

# **V E R T R A G**

**über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung  
der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen  
gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V vom 10.08.2004  
- in der Fassung vom 28.09.2018 -**

**zwischen**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen**

vertreten durch die 1. Vorsitzende  
Frau Dr. med. Annette Rommel  
(im Folgenden „KVT“ genannt)

**und**

**der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.**

vertreten durch den Vorstand,  
dieser hier vertreten durch  
Herrn Wolfgang Karger,

**dem BKK Landesverband Mitte,**  
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover,

**der IKK classic,**

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau  
(SVLFG),**

als Landwirtschaftliche Krankenkasse,

**der KNAPPSCHAFT,**  
**- Regionaldirektion Frankfurt/Main -,**

**und**

**den nachfolgend benannten Ersatzkassen**

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

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

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Erläuterungen**

#### **Präambel**

#### **Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich**

- § 1 Ziele des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich

#### **Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer**

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

#### **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

- § 9 Medizinische Anforderungen an das DMP Brustkrebs

#### **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12 Durchführung der Qualitätssicherung
- § 13 Verstoß gegen Ziele des DMP Brustkrebs

#### **Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

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

#### **Abschnitt VI – Schulungen und Informationen**

- § 20 Leistungserbringer
- § 21 Versicherte

## **Abschnitt VII – Dokumentation und allgemeingültige Datenschutzbestimmung**

- § 22 Erst- und Folgedokumentation
- § 23 Datenverwendung und -zugang
- § 24 Datenaufbewahrung und –löschung innerhalb der Datenstelle
- § 25 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

## **Abschnitt VIII – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung**

- § 26 Allgemeine Datenflussregelung
- § 27 Bildung und Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V
- § 28 Bildung und Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

## **Abschnitt IX – Datenfluss über eine durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die teilnehmenden Vertragsärzte beauftragte Datenstelle**

- § 29 Datenstelle
- § 30 Datenflüsse über die Datenstelle
- § 31 Datennutzung durch die Krankenkassen
- § 32 Datennutzung durch die KVT

## **Abschnitt X – Evaluation**

- § 33 Evaluation

## **Abschnitt XI – Abrechnung und Vergütung**

- § 34 Abrechnung und Vergütung

## **Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen**

- § 35 Datenlieferung durch die KVT
- § 36 Laufzeit und Kündigung
- § 37 Schriftform
- § 38 Salvatorische Klausel

## **Anlagen**

- Anlage 1 Strukturqualität der Vertragsärzte/MVZ gemäß § 3 Abs. 2
- Anlage 2 Strukturqualität stationärer Einrichtungen gemäß § 4
- Anlage 3 Strukturqualität für Auftragsleistungen
- Anlage 4 Teilnahmeerklärung des Arztes/der Einrichtung
- Anlage 4a Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Arztes/der Einrichtung
- Anlage 5 Gesprächsinhalte
- Anlage 6 Versorgungsinhalte
- Anlage 7a Dokumentationsparameter für Erstdokumentationen
- Anlage 7b Dokumentationsparameter für Folgedokumentationen
- Anlage 8 Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Information zum Datenschutz und Patienteninformation
- Anlage 9 Qualitätssicherung
- Anlage 10a Leistungserbringerverzeichnis – ambulant
- Anlage 10b Leistungserbringerverzeichnis – Veröffentlichung
- Anlage 10c Leistungserbringerverzeichnis – stationär
- Anlage 11 unbesetzt

## Erläuterungen

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

„Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt.

„ARGE“ ist eine Arbeitsgemeinschaft i. S. d. § 27.

„BVA“ ist das Bundesversicherungsamt.

„Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 29.

„DMP“ ist das Disease-Management-Programm.

„DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie.

„DMP-AF-RL“ ist die DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie.

„Dokumentationsdaten“ sind die in Anlage 4 der DMP-A-RL aufgeführten Daten (Anlage 7a/b).

„DSGVO“ ist die Datenschutzgrundverordnung.

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V.

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. § 28.

„Koordinierender Vertragsarzt/Facharzt“ sind weibliche und männliche Vertragsärzte i. S. d. § 3.

„Krankenhäuser“ sind Einrichtungen i. S. d. § 4.

„Krankenkassen“ sind die im Rubrum aufgeführten Krankenkassen.

„KVT“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen.

„Leistungserbringer“ sind Ärzte/Fachärzte, ermächtigte Ärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) i. S. d. § 3, Krankenhäuser i. S. d. § 4 sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen; aus dem Kontext kann sich eine Einschränkung auf Leistungserbringer gemäß §§ 3 ff. ergeben.

„Rehabilitationseinrichtungen“ sind Einrichtungen i. S. d. § 4.

„RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichverordnung.

„Versicherte“ sind weibliche Versicherte.

„Vertragsärzte“ sind – ggf. anstellende – Vertragsärzte und Vertragsärztinnen.

„Vertragsregion“ ist entsprechend § 2 Abs. 1 Nr. 1 der Geltungsbereich der KVT.

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

## **Präambel**

Der Vertrag zur Umsetzung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen wird mit Wirkung zum 01.10.2018 wie folgt neu gefasst:

In Ergänzung des aktuellen Versorgungsangebotes – einschließlich der Regelungen zum Mammographie-Screening – wird im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) eine interdisziplinäre, berufs- und sektorenübergreifende Behandlung gewährleistet. Auf der Grundlage des § 83 SGB V wird im Rahmen des nachfolgend beschriebenen Vertrages gemäß § 137f SGB V eine patientinnen- und qualitätsorientierte Begleitung der Frauen durch die an der Behandlung beteiligten Vertragsärzte/stationären Einrichtungen und durch eine auf den Behandlungsverlauf bezogene Dokumentation vereinbart; angestrebt wird die Erstellung einer bereichsübergreifenden Längsschnittdokumentation. Den an Brustkrebs erkrankten Frauen wird besonders durch individuelle Beratung und Informationen die Möglichkeit gegeben, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.

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

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

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL sowie der nachfolgenden Änderungen der DMP-A-RL einschließlich der 8. Änderung (Beschluss vom 20.04.2017).

Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL und der RSAV gewährleistet.

Die Regelungen für die Indikation Brustkrebs sind insbesondere in den Anlagen 3 und 4 der DMP-A-RL sowie in der RSAV festgelegt.

## **Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich**

### **§ 1 Ziele des Vertrages**

- (1) Ziel des Vertrages ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP Brustkrebs im Bereich der KVT. Über dieses DMP soll unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Brustkrebs, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen, gewährleistet werden, um die Versorgung der Patientinnen zu optimieren. Qualifizierte Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe spielen als DMP-verantwortliche Vertragsärzte eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses DMP.
  
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV sowie in den Anlagen 3 und 4 der DMP-A-RL festgelegt. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die am DMP Brustkrebs teilnehmenden Versicherten insbesondere folgende Therapieziele gemäß Anlage 3 Nummer 1.4 der DMP-A-RL an:
  - 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.
  - Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen,
  - Verbesserung des operativen Standards, insbesondere im Hinblick auf eine nachhaltige Senkung der Anzahl der Brustamputationen durch Erhöhung des Anteils brusterhaltender Operationen,
  - Verbesserung der Standards der adjuvanten Therapie durch Anwendung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
  - Hilfestellung durch ein strukturiertes Begleitungs- und Beratungsangebot im psychosozialen Bereich, um Auswirkungen und Folgezustände im Zusammenhang mit der Krebserkrankung zu lindern, damit Patientinnen die individuell empfundene Gefährdung ihrer Gesundheit besser verarbeiten können,
  - eine umfassende Nachsorge, insbesondere im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation,
  - das frühzeitige Erkennen eines lokoregionären Rezidivs bzw. eines kontralateralen Tumors,
  - die Unterstützung der Patientin in der Umsetzung der empfohlenen und vereinbarten Therapie und die Einleitung geeigneter vorbeugender Maßnahmen sowie das frühzeitige Erkennen von Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Therapie.

## **§ 2 Geltungsbereich**

- (1) Dieser Vertrag gilt für:
1. Vertragsärzte im Bereich der KVT sowie Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V und Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V in der Region der KVT, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben.
  2. Ärzte, die bei den in Nr. 1 genannten Leistungserbringern gemäß § 95 Abs. 2 oder 9 SGB V angestellt sind, sofern diese angestellten Ärzte Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen und für sie nach Maßgabe des Abschnitts II diese Leistungserbringung erklärt wurde.
  3. die Behandlung von Versicherten der beteiligten Krankenkassen im Bereich der KVT, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.
  4. die Behandlung von Versicherten der BKKn (die ihre Teilnahme am DMP erklärt haben), die einen nach Maßgabe des Abschnitts II teilnehmenden Vertragsarzt in Thüringen aufsuchen und sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben. Die Durchführung des Programms erfolgt durch die jeweilige BKK.
  5. die Behandlung von Versicherten aller AOKn im Bundesgebiet. Die Bevollmächtigung der AOK PLUS durch die anderen AOKn wurde für alle DMP-Verträge erteilt.
  6. außerthüringische Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der KVT und der IKK classic erklären und die Vergütung gemäß § 34 anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche Regelungen oder Vorschriften gelten. Die KVT informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (2) Dem Vertrag können weitere Krankenkassen beitreten, sofern sie dies gegenüber den Vertragspartnern erklären und sie die vereinbarten Vergütungsregelungen gemäß § 34 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Die KVT informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (3) Krankenhausträger können diesem Vertrag beitreten, wenn die stationären Einrichtungen, für die sie handeln, die Voraussetzungen nach § 4 erfüllen und die in diesem Vertrag genannten Aufgaben des stationären Versorgungssektors übernehmen.
- (4) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV, die DMP-AF-RL und die DMP-A-RL. Die Anlagen dieses Vertrages, welche die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentationen betreffen, entsprechen wortgleich den Anlagen 3 und 4 der DMP-A-RL. Näheres hierzu regelt § 36 Abs. 2.

### **Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer**

#### **§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungssektors**

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte und Einrichtungen an diesem DMP ist freiwillig.



- (2) Teilnahmeberechtigt als koordinierender Vertragsarzt sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und zugelassene MVZ, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.
- (3) Die Strukturqualität müssen der Vertragsarzt gegenüber der KVT und sonstige Einrichtungen gegenüber der AOK PLUS zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVT nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVT vom anstellenden Arzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des – der Anlage 4 beigefügten – Formulars (Anlage 4a „Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Arztes/der Einrichtung“) mitgeteilt.
- (5) Zur Sicherstellung einer ausreichenden wohnortnahen Versorgung ist eine Teilnahme durch die Fachärzte für Innere Medizin (Onkologen) als DMP-verantwortlicher Arzt – durch Anerkennung der KVT nach Abstimmung in der Gemeinsamen Einrichtung – im Ausnahmefall möglich, wenn diese die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 des DMP-Vertrages – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.
- (6) Zu den Aufgaben der nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gehören insbesondere:
  1. die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
  2. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer vertraglich eingebundener Leistungserbringer, unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
  3. die Durchführung von intensivierten Patientinnengesprächen nach Abschnitt III. Soweit Brustkrebs im Rahmen des Mammographie-Screenings festgestellt wurde, erfolgt das intensivierte Patientinnengespräch in Abstimmung mit dem Programmverantwortlichen Vertragsarzt der Screening-Einheit,
  4. die Information an die Versicherte, dass die Krankenkasse auf Wunsch ergänzende Beratungsangebote und Informationsmaterialien vorhält. Auf Wunsch der Versicherten können durch den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt bei den teilnehmenden Krankenkassen weitere Informationen zum Thema „Brustkrebs“ angefordert werden,
  5. die Information, Beratung und Einschreibung der Patientinnen gemäß § 15 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII,
  6. die vollständige Dokumentation entsprechend Anlage 4 der DMP-A-RL; soweit diese nicht ausreichend ausgefüllt weitergeleitet wurde, die nachträgliche Ergänzung fehlender Parameter auf Anforderung,

7. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
8. die Überweisung per Auftragsleistung an andere Leistungserbringer entsprechend Anlage 3 zur weiterführenden Diagnostik und Therapie. Eine stationäre Einweisung insbesondere zur Primärtherapie muss unter Berücksichtigung der individuellen Patientinneninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur an stationäre Einrichtungen erfolgen, die im Rahmen des § 4 teilnehmen.
9. bei Überweisung an andere Leistungserbringer therapierrelevante Informationen entsprechend § 9 zu übermitteln bzw. von diesen Leistungserbringern therapierrelevante Informationen einzufordern.

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

#### **§ 4**

##### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors**

- (1) Die Beteiligung der stationären Einrichtungen an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind stationäre Einrichtungen, soweit sie zu Beginn der Teilnahme und fortlaufend die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 (Regelung zu fachlichen, personellen und insbesondere der interdisziplinären Zusammenarbeit) erfüllen.
- (3) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten stationären Einrichtungen gehören insbesondere:
  1. die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte, insbesondere die Beratung der Patientin im Hinblick auf ein zweizeitiges Vorgehen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Versicherten,
  2. die Durchführung eines intensivierten Beratungsgesprächs, unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Patientin, zwischen der histologischen Sicherung der Diagnose (z. B. mittels Biopsie) und der operativen Therapie, insbesondere im Hinblick auf die Darstellung der Vor- und Nachteile und Risiken der unterschiedlichen Operationsverfahren sowie eines Beratungsgesprächs nach operativer Therapie im Hinblick auf die adjuvante Therapie,
  3. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  4. die interdisziplinäre Zusammenarbeit entsprechend Anlage 2,
  5. die Rücküberweisung der Patientin an den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt nach § 3 Abs. 2 unter zeitnaher Weitergabe (spätestens am zweiten Werktag nach der Entlassung) therapierrelevanter Informationen,

6. die Information und Beratung der Patientin zum DMP Brustkrebs. Soweit die Patientin bisher nicht von einem entsprechenden Vertragsarzt betreut wurde, gehört weiterhin die Beratung der Patientin im Hinblick auf die Notwendigkeit der Auswahl eines nachbehandelnden DMP-verantwortlichen Vertragsarztes nach § 3 Abs. 2 zu den Aufgaben. Bei Wunsch der Teilnahme am DMP Brustkrebs durch die Patientin erhält der gewählte DMP-verantwortliche Vertragsarzt die für die Einschreibung notwendigen Daten der Einschreibekriterien nach § 15 Abs. 4.
  7. die zeitnahe Übermittlung (spätestens am zweiten Werktag nach der Entlassung) der zur Erstellung der Dokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL notwendigen Dokumentationsdaten an den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt nach § 3 Abs. 2 entsprechend der Festlegung in Anlage 1.
- (4) Die an diesem Vertrag teilnehmenden stationären Einrichtungen bilden gemeinsam eine Expertenkommission zur Beratung der Gemeinsamen Einrichtung nach § 28 insbesondere im Hinblick auf:
- die bereits bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen im stationären Bereich,
  - die Harmonisierung dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen mit den nach diesem Vertrag durchzuführenden Maßnahmen,
  - die Weiterentwicklung bestehender und neuer Verfahren zur Qualitätssicherung sowie
  - die Überprüfung bestehender und Entwicklung neuer Qualitätsindikatoren entsprechend Anlage 9.

Aus den Reihen dieser Expertenkommission erhält der Vertreter eine beratende Funktion in der Gesellschafterversammlung der Gemeinsamen Einrichtung.

## **§ 5 Teilnahmeerklärung**

- (1) Der Vertragsarzt oder das MVZ nach § 3 Abs. 2 erklärt gegenüber der KVT schriftlich auf der in Anlage 4 beigefügten Erklärung seine Teilnahme am DMP. Dieser Erklärung sind die erforderlichen Nachweise über die Erfüllung der genannten Teilnahmevoraussetzungen beizufügen. Er bestätigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung den ohne Vollmacht in Vertretung für ihn mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag.
- (2) Wird die Teilnahme des Arztes bzw. zugelassenen MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden MVZ auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer – LANR) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 4 beigefügten Formulars (Anlage 4a „Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Arztes/der Einrichtung“) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVT kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.
- (3) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer – BSNR) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.

- (4) Die stationären Einrichtungen bzw. deren Träger werden durch einen Vertrag mit den beteiligten Krankenkassen eingebunden.
- (5) Die Informationen nach § 20 Abs. 1 erhalten die teilnehmenden Vertragsärzte und stationären Einrichtungen vorab auf Anforderung bzw. können durch elektronische Medien abgerufen werden ([www.kvt.de](http://www.kvt.de)).

## **§ 6**

### **Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Die KVT erteilt den gemäß § 3 Abs. 2 teilnehmenden Vertragsärzten/MVZ die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn
  - sie – persönlich oder durch angestellte Ärzte – die in Anlage 1 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen oder
  - sich die Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ohne Anerkennung als onkologisch verantwortlicher Arzt verpflichten, die in Anlage 1 genannte Strukturvoraussetzung des Fortbildungscurriculums „Brustkrebs“ innerhalb von zwei Jahren ab Beginn der Programmteilnahme nachzuholen. Die Anmeldung zu einer entsprechenden Fortbildung ist gegenüber der KVT innerhalb von sechs Monaten nach Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung einzureichen. Alle weiteren Strukturvoraussetzungen sind zum Zeitpunkt der Antragsstellung zu erfüllen.
- (2) Die AOK PLUS prüft die Teilnahmevoraussetzungen der stationären Einrichtung vor Abschluss des Vertrages nach § 5 Abs. 4. Sie können sich im Hinblick auf die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen externen wissenschaftlichen Sachverständigen bedienen. Die Krankenkassen schließen gemeinsam einen Vertrag mit den stationären Einrichtungen. Die teilnehmenden Krankenhäuser sind verpflichtet nachzuweisen, dass gesondert vereinbarte Anforderungen an die Strukturqualität zu Beginn der Teilnahme erfüllt sind. Zudem sind bei der Behandlung der Patientinnen u. a. die medizinischen Vorgaben der RSAV bzw. der DMP-A-RL zu beachten.

## **§ 7**

### **Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Vertragsarztes/des zugelassenen MVZ am DMP Brustkrebs beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Der Vertragsarzt kann die Teilnahme schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVT) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die Teilnahme des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes an diesem Vertrag endet darüber hinaus:
  1. mit dem Ende dieses Vertrages,
  2. mit dem Bescheid über das Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
  3. mit dem Ausschluss des Vertragsarztes gemäß § 13 Abs. 2 wegen Vertragspflichtverletzung,
  4. mit Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen des Vertragsarztes,

5. mit dem Tag der Aufhebung der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V.

Die Teilnahme des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes an diesem Vertrag ruht mit dem Bescheid über das Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

- (4) Endet die Teilnahme eines DMP-verantwortlichen Vertragsarztes an diesem Vertrag, kann die Krankenkasse die hiervon betroffenen Versicherten auf weitere Vertragsärzte nach § 3 Abs. 2 aufmerksam machen.
- (5) Die KVT informiert die beteiligten Vertragspartner in den Fällen des Abs. 2 sowie 3 unverzüglich über das Ende der Teilnahme.
- (6) Die Teilnahme der stationären Einrichtungen beginnt und endet gemäß dem entsprechenden Vertrag nach § 5 Abs. 4.
- (7) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Vertragsarzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Vertragsarztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Vertragsarzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Vertragsarzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der Anlage 4 beigefügten Formulars (Anlage 4a "Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Arztes/der Einrichtung").
- (8) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in Anlage 1 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, teilnahmeberechtigt.

## **§ 8**

### **Leistungserbringerverzeichnis**

- (1) Über die teilnehmenden Vertragsärzte und zugelassenen MVZ führt die KVT ein Verzeichnis (Anlagen 10a und 10b). Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen. Die KVT stellt dieses Verzeichnis den Vertragspartnern sowie den teilnehmenden stationären Einrichtungen wöchentlich bei Änderungen sowie auf Anforderung in elektronischer Form (entsprechend Anlagen 10a und 10b) zur Verfügung. Änderungen zum vorherigen Stand werden in der darauf folgenden Datei gekennzeichnet hervorgehoben.
- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis wird arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:
  - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
  - Postanschrift der Praxis/Einrichtung,
  - Arzt- und Betriebsstättennummer und
  - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP Brustkrebs erbringen.

- (3) Über die teilnehmenden stationären Einrichtungen führt die AOK PLUS ein Verzeichnis (Anlage 10c). Die AOK PLUS stellt dieses Verzeichnis den Vertragspartnern regelmäßig bei Änderungen sowie auf Anforderung in elektronischer Form zur Verfügung.
- (4) Die Leistungserbringerverzeichnisse nach den Abs. 2 und 3 werden dem BVA alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorgelegt. Auf Anforderung stellen die teilnehmenden Krankenkassen diese Verzeichnisse der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung.
- (5) Diese Teilnehmergeverzeichnisse werden außerdem:
  1. den koordinierenden Vertragsärzten/stationären Einrichtungen und
  2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (u. a. bei Neueinschreibung) und
  3. der Datenstellezur Verfügung gestellt. Das Teilnehmergeverzeichnis kann veröffentlicht werden.

### **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

#### **§ 9**

#### **Medizinische Anforderungen an das DMP Brustkrebs**

- (1) Die medizinischen Anforderungen nach Abs. 2, welche die Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die medizinischen Anforderungen sind in Anlage 6 definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen der Anlage 3 der DMP-A-RL und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Die teilnehmenden Vertragsärzte/MVZ/die stationären Einrichtungen verpflichten sich, durch ihre Teilnahmeerklärung gemäß § 5, insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten und die an diesem DMP für Brustkrebs teilnehmenden Versicherten gemäß Anlage 6 zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Brustkrebs auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.
- (3) Die Aufklärung der Patientin im Sinne der DMP-A-RL durch den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt erfolgt über intensivierete 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, ggf. in Abstimmung mit dem Programmverantwortlichen Vertragsarzt der Mammographie-Screening-Einheit,
  - b) Informationen über die am Vertrag teilnehmenden stationären Einrichtungen, welche 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 Anlage 5.

## **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

### **§ 10 Grundlagen und Ziele**

Als Grundlage der Qualitätssicherung sind in Anlage 9 relevante Ziele, die durch die Qualitätssicherung angestrebt werden, vereinbart. Hierzu gehören insbesondere die Bereiche:

- Einhaltung der Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien gemäß Anlage 3 Nummer 1 der DMP-A-RL einschließlich einer qualitätsgesicherten, wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen der Anlage 6 einschließlich der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität nach den Anlagen 1 und 2,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

### **§ 11 Maßnahmen und Indikatoren**

- (1) Gemäß § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren entsprechend der 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 versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Vertragsärzte nach den §§ 3 und 4 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Vertragsärzte sein,
  - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
  - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Im Hinblick auf die Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten entsprechend Anlage 9 wird das Reminding der Versicherten über die arztbezogene Qualitätssicherung abgesichert.
- (4) Die Krankenkassen führen aufgrund der besonderen psychischen Belastung der an Brustkrebs erkrankten Versicherten keine individuelle Beratung der eingeschriebenen

Versicherten auf der Grundlage der versichertenbezogenen Datensätze der Anlage 4 der DMP-A-RL durch.

- (5) Zur Auswertung der in Anlage 9 genannten Indikatoren sind die versichertenbezogen-pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL einzubeziehen.

## **§ 12**

### **Durchführung der Qualitätssicherung**

- (1) Die Krankenkassen:

1. führen die in Anlage 9 vereinbarten Maßnahmen unter Beachtung von § 31 im Krankenkassen-Versicherten-Verhältnis durch,
2. berichten der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 28 in regelmäßigen Abständen über die Ergebnisse der Maßnahmen und berücksichtigen Vorschläge zur Weiterentwicklung der Maßnahmen,
3. übernehmen die Sicherstellung der systematischen und aktuellen Information der eingeschriebenen Versicherten unter Beachtung von § 31.

- (2) Die Gemeinsame Einrichtung nach § 28 übernimmt die:

1. in Anlage 9 vereinbarten Maßnahmen im Verhältnis zu den Vertragsärzten,
2. Sicherstellung einer systematischen und aktuellen, ggf. auch im Einzelfall anlassbezogenen Information der Vertragsärzte.

- (3) Darüber hinaus übernimmt die KVT aufgrund des Datensatzes entsprechend Anlage 4 der DMP-A-RL originär die weitergehende Qualitätssicherung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und entscheidet eigenverantwortlich über die Art und Weise und den Umfang.

- (4) Die Vertragspartner legen die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen – in der Regel einmal jährlich – öffentlich dar.

## **§ 13**

### **Verstoß gegen Ziele des DMP Brustkrebs**

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

- (2) Verstößt der Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:

- keine Vergütung bzw. eine nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für unvollständige/unplausible, verfristete Dokumentationen, ,
- schriftliche Aufforderung durch die KVT, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
- auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die



KVT. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden (z. B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte).

- Hält der Vertragsarzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme durch außerordentliche Kündigung ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Vertragsarztes entscheidet die KVT im Einvernehmen mit den beteiligten Krankenkassen (z. B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte, bei fehlendem Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen).
- (3) Verstößt die stationäre Einrichtung gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
- Aufforderung durch die Krankenkassen, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten, ggf. auf Empfehlung der Gemeinsamen Einrichtung bzw. eines Vertragspartners.
  - Werden die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht eingehalten, kann eine weitere Teilnahme durch außerordentliche Kündigung ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheiden die Krankenkassen.

## **Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

### **§ 14 Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:
- die schriftliche Bestätigung der histologisch gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
  - die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
  - die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die jeweilige Krankenkasse übermittelt werden und von diesen im Rahmen des DMP Brustkrebs verarbeitet und genutzt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten,
  - die schriftliche Information der Versicherten, dass die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer ARGE oder von dieser einem beauftragten Dritten übermittelt werden können.

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

- die Programm- und Versorgungsziele kennen und an ihrer Erreichung mitwirken werden,

- die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen kennen und unterstützen werden,
- auf die Möglichkeit, eine Liste der verfügbaren Vertragsärzte zu erhalten, hingewiesen worden sind,
- über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung,
- ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden sind

sowie

- über die mit ihrer Teilnahme an dem DMP verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten informiert worden sind und sich mit der Möglichkeit einer Übermittlung von Behandlungsdaten an die jeweilige Krankenkasse zum Zweck der Verarbeitung und Nutzung im Rahmen des DMP Brustkrebs einverstanden erklären und dass die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer ARGE oder von dieser einem beauftragten Dritten übermittelt werden können.
- (2) Als spezielle Regelung für die Einschreibung gilt die histologische Sicherung eines Brustkrebses oder die histologische Sicherung eines lokoregionären Rezidivs oder eine nachgewiesene Fernmetastasierung des histologisch nachgewiesenen Brustkrebses. Die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt. Das alleinige Vorliegen einer nichtinvasiven lobulären Neoplasie rechtfertigt nicht die Aufnahme in das Programm.
  - (3) Nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose endet die Teilnahme am DMP Brustkrebs. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv bzw. ein 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. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am DMP auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich. Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am DMP Brustkrebs teilnehmen.
  - (4) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.

## **§ 15**

### **Information und Einschreibung**

- (1) Der DMP-verantwortliche Vertragsarzt nach § 3 Abs. 2 informiert die Patientin mit dem dringenden Verdacht auf Brustkrebs (nach Mammographie; ggf. Sonographie) darüber, dass sie bei der jeweiligen Krankenkasse Informationsmaterial zum Thema Brustkrebs anfordern kann. Bei Bedarf leitet der DMP-verantwortliche Vertragsarzt die Anforderung an die jeweilige Krankenkasse weiter.
- (2) Die am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte/MVZ bzw. stationären Einrichtungen ihre Versicherten entsprechend der DMP-A-RL in geeigneter Weise umfassend über das DMP Brustkrebs informieren. Die Patientin bestätigt den Erhalt der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- (3) Die DMP-verantwortlichen Vertragsärzte/MVZ/stationären Einrichtungen, die gemäß §§ 3 und 4 teilnehmen, informieren entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV ihre teilnahmeberechtigten

Patientinnen. Diese Patientinnen können die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 16 bei dem DMP-verantwortlichen Vertragsarzt unterschreiben.

- (4) Für die Einschreibung der Versicherten in dieses DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 16 folgende Unterlagen notwendig:
  1. auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Bestätigung, dass für die vorgenannte Patientin die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind,
  2. die vollständigen Dokumentationsdaten der Erstdokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL.
- (5) Mit der Einschreibung in das DMP Brustkrebs wählt die Patientin auch ihren DMP-verantwortlichen Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Vertragsarzt die Einschreibeunterlagen an die Datenstelle entsprechend § 29 weiterleitet. Die Krankenkasse stellt sicher, dass die Versicherte nur durch einen DMP-verantwortlichen Vertragsarzt betreut wird.
- (6) Die Versicherte kann sich auch bei ihrer Krankenkasse für das DMP Brustkrebs anmelden. In diesem Fall wird die Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an ihren DMP-verantwortlichen Vertragsarzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 4 geliefert werden.
- (7) Nachdem alle Einschreibeunterlagen entsprechend Abs. 4 Nrn. 1 und 2 der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese der Versicherten und dem DMP-verantwortlichen Vertragsarzt die Teilnahme der Versicherten am DMP Brustkrebs.
- (8) Wenn die Versicherte an mehreren – der in der DMP-A-RL – genannten Erkrankungen leidet, kann sie an verschiedenen DMP teilnehmen.
- (9) Soweit eine am DMP teilnehmende Versicherte einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am DMP Brustkrebs teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 4 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

## **§ 16**

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

- (1) Nach umfassender Information über das DMP Brustkrebs entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV sowie § 3 der DMP-A-RL und der damit verbundenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung sowie -aufbewahrung erklärt sich die Versicherte entsprechend Anlage 8 zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt in die Übermittlung ihrer personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.
- (2) Darüber hinaus wird die Versicherte schriftlich über die nach § 28f Abs. 2 Nrn. 1 und 2 RSAV übermittelten Daten unterrichtet.

## **§ 17**

### **Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am DMP Brustkrebs beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 15 Abs. 7, mit dem Tag, an dem das letzte

Dokument der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und der Erstdokumentation erstellt wurde. Die Krankenkassen prüfen diese Daten anhand der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 16 bzw. der Daten der Erstdokumentation entsprechend § 15 Abs. 4 Nr. 2.

- (2) Nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose endet die Teilnahme der Versicherten am strukturierten Behandlungsprogramm.
- (3) Die Versicherte kann ihre Teilnahme und/oder Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich gegenüber ihrer Krankenkasse widerrufen. Sofern sie keinen späteren Termin für ihr Ausscheiden bestimmt, scheidet sie mit Zugang des Kündigungsschreibens bei ihrer Krankenkasse oder mit dem Tag der mündlichen Bekanntmachung der Kündigung bei ihrer Krankenkasse aus.
- (4) Die Teilnahme der Versicherten endet weiterhin:
  - a. mit dem Tag des Endes dieses Vertrages,
  - b. mit dem Tag des Kassenwechsels unter Beachtung der Regelung des § 28d Abs. 3 RSAV,
  - c. mit dem Tag der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum) gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL, wenn die Krankenkasse die Teilnahme der Versicherten am DMP nach § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV beendet,
  - d. bei Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 14,
  - e. mit der Aufhebung der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V.
- (5) Die Krankenkasse informiert die Versicherte und den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden der Versicherten aus dem DMP.

## **§ 18**

### **Wechsel des betreuenden Vertragsarztes**

- (1) Es steht der Versicherten frei, ihren koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 zu wechseln.
- (2) Der neu gewählte DMP-verantwortliche Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation nach § 22 und sendet diese an die Datenstelle nach § 29.
- (3) Die vorgenannte Regelung gilt bei Ausscheiden eines DMP-verantwortlichen Vertragsarztes entsprechend.

## **§ 19**

### **Versichertenverzeichnis**

Die Krankenkassen übermitteln der KVT bei Bedarf in elektronisch geeigneter Form eine Liste mit den Krankenversichertennummern für die gemäß diesem Abschnitt eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

## **Abschnitt VI – Schulungen und Informationen**

### **§ 20 Leistungserbringer**

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVT informieren die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gemäß § 3 umfassend über Ziele und Inhalte des DMP Brustkrebs. Durch die teilnehmenden Krankenkassen werden die stationären Einrichtungen gemäß § 4 umfassend über Ziele und Inhalte des DMP informiert. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5. Die Vertragspartner veröffentlichen Änderungen, insbesondere bei Änderungen der DMP-A-RL, in einer für die teilnehmenden Ärzte geeigneten Form (z. B. über einen Newsletter und/oder im Internet der KVT).
- (2) Die in Abs. 1 beschriebenen Informationen für die teilnehmenden Vertragsärzte und die bei ihnen angestellten Ärzte nach § 3 sowie für das medizinische Personal der stationären Einrichtungen nach § 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Schulung der Leistungserbringer über Ziele und Inhalte des DMP Brustkrebs erfolgt richtlinienkonform. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung.
- (3) Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVT von den – im Rahmen dieses DMP – leistungserbringenden Vertragsärzten nachzuweisen. Die Fortbildungsmaßnahmen in den teilnehmenden stationären Einrichtungen sind gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung nachzuweisen.

### **§ 21 Versicherte**

Die Krankenkassen informieren anhand der Anlage 8 – bestehend aus der Patienteninformation, der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und der Information zum Datenschutz – ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP Brustkrebs. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.

## **Abschnitt VII – Dokumentation und allgemeingültige Datenschutzbestimmung**

### **§ 22 Erst- und Folgedokumentation**

- (1) Die im DMP am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in Anlage 4 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach der DMP-A-RL, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach Anlage 3 Nummer 2 der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Schulung der Versicherten und Vertragsärzte nach Anlage 3 Nummer 4 der DMP-A-RL, die

Information der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation nach Anlage 3 Nummer 4 bzw. 5 der DMP-A-RL genutzt.

- (2) Die Folgedokumentationen werden bei Patientinnen mit Einschreibung aufgrund eines Primärtumors, eines lokoregionären Rezidivs oder eines kontralateralen Brustkrebses innerhalb der ersten fünf Jahre nach histologischer Sicherung mindestens jedes zweite Quartal erstellt. Tritt innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren nach histologischer Sicherung kein neues Ereignis (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) auf, erfolgt die Dokumentation ab dem sechsten Jahr mindestens jedes vierte Quartal. 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.

Abweichend hiervon werden für 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 Folgedokumentationen erstellt.

Bei allen teilnehmenden Patientinnen können im individuellen Fall kürzere Abstände für die Erstellung der Folgedokumentation gewählt werden.

- (3) Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

### **§ 23**

#### **Datenverwendung und -zugang**

- (1) Die Datensätze der Dokumentationen werden nur für die Behandlung nach Anlage 3 der DMP-A-RL, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach Anlage 3 Nummer 2 der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Information der Versicherten und Vertragsärzte und die Evaluation nach Anlage 3 Nummer 4 bzw. 5 der DMP-A-RL genutzt.

Darüber hinaus stellen die beteiligten Krankenkassen insbesondere sicher, dass die übermittelten Daten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL nicht für den Eingriff in medizinische, therapeutische und Vertrauensbelange des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Sinne eines Case-Managements genutzt werden.

- (2) Zugang zu den an die Datenstelle gemäß Abschnitt IX und die Arbeitsgemeinschaft übermittelten personenbezogenen oder -beziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen dieses DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Gleiches gilt für die Gemeinsame Einrichtung und die Vertragspartner. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

### **§ 24**

#### **Datenaufbewahrung und -löschung innerhalb der Datenstelle**

Die im Rahmen des DMP Brustkrebs im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen oder -beziehbaren Daten (Dokumentationsdaten der Anlage 4 der DMP-A-RL) werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen von der Datenstelle archiviert. Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Dokumentationen gemäß den jeweils gültigen

Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V und löscht bzw. vernichtet diese innerhalb der gesetzlich gültigen Zeiträume.

## **§ 25 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz**

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafgesetzbuch muss gewährleistet sein.
- (2) Die Vertragsärzte/Einrichtungen sind verpflichtet, untereinander sowie gegenüber anderen Vertragsärzten/Einrichtungen und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener oder -beziehbarer Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bzw. der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen oder –beziehbaren Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

## **Abschnitt VIII – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung**

### **§ 26 Allgemeine Datenflussregelung**

- (1) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die von den Vertragsärzten gemäß § 22 erhobenen Datensätze gemäß § 28f Abs. 2 Satz 1 RSAV den Vertragspartnern zugeleitet werden.
- (2) Dazu bilden die Vertragspartner sowohl eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V als auch eine Gemeinsame Einrichtung.

### **§ 27 Bildung und Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V**

- (1) Die Vertragspartner erweitern die bestehende Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend die Aufgaben, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL zu pseudonymisieren und diese dann an die KVT und die von den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art 28 DSGVO sowie des § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung dieser Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

## **§ 28**

### **Bildung und Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

- (1) Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Nr. 1c RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß § 2 und der Evaluation gemäß § 6 der DMP-A-RL. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere Art. 28 DSGVO, werden berücksichtigt. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten, die ärztliche Qualitätssicherung durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
  1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL,
  2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 3 der DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL,
  3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen-pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL,
  4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung bzw. Beauftragung eines Dritten mit der Übermittlung dieser Daten zur Evaluation gemäß Anlage 3 Nummer 5 der DMP-A-RL ,
  5. die Beratung der KVT im Hinblick auf die Teilnahme und den Ausschluss der Vertragsärzte nach § 3 Abs. 2 auf Basis der Anlage 1,
  6. die Empfehlung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung (vgl. Anlage 9),
  7. die Koordination der ärztlichen Fortbildung in Zusammenarbeit mit den teilnehmenden stationären Einrichtungen und den onkologischen Schwerpunktpraxen,
  8. die Qualitätssicherung im stationären Bereich entsprechend § 4 Abs. 4.

### **Abschnitt IX – Datenfluss über eine durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die teilnehmenden Vertragsärzte beauftragte Datenstelle**

## **§ 29**

### **Datenstelle**

- (1) Die Datenstelle übernimmt zur Vereinfachung des Verfahrens, insbesondere die Entgegennahme, Erfassung, Pseudonymisierung und Weiterleitung der Daten gemäß der DMP-A-RL.
- (2) Die beteiligten Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 27 beauftragen die Datenstelle entsprechend der gesetzlichen und vertraglichen Zuständigkeiten mit nachstehenden Aufgaben:
  1. die Entgegennahme der Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL,



2. die Erfassung der Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL,
  3. die Archivierung der Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL (gemäß § 24),
  4. die Überprüfung der Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität, verbunden mit der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
  5. die Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß § 28f Abs. 2 Satz 1 RSAV,
  6. die Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse der Versicherten,
  7. die Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVT,
  8. die Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nach § 28,
  9. die Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten an die jeweilige Krankenkasse der Versicherten und
  10. die quartalsbezogene Weiterleitung eines reduzierten Datensatzes für Abrechnungszwecke an die KVT; bestehend aus den administrativen Daten nach Anlage 4 der DMP-A-RL für die von der Datenstelle weitergeleiteten vollständigen Erst- und Folgedokumentationen. Das Nähere regeln die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen.
- (3) Die Teilnahmeerklärung des koordinierenden Vertragsarztes gemäß § 3 beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen ohne Vertretungsmacht geschlossenen Vertrages zwischen den Vertragspartnern und der Arbeitsgemeinschaft nach § 28f RSAV mit der Datenstelle. Darin beauftragt er die Datenstelle:
1. die von ihm erstellten Dokumentationen gemäß § 22 auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen
- und
2. die Daten entsprechend § 28f Abs. 2 Satz 1 RSAV weiterzuleiten.

### **§ 30 Datenflüsse über die Datenstelle**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung nach § 5 verpflichtet sich der koordinierende Vertragsarzt:
1. die vollständige Erstdokumentation und
  2. die vollständige Folgedokumentation

gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL in Verbindung mit den Anlagen 7a und 7b am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen (siehe § 22) und binnen einer Woche nach Erstellung der Dokumentation auf elektronischem Weg per

Datenfernübertragung an die Datenstelle weiterzuleiten. Dabei vergibt der Vertragsarzt für jede Patientin eine DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern (0 – 9) bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur einmal vergeben werden. Zugleich verpflichtet sich der koordinierende Vertragsarzt dazu, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten mit Bestätigung der gesicherten Diagnose binnen einer Woche nach Erstellung an die Datenstelle zu übermitteln.

Die Versicherte erhält eine Ausfertigung des Ausdrucks der Dokumentation. Im Falle einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die jeweilige Prüfbehörde stellt der Vertragsarzt auf Anforderung das Arztexemplar der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung. Nach erfolgter Prüfung erhält er das Exemplar zurück.

- (2) Nach Durchführung der Datenbearbeitung entsprechend § 29 übermittelt die Datenstelle die Ergebnisse des Datenverarbeitungsprozesses wie folgt:
  1. bei Ersteinschreibung übermittelt die Datenstelle die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten sowie die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL (Erstdokumentation) an die Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen,
  2. bei der Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL an die Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen,
  3. bei der Erst- und Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung,
  4. bei der Erst- und Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVT.
  5. Bei einem Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes nach § 18 übermittelt der neue koordinierende Vertragsarzt nach § 3 die Folgedokumentation.
- (3) Bei der elektronischen Datenübertragung sind die Vorschriften der DMP-A-RL zu beachten und der koordinierende Vertragsarzt stellt diese gemäß akkreditierter Verfahrensvorgaben sicher.

### **§ 31**

#### **Datennutzung durch die Krankenkassen**

- (1) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass durch dieses DMP das sensible Arzt-Patientinnen-Verhältnis nicht gestört werden soll. Die beteiligten Krankenkassen stellen insbesondere sicher, dass die übermittelten Dokumentationsdaten der Anlage 4 der DMP-A-RL nicht für den Eingriff in medizinische, therapeutische und Vertrauensbelange des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Sinne eines Case-Managements genutzt werden. Daher verpflichten sich die Krankenkassen zu einer maßvollen Datennutzung.
- (2) Die an die Krankenkassen weitergeleiteten Dokumentationsdatensätze sollen im Verhältnis zu ihren Versicherten nach den folgenden Grundsätzen genutzt werden:
  1. Das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patientin bleibt durch dieses DMP unberührt.

2. Die ärztliche Behandlungsfreiheit wird durch dieses DMP nicht eingeschränkt.
  3. Alle im DMP Brustkrebs erhobenen Daten werden ausschließlich zu Zwecken dieses Programms verwendet.
  4. Die Optimierung der Patientinnenversorgung bleibt das gemeinsame Ziel von Ärzten und Krankenkassen im Rahmen dieses DMP.
  5. Die Dokumentationsdaten werden nur dazu genutzt, ihre Versicherten entsprechend Anlage 9 anlassbezogen und individuell zu informieren und persönlich zu beraten.
  6. Weitere Informationen an die Versicherte können nur im Zusammenhang mit einer vertraglich vereinbarten Krankenkassen-Intervention gemäß Anlage 9 erfolgen. Dabei sollen die allgemeinen Informationen vorab der KVT von den Krankenkassen hinsichtlich Informationsart, -form und -zeitpunkt zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinausgehende Maßnahmen erfolgen erst nach Rücksprache mit dem behandelnden Vertragsarzt.
  7. Es erfolgt keine darüber hinaus gehende Steuerung des Krankheitsfalls durch die Krankenkasse der Versicherten. Dies bleibt allein in der Verantwortung der behandelnden Vertragsärzte.
  8. Wenn sich die Versicherte direkt an ihre Krankenkasse wendet, wird sie beraten.
- (3) Bei Meinungsverschiedenheiten erfolgt eine Abstimmung im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung.

### **§ 32 Datennutzung durch die KVT**

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die gemäß § 29 Abs. 2 Nr. 10 an die KVT weitergeleiteten Daten nur für Abrechnungszwecke verwendet werden.

## **Abschnitt X – Evaluation**

### **§ 33 Evaluation**

- (1) Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des DMP Brustkrebs sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 der DMP-A-RL.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen und der Gemeinsamen Einrichtung bzw. einem von ihr beauftragten Dritten in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.

## **Abschnitt XI – Abrechnung und Vergütung**

### **§ 34 Abrechnung und Vergütung**

- (1) Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen für eingeschriebene Versicherte im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.
- (2) Die Krankenkasse trägt die Vergütung für Leistungen an Patienten, die sich gegenüber dem Vertragsarzt als anspruchsberechtigte Versicherte der Krankenkasse ausweisen.

## **Abschnitt XII - Sonstige Bestimmungen**

### **§ 35 Datenlieferung durch die KVT**

Die Datenübermittlungen gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V erfolgen gemäß den dazu getroffenen Regelungen des zwischen dem GKV-Spitzenverband der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

### **§ 36 Laufzeit und Kündigung**

- (1) Diese Vertragsfassung ersetzt den Vertrag vom 30.06.2013 und tritt zum 01.10.2018 in Kraft. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Bei Kündigung des Vertrages durch eine Krankenkasse bzw. einen Kassenverband bleibt dieser Vertrag für die anderen Vertragspartner bestehen.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge von Änderungen der RSAV sowie die die RSAV ersetzenden oder ergänzenden DMP-Richtlinien des G-BA, insbesondere der DMP-A-RL (z. B. aufgrund einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden), unverzüglich vorgenommen werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V sind zu beachten.
- (3) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei einer Änderung oder dem Wegfall der RSA-Anbindung des DMP Brustkrebs oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von einem Monat zum Kalendervierteljahr gekündigt werden.

### **§ 37 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.

**§ 38**  
**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 dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.
- (2) Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 28.09.2018

Dr. med. Annette Rommel  
1. Vorsitzende der  
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen .....

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse  
für Sachsen und Thüringen. ....

BKK Landesverband Mitte  
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen .....

IKK classic .....

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

KNAPPSCHAFT  
- Regionaldirektion Frankfurt/Main - .....

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