-Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und dieser oder das teilnehmende Krankenhaus die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie an die Datenstelle nach § 23 weiterleitet. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass die Versicherte nur durch ei-nen DMP-Arzt betreut wird.
- (5) Die Versicherte kann sich auch bei ihrer Krankenkasse für das Behandlungsprogramm anmelden. In diesem Fall wird die Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an den vom Versicherten gewählten DMP-Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und übermittelt werden.
- (6) Nachdem alle Einschreibeunterlagen entsprechend Abs. 3 der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese der Versicherten und dem DMP-Arzt die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wenn die Versicherte an mehreren Erkrankungen leidet, kann sie an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.
- (8) Soweit eine an diesem Disease-Management-Programm teilnehmende Versicherte einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung (Anlage 8) erklärt sich die Versicherte zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt in die Übermittlung der erforderlichen Daten ein.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch ihre Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 6 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 erstellt wurde.
- (2) Die Teilnahme endet nach fünf Jahren Rezidivfreiheit nach Primärtherapie (5,5 Jahre Rezidivfreiheit nach histologischer Sicherung der Diagnose Brustkrebs).
- (3) Die Versicherte kann ihre Teilnahme jederzeit gegenüber ihrer Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern sie keinen späteren Termin für ihr Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem Programm aus.
- (4) Die Teilnahme der Versicherten endet mit dem Tag
 - der Aufhebung der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 - des Zugangs des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
 - des Kassenwechsels,
 - der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogenen zu erstellenden Dokumentationen nach Ziffer 5 der DMP-Richtlinie, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von 6 Wochen nach Ablauf der in § 28d Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV genannten Frist (52 Tage nach Ablauf des Dokumentationszeitraums) übermittelt worden sind,
 - des Wegfalls der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV.

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

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

§ 17

Wechsel des DMP-Arztes

- (1) Es steht der Versicherten frei, ihren DMP-Arzt nach § 3 zu wechseln.
- (2) Der neu gewählte Arzt erstellt die Folgedokumentation gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie und sendet diese an die Datenstelle nach § 21. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend beim Ausscheiden eines Arztes.
- (3) Der bisherige Arzt übermittelt auf Anforderung unter Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

§ 18

nicht besetzt

Abschnitt VI

Schulung und Information

§ 19

Leistungserbringer

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassenverbände, die NKG und die KVN informieren gemeinsam in geeigneter Weise die teilnahmeberechtigten Ärzte/MVZ und die zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V gemäß §§ 3 und 4 umfassend über Ziele und Inhalte dieses Disease-Management-Programms Brustkrebs. Die Verbände der Krankenkassen erstellen in Abstimmung mit den Vertragspartnern hierfür ein entsprechendes Arztmanual. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte/MVZ und Krankenhäuser bestätigen den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5 dieses Vertrages. Auf Inhalte, die der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung sowie der diese ersetzende oder ergänzende DMP-Richtlinie in ihrer jeweils gültigen Fassung widersprechen, muss verzichtet werden.
- (2) Schulungen der teilnahmeberechtigten Ärzte/MVZ nach § 3 sowie des Personals der teilnehmenden Krankenhäuser nach § 4 dieses Vertrages dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 der DMP-Richtlinie ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert die über die in den Anlagen 1 und 2 hinausgehenden Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung / Qualitätszirkel teilnahmeberechtigter Ärzte/MVZ sowie des Personals der teilnehmenden Krankenhäuser.
- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind entsprechend § 3 dieses Vertrages gegenüber der KVN bzw. gemäß § 4 gegenüber den Verbänden der Krankenkassen nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme müssen die strukturierten medizinischen Inhalte,

insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 einbezogen werden.

- (4) Schulungsbestandteile die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 20

Versicherte

Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms, insbesondere durch Patientinneninformationen (Anlage 8). Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Auf Inhalte, die der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung sowie der diese ersetzende oder ergänzende DMP-Richtlinie in ihrer jeweils gültigen Fassung widersprechen, muss verzichtet werden.

Abschnitt VII

Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle und deren Aufgaben

§ 21

Datenstelle

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragen eine Datenstelle insbesondere mit folgenden Aufgaben:
1. der Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie ,
 2. der Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie
 3. der Überprüfung der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie auf Vollständigkeit und Plausibilität, der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
 4. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs bezüglich der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie ,
 5. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle,
 6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie mit Arzt- bzw. Krankenhausbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVN,
 7. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie mit Arzt- bzw. Krankenhausbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die gemeinsame Einrichtung gemäß § 31 und
 8. der Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.

9. Die Erstellung und Weiterleitung von plausiblen Daten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie an die KVN zum Zwecke der Abrechnung von Vergütungen nach § 34 (Statusdatensatz).

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

- (2) Die Teilnahmeerklärung des Arztes/ des MVZ sowie die des teilnehmenden Krankenhauses beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin beauftragt er die Datenstelle,
 1. die von ihm erstellte Dokumentation auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
 2. die Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie an die Arbeitsgemeinschaft und an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle weiterzuleiten.
- (3) Nach Beauftragung dieser Datenstelle teilen die Vertragspartner den bereits teilnehmenden Leistungserbringern Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 22

Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die Dokumentationen umfassen nur die in Ziffer 5 der DMP-Richtlinie aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach der DMP-Richtlinie, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach Ziffer 2 der DMP-Richtlinie, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Information der Versicherten und Leistungserbringer nach Ziffer 4 der DMP-Richtlinie und die Evaluation nach Ziffer 6 der DMP-Richtlinie genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Dokumentationen, die den Dokumentationszeitraum ab dem 01.04.2008 betreffen, sind ausschließlich zulässig, sofern sie im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege erfasst und übermittelt werden.

§ 23

Datenfluss zur Datenstelle

(1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der Arzt/das Krankenhaus, die vollständigen Dokumentationen gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und an die Datenstelle zu übermitteln. Dies soll spätestens 10 Tage nach Erstellung der Dokumentation erfolgen. Zugleich verpflichtet sich der Arzt/das Krankenhaus, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln. Der DMP-Arzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden. Wurden die Teilnahme- und Einwilligungserklärung und die vollständige Erstdokumentation bereits gemäß § 4 Absatz 4 i) und 5 durch ein teilnehmendes Krankenhaus erstellt, übermittelt der DMP-Arzt der Datenstelle binnen 6 Werktagen nach Kenntnis lediglich die um seine DMP-Fallnummer ergänzte Kopie der Dokumentationsdaten der Erstdokumentation des Krankenhauses.

(1a) Beleglose Dokumentationen dürfen mit folgenden Verfahren an die Datenstelle übermittelt werden:

- Datenträger (DVD, CD, Diskette)
- Datenfernübertragung (DFÜ)

Für die Erstellung der Dokumentationen ist eine Praxissoftware einzusetzen, die von der KBV für den Einsatz im Rahmen von Disease Management Programmen zertifiziert ist. Im Fall der Datenübermittlung mittels DFÜ sind die übermittelten Dokumentationen mit einem geeigneten, zwischen den Auftraggebern und der Datenstelle abgestimmten Verfahren, vom dokumentierenden Arzt vor dem Versand zu verschlüsseln. Zu diesem Zweck sind von der KBV oder den Spitzenverbänden der Krankenkassen empfohlene Verschlüsselungsverfahren anzuwenden. (Anlage 6 Datenerstellung und Übertragung)

(2) Die Versicherte oder ihr gesetzlicher Vertreter willigt einmalig durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung (Anlage 8) in die Übermittlung der im Rahmen des DMP zu

erhebenden Daten ein. Sie erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten. Ein weiterer unterschriebener Ausdruck verbleibt beim DMP – Arzt / im Krankenhaus.

§ 24

Datenzugang

- (1) Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 21 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.
- (2) Die Krankenkassen stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass die übermittelten Daten aus der Ziffer 5 der DMP-Richtlinie ausschließlich für die in § 11 und der Anlage 9 beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen genutzt werden. Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses Programm und die in § 11 und der Anlage 9 beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen die Vertrauensbeziehung zwischen Patientin und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkasse kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-/ Patientinnenverhältnisses im Sinne eines Case-Managements stattfindet.
- (3) Die Vertragspartner bestimmen im Bedarfsfall einen neutralen Ombudsmann, der die Einhaltung der Verpflichtung der Kassen nach Abs. 2 prüft.
- (4) Die Regelungen in Absatz 2 gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des Disease-Management-Programms bis zum Ende der genannten Aufbewahrungsfrist (15 Jahre).

§ 25

Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag durch den DMP – Arzt übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVN und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die zum Zwecke der Erst – und Folgedokumentation erhobenen Daten werden 15 Jahre, beginnend mit dem dem Be-

richtsjahr folgenden Kalenderjahr, aufbewahrt. Sie werden nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten von der Datenstelle gelöscht.

Abschnitt VIII

Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVN und zur Gemeinsamen Einrichtung

§ 26

Datenfluss

- (1) Die Datenstelle übermittelt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten an die Datenzentren der jeweiligen Krankenkasse.
- (2) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie an die Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.
- (3) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie mit Arzt- bzw. Krankenhausbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (4) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie mit Arzt- bzw. Krankenhausbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVN.

§ 27

Datenzugang

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

§ 28

Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von den Krankenkassen, der KVN und der Gemeinsamen Einrichtung bis zum Ablauf des fünfzehnten auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahres aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten gelöscht bzw. vernichtet.

Abschnitt IX

Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 29

Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

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

§ 30

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Absatz 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVN und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 9 weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 21 mit der Durchführung der in den Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 31

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

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

§ 32

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 9 durchzuführen. Das Nähere über die Durchführung der Qualitätssicherung wird in dem Gesellschaftervertrag der gemeinsamen Einrichtung beschrieben. Die Qualitätssicherung umfasst insbesondere:
1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie ,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß Ziffer 2 der DMP-Richtlinie anhand der Arzneimittel-daten der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie ,
 3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie ,
 4. die Pseudonymisierung des Arzt- bzw. Krankenhausbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation gemäß Ziffer 6 der DMP-Richtlinie ,
 5. die Beratung der KVN im Hinblick auf die Teilnahme und den Ausschluss der Vertragsärzte nach § 3 Absatz 2 auf Basis der Anlage 1
 6. die Beschlussfassung zur Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z.B. Implementierung interdisziplinärer Fallkonferenzen) und
 7. die Überprüfung der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 für teilnahmewillige zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V sowie, bei positivem Beschluss, die Empfehlung an die Krankenkassenverbände, den Beitritt des Trägers des Krankenhauses zum Vertrag rechtsverbindlich anzunehmen.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beibehaltung der Kernaufgaben und Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der in Abs. 1 Nr. 1 genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt X

§ 33

Evaluation

- (1) Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der Ziffer 6 der DMP-Richtlinie sowie der jeweils gültigen Evaluationskriterien.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden den externen Evaluatoren vom Datenzentrum der Krankenkasse und von der Gemeinsamen Einrichtung in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.
- (3) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten, die Abrechnungsdaten der KVN gemäß § 295 Abs. 2 Satz 1 und 4 SGB V und die Leistungsdaten der jeweiligen Krankenkassen und ggf. die Daten der Lebensqualitätsbefragung.
- (4) Die Krankenkassen tragen die Kosten der Evaluation.

Abschnitt XI

Vergütung, Abrechnung und Analyse der Leistungen

§ 34

Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

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

§ 34a

Vergütung der stationären Leistungen

Die Vergütung der akutstationären Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgt auf der Basis des Sozialgesetzbuches V, des KHEntgG bzw. der BpflV in der jeweils geltenden Fassung.

§ 35

Vergütung Einschreibung/ Dokumentation

- (1) Zur Vergütung kommen nur Dokumentationen gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie, die vollständig, plausibel und fristgemäß an die Datenstelle übermittelt werden. Die Frist zur Übermittlung für eine Dokumentation besteht aus dem Dokumentationszeitraum (Quartal) und den ersten 52 Tagen des nachfolgenden Quartals. Dokumentationen, welche innerhalb eines Dokumentationszeitraums erstellt wurden und somit einem Quartal zugeordnet sind, müssen der Datenstelle spätestens am 52. Tag nach Ablauf des Dokumentationszeitraums (52 Tage nach Quartalsende) vorliegen. Die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten werden nach diesem Vertrag dann wie folgt vergütet:

Einschreibung der Versicherten einschl. Beratung , Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation sowie fristgerechter Versand der entsprechenden Unterlagen	25,- Euro	GOP 99530
Erstellung der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation einschl. Beratung und fristgerechter Versand	15,- Euro	GOP 99531

Die Abrechnung und Vergütung der o.g. Abrechnungspositionen setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. Die Vergütungen der vorgenannten Leistungen erfolgen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung und schließen eine Abrechnung nach dem EBM für die Einschreibung, vollständige Dokumentation und den Versand der Dokumentation aus. Die ggf. anfallenden Porto- und Versandkosten im Zusammenhang mit o.a. Leistungen sind in den o.g. Vergütungen enthalten.

Basis für die o.g. Vergütungen sind die durch die Datenstelle gelieferten Daten.

- (2a) Für die nach § 3 teilnehmenden Vertragsärzte wird nach Einschreibung in das DMP für die ausführliche Beratung und Behandlung einschließlich Datenschutzinformation ein pauschales Honorar von 11,00 € außerhalb der Gesamtvergütung einmalig je DMP-Patient gezahlt (**GONr. 99534**).
- (2b) Der DMP-Arzt nach § 3 erhält eine zusätzliche Qualitätssicherungspauschale in Höhe von 10,00 € für jeden Patienten pro Jahr, wenn er für diesen (Identifikation DMP-Fallnummer aus der Vergütungsdatei) für 4 aufeinander folgende Quartale alle fälligen Dokumentationen gültig erstellt. Die Auszahlung erfolgt nach Ablauf der Übermittlungsfristen. (**GONr. 99535**).
- (3) Aufgrund der besonderen Anforderungen, die die Vertragspartner an die teilnehmenden DMP-Ärzte, insbesondere in Hinblick auf die ergänzende Patientinnenberatung (Anlage 5), die fachliche Qualifikation und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den am Behandlungsprozess Beteiligten stellen, wird als Beratungspauschale bei persönlichem Arzt-/Patientenkontakt eine extrabudgetäre Vergütung von 11 € (**GOP 99532**) gezahlt. Dieser Zuschlag ist maximal vier Mal je DMP-Fall vom DMP-Arzt nach § 3 abrechenbar. Ein auftretendes Rezidiv gilt als neuer DMP-Fall.
- (4) Wenn Positionen, für die nach diesem Vertrag extrabudgetäre Vergütungen vorgesehen sind, aufgrund einer bundesmantelvertraglichen Änderung als Bestand-

teil der vertragsärztlichen Gesamtvergütung aufgenommen werden, ist die extra-budgetäre Vergütung erneut zu verhandeln und ggf. entsprechend anzupassen.

- (5) Die KVN stellt sicher, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Ärzten/MVZ in den Abrechnungsunterlagen gesondert herausgestellt werden. Die Krankenkassen erhalten je Quartal von der KVN einen Nachweis über die abgerechneten Leistungen. Die KVN ist berechtigt den üblichen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
- (6) Die Dokumentationen werden quartalsbezogen erstellt. Die Dokumentation erfolgt grundsätzlich jedes zweite Quartal. Pro Versicherter und zwei Quartalen soll höchstens eine Dokumentation vergütet werden. Abweichend davon können im individuellen Fall kürzere, quartalsweise Abstände gewählt werden.
- (7) Für die von den teilnehmenden Krankenhäusern nach § 4 Absatz 4 i) und 5 vollständig erbrachten Erstdokumentationen gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie und fristgemäße Übermittlung der vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten nach diesem Vertrag, sofern noch nicht durch einen teilnehmenden DMP-Arzt erfolgt, werden folgende Vergütungen vereinbart:

Einschreibung der Versicherten einschl. Beratung , Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation sowie fristgerechter Versand der entsprechenden Unterlagen durch Krankenhäuser nach § 4,	25,- Euro	GOP 99530
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------	---------------------

Die Krankenhäuser rechnen die Vergütungen mit der KVN ab, die diese den Krankenkassen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung berechnet. Die Abrechnungsregelungen der Absätze 1 und 2 und 4 bis 6 gelten entsprechend.

Abschnitt XII

Sonstige Bestimmungen

§ 36

Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die am Vertrag Beteiligten 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 datenschutzrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 37

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

Die KVN liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte/MVZ die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die diesbezügliche Entscheidung des Bundesschiedsamtes ist zu berücksichtigen.

Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

§ 38

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 18.12.2003 in Kraft und kann mit einer Frist von 3 Monaten, frühestens zum 30.09.2012, gekündigt werden. Leistungen und Vergütungen nach

diesem Vertrag können erst erbracht bzw. abgerechnet werden, wenn die Vertragspartner die Arbeitsfähigkeit der in den Abschnitten VII bis IX benannten Einrichtungen festgestellt haben oder entsprechende Übergangslösungen vereinbaren. Spätestens sechs Monate vor Vertragsende verständigen sich die Vertragspartner, ob und in welcher Form der Vertrag weitergeführt wird.

- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer nachfolgenden RSAV ÄndV, sowie Änderungen der diese ersetzende oder ergänzende DMP-Richtlinie in ihrer jeweils gültigen Fassung oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen notwendig sind, in dem dafür vorgesehenen Zeitrahmen erfolgten. Die Anpassungsfrist gemäß § 137g Abs. 2 SGB V ist zu beachten.
- (3) Abweichend von Abs. 1 und 2 kann der Vertrag bei wichtigem Grund, insbesondere bei Änderung oder bei Wegfall der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme bzw. bei der Aufhebung oder dem Wegfall der Zulassung durch einen bestandskräftigen Bescheid des Bundesversicherungsamtes oder bei festgestelltem Verstoß einer Krankenkasse gegen § 24 Abs. 2, von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Bei Verstoß gegen § 24 Abs. 2 bezieht sich die Kündigung auf die Krankenkasse, die den Verstoß nach § 24 Abs. 2 begangen hat. Kündigungen gegenüber einem Vertragspartner berühren das Vertragsverhältnis der übrigen Vertragspartner nicht.
- (4) Die Regelungen dieses Vertrages zum Datenfluss (Abschnitte VII bis VIII) im Rahmen des Disease-Management-Programms zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebs-Patientinnen sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.

§ 39

Schriftform

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

§ 40

Salvatorische Klausel

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

Anlagen

Hannover, den

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft
e.V.

AOK – Die Gesundheitskasse für Nieder-
sachsen

BKK-Landesverband
Mitte
Landesvertretung Niedersachsen

IKK classic

SVLFG als Landwirtschaftliche
Krankenkasse

Knappschaft
- Regionaldirektion Hannover -

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

Übersicht Anlagen

- Anlage 1 Strukturvoraussetzungen nach § 3 (DMP-Arzt)
- Anlage 2 Strukturqualität für zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V gemäß § 4
- Anlage 3 unbesetzt
- Anlage 4 a Teilnahmeerklärung Ärzte
- Anlage 4 b Teilnahmeerklärung Krankenhäuser
- Anlage 5 Ergänzende Gespräche vor der stationären Behandlung/ Gespräche nach der stationären Behandlung/Begleitgespräche
- Anlage 6 Datenübermittlung
- Anlage 7 Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie
- Anlage 8 Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation der Versicherten und Patienteninformation
- Anlage 9 Qualitätssicherung
- Anlage 10 a Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte gemäß § 3
- Anlage 10 b Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäuser gemäß § 4 Abs. 3