

Vertrag
zur Durchführung des
strukturierten Behandlungsprogramms (DMP)
nach § 137f SGB V
Brustkrebs

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, KVB
Elsenheimerstr. 39, 80687 München

– handelnd für im Rahmen dieser Vereinbarung
teilnahmeberechtigte Ärzte und Psychotherapeuten –

und

der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse,
den nachfolgend benannten Ersatzkassen in Bayern

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

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

dem BKK Landesverband Bayern,

der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion München –

und der IKK classic

auf der Grundlage des § 83 SGB V

Inhaltsverzeichnis

Vertrag	1
Erläuterungen.....	5
Präambel.....	7
Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich	8
§ 1 Ziele des Vertrages	8
§ 2 Grundlage und Geltungsbereich	8
Abschnitt II – Teilnahme von Ärzten, Psychotherapeuten und Einbindung von stationären Einrichtungen	9
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen.....	9
§ 4 Teilnahme von stationären Einrichtungen.....	10
§ 5 Teilnahmeerklärung der Ärzte und Psychotherapeuten	10
§ 6 Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen	11
§ 7 Beginn, Ende, Ruhen und Widerruf der Teilnahmegenehmigung	11
§ 8 Pflichten der teilnehmenden Ärzte	12
§ 9 Verzeichnisse über Leistungserbringer, Psychotherapeuten sowie stationäre Einrichtungen	13
Abschnitt III – Versorgungsinhalte	14
§ 10 Medizinische Anforderungen an das DMP Brustkrebs	14
Abschnitt IV – Qualitätssicherung	15
§ 11 Grundlage und Ziele	15
§ 12 Maßnahmen und Indikatoren.....	15
§ 13 Maßnahmen gegen Leistungserbringer	15
Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten	16
§ 14 Teilnahmevoraussetzungen.....	16
§ 15 Information und Einschreibung	17
§ 16 Teilnahme- und Einwilligungserklärung	18
§ 17 Beginn und Ende der Teilnahme	18
§ 18 Wechsel des koordinierenden Arztes.....	19
§ 19 Versichertenverzeichnis.....	20
Abschnitt VI – Fortbildung und Information.....	20
§ 20 Teilnahmeberechtigte Ärzte/Psychotherapeuten	20
§ 21 Versicherte	20
Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die koordinierenden Ärzte und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben.....	21
§ 22 Datenstelle	21
§ 23 Erst- und Folgedokumentationen.....	22
§ 24 Datenfluss zur Datenstelle.....	22
§ 25 Datenzugang	23
§ 26 Datenaufbewahrung und -löschung	23

Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen, die KVB und die Gemeinsame Einrichtung	23
§ 27 Datenfluss	23
§ 28 Datenzugang	24
§ 29 Datenaufbewahrung und -löschung	24
Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung	24
§ 30 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft	24
§ 31 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft	24
§ 32 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	24
§ 33 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	25
Abschnitt X – Evaluation	25
§ 34 Evaluation	25
Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung	26
§ 35 Ärztliche Leistungen	26
§ 36 Sondervergütung	26
Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen	27
§ 37 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz	27
§ 38 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen	27
§ 39 Laufzeit und Kündigung	28
§ 40 Schriftform	28
§ 41 Salvatorische Klausel	29

Anlagen

Anlage 1	Strukturqualität koordinierender Arzt
Anlage 2	Strukturqualität Auftragsleistung
Anlage 3	Teil 1 – Teilnahmeerklärung Arzt und Psychotherapeut - Mindestinhalte Teil 2 – Anhang zur Teilnahmeerklärung - Mindestinhalte
Anlage 4	Eckpunkte für Gesprächs- und Beratungsinhalte
Anlage 5	Brustkrebs-Dokumentation
Anlage 6a	Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte
Anlage 6b	Datenschutzinformation Versicherte
Anlage 6c	Patientinnenmerkblatt
Anlage 7	Qualitätssicherung
Anlage 8	Leistungserbringerverzeichnis
Anlage 9	Vergütung

Erläuterungen

Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

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

„Ärzte“ sind Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren und ermächtigte Ärzte i. S. d. § 3 Abs. 4.

„Angestellter Arzt“ ist ein Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 9 bzw. § 95 Abs. 1 SGB V.

„Anstellender Arzt“ ist ein Vertragsarzt oder MVZ, der/das berechtigt ist, einen Arzt i. S. d. § 95 Abs. 9 bzw. § 95 Abs. 1 SGB V anzustellen.

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 30, 31.

„BKG“ ist die Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V.

„Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 22.

„DMP-Anforderungen-Richtlinie“ ist die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL).

„DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie“ ist die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Aufbewahrungsfristen der für die Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen erforderlichen personenbezogenen Daten nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V (DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie/DMP-AF-RL)“

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 32, 33.

„DMP-Vertrag“ ist der Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Brustkrebs

„Dokumentationsdaten“ sind solche i. S. d. Dokumentationsdaten der Anlage 5.

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss.

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 32, 33.

„GKV-Patientin“ ist eine Patientin, deren Kostenträger die Gesetzliche Krankenversicherung ist.

„KBV“ ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

„Koordinierender Arzt“ ist ein solcher i. S. d. § 3 Abs. 2

„Krankenkassen“ sind die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, der BKK Landesverband Bayern (bzw. die BKK oder die ZAS), die KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion München, die IKK classic und die durch den vdek vertretenen Ersatzkassen.

„KVB“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns.

„Leistungserbringer“ sind die Ärzte sowie angestellte Ärzte.

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

„RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung.

„DSGVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung.

„Versicherte“ sind weibliche Versicherte.

„Vertragsärzte“ sind Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

Bezogen auf die Leistungserbringer wurde grundsätzlich die männliche Form gewählt. Damit sind gleichermaßen Frauen gemeint.

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme, DMP, genannt) nach § 137f SGB V, die auf der RSAV in der jeweils gültigen Fassung und den Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung beruhen, optimiert werden.

Bundesweit erkranken jährlich über 70.000 Frauen neu an Brustkrebs. Diese Krebserkrankung ist der häufigste bösartige Tumor bei Frauen in den industrialisierten Ländern. Die mit dem Krankheitsbild verbundenen gesundheitlichen Auswirkungen führen zu einer erheblichen Reduzierung der Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung der Betroffenen.

Mit der Implementierung eines DMP soll eine sektorenübergreifende, auf evidenzbasierten medizinischen Inhalten beruhende, strukturierte Versorgung der an Brustkrebs erkrankten Patientinnen über die verschiedenen Krankheitsstadien hinweg, erreicht werden. Die Ausrichtung der Versorgungsangebote soll an den Bedürfnissen der betroffenen Frauen und deren Familienangehörigen orientiert sein.

Durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Betreuung der Patientinnen sowie eine individuelle Therapie kann die Lebensqualität deutlich erhöht werden. Den an Brustkrebs erkrankten Patientinnen wird besonders durch individuelle Beratung und Informationen die Möglichkeit gegeben, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.

Der Vertrag gewährleistet eine qualitätsorientierte Begleitung der Patientinnen durch die am DMP teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten. Dabei wird eine sektorübergreifende Versorgung durch Einbindung von koordinierenden Ärzten im ambulanten Bereich sowie stationären Einrichtungen sichergestellt. Krankheits- und Behandlungsverlauf werden von den teilnehmenden Ärzten in definierten Abständen dokumentiert, um die Versorgungsqualität sicherzustellen. Dabei unterstützen die Krankenkassen die aktive Teilnahme ihrer Versicherten am DMP Brustkrebs.

Die an diesem Behandlungsprogramm teilnehmenden Versicherten sind grundsätzlich gemäß der in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalte zu behandeln und zu beraten. Dies gilt grundsätzlich auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Mit dem zum 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde festgelegt, dass zukünftig alle bisher in der RSAV geregelten Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme in die indikationsspezifischen Richtlinien des G-BA überführt werden.

Die aktuellen vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.10.2017 in Kraft getretenen DMP-A-RL und der zum 25.05.2018 in Kraft getretenen DSGVO. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Regelungen der RSAV sowie der die RSAV ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet.

Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Ziel dieses Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Brustkrebs, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller an der Behandlung der Patientinnen Beteiligten sowie den Krankenkassen, um die Versorgung der Patientinnen zu optimieren. Die Leistungserbringer und die Krankenkassen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten hin.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und den Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend der Aussagen der DMP-A-Richtlinie Anlage 3 sollen durch die Vertragspartner die folgenden Ziele erreicht werden:
 1. 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,
 2. Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen,
 3. Verbesserung des operativen Standards, insbesondere im Hinblick auf eine nachhaltige Senkung der Anzahl der Brustamputationen,
 4. Verbesserung der Standards der adjuvanten Therapie durch Anwendung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte,
 5. Hilfestellung durch ein strukturiertes Begleitungs- und Beratungsangebot im psychosozialen Bereich, um Auswirkungen und Folgezustände im Zusammenhang mit der Krebserkrankung zu lindern, damit Patientinnen die individuell empfundene Gefährdung ihrer Gesundheit besser verarbeiten können, eine umfassende Nachsorge, insbesondere im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation, unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der erkrankten Versicherten,
 6. das frühzeitige Erkennen eines lokoregionären Rezidivs bzw. eines kontralateralen Tumors sowie
 7. die Unterstützung der Patientin in der Umsetzung der empfohlenen und vereinbarten Therapie und die Einleitung geeigneter vorbeugender Maßnahmen sowie das frühzeitige Erkennen von Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Therapie.

§ 2

Grundlage und Geltungsbereich

- (1) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV und die DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- (2) Dieser Vertrag gilt
 1. für Ärzte und Psychotherapeuten in der Region der KVB, die nach Maßgabe des Abschnitts II an diesem Vertrag teilnehmen sowie
 2. für die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.

(3) Sonderregelung für die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse:

Dieser Vertrag gilt zusätzlich für die Behandlung von Versicherten anderer AOKn, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch die AOK Bayern mit der AOK der Versicherten geregelt und die KVB darüber informiert wurde. Die KVB informiert die teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten.

Dem Vertrag können weitere AOKn beitreten, sofern sie gegenüber der KVB erklären, dass sie die außerbudgetären Vergütungen Anlage 9 „Vergütung“ im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Die KVB informiert die teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für Versicherte der beigetretenen AOK. Die Durchführung der Programme erfolgt durch die AOK Bayern.

(4) Sonderregelung für die IKK classic:

Dem Vertrag können weitere IKKn beitreten, sofern sie gegenüber der KVB und der IKK classic erklären, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß Anlage 9 „Vergütung“ im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Die KVB und die IKK classic werden von der beitretenden IKK informiert. Die KVB informiert die teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für Versicherte der beigetretenen IKK. Die Durchführung der Programme erfolgt durch die IKK classic.

(5) Teilnehmende Ärzte/Psychotherapeuten leiten die Informationen gemäß Abs. 3 Satz 2 und 4, Abs. 4 Satz 3 an bei ihnen angestellte Ärzte/Psychotherapeuten weiter.

Abschnitt II – Teilnahme von Ärzten, Psychotherapeuten und Einbindung von stationären Einrichtungen

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die Teilnahme der Ärzte und Psychotherapeuten an diesem Vertrag ist freiwillig. Sie ist nur mit Genehmigung der KVB zulässig.
- (2) Die Voraussetzungen zur Teilnahme als koordinierender Arzt erfüllen Ärzte, die die „Strukturqualität koordinierender Arzt“ nach Anlage 1 erfüllen.
- (3) Die Voraussetzungen zur Teilnahme als
 1. Facharzt für die Auftragsleistungen im Behandlungsprozess
 2. Psychotherapeut für das weitere postoperative Vorgehenerfüllen Ärzte/Psychotherapeuten, die die „Strukturqualität Auftragsleistung“ in Anlage 2 erfüllen.
- (4) Ärzte, die zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind, sind zur Teilnahme an diesem Vertrag berechtigt, soweit sie über die erforderliche Qualifikation verfügen und die maßgeblichen Leistungen von der Ermächtigung umfasst sind. Verfügt ein ermächtigter Arzt über eine Genehmigung, so begründet dies keinen Anspruch auf Erweiterung einer bestehenden Ermächtigung oder auf erneute Erteilung einer Ermächtigung.

- (5) Sollen die Leistungen in einer Vertragsarztpraxis oder in einem medizinischem Versorgungszentrum durch einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten erbracht werden, so muss der anstellende Arzt/Psychotherapeut über eine Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag für den angestellten Arzt/Psychotherapeuten verfügen sowie der angestellte Arzt/Psychotherapeut die Anforderungen an die Strukturqualität nach Maßgabe der Anlagen 1 und 2 dieses Vertrages in seiner Person erfüllen. Erfüllt allein der angestellte Arzt/Psychotherapeut die Voraussetzungen nach Satz 1, so ist nur er zur Leistungserbringung berechtigt. Entsprechendes gilt für einen Vertragsarzt/Psychotherapeuten, der in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig ist.
- (6) Die Voraussetzungen für die Berechtigung zur Teilnahme an diesem Vertrag sind jeweils arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Anforderungen, die sich auf eine bestimmte apparative Ausstattung und/oder auf organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen.

§ 4

Teilnahme von stationären Einrichtungen

Die Einbindung von stationären Einrichtungen wird in einem separaten Vertrag zwischen den Krankenkassen bzw. deren Verbänden und der BKG geregelt.

§ 5

Teilnahmeerklärung der Ärzte und Psychotherapeuten

- (1) Der Arzt/Psychotherapeut hat die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag unter Angabe der Funktion als koordinierender Arzt nach § 3 Abs. 2 und/oder als Arzt der zweiten Versorgungsebene nach § 3 Abs. 3 und/oder als Psychotherapeut nach § 3 Abs. 3 schriftlich bei der KVB mit einer Teilnahmeerklärung zu beantragen. Die Mindestinhalte dieser Teilnahmeerklärung sind in der Anlage 3 „Teilnahmeerklärung Arzt – Mindestinhalte“ aufgeführt.

Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung bestätigt der Antragsteller, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und verpflichtet sich zur Einhaltung der Bestimmungen dieses Vertrags.

- (2) Sollen die Leistungen durch einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten erbracht werden, so muss der Teilnahmeantrag von dem anstellenden Arzt/Psychotherapeuten gestellt werden. Der Teilnahmeantrag muss in diesem Fall die administrativen Daten (Name, Vorname, Betriebsstättennummer, Lebenslange Arztnummer) des anstellenden Arztes/Psychotherapeuten und die des angestellten Arztes/Psychotherapeuten enthalten. Für einen in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum angestellten Arzt/Psychotherapeuten muss der Teilnahmeantrag von dem Vertretungsberechtigten des medizinischen Versorgungszentrums gestellt werden. Entsprechendes gilt für einen Vertragsarzt/Psychotherapeuten, der in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig ist.
- (3) Dem Teilnahmeantrag sind die erforderlichen Nachweise beizufügen, soweit diese nicht bereits bei der KVB vorliegen. Für den angestellten Arzt/Psychotherapeuten muss der anstellende Arzt/Psychotherapeut den Nachweis über die Erfüllung der Strukturqualität führen. Entsprechendes gilt für einen Vertragsarzt/Psychotherapeuten, der in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig ist.

- (4) Die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag ist personen-, teilnahmestatus- und betriebsstättenbezogen. Ein entsprechender (neuer) Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag nach Maßgabe der Abs. 1 bis 3 ist daher jeweils auch erforderlich, wenn

- a) sich der Teilnahmestatus eines zur Teilnahme an diesem Vertrag berechtigten Arztes/Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung ändert oder
- b) die Tätigkeit an einer weiteren Betriebsstätte (im Rahmen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft oder in einer Filiale) ausgeübt werden soll.

Verlegt der Inhaber einer Teilnahmegenehmigung seinen Vertragsarztsitz i. S. d. § 25 Abs. 7 Ärzte-ZV, hat er der KVB schriftlich zu bestätigen, dass die betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen (hinsichtlich des nichtärztlichen Personals sowie die apparativen und räumlichen Voraussetzungen) in gleicher Weise auch in der neuen Praxis erfüllt sind. Gibt er diese Bestätigung nicht ab, endet die Teilnahme. Ein neuer Antrag nach Maßgabe der Abs. 1 bis 3 ist möglich.

Soll nach dem Ende des Anstellungsverhältnisses eines angestellten Arztes/Psychotherapeuten ein anderer angestellter Arzt/Psychotherapeut tätig werden, so ist die hierfür erforderliche Genehmigung nach Maßgabe der Abs. 1 bis 3 zu beantragen.

§ 6

Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die Prüfung der Voraussetzungen für die Teilnahme an diesem Vertrag entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß Anlage 1 und/oder Anlage 2 erfolgt durch die KVB. Sind diese erfüllt, erteilt die KVB die Genehmigung an den Antragsteller. Die KVB informiert die Krankenkassen(verbände) durch das Leistungserbringerverzeichnis über die Genehmigungserteilung.
- (2) Fordert die KVB von einem Arzt/Psychotherapeuten Nachweise bezüglich der Voraussetzungen für die Teilnahme an diesem Vertrag an, sind diese innerhalb der von ihr gesetzten Frist bei der KVB einzureichen. Anträge auf Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag können erst bearbeitet werden, wenn die erforderlichen Antragsunterlagen vollständig bei der KVB vorliegen.

§ 7

Beginn, Ende, Ruhen und Widerruf der Teilnahmegenehmigung

- (1) Die Berechtigung zur Teilnahme des Arztes/Psychotherapeuten an diesem Vertrag beginnt jeweils mit schriftlicher Erteilung der Genehmigung durch die KVB.
- (2) Für Ärzte/Psychotherapeuten, die bei einem Vertragsarzt oder bei einem medizinischen Versorgungszentrum angestellt sind, ist die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag dem anstellenden Arzt/Psychotherapeuten bzw. dem anstellenden medizinischen Versorgungszentrum zu erteilen. Entsprechendes gilt für Vertragsärzte/Psychotherapeuten, die in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind. Auch hier ist die Genehmigung dem medizinischen Versorgungszentrum zu erteilen.
- (3) Der Inhaber einer Teilnahmegenehmigung kann seine Teilnahme an diesem Vertrag kündigen. Die Kündigung muss schriftlich gegenüber der KVB erfolgen. Sie ist nur mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Ende eines Quartals zulässig.
- (4) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet
 - mit dem Ende dieses Vertrages,
 - mit dem Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,

- wenn die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 2, Abs. 3 oder Abs. 4 nicht oder nicht mehr vorliegen.
- (5) Darüber hinaus kann die KVB die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag widerrufen, wenn der Genehmigungsinhaber die ihm obliegenden Pflichten aus diesem Vertrag nicht erfüllt.
- (6) Endet das Anstellungsverhältnis eines angestellten Arztes/Psychotherapeuten bei einem zur Teilnahme an diesem Vertrag berechtigten Arzt/Psychotherapeuten, so endet die Genehmigung des anstellenden Arztes/Psychotherapeuten zur Teilnahme an diesem Vertrag mit dem Tag des Endes desselben.
- Das Gleiche gilt, wenn die Tätigkeit eines angestellten Arztes/Psychotherapeuten an einer genehmigten Nebenbetriebsstätte (Filiale) oder an einer genehmigten Betriebsstätte im Rahmen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft endet.
- Beendet ein Vertragsarzt/Psychotherapeut seine Tätigkeit in einem medizinischen Versorgungszentrum, so endet damit auch dessen auf die Person dieses Arztes bezogene Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag.
- Das Gleiche gilt, wenn die Tätigkeit eines Vertragsarztes/Psychotherapeuten in einem medizinischem Versorgungszentrum an einer genehmigten Nebenbetriebsstätte (Filiale) oder an einer genehmigten Betriebsstätte im Rahmen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft endet.
- (7) Ruht die Zulassung gemäß § 95 Abs. 5 SGB V, so ruht auch die Berechtigung zur Teilnahme an diesem Vertrag.
- (8) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Arztes, können die Krankenkassen den hiervon betroffenen Versicherten das Leistungserbringerverzeichnis gemäß § 9 zukommen lassen.

§ 8

Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- (1) Zu den Pflichten der nach § 3 Abs. 2 teilnahmeberechtigten koordinierenden Ärzte gehören insbesondere:
1. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer vertraglich eingebundener Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß der DMP-A-RL Anlage 3 Ziffer 1.9.,
 2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 15, Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach den Abschnitten VII und VIII,
 3. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 4. die Durchführung von intensivierten Patientinnengesprächen nach Abschnitt III,
 5. die vollständige und plausibilitätsgeprüfte elektronische Erfassung sowie Weiterleitung der Dokumentationsdaten per E-Mail oder gesicherter Datenleitung; soweit die Dokumentation nicht vollständig und plausibel weitergeleitet wurde, die nachträgliche Ergänzung fehlender Parameter auf Anforderung,
 6. bei Vorliegen der in der DMP-A-RL Anlage 3 genannten Indikationen eine Einweisung in eine qualifizierte stationäre Einrichtung, vorrangig entsprechend dem Krankenhausverzeichnis nach § 9. Dabei sind die individuellen Patientinneninteressen und

die regionale Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen sowie

7. bei Über-/Einweisung therapierelevante Informationen entsprechend § 10 bzw. der DMP-A-RL Anlage 3 an den mitbehandelnden Arzt/Psychotherapeuten zu übermitteln bzw. von diesem einzufordern.
- (2) Die Genehmigung berechtigt zur Teilnahme an diesem Vertrag und verpflichtet zur Erfüllung der obliegenden Pflichten. Sollen Leistungen in einer Vertragsarztpraxis oder in einem medizinischen Versorgungszentrum durch einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten erbracht werden, so ist dieser zur ordnungsgemäßen Leistungserbringung verpflichtet.
- (3) Der Genehmigungsinhaber ist verpflichtet, den Wegfall oder die Änderung von Teilnahmevoraussetzungen gegenüber der KVB unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Das gilt insbesondere für das Ende eines jeden Anstellungsverhältnisses mit ärztlichem Personal sowie für andere Änderungen in den Anstellungsverhältnissen, soweit diese für die Teilnahme an diesem Vertrag von Bedeutung sind.
- (4) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten, haftet der anstellende Arzt/Psychotherapeut oder das medizinische Versorgungszentrum für die Erfüllung der in diesem Vertrag geregelten Pflichten wie für die eigene Tätigkeit. Entsprechende arbeitsvertragliche Regelungen sollen sicherstellen, dass die Vertragsinhalte beachtet und umgesetzt werden. Für Vertragsärzte/Psychotherapeuten, die in einem medizinischem Versorgungszentrum tätig sind, haftet letzteres.
- (5) Die Betreuung der DMP-Patientinnen muss nach Maßgabe der in diesem Vertrag sowie der RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie den diese ergänzenden Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung festgelegten Regelungen durchgeführt werden.

§ 9

Verzeichnisse über Leistungserbringer, Psychotherapeuten sowie stationäre Einrichtungen

- (1) Über die an diesem Vertrag teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte/Psychotherapeuten gemäß § 3 führt die KVB ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten angestellten Ärzte und bei teilnehmenden Psychotherapeuten angestellte Psychotherapeuten, sofern sie Leistungen im DMP erbringen. Die KVB stellt dieses Verzeichnis den Krankenkassen und der beauftragten Datenstelle nach § 22 mit jeder Änderung insbesondere zu Eintritt und Austritt der Ärzte/Psychotherapeuten oder Änderung der Lebenslangen Arztnummer bzw. Betriebsstättennummer in elektronischer Form entsprechend der Anlage 8 unverzüglich zur Verfügung. Um die technische Umsetzung zu gewährleisten, kann an die beauftragte Datenstelle auch ein abweichendes Format geliefert werden.
- (2) Das Verzeichnis über teilnehmende Ärzte/Psychotherapeuten stellen die Krankenkassen dem BVA bei Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung ist dieses dem BVA alle fünf Jahre und auf Anforderung sowie ggf. auch weiteren Aufsichtsbehörden auf Anforderung in aktualisierter Form vorzulegen.
- (3) Die Krankenkassen führen zudem ein Verzeichnis der vertraglich eingebundenen Krankenhäuser, an die im Rahmen dieses Vertrags überwiesen werden sollte. Dieses stellen die Krankenkassen dem BVA bei Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung ist dieses dem BVA alle fünf Jahre und auf Anforderung sowie ggf. auch weiteren Aufsichtsbehörden auf Anforderung in aktualisierter Form vorzulegen.

- (4) Weiterhin werden die nach der ärztlichen Berufsordnung zulässigen Passagen aus den in Abs. 1 bis 3 genannten Verzeichnissen folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
1. den am Vertrag teilnehmenden Ärzten/Psychotherapeuten,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung,
 3. der KVB und
 4. der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BKG).
- (5) Die nach der ärztlichen Berufsordnung zulässigen Passagen aus den Verzeichnissen können z. B. in Mitgliederzeitschriften veröffentlicht werden.

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 10

Medizinische Anforderungen an das DMP Brustkrebs

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 3 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten werden nach Inkrafttreten einer Änderung der Anlage 3 DMP-A-RL unverzüglich über die geänderten Anforderungen an die Behandlung nach Anlage 3 der DMP-A-RL unterrichtet. Der teilnehmende Arzt/Psychotherapeut verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 insbesondere die für ihn maßgeblichen Versorgungsinhalte zu beachten.
- (2) Die medizinischen Anforderungen nach Abs. 1, welche die Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (3) Die Aufklärung der Patientin im Sinne der Anlage 3 der DMP-A-RL Ziffer 1.4.1 durch den koordinierenden Arzt erfolgt über Patientinnengespräche und zielgerichtete Patientinneninformationen. Als Grundlage dienen die nachstehend beschriebenen Informationsbausteine. Die Informationsbausteine umfassen schwerpunktmäßig folgende Bereiche:
1. Informationen über qualitätsgesicherte Behandlungsmaßnahmen und einzelfallbezogen in Betracht kommende Behandlungsalternativen,
 2. Informationen über das für die Patientin individuell sinnvolle Nachsorgekonzept inklusive geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen, Selbsthilfegruppen und psychosozialer Angebote.

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

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 11

Grundlage und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der DMP-A-RL § 2 geregelten Ziele.

§ 12

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen des DMP Brustkrebs Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 7 zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 2 Abs. 4 der DMP-A-RL insbesondere:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen für Versicherte und Leistungserbringer,
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Leistungserbringer gemäß § 3 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; ggf. ergänzt durch gemeinsame Aufarbeitung in strukturierten Qualitätszirkeln sowie
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten.
- (3) Für Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten, die die Krankenkassen auf Grund der Informationen aus dem Datensatz der Anlage 4 der DMP-A-RL durchführen (vgl. Anlage 5 „Brustkrebs-Dokumentation“), gelten folgende Bedingungen: Die Krankenkassen werden grundsätzlich schriftlich informieren. In der Gemeinsamen Einrichtung wird festgelegt, bei welchen Versichertenanschriften die Inhalte gemeinsam mit der KVB abgestimmt werden müssen. Die Inhalte der Versichertenschreiben auf Basis des Datensatzes der Anlage 4 der DMP-A-RL (vgl. Anlage 5 „Brustkrebs-Dokumentation“) werden zwischen den Krankenkassen und der KVB einvernehmlich geregelt.

Sofern die Krankenkassen einen persönlichen Kontakt mit der Versicherten aufnehmen möchten, z. B. weil von der Versicherten notwendige Termine nicht wahrgenommen worden sind, erfolgt vorab eine Rücksprache mit dem koordinierenden Arzt, ob eine Kontaktaufnahme aufgrund des Gesundheitszustandes der Patientin für unbedenklich gehalten wird.
- (4) Sollte eine individuelle Beratung auf Wunsch der Versicherten erfolgen, wird der koordinierende Arzt hierüber informiert, wenn die Versicherte dem zustimmt.
- (5) Zur Auswertung werden die in der Anlage 7 („Qualitätssicherung“) fixierten Indikatoren herangezogen.
- (6) Die Ergebnisse zu den vereinbarten Qualitätsindikatoren sind von den Vertragspartnern i. d. R. jährlich zu veröffentlichen (z. B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, Fachpresse oder Ärztezeitung).

§ 13

Maßnahmen gegen Leistungserbringer

- (1) Die Vertragspartner kommen überein, die folgenden unter Abs. 2 Nr. 2 und 3 geregelten Maßnahmen im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung nach §§ 32 und 33 abzustimmen. Die Wiedererteilung einer Teilnahmegenehmigung kann von in der die Gemeinsa-

me Einrichtung einvernehmlich festgelegten Auflagen abhängig gemacht werden (z. B. Hospitanz, Fortbildung).

- (2) Verletzt ein nach § 3 teilnehmender Arzt/Psychotherapeut die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, erfolgen im Einzelfall die nachstehenden Maßnahmen:
1. keine Vergütung für unvollständige oder unplausible Dokumentationen beim koordinierenden Arzt,
 2. Aufforderung durch die KVB zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen, ggf. Angebot eines Beratungsgespräches durch die KVB (z. B. bei fortgesetzter nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen) sowie
 3. bei Verletzungen der sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, auf begründeten Antrag eines Vertragspartners, Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KVB (Ausschluss).

Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 14

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die nachfolgenden Einschreibekriterien nach § 3 der DMP-A-RL erfüllt sind:
1. Die Diagnose gemäß der Anlage 3 der DMP-A-RL Ziffer 1.2 i. V. m. Ziffer 3.2 ist histologisch gesichert. Voraussetzung für die Einschreibung ist die histologische Sicherung eines Brustkrebses oder die histologische Sicherung eines lokoregionären Rezidivs oder eine nachgewiesene Fernmetastasierung des histologisch nachgewiesenen Brustkrebses. Die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt. Das alleinige Vorliegen einer nichtinvasiven lobulären Neoplasie rechtfertigt nicht die Aufnahme in strukturierte Behandlungsprogramme.
Nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose endet die Teilnahme am DMP Brustkrebs.
 2. Die Versicherte erteilt die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die Verarbeitung ihrer Daten sowie die Dauer der Aufbewahrung auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

3. Die Versicherte erhält umfassende, auch schriftliche Information

- über die Programminhalte,
- über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die jeweilige Krankenkassen übermittelt werden und von dieser im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können, und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
- über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele,
- über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme,
- über die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung,
- über ihre Mitwirkungspflichten sowie
- darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

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

(3) Die Teilnahme der Versicherten an dem DMP-Vertrag in der Fassung vom 12.06.2013 bleibt auch an diesem Vertrag bestehen. Eine erneute Einschreibung der Versicherten allein aufgrund der Neufassung ist nicht erforderlich.

§ 15

Information und Einschreibung

- (1) Der koordinierende Arzt gemäß § 3 Abs. 2 bzw. ggf. der angestellte Arzt informiert grundsätzlich entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV seine nach § 14 Abs. 1 teilnahmeinteressierten Patientinnen, insbesondere durch Patientinneninformation bestehend aus dem Merkblatt, der Datenschutzinformation und der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (siehe Anlagen 6a „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“, 6b „Datenschutzinformation Versicherte“ und 6c „Patientinnenmerkblatt“). Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 16 bei dem koordinierenden Arzt einschreiben. Die Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Sollte die Versicherte weitergehende Fragen hinsichtlich des Einschreibeprozesses haben, verweist sie der Arzt an die jeweilige Krankenkasse. Dies gilt insbesondere in Fragen des Datenschutzes.
- (2) Der koordinierende Arzt nach § 3 Abs. 2 informiert die Versicherte mit dem dringenden Verdacht auf Brustkrebs (nach Mammographie; ggf. Sonographie) darüber, dass sie bei ihrer Krankenkasse Informationsmaterial zum Thema Brustkrebs anfordern kann.
- (3) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise umfassend über das DMP und seine Teilnahmevoraussetzungen informieren. Dies geschieht insbesondere durch die Anlage 6c („Patientinnenmerkblatt“) sowie durch eine Liste der beteiligten Leistungserbringer gemäß Anlage 8 („Leistungserbringerverzeichnis“), welche die Versicherte auf Verlangen von den Krankenkassen erhält oder auf den Internetseiten der KVB einsehen kann. Die Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

- (4) Für die Einschreibung der Versicherten in das DMP müssen den Krankenkassen neben der unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 16 mit der schriftlichen Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt auch die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL (vgl. Anlage 5 „Brustkrebs-Dokumentation“) vorliegen.
- (5) Mit der Einschreibung in das DMP wählt die Versicherte ihren koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt nach § 3 an diesem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten gemäß § 16 sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß der Dokumentationsdaten an die Datenstelle entsprechend § 24 weitergeleitet wurden.
- (6) Die Versicherte kann sich auch bei ihrer Krankenkasse für das DMP anmelden. In diesem Fall wird die Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an einen von der Versicherten gewählten, koordinierenden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 4 erstellt und an die Datenstelle weitergeleitet werden können.
- (7) Nachdem der jeweiligen Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Abs. 4 vorliegen, bestätigt diese der Versicherten und dem koordinierenden Arzt die Teilnahme der Versicherten am DMP.
- (8) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Anlage 6c „Patientinnenmerkblatt“ sowie auf Verlangen durch Verzeichnisse über beteiligte Leistungserbringer gemäß § 9 umfassend über das DMP und seine Teilnahmevoraussetzungen informieren. Sie informieren darüber, in welcher Form auf Verlangen Verzeichnisse über die am Programm teilnehmenden Leistungserbringer gemäß § 9 zur Verfügung gestellt werden. Wenn die Versicherte an mehreren der in der RSAV sowie der diese ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung genannten Erkrankungen leidet, kann sie an verschiedenen DMP teilnehmen.

§ 16

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV (vgl. Anlage 6c „Patientinnenmerkblatt“) und der damit verbundenen Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung (vgl. Anlage 6b „Datenschutzinformation“) erklärt sich die Versicherte durch Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 6a „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung ein.

§ 17

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch ihre Krankenkasse gemäß § 15 Abs. 7 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 15 Abs. 4 erstellt wurde.
- (2) Die Teilnahme endet nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am DMP auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere zehn Jahre ab dem Zeitpunkt der jeweiligen histologischen Sicherung möglich.
- (3) Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am DMP auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich.

- (4) Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.
- (5) Die Versicherte kann ihre Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern sie keinen späteren Termin für ihr Ausscheiden bestimmt, mit Zugang des Schreibens bei ihrer Krankenkasse aus dem DMP aus.
- (6) Die Teilnahme der Versicherten am DMP endet weiterhin mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL, wenn ihre Krankenkasse eine Ausschreibung nach § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV vornimmt.
- (7) Die Teilnahme der Versicherten endet mit dem Tag
 1. der Aufhebung der Zulassung des Programms nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 2. des Zugangs des Widerrufsschreibens bei der zuständigen Krankenkasse bei Widerruf der Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung durch die Versicherte,
 3. der Kündigung der Teilnahme gegenüber der zuständigen Krankenkasse durch die Versicherte (sofern von der Versicherten kein späterer Termin für das Ausscheiden bestimmt wurde),
 4. des Kassenwechsels (Ausnahme: Liegt eine Unterbrechung der Zugehörigkeit der Versicherten zu einer Krankenkasse vor, die sich über nicht mehr als sechs Monate erstreckt, kann ihre Teilnahme am Programm aufgrund einer Folgedokumentation nach Anlage 4 der DMP-A-RL (vgl. Anlage 5 „Brustkrebs-Dokumentation“) fortgesetzt werden. Während der Unterbrechungszeit gilt § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV entsprechend.),
 5. des Endes des nachgehenden Leistungsanspruchs gemäß 20 Abs. 2, 3 SGB V,
 6. der letzten gültigen Dokumentation bei Wegfall der Einschreibe-/Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV, wenn die Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt oder wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 4 der DMP-A-RL nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV (zehn Kalendertage nach Ablauf des Dokumentationszeitraums) genannten Frist übermittelt worden sind.
- (8) Die Krankenkasse informiert die Versicherte und den koordinierenden Arzt unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden der Versicherten aus dem DMP sowie das Datum des Ausscheidens.
- (9) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 14 vorliegen.

§ 18

Wechsel des koordinierenden Arztes

Es steht der Versicherten frei, ihren koordinierenden Arzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation gemäß des Datensatzes der Anlage 4 der DMP-A-RL (vgl. Anlage 5 „Brustkrebs-Dokumentation“) und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 22.

Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.

Der bisher koordinierende Arzt verpflichtet sich, bei einem Arztwechsel der Versicherten dem neuen koordinierenden Arzt eine Kopie der Behandlungsunterlagen und der Dokumentationsdaten auszuhändigen, sofern die Versicherte schriftlich zustimmt.

§ 19

Versichertenverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KVB auf Anforderung der KVB eine Liste mit den Krankenversichertennummern für die gemäß § 14 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

Abschnitt VI – Fortbildung und Information

§ 20

Teilnahmeberechtigte Ärzte/Psychotherapeuten

- (1) Die Vertragspartner stimmen einvernehmlich die Ziele und Inhalte des Praxismanuals bzw. der Arztinformationen nach der Anlage 3 der DMP-A-RL, Ziffer 4.1 ab. Die KVB informiert die teilnahmeberechtigten Ärzte/Psychotherapeuten gemäß § 3 umfassend über diese abgestimmten Ziele und Inhalte des DMP Brustkrebs. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte/Psychotherapeuten bestätigen den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5. Teilnehmende Ärzte/Psychotherapeuten leiten die Informationen nach Satz 2 an angestellte Ärzte/Psychotherapeuten weiter.
- (2) Die gemäß Anlagen 1 und 2 geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVB durch Einreichung des Fortbildungszertifikats nachzuweisen. Die Anforderungen an die Fortbildungsmaßnahmen definiert die KVB. Die Fortbildung der Ärzte/Psychotherapeuten erfolgt richtlinienkonform.
- (3) Informationen der teilnahmeberechtigten Ärzte/Psychotherapeuten gemäß § 3 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Fortbildungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten insbesondere bezüglich der sektor-übergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die DMP. Die KVB setzt die Krankenkassen über die jeweiligen DMP-Inhalte der regelmäßigen vertragsärztlichen DMP-Fortbildungsveranstaltungen vorab in Kenntnis und berücksichtigt in der Fortbildungsveranstaltung sowohl Anpassungen der Managementkomponenten als auch der Anlage 3 der DMP-A-RL.

§ 21

Versicherte

Die Krankenkassen informieren anhand der Patientinneninformation, bestehend aus dem Merkblatt, der Datenschutzinformation und der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (siehe Anlagen 6a „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“, 6b „Datenschutzinformation“ und 6c „Patientinnenmerkblatt“) ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP Brustkrebs sowie über die mit der Teilnahme verbundene Datenverarbeitung. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.

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

§ 22 Datenstelle

- (1) Die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 30 beauftragen eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit
1. der Entgegennahme der Dokumentationsdaten,
 2. der Erfassung der Dokumentationsdaten,
 3. der Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität und der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
 4. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten mit Versichertenbezug und Arztbezug an die jeweilige Krankenkasse,
 5. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVB,
 6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nach § 32,
 7. der Entgegennahme der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten und Weiterleitung an die Krankenkassen,
 8. der Berücksichtigung des jüngsten Erstellungs-/Unterschriftsdatums bei den eingehenden Dokumentationsdaten (zur Einschreibung) und
 9. dem Versand einer Auflistung der vom koordinierenden Arzt eingegangenen Dokumentationsdaten.

Das Nähere regeln die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen. Grundsätzlich können die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft die Datenstelle mit weiteren Aufgaben beauftragen. Sobald eine entsprechende Beauftragung vorgenommen wird, werden die hierzu nach Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X notwendigen Verträge dem BVA unmittelbar übermittelt.

- (2) Die Teilnahmeerklärung des koordinierenden Arztes gemäß § 3 beinhaltet dessen Genehmigung der Datenverarbeitung durch die beauftragte DMP-Datenstelle. Damit beauftragt er die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen.
- (3) Nach Beauftragung dieser Datenstelle teilt die KVB den bereits teilnehmenden koordinierenden Ärzten gemäß § 3 Name und Anschrift der beauftragten DMP-Datenstelle mit.

§ 23

Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 4 der DMP-A-RL (vgl. Anlage 5 „Brustkrebs-Dokumentation“) aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach der Anlage 3 der DMP-A-RL, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach § 2 der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Information der Versicherten und Leistungserbringer nach § 4 der DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 der DMP-A-RL genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Der koordinierende Arzt legt in den Dokumentationen gemäß der Dokumentationsdaten entsprechend der Ausprägung des Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (innerhalb der ersten fünf Jahre mindestens jedes zweite Quartal, ab dem sechsten Jahr mindestens jedes vierte Quartal) für die jeweilige Versicherte maßgeblich ist. Abweichend davon werden Patientinnen mit Einschreibung wegen Fernmetastasen oder im Verlauf einer bestehenden Teilnahme auftretender Fernmetastasen über den gesamten Teilnahmezeitraum ab der diagnostischen Sicherung der Fernmetastasen mindestens jedes zweite Quartal dokumentiert. Bei Auftreten eines neuen Ereignisses (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) erfolgt die Dokumentation innerhalb der nachfolgenden fünf Jahre nach histologischer Sicherung des jeweils neu aufgetretenen Ereignisses mindestens jedes zweite Quartal.

§ 24

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 Abs. 2 teilnehmende koordinierende Arzt
 1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten mit der schriftlichen Bestätigung der gesicherten Diagnose binnen zehn Kalendertagen nach dem Ausfüllen und Unterzeichnen, jedoch spätestens mit der Einsendung der Erstdokumentation,
 2. die vollständige Erst- und Folgedokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL (vgl. Anlage 5 „Brustkrebs-Dokumentation“) mit Versichertenbezug und Leistungserbringerbezug quartalsbezogen innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist (spätestens zehn Kalendertrage nach Ende des Dokumentationszeitraums)

an die Datenstelle übermittelt.

Die KVB wirkt darauf hin, dass die Dokumentationsdaten zeitnah nach DMP-Leistungserbringung zur Datenstelle übermittelt werden.

Der koordinierende Arzt nach § 3 Abs. 2 vergibt für jede Versicherte eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Zeichen (Zahlen und/oder Buchstaben) bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für eine Patientin verwendet werden.

Die Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.

- (2) Der koordinierende Arzt nach § 3 Abs. 2 ist zur vollständigen und plausibilitätsgeprüften elektronischen Dokumentation verpflichtet. Er hält ab dem Zeitpunkt seiner Teilnahme die dafür erforderlichen technischen und organisatorischen Voraussetzungen vor. Die DMP-Doku-Daten sind der ArGe DMP-Datenstelle Bayern elektronisch zu übermitteln. Folgende Übertragungskanaäle sind möglich: Bis 30.06.2019 per E-Mail (Verschlüsselung der

DMP-Dokumentationen mit der von der KBV zertifizierten Software), mit OPAL (Dokumentieren), mit ONDES (Dateien einreichen) sowie ab 01.01.2019 mit KV-Connect.

- (3) Die Softwareprogramme, die der koordinierende Arzt nach § 3 Abs. 2 zur Erfassung und Plausibilisierung der Daten einsetzt, müssen von der KBV zertifiziert sein.

§ 25 Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbezieh-
baren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen des § 22 wahrnehmen und hier-
für besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten.

§ 26 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Arztes übermittelten perso-
nenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten (vgl. Anlage 5 „Brustkrebs-Dokumentation“) werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVB und die Gemein-
same Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die Datenstelle archiviert die nach § 24 Abs.
1 übermittelten Originaldokumente, sofern diese nicht an die jeweilige Krankenkasse weiterge-
leitet wurden und Daten gemäß den jeweils gültigen gesetzlichen Vorgaben der Richtlinien
des G-BA zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGBV.
Sie werden nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums
von sechs Monaten von der Datenstelle gelöscht.

Die Verpflichtung zur Datenlöschung bleibt von einer Beendigung des Vertrages unberührt, für
sie gilt die Erfüllung vertraglicher und gesetzlicher Vorgaben.

Generell muss für die Archivierung gelten, dass die Dokumentationen bzw. Datensätze so zu
archivieren sind, dass die Krankenkassen sie jederzeit und kurzfristig für Prüfzwecke der Auf-
sichtsbehörde zur Verfügung stellen können.

Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen, die KVB und die Gemeinsame Einrichtung

§ 27 Datenfluss

Die Datenstelle übermittelt:

1. bei einer Ersteinschreibung die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versiche-
ten sowie die Erst-Dokumentationsdaten sowie bei einer Folgedokumentation die Do-
kumentationsdaten mit Versicherten- und Arztbezug an das DMP-Datenzentrum der
jeweiligen Krankenkasse und
2. bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten mit Arztbezug und
pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nach § 32 und
die KVB sowie
3. die für Abrechnungszwecke erforderlichen Arzt- und Versichertendaten an die KVB.

§ 28 Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, die KVB und das DMP-Datenzentrum der jeweiligen 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.

§ 29 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten und Dokumente werden von den Krankenkassen, der KVB und der Gemeinsamen Einrichtung gemäß den jeweils gültigen gesetzlichen Vorgaben der Richtlinien des G-BA zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGBV, aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten gelöscht.

Die Verpflichtung zur Datenlöschung bleibt von einer Beendigung des Vertrages unberührt, für sie gilt die Erfüllung vertraglicher und gesetzlicher Vorgaben.

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

§ 30 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

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

§ 31 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 S. 1 Nr. 1 Buchstaben a und c RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVB und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X und den Vorschriften der DSGVO (insb. Art. 28 DSGVO) die Datenstelle gem. § 22 mit der Durchführung der in den in § 22 Abs. 1 und 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 32 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 S. 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag.

§ 33

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
 1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß § 2 der DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten,
 3. die Durchführung des arztbezogenen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten,
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 6 der DMP-A-RL,
 5. die Beratung der KVB im Hinblick auf die Teilnahme und den Ausschluss der Ärzte nach § 3 auf Basis des § 5 und der Anlage 3 der DMP-A-RL. ,
 6. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Erinnerung und Qualitätssicherung (vgl. Anlage 7) sowie
 7. die Abstimmung der Vertragsmaßnahmen nach § 13.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des Art. 28 DSGVO und des § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung von Aufgaben in Zusammenhang mit den in Abs.1 Nr. 3 und 4 genannten Maßnahmen sowie zur Durchführung weiterer Maßnahmen beauftragen. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.
- (3) Wechselt eine Patientin zur Koordination von einem niedergelassenen Arzt zu einem Krankenhausarzt, so ist die Gemeinsame Einrichtung dazu verpflichtet, die bisher erfassten Dokumentationsdaten der Patientin zur Qualitätssicherung an das Datenannahmезentrum der jeweiligen Krankenkasse weiterzuleiten. Bei einem Wechsel von einem Krankenhausarzt zu einem niedergelassenen Arzt sind die Dokumentationsdaten der Patientin vom Datenannahmезentrum der jeweiligen Krankenkasse an die Gemeinsame Einrichtung zur Qualitätssicherung weiterzuleiten.

Abschnitt X – Evaluation

§ 34

Evaluation

- (1) Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der Anlage 3 der DMP-A-RL Ziffer 5 sowie der jeweils gültigen Evaluationskriterien. Für die vorgesehene Stichprobenbefragung werden die Krankenkassen ein Adressermittlungsverfahren vorsehen.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut vom DMP-Datenzentrum der jeweiligen Krankenkassen und der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.

- (3) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die medizinischen Dokumentationsdaten nach § 5 DMP-A-RL sowie die für die Darstellung der nach Abs. 3 Nr. 3 Buchstabe c II und III DMP-A-RL erforderlichen administrativen Daten.

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

§ 35

Ärztliche Leistungen

- (1) Die Vergütungen der ärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung sowie den jeweils gültigen gesamtvertraglichen Regelungen, soweit in diesem Vertrag keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Zudem gelten die jeweils gültigen Abrechnungsbestimmungen der KVB, soweit in diesem Vertrag keine davon abweichende Regelung getroffen wird.
- (2) Die Abrechnung der in Anlage 9 „Vergütung“ beschriebenen Leistungen bedarf der personen- und betriebsstättenbezogenen Genehmigung durch die KVB. Die Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Ärzte beginnt mit schriftlicher Erteilung der Genehmigung durch die KVB an den Vertragsarzt, den anstellenden Arzt, wenn dieser durch einen angestellten Arzt am Programm teilnimmt bzw. das MVZ, wenn dieses durch einen angestellten Arzt oder einen Vertragsarzt im MVZ am Programm teilnimmt. Die Abrechnung gegenüber der KVB erfolgt durch den am Vertrag teilnehmenden Arzt/Psychotherapeuten.
- (3) Anstellende Ärzte/Psychotherapeuten rechnen ggf. gegenüber der KVB auch die Leistungen ihres angestellten Arztes/Psychotherapeuten ab, wenn der angestellte Arzt/Psychotherapeut einen Nachweis seiner fachlichen Qualifikation zur Erbringung der entsprechenden Leistungen von der KVB erhalten hat.
- (4) Der Leistungserbringer kennzeichnet die von ihm erbrachten Leistungen mit seiner LANR und der BSNR derjenigen Betriebsstätte, in der die Leistungen erbracht wurden.
- (5) Die Entwicklung der Leistungsmenge der am Vertrag teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten wird jährlich durch die Vertragspartner gemeinsam analysiert.

§ 36

Sondervergütung

- (1) Die teilnehmenden Vertragsärzte erhalten eine Sondervergütung für Einschreibung, Dokumentation und Beratungsgespräche. Diese ist in der Anlage 9 „Vergütung“ geregelt.
- (2) Die zusätzliche Vergütung der zweiten Versorgungsebene durch die nach § 3 Abs. 3 teilnehmenden Fachärzte erfolgt durch Zuschläge zu den vergüteten EBM-Leistungen im Rahmen der Behandlung von Brustkrebspatientinnen und ist in der Anlage 9 „Vergütung“ geregelt.
- (3) Die zusätzliche Vergütung der zweiten Versorgungsebene durch die nach § 3 Abs. 3 teilnehmenden Psychotherapeuten erfolgt durch Festbeträge für vereinbarte Abrechnungsziffern und ist in der Anlage 9 „Vergütung“ geregelt.
- (4) Die Vertragspartner vereinbaren, dass die jeweilige Anlage K zum Gesamtvertrag gem. § 83 SGB V, Abschnitt IV. „Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen im Rahmen des Disease Management Programms Brustkrebs nach § 137f SGB V“ zwischen der AOK Bayern und der KVB sowie der IKK classic und der KVB und die einzelnen Verträge über die Vergütung von Leistungen im Zusammenhang mit Disease-Management-Programmen zwischen dem BKK Landesverband Bayern und der KVB, der

KNAPPSCHAFT und der KVB sowie dem vdek und der KVB mit Wirkung zum 01.10.2018 in die Anlage 9 „Vergütung“ zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Brustkrebs überführt. Die bisherige Anlage K und die bisherigen Verträge, Abschnitt IV. „Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen im Rahmen des Disease Management Programms Brustkrebs nach § 137f SGB V“ sind gegenstandslos.

- (5) Die KVB weist die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten/Psychotherapeuten in den Abrechnungsunterlagen gesondert aus. Änderungen des EBM sowie der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung gelten ab Inkrafttreten für die relevanten Abrechnungsziffern dieses Vertrages. Notwendige Anpassungen sind vorzunehmen. Die Abrechnung der vorgenannten Leistungen seitens der KVB an die Krankenkassen kann bei Nachträgen mit den jeweiligen Quartalsabrechnungen erfolgen.
- (6) Alle in der Anlage 9 aufgeführten Leistungen erfolgen gemäß des Beschlusses des (Erweiterten) Bewertungsausschusses in seiner jeweils gültigen Fassung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Sie werden in Formblatt 3, Kontenart 404, Kapitel 84, Abschnitt DMP Brustkrebs erfasst. Die abgerechneten Leistungen und deren Häufigkeit werden gesondert ausgewiesen.

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

§ 37

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung muss gewährleistet sein.
- (2) Die Leistungserbringer/Psychotherapeuten verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen an der medizinischen Versorgung der Patientinnen Beteiligten, bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten geltenden Vorschriften der DSGVO, des §22 BDSG und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung (SGB X) zu beachten. Sie haben hierzu die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1 und 2 DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Die Leistungserbringer/Psychotherapeuten verpflichten sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (4) Die Leistungserbringer/Psychotherapeuten sind gemäß Art. 9 Abs. 3 DSGVO verpflichtet für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.

§ 38

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die KVB liefert die Daten gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V auf der Grundlage des zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bun-

des vereinbarten geschlossenen Vertrags über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

- (2) Die KVB informiert die Krankenkassen über den Beginn der Teilnahme.
- (3) Durch die KVB erfolgt einmal im Kalenderjahr eine Überprüfung der Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 1 und/oder Anlage 2.
- (4) Die KVB informiert die Krankenkassen über das Ausscheiden eines Arztes/Psychotherapeuten.

§ 39

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2018 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt den DMP-Vertrag vom 12.06.2013. Dieser Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende von jedem Vertragspartner schriftlich gekündigt werden. Die Vertragspartner verständigen sich jeweils nach drei Jahren über die weitere Ausgestaltung des Vertrags.
- (2) Die Anlage K zum Gesamtvertrag gem. § 83 SGB V sowie die weiteren Verträge, jeweils Abschnitt IV., über die Vergütung von Leistungen im Zusammenhang mit Disease-Management-Programmen zwischen den Krankenkassen und der KVB werden zum 01.10.2018 in die Anlage 9 „Vergütung“ zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Brustkrebs überführt und von diesem Vertrag ersetzt.
- (3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV sowie der diese ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich vorgenommen werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V sind zu beachten.
- (4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei ökonomisch-relevanter Änderung oder Wegfall der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms nach § 137g Abs. 3 SGB V kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- (5) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Inhalte sowie jede Änderung eines Vertrages mit den stationären Einrichtungen nach § 4 der KVB mitgeteilt werden. Sofern sich die Vertragsänderung auf wesentliche Grundaspekte des Programms bezieht, erhält die KVB die Möglichkeit, den Vertrag mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende zu kündigen.
- (6) Ärzte, die am 30.09.2018 über eine Genehmigung auf der Grundlage des DMP-Vertrages vom 12.06.2013 verfügt haben, behalten diese im Rahmen des am 30.09.2018 bestehenden Genehmigungsumfangs.

§ 40

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.

§ 41
Salvatorische Klausel

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

München, den 14.09.2018

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

München, den 14.09.2018

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

München, den 14.09.2018

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Der Leiter der vdek - Landesvertretung Bayern

München, den 14.09.2018

BKK Landesverband Bayern

München, den 14.09.2018

KNAPPSCHAFT

- Regionaldirektion München -

München, den 14.09.2018

IKK classic