

RAHMENVERTRAG

**über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogrammes nach § 137f
SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen**

zwischen

der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen,
vertreten durch den Vorstand,

**dem BKK Landesverband Süd
Regionaldirektion Hessen,**
vertreten durch den Vorstand

für die diesem Rahmenvertrag nebst Anlagen beigetretenen Betriebskrankenkassen,

der IKK classic,

den Ersatzkassen

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

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),**
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen,

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel,**

der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt am Main,

im Folgenden „die Krankenkassen in Hessen“

mit

dem Koordinations-Krankenhaus des Brust-Kompetenzzentrums:

Krankenhaus Musterklinik

mit Unterstützung des

Berufsverbandes der Frauenärzte e.V.
Landesverband Hessen,
65185 Wiesbaden,
vertreten durch den Vorsitzenden

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele des Vertrages

§ 2 Geltungsbereich

Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungsbereichs
(des Brust-Kompetenzzentrums)

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungsbereichs

§ 5 Teilnahmevereinbarung

§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

§ 8 Leistungserbringerverzeichnis

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 10 Grundlagen und Ziele

§ 11 Maßnahmen und Indikatoren

§ 12 Verstoß gegen die Anforderungen des Vertrages

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte

§ 14 Information und Einschreibung der Versicherten

§ 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme

§ 17 Wechsel des DMP-Arzt

Abschnitt VI – Schulungen und Information

§ 18 Leistungserbringer

§ 19 Versicherte

Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die teilnehmenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Datenstelle und deren Aufgaben

§ 20 Datenstelle

§ 21 Erst- und Folgedokumentation

§ 22 Datenfluss zur Datenstelle

§ 23 Datenzugang

§ 24 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt VIII – Datenfluss zu den teilnehmenden Krankenkassen und zur Gemeinsamen Einrichtung

§ 25 Datenfluss

§ 26 Datenzugang

§ 27 Datenaufbewahrung und -löschung

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

§ 28 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft in Hessen

§ 29 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

§ 30 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung in Hessen

§ 31 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt X – Evaluation

§ 32 Evaluation

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

§ 33 Ärztliche und stationäre Leistungen

§ 34 Vergütung von Koordinations-, Dokumentations- und Kooperationsleistungen im Rahmen von DMP Brustkrebs

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

§ 35 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

§ 36 Laufzeit und Kündigung

§ 37 Schriftform

Übersicht Anlagen

- Anlage 1** Strukturqualität stationäre Einrichtungen
- Anlage 1a** Fragebogen zur Erhebung der Strukturqualität im Krankenhaus
- Anlage 2** Strukturqualität für DMP-Ärzte
- Anlage 3** Strukturqualität für sonstige Leistungserbringer
- Anlage 4a** Teilnahmevereinbarung für Ärzte und Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten
- Anlage 4b** Teilnahmevereinbarung für Kooperations-Krankenhäuser
- Anlage 5** Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation für Versicherte und Patientenmerkblatt
- Anlage 6** Qualitätssicherung (QS-Anlage)
- Anlage 7** Leistungserbringerverzeichnis „Stationäre Einrichtungen/ DMP-Vertragsärzte“
- Anlage 8** Intensivgespräche/Begleitgespräche
- Anlage 9** Vergütung von Koordinations-, Dokumentations- und Kooperationsleistungen im Rahmen von DMP Brustkrebs stationär/ambulant

Erläuterungen

1. Anstellender Arzt können auch mehrere Ärzte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen.

2. Arbeitsgemeinschaft ist eine solche i. S. d. §§ 28, 29.

3. Assoziierte Ärzte (Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Facharzt für Radiologie, Facharzt für diagnostische Radiologie; Facharzt für Pathologie; Facharzt für Strahlentherapie; Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie/Onkologie; Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Bereich gynäkologischer Onkologie; Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Facharzt für psychotherapeutische Medizin; psychologische Psychotherapeuten) sind nach § 3 Abs. 3 Nr. 10 und § 4 Abs. 5 Nr. 12 definierte Ärzte. Diese Ärzte sind nicht durch Abgabe einer Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4a dieses Vertrages an DMP Brustkrebs beteiligt, sondern können nach Bedarf von einem DMP-Arzt oder DMP-Krankenhausarzt zur weiteren Diagnostik oder Therapie der Patientinnen, nach Anlage 3 „Strukturqualität für sonstige Leistungserbringer“, in Anspruch genommen werden. Die assoziierten Ärzte erhalten von dem DMP-Arzt oder DMP-Krankenhausarzt eine Information über die Diagnostik und Therapie im Rahmen von DMP, soweit dies erforderlich ist.

4. Assoziierte Krankenhäuser (mit Fachbereichen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Radiologie, diagnostische Radiologie, Pathologie, Strahlentherapie, Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie/Onkologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Bereich gynäkologischer Onkologie, Psychiatrie und Psychotherapie, psychotherapeutische Medizin, psychologische Psychotherapeuten) sind nach § 3 Abs. 3 Nr. 10 und § 4 Abs. 5 Nr. 12 definierte Krankenhäuser. Diese Krankenhäuser sind nicht durch die Abgabe einer Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4b dieses Vertrages an DMP Brustkrebs beteiligt, sondern können nach Bedarf von einem DMP-Arzt oder DMP-Krankenhausarzt zur weiteren Diagnostik oder Therapie der Patientinnen, nach Anlage 3 „Strukturqualität für sonstige Leistungserbringer“, in Anspruch genommen werden. Die assoziierten Krankenhäuser erhalten von dem DMP-Arzt oder DMP-Krankenhausarzt eine Information über die Diagnostik und Therapie im Rahmen von DMP, soweit dies erforderlich ist.

5. Datenstelle ist eine solche i. S. d. § 20.

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

7. DMP sind Disease-Management-Programme, d.h. strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V mit der jeweiligen kassenspezifischen Bezeichnung, unter der sie den Versicherten seitens der Krankenkasse vorgestellt werden.

8. DMP-A-RL 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).

9. DMP-Ärzte sind Kooperierende Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gemäß Anlage 2 (an diesem Programm teilnehmende Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, ermächtigte Ärzte und Medizinische Versorgungseinrichtungen (MVZ) sowie bei diesen angestellte Ärzte), sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.

10. DMP-Krankenhausarzt ist ein in § 3 Abs. 3 Nr. 2 definierter Arzt.

11. Dokumentationsdaten sind die in der Anlage 4 der DMP-A-RL aufgeführten Daten.

12. DSGVO ist die Europäische Datenschutzgrundverordnung

13. Ein Brust-Kompetenzzentrum besteht aus einer stationären Einrichtung gemäß Anlage 1 „Strukturqualität stationäre Einrichtungen“ als Koordinations-Krankenhaus mit anderen Kooperations-Krankenhäusern (gemäß § 3) und DMP-Ärzte (nach Anlage 2) als koordinierende Ärzte. Das Brust-Kompetenzzentrum ist für die organisatorische und vertragliche Koordination zuständig, d.h. es stellt unter Einbeziehung der DMP-Ärzte gegenüber den Krankenkassen die ambulante und stationäre Versorgung gemäß den Strukturqualitäten entsprechend §§ 3 bzw. 4 sicher.

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

15. Gemeinsame Einrichtung ist eine solche i. S. d. §§ 30, 31.

16. Koordinations-Krankenhaus ist eine in § 2 Abs. 1 Nr. 1 definierte Einrichtung.

17. Kooperations-Krankenhaus ist eine in § 2 Abs. 1 Nr. 2 definierte Einrichtung.

18. Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen ist die durch die Krankenkassen in Hessen mit der gemeinsamen Umsetzung des DMP Brustkrebs beauftragte Stelle.

19. Leistungserbringer sind Ärztinnen und Ärzte sowie die unter den Nummern vier bis zehn genannten Einrichtungen.

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

21. RSAV ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.

22. Versicherte sind weibliche Versicherte.

Präambel

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung der Frau. Trotz medizinischer Fortschritte in Diagnostik und Therapie ist die Diagnose Brustkrebs für die Frau eine besondere Belastung und für die Medizin eine Herausforderung.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose von Brustkrebs zeigen, dass durch eine adäquate Betreuung und kompetenten Umgang der Patientinnen mit der Erkrankung der Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Überlebensdauer positiv beeinflusst werden können. Durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Betreuung der Patientinnen sowie eine individuelle Therapie kann die Lebensqualität erhöht werden. Den an Brustkrebs erkrankten Frauen wird besonders durch individuelle Information die Möglichkeit gegeben, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.

Vor diesem Hintergrund schließen die teilnehmenden Krankenkassen mit Krankenhäusern und Ärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe folgenden Vertrag auf der Grundlage des § 137f SGB V zum Zwecke der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme.

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

Durch die Einbindung von Krankenhäusern und Ärzten im ambulanten Bereich wird eine sektorübergreifende Versorgung sichergestellt. Voraussetzung für die Teilnahme am DMP Brustkrebs ist die Erfüllung der im folgenden Vertrag geregelten Strukturqualität. Die am Vertrag teilnehmenden Ärzte haben die Aufgabe, eine qualitätsorientierte und sektorübergreifende Begleitung der Patientinnen zu gewährleisten. Krankheits- und Behandlungsablauf werden von den teilnehmenden Ärzten in definierten Abständen dokumentiert, um die Sicherstellung der Versorgungsqualität zu gewährleisten. Dabei unterstützen die teilnehmenden Krankenkassen die aktive Teilnahme der Versicherten am DMP Brustkrebs.

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Ziel des Vertrages ist es, der Versicherten die aktive Teilnahme am DMP Brustkrebs zu ermöglichen. Angestrebt wird 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, um die Versorgung der Patientinnen zu optimieren. Krankenhausfachärzte und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe spielen als DMP-Ärzte eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der Disease-Management-Programme. Die teilnehmenden Krankenhäuser und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sollen ein interdisziplinäres Kompetenzzentrum zur Behandlung von Brustkrebspatientinnen (Brust-Kompetenzzentrum) im Krankenhausversorgungsgebiet bilden. Das rahmenvertragsschließende Krankenhaus übernimmt dabei eine Koordinationsfunktion (Koordinations-Krankenhaus) innerhalb des Brust-Kompetenzzentrums. Damit koordiniert es übergreifende Fragestellungen zum strukturierten Behandlungsprogramm und ist Ansprechpartner für die Krankenkassen.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm und die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und in der DMP-A-RL festgelegt und sollen durch die Vertragspartner 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, neutrale sowie qualitativ gesicherte Informationen aufzuklären. Dabei sollen sie über Nutzen und Risiken der Behandlungsmöglichkeit informiert werden. Die Informationen sollen die Patientinnen in die Lage versetzen, selbst stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.
 2. Verbesserung und Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität der Patientinnen.
 3. Die Einhaltung des operativen Standards, insbesondere im Hinblick auf eine nachhaltige Senkung der Anzahl der Brustamputationen durch Erhöhung des Anteils brusterhaltender Operationen.
 4. Die Einhaltung der Standards der adjuvanten Therapie durch Anwendung der in § 9 dieses Vertrages 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.
 6. Eine umfassende Nachsorge, insbesondere in Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation.
 7. Das frühzeitige Erkennen eines lokoregionären Rezidivs bzw. eines kontralateralen Tumors.
 8. 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) Diese Vereinbarung gilt für ein Brust-Kompetenzzentrum, das sich aus den folgenden Leistungserbringern zusammensetzt:
 1. einem Krankenhaus, das in der Region Hessen tätig ist und die Strukturqualität der Anlage 1 dieses Vertrags erfüllt, eine Koordinationsfunktion innerhalb des Brust-

- Kompetenzzentrums für Krankenhäuser und Vertragsärzte nach Nr. 2 und 3 dieses Absatzes übernimmt und diesen Rahmenvertrag mit den teilnehmenden Krankenkassen geschlossen hat (Koordinations-Krankenhaus).
2. Krankenhäusern, die in der Region Hessen tätig sind, die Strukturqualität der Anlage 1 erfüllen und eine Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4b dieses Vertrages geschlossen haben (Kooperations-Krankenhaus).
 3. Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die in der Region Hessen tätig sind, die Strukturqualität - persönlich oder durch angestellte Ärzte - der Anlage 2 erfüllen und eine Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4a dieses Vertrages geschlossen haben (DMP-Arzt).
- (2) Diese Vereinbarung gilt für:
- a) die Behandlung von Versicherten der beteiligten Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben oder
 - b) die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch eine teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse der Versicherten geregelt und die Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums darüber informiert wurden.
 - c) Dem Vertrag können weitere Krankenkassen beitreten, sofern sie gegenüber den teilnehmenden Krankenkassen erklären, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß §§ 33 und 34 anerkennen. Der Ausgleich erfolgt zwischen den Krankenkassen.
- (3) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der §§ 72, 75 SGB V bleibt unberührt.
- (4) Grundlage dieses Vertrags ist die RSAV sowie die DMP-A-RL.

Abschnitt II -Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungsbereichs (des Brust-Kompetenzzentrums)

- (1) Die Teilnahme der stationären Einrichtungen an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Die stationären Einrichtungen eines Brust-Kompetenzzentrums (Koordinations- und Kooperations-Krankenhäuser) haben die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 „Strukturqualität stationäre Einrichtungen“ (Regelungen zur fachlichen, personellen und insbesondere zur interdisziplinären Zusammenarbeit) zu erfüllen. Sie stellen für die Dauer der Programmteilnahme die Strukturqualität gemäß oben genannter Anlage sicher. Zur Feststellung der Strukturqualitätsvoraussetzungen nach § 6 füllt die stationäre Einrichtung den Fragebogen der Anlage 1a aus und legt ihn den teilnehmenden Krankenkassen zur Prüfung und Genehmigung zur Teilnahme vor. Dieser Fragebogen wird grundsätzlich alle drei Jahre von der stationären Einrichtung ausgefüllt und an die von den teilnehmenden Krankenkassen benannte Stelle (Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen) übersandt.
- (3) Zu den Aufgaben der stationären Einrichtungen eines Brust-Kompetenzzentrums (Koordinations- und Kooperations-Krankenhäuser) gehören insbesondere:
 1. die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte, insbesondere die Beratung der Versicherten über die Möglichkeit eines zweiseitigen Vorgehens unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Versicherten,
 2. die Benennung eines DMP-Krankenhausarztes sowie dessen Vertreter, der die DMP-Aufgaben innerhalb der stationären Einrichtung delegieren kann. Er ist Ansprechpartner für die in dieser stationären Einrichtung behandelten DMP-

- Patientinnen und die teilnehmenden Krankenkassen. Der DMP-Krankenhausarzt ist weiterhin für die Koordination der stationären Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, unter Beachtung der nach § 9 des Vertrages geregelten Versorgungsinhalte verantwortlich. Er ist verpflichtet, die vollständige und plausible Dokumentation und die fristgerechte Weiterleitung der Daten gemäß Nr. 9 dieses Paragrafen sicherzustellen,
3. die Durchführung eines intensivierten Beratungsgesprächs, unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Versicherten, zwischen der histologischen Sicherung der Diagnose und der operativen Therapie, insbesondere im Hinblick auf die Darstellung der Vor- bzw. Nachteile und Risiken der unterschiedlichen Operationsverfahren sowie eines Beratungsgesprächs nach operativer Therapie im Hinblick auf die adjuvante Therapie,
 4. Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 Abs. 3 und Abs. 4 sowie Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationsdaten unter Berücksichtigung der Abschnitte VII und VIII dieses Vertrages,
 5. die Beratung der Versicherten im Hinblick auf die Notwendigkeit der Auswahl eines nachbehandelnden DMP-Arztes nach § 4 Abs. 2, soweit die Versicherte nicht bereits vor dem stationären Aufenthalt von einem entsprechenden Arzt betreut wurde,
 6. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 7. die interdisziplinäre Zusammenarbeit entsprechend der Anlage 1 „Strukturqualität stationäre Einrichtungen“, sowie die sektorübergreifende Zusammenarbeit gemäß dem Grundsatz: „soviel stationär wie nötig, soviel ambulant wie möglich“,
 8. bei einer ambulanten Therapie/Nachsorge die Rücküberweisung der Versicherten an den mit dem Krankenhaus ambulant kooperierenden, koordinierenden Arzt unter zeitnaher Weitergabe (spätestens eine Woche nach der Entlassung) des Arztbriefes
 9. *die zeitnahe Information (spätestens eine Woche nach der Entlassung) des ambulant kooperierenden, koordinierenden DMP-Arztes nach § 4 über die Einschreibung der Patientin (incl. DMP-Fallnummer) und die Weiterleitung der Dokumentationsdaten (Erstdokumentation) unter Berücksichtigung der Abschnitte VII und VIII dieses Vertrages, soweit die ambulante Therapie/Nachsorge nicht im eigenen Hause durch einen ermächtigten Arzt (ambulanter Sektor) durchgeführt wird.,*
 10. die Inanspruchnahme assoziierter Ärzte und Krankenhäuser unter Berücksichtigung der Anlage 3 „Strukturqualität für sonstige Leistungserbringer,“ zur weiterführenden Diagnostik und Therapie, sowie Übermittlung und Einforderung therapierelevanter Informationen von diesen Leistungserbringern,
 11. gegebenenfalls Erinnerung der Patientin an Nachuntersuchungstermine in Kooperation mit den teilnehmenden Krankenkassen, soweit die ambulante Therapie/Nachsorge im eigenen Hause durchgeführt wird.
- (4) Das Koordinations-Krankenhaus verpflichtet sich über den Abs. 3 hinaus, die folgenden Aufgaben innerhalb des Brust-Kompetenzzentrums zu übernehmen:
1. Koordination übergreifender Fragestellungen zum strukturierten Behandlungsprogramm innerhalb des Brust-Kompetenzzentrums
 2. Ansprechpartner für die Krankenkassen
 3. Initiierung von regelmäßigen Qualitätszirkeln/ Tumorkonferenzen gemäß der Anlage 1 „Strukturqualität stationäre Einrichtungen“ mit allen Teilnehmern des Brust-Kompetenzzentrums sowie der Erstellung eines Protokolls und einer von den Teilnehmern unterzeichneten Teilnehmerliste zur Weiterleitung an die Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen.

- (5) Das Koordinations-Krankenhaus ist als Gesellschafter oder Beiratsmitglied an der ARGE nach § 28 und der Gemeinsamen Einrichtung beteiligt. Es verpflichtet sich, einen Vertreter des Brust-Kompetenzzentrums für die Arbeitsgemeinschaft nach § 28 und für die Gemeinsame Einrichtung nach § 30 zu benennen. Von den Vertretern der Brust-Kompetenzzentren mit Gesellschafterstellung werden die zwei stimmberechtigten Vertreter für die Arbeitsgemeinschaft und Gemeinsame Einrichtung einvernehmlich gewählt.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungsbereichs

- (1) Die Teilnahme der DMP-Ärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden DMP-Ärzte und zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 „Strukturqualität für DMP-Ärzte“ - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.
- (3) Die Strukturqualität muss zu Beginn der Teilnahme des Arztes gegenüber der Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen durch Unterschrift auf der Anlage 4a „Teilnahmevereinbarung für Ärzte und Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten“ nachgewiesen werden. 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 der Unterschrift auf der Teilnahmevereinbarung nach § 5 (Teilnahmevereinbarung für Ärzte und Kooperations-Krankenhäuser) erklärt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums gegenüber den teilnehmenden Krankenkassen, 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 Medizinische Versorgungszentrum die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der Kopfstelle DMP Brustkrebs vom anstellenden Arzt bzw. vom Medizinischen Versorgungszentrum unverzüglich mit der Hilfe des in der Anlage 4a beigefügten Formulars („Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten“) mitgeteilt.
- (5) Zu den Pflichten der DMP-Ärzte gehören insbesondere:
 1. die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 2. dass sie Ansprechpartner im ambulanten Bereich für die von ihnen behandelten DMP-Patientinnen und die teilnehmenden Krankenkassen sind. Der DMP-Arzt ist weiterhin für die Koordination der ambulanten Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln nach Ziffer 1.9 der Anlage 3 der DMP-A-RL verantwortlich,
 3. die Durchführung von intensivierten Gesprächen mit Patientinnen nach Abschnitt III,
 4. der Hinweis an die Versicherte zur Anforderung von weiteren Informationen zum Thema „Brustkrebs“ bei ihrer jeweiligen Krankenkasse,
 5. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie der Dokumentationen entsprechend der Anlage 4 der DMP-A-RL nach den Abschnitten VII und VIII dieses Vertrages,

6. die vollständige Dokumentation entsprechend der Anlage 4 der DMP-A-RL (Erst- und Folgedokumentation); soweit diese nicht ausreichend ausgefüllt weitergeleitet wurde, die nachträgliche Ergänzung fehlender Parameter auf Anforderung,
 7. die Beachtung der Qualitätsziele nach §§ 10 ff. einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 8. die sektorübergreifende Zusammenarbeit mit Koordinations- und Kooperations-Krankenhäusern gemäß § 3, nach dem Grundsatz: „soviel stationär wie nötig, soviel ambulant wie möglich“,
 9. die stationäre Einweisung unter Berücksichtigung der individuellen Interessen der Patientinnen und der regionalen Versorgungsstruktur, in ein Koordinations- oder Kooperations-Krankenhaus, das im Rahmen des § 3 dieses Vertrages teilnimmt,
 10. die Beratung der Versicherten im Hinblick auf die Notwendigkeit der Auswahl eines am DMP teilnehmenden Krankenhauses nach § 3 soweit die Versicherte zunächst nicht von einem entsprechenden Krankenhaus betreut wurde,
 11. die Prüfung, ob die Patientin von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann,
 12. sofern erforderlich, die Inanspruchnahme assoziierter Ärzte und Krankenhäuser unter Berücksichtigung der Anlage 3 „Strukturqualität für sonstige Leistungserbringer“ zur weiterführenden Diagnostik und Therapie,
 13. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 9 zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
 - die Befunddaten inklusive des histologisch gesicherten Befundes (soweit im ambulanten Bereich möglich) an die stationäre Einrichtung, weiterzuleiten,
 14. gegebenenfalls Erinnerung der Patientin an Nachuntersuchungstermine in Kooperation mit den teilnehmenden Krankenkassen, soweit die ambulante Therapie/Nachsorge selbst vom DMP-Arzt durchgeführt wird.
- (6) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 – 14 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 5

Teilnahmevereinbarung

- (1) Kooperierende Krankenhäuser gemäß § 3 und DMP-Ärzte gemäß § 4 erklären sich schriftlich mit der Teilnahmevereinbarung gemäß Anlage 4a „Teilnahmevereinbarung für Ärzte und Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten“ und 4b „Teilnahmevereinbarung für Kooperations-Krankenhäuser“ gegenüber dem Koordinations-Krankenhaus zur Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs bereit. Das Koordinations-Krankenhaus leitet die i.R.d. Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4a bzw. 4b abgegebenen Teilnahmeerklärungen an die Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen weiter.
- (2) Der koordinierende Arzt/die kooperierende stationäre Einrichtung genehmigt mit seiner/ihrer Unterschrift auf dieser i.R.d. Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4a bzw. 4b abgegebenen Erklärung den von der Arbeitsgemeinschaft nach § 28 ohne Vollmacht in Vertretung für ihn/sie mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag.
- (3) Wird die Teilnahme des Arztes bzw. des zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so müssen die i.R.d. Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4a abgegebene Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden Medizinischen

Versorgungszentrums auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, Lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 4a beigefügtem Formular („Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten“) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die Kopfstelle DMP-Brustkrebs in Hessen kann die Teilnahme am DMP ohne erneute - i.R.d. Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4a abgegebene - Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.

- (4) Die i.R.d. Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4a abgegebene Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätte (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.
- (5) Das Koordinations-Krankenhaus ist verpflichtet, interessierten Krankenhäusern und Ärzten die Teilnahme an diesem Vertrag zu ermöglichen, wenn diese die Strukturqualität nach Anlage 1 „Strukturqualität stationäre Einrichtungen“ und Anlage 2 „Strukturqualität für DMP-Ärzte“ erfüllen.
- (6) Jedes Kooperations-Krankenhaus ist verpflichtet, sich ein Koordinations-Krankenhaus, in der Regel im gleichen Krankenhausversorgungsgebiet, zu suchen.
- (7) Die DMP-Ärzte haben die Möglichkeit, sich mehreren Brust-Kompetenzzentren, in der Regel im gleichen Krankenhausversorgungsgebiet, anzuschließen.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Das Vorliegen der Voraussetzungen für die Teilnahme der Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums am DMP, insbesondere der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 und 2 des Vertrages, prüft die Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen als Vertreter der teilnehmenden Krankenkassen anhand des Fragebogens zur Strukturqualität nach Anlage 1a und der Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4b. Die teilnehmenden Krankenkassen gemeinsam sind dabei frei in der Wahl ihrer Vertragspartner beim Abschluss weiterer gleichlautender Rahmenverträge unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungs- und Vertragssituation.
- (2) Zur Durchführung von Stichprobenprüfungen zur Strukturqualität können die teilnehmenden Krankenkassen über die Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) in Hessen beauftragen.
- (3) Besteht der Verdacht, dass trotz Bestätigung der Strukturqualität eines Vertragspartners die Anforderungen nicht erfüllt werden, kann die Gemeinsame Einrichtung eine Prüfung durch die Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen verlangen.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Koordinations-Krankenhauses am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der gemeinsamen Genehmigung der teilnehmenden Krankenkassen nach Prüfung der Strukturqualitätskriterien, mit der Unterschrift dieses Rahmenvertrages.
- (2) Die Teilnahme der Kooperations-Krankenhäuser sowie der DMP-Ärzte am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der gemeinsamen Genehmigung der teilnehmenden Krankenkassen mit dem Tag des Eingangs der Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4a/b bei der Kopfstelle. Die Teilnahme wird schriftlich durch die Krankenkassen in Hessen bestätigt.
- (3) Für den Fall der Uneinigkeit über die Einbindung eines Vertragspartners unter den teilnehmenden Krankenkassen verständigen sich diese über das weitere Vorgehen.
- (4) Die Teilnahme endet beim Verstoß gegen die Ziele dieses DMP. Hier gelten die Regelungen des § 12.

- (5) Endet die Teilnahme eines Leistungserbringers an diesem Vertrag nach § 12 sowie § 36, können die teilnehmenden Krankenkassen die hiervon betroffenen Versicherten auf weitere teilnehmende Leistungserbringer aufmerksam machen, um ihnen den Wechsel des DMP-Arztes zu ermöglichen. Das Koordinations-Krankenhaus hat das Ausscheiden eines kooperierenden Leistungserbringers an die Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen zu melden.
- (6) 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 Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der Anlage 4a beigefügten Formular („Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten“).
- (7) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 2 „Strukturqualität für DMP-Ärzte“ näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß § 4 und über die teilnehmenden Krankenhäuser gemäß § 3 führen die teilnehmenden Krankenkassen in Hessen entsprechend der Anlage 7 „Leistungserbringerverzeichnis Stationäre Einrichtungen/DMP-Vertragsärzte“ ein Verzeichnis, welches im Falle von Änderungen von der Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen übermittelt wird. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.
- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis wird von den Krankenkassen in Hessen dem Bundesversicherungsamt (BVA) beim Antrag auf Zulassung vorgelegt. Bei einer unbefristeten Zulassung ist dieses dem BVA turnusmäßig alle 5 Jahre bzw. dem BVA als Zulassungsbehörde sowie der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde auf Anforderung in aktualisierter Form vorzulegen.
- (3) Das Leistungserbringerverzeichnis wird zudem zur Verfügung gestellt:
 - a) den am Vertrag teilnehmenden Ärzten/stationären Einrichtungen auf Anforderung,
 - b) bei Bedarf den teilnehmenden, bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen in Hessen, insbesondere bei Neueinschreibung,
 - c) der Datenstelle nach § 20,
 - d) weiteren Krankenkassen nach § 2 Abs. 2c.
- (4) Die Inhalte des Leistungserbringerverzeichnisses können zudem gesondert veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der i.R.d. Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4a bzw. 4b abgegebenen Teilnahmeerklärung erteilt.

Abschnitt III - Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs

- (1) Die medizinischen Anforderungen an das DMP sind in der Anlage 3 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Teilnehmer verpflichten sich, diese Versorgungsinhalte zu beachten.
- (2) Die Anforderungen an die Behandlung nach Ziffer 1 der Anlage 3 der DMP-A-RL 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 durch die Krankenkassen/-verbände, welche die Kopfstelle DMP Brustkrebs damit beauftragen können, über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Bei einer Änderung der DMP-A-RL verpflichtet sich das Krankenhaus, die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen.
- (3) Der zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlungsspielraum wird dadurch nicht eingeschränkt.
- (4) Die Aufklärung der Patientin im Sinne der Ziffer 4.2 der Anlage 3 der DMP-A-RL erfolgt über zielgerichtete Informationen für Patientinnen. Als Grundlage dienen die nachstehend beschriebenen Informationsbausteine, welche schwerpunktmäßig folgende Bereiche umfassen:
 - a) Informationen über weitere qualitätsgesicherte diagnostische Schritte, qualitätsgesicherte Behandlungsmaßnahmen und einzelfallbezogen in Betracht kommende Behandlungsalternativen,
 - b) Informationen über die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer, die die Therapie durchführen können. Die Qualitätsmerkmale sowie Kooperationsregeln müssen der Patientin transparent gemacht werden,
 - c) Informationen über das für die Patientin individuell sinnvolle Nachsorgekonzept inklusive geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen, Selbsthilfegruppen, psychosozialer Angebote.

Die jeweiligen Inhalte der durchzuführenden Gespräche ergeben sich aus der Anlage 8 „Intensivgespräche/Begleitgespräche“.

- (5) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Brustkrebs auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt IV - Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Die Grundlage der Qualitätssicherung bilden der § 2 Abs. 6 DMP-A-RL i.V.m. der Ziffer 2 der Anlage 3 der DMP-A-RL. Hierzu gehören insbesondere:

1. Einhaltung der medizinischen Anforderungen gemäß Anlage 3 der DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren gemäß der Ziffer 1.9 der Anlage 3 der DMP-A-RL,

4. Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität, gemäß den §§ 3 und 4,
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationsdaten nach der DMP-A-RL,
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Die ärztliche Qualitätssicherung von der Gemeinsamen Einrichtung nach § 30 durchgeführt. Entsprechend § 2 i.V.m. Ziffer 2 der Anlage 3 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde gelegt.
- (2) Zur Sicherstellung der arztbezogenen Qualitätssicherung, die die Gemeinsame Einrichtung durchführt, zählen die folgenden Maßnahmen:
 - strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle,
 - die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein.
- (3) Zu den Maßnahmen zur Sicherstellung der versichertenbezogenen Qualitätsziele, die die einzelnen teilnehmenden Krankenkassen durchführen, zählen die folgenden:
 - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 - die Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten,
 - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten.

Die Krankenkassen führen aufgrund der besonderen psychischen Belastung der an Brustkrebs erkrankten Versicherten keine individuelle Beratung der eingeschriebenen Versicherten auf der Grundlage der versichertenbezogenen Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL durch.
- (4) Zur Auswertung der in Anlage 6 (QS-Anlage) fixierten Indikatoren sind die Dokumentationsdaten der DMP-A-RL einzubeziehen.
- (5) Die durchgeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind in geeigneter Weise z.B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, in der Fachpresse, regelmäßig, mindestens einmal jährlich, zu veröffentlichen.

§ 12

Verstoß gegen die Anforderungen des Vertrages

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms werden wirksame Maßnahmen vereinbart, die dann greifen, wenn die mit der Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms beauftragten Leistungserbringer (Koordinations-Krankenhaus, Kooperations-Krankenhaus bzw. die DMP-Ärzte) gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.
- (2) Verstoßen die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer (Koordinations-Krankenhaus, Kooperations-Krankenhäuser bzw. die DMP-Ärzte) gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
 1. Aufforderung durch die Kopfstelle DMP-Brustkrebs in Hessen als Vertreter der teilnehmenden Krankenkassen des Vertrages, die vertraglichen Verpflichtungen

- einzuhalten (z.B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
2. keine Vergütung durch die teilnehmenden Krankenkassen für unvollständige/unplausible/verspätete Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung,
 3. zeitweise Kündigung (Aussetzung der Rechte und Pflichten der Leistungserbringer) des Vertrages durch die Kopfstelle DMP-Brustkrebs in Hessen als Vertreter der teilnehmenden Krankenkassen, (z.B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte der Ziffer 1 der Anlage 3 der DMP-A-RL) nach mehrheitlichem Beschluss der Gemeinsamen Einrichtung,
 4. schriftliche, fristlose Kündigung des Vertrages durch die Kopfstelle DMP-Brustkrebs in Hessen als Vertreter der teilnehmenden Krankenkassen, (z.B. bei andauernder Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte gemäß Ziffer 1 der Anlage 3 der DMP-A-RL., kein Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen, bei bewusst falscher Dokumentation etc.) nach mehrheitlichem Beschluss der Gemeinsamen Einrichtung,
 5. schriftliche, fristlose Kündigung des Vertrages durch die Kopfstelle DMP-Brustkrebs in Hessen als Vertreter der teilnehmenden Krankenkassen, wenn die Leistungserbringer die Strukturqualität gem. den Anlagen 1 und 2 „Strukturqualität stationäre Einrichtungen/Strukturqualität für DMP-Ärzte“ nicht mehr erfüllen. Zu beachten ist insbesondere auch § 6 Abs. 3.
- (3) Die teilnehmenden Krankenkassen und die Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums verpflichten sich, Vertragsverstöße ihrer Vertragspartner gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.

Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien gemäß § 3 (Allgemeine Voraussetzungen) i.V.m. Ziffer 3 der Anlage 3 (Spezielle Voraussetzungen) der DMP-A-RL erfüllt sind:
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene , Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und
 - die Diagnose des Mammakarzinoms ist gemäß Ziffer 1.2 der Anlage 3 der DMP-A-RL histologisch gesichert und schriftlich durch den behandelnden Arzt bestätigt,
 - die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte gemäß Ziffer 4.2 der Anlage 3 der DMP-A-RL über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat,
 - als spezielle Regelung für die Einschreibung gilt die histologische Sicherung eines Primär- oder kontralateralen Tumors, eines lokoregionären Rezidivs oder von Fernmetastasen. Die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt. Das alleinige

Vorliegen einer nichtinvasiven lobulären Neoplasie rechtfertigt nicht die Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm.

- Nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose endet die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv bzw. kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere zehn Jahre ab dem Zeitpunkt der histologischen Sicherung möglich. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv bzw. kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am DMP ein, ist eine Neueinschreibung möglich.
 - Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.
- (2) Patientinnen mit bereits gesichertem histopathologischem Nachweis eines Mammakarzinoms aus einem zurückliegenden Zeitraum von max. zehn Jahren können auch an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmen. Dies gilt ebenfalls für Patientinnen mit klinischer Rezidivdiagnose.
- (3) Die Teilnahme schränkt die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) nicht ein.

§ 14

Information und Einschreibung der Versicherten

- (1) Der DMP-Krankenhausarzt im behandelnden Krankenhaus des Brust-Kompetenzzentrums nach § 3 informiert die Versicherte mit dem dringenden Verdacht auf Brustkrebs (nach Mammographie; ggf. Sonographie) darüber, dass sie bei der jeweiligen Krankenkasse Informationsmaterial zum Thema Brustkrebs anfordern kann.
- (2) Die am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der DMP-Krankenhausärzte des Brust-Kompetenzzentrums ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, die Datenschutzinformation und das Patientenmerkblatt entsprechend der Anlage 5, über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß der RSAV und der DMP-A-RL informieren. Die Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- (3) Der DMP-Krankenhausarzt oder der DMP-Arzt des Brust-Kompetenzzentrums, die gemäß §§ 3 oder 4 dieses Vertrages teilnehmen, informiert entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV die nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patientinnen. Diese Versicherten können die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei dem DMP-Krankenhausarzt oder dem DMP-Arzt des Brust-Kompetenzzentrums unterschreiben.
- (4) Für die Einschreibung der Versicherten in das Behandlungsprogramm durch den DMP-Krankenhausarzt oder den DMP-Arzt sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15,
 2. die vollständige und plausible Erstellung der Erstdokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL.

Die Versicherte kann sich auch bei ihrer teilnehmenden Krankenkasse für das Behandlungsprogramm anmelden. In diesem Fall wird die Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von ihrer teilnehmenden Krankenkasse an ein Brust-Kompetenzzentrum verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 4 geliefert werden.

- (5) Nachdem alle Einschreibeunterlagen entsprechend Absatz 4 der zuständigen teilnehmenden Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese der Versicherten und dem Brust-Kompetenzzentrum schriftlich die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.

- (6) Wenn die Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann sie an verschiedenen DMP teilnehmen.
- (7) Wechselt eine am DMP-Brustkrebs teilnehmende Versicherte die Krankenkasse und möchte weiterhin am Programm teilnehmen, endet die Teilnahme bei der bisherigen teilnehmenden Krankenkasse. Es sind die nach Absatz 4 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige teilnehmende Krankenkasse erneut zu erstellen, soweit diese Partner des Vertrages ist. Dasselbe gilt, wenn eine Versicherte, die bisher an einem vergleichbaren Behandlungsprogramm einer nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse teilgenommen hat, zu einer Krankenkasse wechselt, die Partner dieses Vertrages ist.

§ 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Die Patientin stimmt nach umfassender Information über die Programminhalte durch schriftliche Einwilligung (Teilnahme- und Einwilligungserklärung [...] gemäß Anlage 5) der Teilnahme und der damit verbundenen Verarbeitung sowie der Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten gemäß § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL zu.

§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm Brustkrebs beginnt mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 4 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich die Einschreibung gemäß § 14 Abs. 5.
- (2) Die Teilnahme endet nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv bzw. kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist gemäß Ziffer 3.2 der Anlage 3 der DMP-A-RL ein Verbleiben für weitere zehn Jahre ab dem Zeitpunkt der histologischen Sicherung möglich. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv bzw. kontralateraler Brustkrebs nach der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich. Patientinnen mit Fernmetastasen können dauerhaft am Programm teilnehmen.
- (3) Die Versicherte kann ihre Teilnahme kündigen und/oder die Einwilligung jederzeit schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse widerrufen.
- (4) Die Teilnahme der Versicherten endet mit dem Tag
 1. der dauerhaften Aufhebung der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 2. der Kündigung der Teilnahme mit Zugang des Kündigungsschreibens bei der Krankenkasse, sofern sie in diesem keinen späteren Termin für ihr Ausscheiden bestimmt,
 3. des Widerrufs der Einwilligungserklärung mit Zugang des Widerrufsschreibens bei der Krankenkasse,
 4. des Kassenwechsels nach § 14 Abs. 7, außer wenn die Versicherte, die vorübergehend bei einer anderen Krankenkassen versichert war, innerhalb von 6 Monaten zu ihrer früheren Krankenkassen zurückkehrt, im Übrigen gelten die Regelungen des § 28d Abs. 3 RSAV,
 5. der letzten Dokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL, wenn die Krankenkasse die Teilnahme der Versicherten an dem Programm nach § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV beendet,
 6. der letzten gültigen Dokumentation (Erstelldatum), wenn zwei aufeinander folgende Dokumentationen nach Anlage 4 der DMP-A-RL nicht innerhalb von 6 Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 a RSAV genannten Frist übermittelt wurden,
 7. bei Wegfall der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2a RSAV.

- (5) Die Krankenkasse informiert die Versicherte, den DMP-Krankenhausarzt oder den DMP-Arzt des Brust-Kompetenzzentrums schriftlich über das Ausscheiden der Versicherten aus dem strukturierten Behandlungsprogramm.
- (6) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.

§ 17

Wechsel des DMP-Arztes

- (1) Es steht der Versicherten frei, ihren DMP-Arzt zu wählen und zu wechseln. Der neu gewählte Arzt erstellt die Folgedokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL und sendet diese entsprechend § 22 an die Datenstelle nach § 20. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.
- (2) Der bisherige DMP-Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten an den neuen koordinierenden Arzt.
- (3) Nach Eingang der vollständigen Unterlagen bei der zuständigen teilnehmenden Krankenkasse werden auch der bisherige DMP-Arzt und der DMP-Krankenhausarzt über den Wechsel von der Krankenkasse informiert.
- (4) Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines Leistungserbringers.

Abschnitt VI - Schulungen und Information

§ 18

Leistungserbringer

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen informieren die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer über Ziele und Inhalte des Behandlungsprogramms Brustkrebs gemäß der RSAV sowie der DMP-A-RL. Hierbei werden die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmevereinbarung gemäß § 5 dieses Vertrages. Die Art der Informationsvermittlung wählen die teilnehmenden Krankenkassen.
- (2) Die verantwortlichen Koordinations- und Kooperations-Krankenhäuser stellen die erforderlichen Schulungen des am DMP mitwirkenden Personals innerhalb der Krankenhäuser sicher. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit nach Ziffer 1.9 und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 der Anlage 3 der DMP-A-RL Schulungsbestandteile, die im Rahmen der Durchführung von DMP bei anderen Krankheitsbildern bereits vermittelt wurden, müssen nicht wiederholt werden. Die schriftlichen Unterlagen zur Schulung der Ärzte zu Programmbeginn entsprechen den Richtlinien des G-BA.
- (3) Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung. Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der Kopfstelle nachzuweisen. In diesen Fortbildungsprogrammen sind die strukturierten medizinischen Inhalte gemäß der Anlage 3 der DMP-A-RL beachtet werden.

§ 19

Versicherte

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen informieren anhand der Anlage 5 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation für Versicherte und das „Patientenmerkblatt“

über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargelegt.

- (2) Für Brustkrebspatientinnen sind Schulungen gemäß Ziffer 4.2 der Anlage 3 der DMP-A-RL nicht zielführend. Stattdessen sind kassenspezifische Informationen für Patientinnen vorgesehen, die die Versicherte freiwillig in Anspruch nehmen kann.

Abschnitt VII - Übermittlung der Dokumentation an die durch die teilnehmenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Datenstelle und deren Aufgaben

§ 20 Datenstelle

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft beauftragen eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit folgenden Aufgaben:
1. Entgegennahme der Dokumentationsdaten elektronisch gemäß akkreditierter Verfahrensvorgaben,
 2. Erfassung der Dokumentationsdaten ,
 3. Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität, der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
 4. Pseudonymisierung der bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten und
 5. Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Erst- und Folgedokumentation an die zuständigen Krankenkassen,
 6. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung,
 7. Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten nach der Maßgabe der Aufgabenbeschreibung des Datenstellenvertrages an die zu benennenden Stellen der Krankenkassen.

Das Nähere regeln jeweils die teilnehmenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen.

- (2) Die i.R.d. Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4a bzw. 4b abgegebene Teilnahmeerklärung des Leistungserbringers des Brust-Kompetenzzentrums gemäß den §§ 3 bzw. 4 beinhaltet die Genehmigung des in seinem Namen von der Arbeitsgemeinschaft in Hessen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin 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 der Datenstelle teilen die Krankenkassen den teilnehmenden koordinierenden Ärzten und kooperierenden stationären Einrichtungen gemäß §§ 3 bzw. 4 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 21

Erst- und Folgedokumentation

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationsdaten 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 Ziffer 2 der Anlage 3 der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Schulung der DMP-Ärzte nach Ziffer 4 der Anlage 3 der DMP-A-RL, und die Evaluation genutzt. Die allgemeine vertragliche und vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Die Dokumentation im Rahmen dieser Richtlinie erfolgt gemäß Ziffer 1.5 der Anlage 3 der DMP-A-RL 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. 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.
- (3) 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.
- (4) 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.
- (5) Bei allen teilnehmenden Patientinnen können im individuellen Fall kürzere Abstände gewählt werden.

§ 22

Datenfluss zu der Datenstelle

- (1) Durch seine i.R.d. Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4a bzw. 4b abgegebene Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 bzw. § 4 teilnehmende DMP-Krankenhausarzt bzw. DMP-Arzt,
 1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL und
 2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL

und gemäß § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV maschinell verwertbar am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums (Berichtsquartal) auf dem Postweg per Datenträger (CD-Rom, Diskette) oder per Datenfernübertragung (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes) an die Datenstelle weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle auf dem Postweg zu übermitteln.

Der DMP-Arzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern („0“ – „9“) bestehen darf. DMP-Ärzte setzen an Position 1 bis 4 der DMP-Fallnummer die Stellen 4 bis 7 ihrer Betriebsstättennummer, DMP-Krankenhausärzte setzen an Position 1 bis 3 der DMP-Fallnummer die letzten drei Ziffern des Krankenhaus-Institutionskennzeichens.

- (2) Die elektronische Übermittlung versicherten- und leistungserbringerbezogener Daten erfolgt entsprechend der RSAV und der DMP-A-RL . Der DMP-Arzt stellt diese gemäß akkreditierter Verfahrensvorgaben sicher.
- (3) Die Versicherten willigen einmalig mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung in die Datenübermittlung schriftlich ein. Die Versicherte wird schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Sie erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 23 Datenzugang

Zugang zu den an die teilnehmende Krankenkasse übermittelten personenbezogenen Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden dabei beachtet.

§ 24 Datenaufbewahrung und -löschung

Die Archivierung und Löschung der Dokumentationsdatensätze erfolgt gemäß der jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V. Die im Rahmen des Programms im Auftrag der DMP-verantwortlichen Leistungserbringer übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten (Dokumentationsdaten,) werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die teilnehmenden Krankenkassen von der Datenstelle so archiviert, dass sie jederzeit und kurzfristig max. innerhalb von 8 Wochen für Prüfzwecke durch die Aufsichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden können.

Abschnitt VIII – Datenfluss zu den teilnehmenden Krankenkassen und zur Gemeinsamen Einrichtung

§ 25 Datenfluss

- (1) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteinschreibung die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten sowie den von der Datenstelle erfassten Datensatz gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL (Erstdokumentation) an die jeweilige von den teilnehmenden Krankenkassen zu benennende Stelle.
- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation den erfassten Datensatz gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL (Folgedokumentation) an die jeweilige von den teilnehmenden Krankenkassen zu benennende Stelle.
- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.

§ 26 Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung und an die von den teilnehmenden Krankenkassen zu benennende Stelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 27

Datenaufbewahrung und -löschung

Die Archivierung und Löschung der im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten (Dokumentationsdaten) erfolgt gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V.

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

§ 28

Bildung einer Arbeitsgemeinschaft in Hessen

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen einerseits und die Leistungserbringer nach § 3 und § 4 dieses Vertrages und aller weiteren gleichlautenden Rahmenverträge andererseits bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Die Arbeitsgemeinschaft handelt durch jeweils 3 stimmberechtigte Gesellschafter der Krankenkassen und Leistungserbringer für das gesamte Bundesland Hessen. Das Nähere regelt der Gesellschaftsvertrag.
- (2) Die stimmberechtigten Gesellschafter auf Leistungserbringerseite setzen sich zusammen aus zwei Vertretern der Koordinationskrankenhäuser und einem Vertreter des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V., Landesverband Hessen.
- (3) Die Gesellschafter der Arbeitsgemeinschaft nach Abs. 1 S. 1. bevollmächtigen ihre Vertreter nach Abs. 1 S. 2, während der Dauer dieses Vertragsverhältnisses ihre Gesellschafterrechte wahrzunehmen. Aus der Mitwirkung an der Arbeitsgemeinschaft - gleich in welcher Rechtsposition - erwachsen den Koordinations-Krankenhäusern keine haftungsrechtlichen Verpflichtungen.

§ 29

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 6 „Qualitätssicherung“ weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 20 mit der Durchführung der in den Absätzen 1 und 2 des § 20 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 30

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung in Hessen

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft gründen eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere regelt der Gesellschaftsvertrag. Insbesondere ist festzulegen, dass den aufsichtführenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung nach § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

§ 31

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 6 „Qualitätssicherung“ durchzuführen. Die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung umfassen 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 Ziffer 2 der Anlage 3 der DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten ,
 3. die Durchführung des ärztlichen 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 Überwachung des vertragsgemäßen Verhaltens der Leistungserbringer und Einleitung entsprechender Sanktionsmaßnahmen nach § 12 dieses Vertrages,
 6. die Veranlassung einer Prüfung der Strukturqualität im Verdachtsfall durch die teilnehmenden Krankenkassen gemäß § 6 Abs. 3,
 7. Sicherstellung einer systematischen aktuellen Information der Leistungserbringer,
 8. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach Anlage 6 auf Basis der Evaluationsergebnisse.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung in Zusammenhang mit den in Abs. 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.
- (3) Die Vertragspartner sind sich einig, dass eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimittel-Therapie im Rahmen des DMP-Vertrages gemäß Ziffer 2 der Anlage 3 der DMP-A-RL bei der Richtgrößenprüfung bzw. Durchschnittsprüfung im Sinne einer Praxisbesonderheit für die eingeschriebenen Versicherten anzuerkennen ist.
- (4) Sollte zukünftig eine Korrektur der Richtgrößen oder eine Bereinigung der vom Arzt veranlassten Arznei- und Heilmittelausgaben um die in einem DMP eingeschriebenen Versicherten erfolgen, erübrigt sich eine Bewertung dieser Ausgaben im Sinne einer Praxisbesonderheit.
- (5) Die Kriterien einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie sowie die Bewertung der Zielerreichung und die hierfür erforderlichen Maßnahmen werden im Hinblick auf Versicherte, die in einem DMP eingeschrieben sind, in der Gemeinsamen Einrichtung vereinbart.
- (6) Wird das vereinbarte Ziel einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie bei Versicherten, die in einem DMP eingeschrieben sind, nicht erreicht, so entfällt die Anerkennung im Sinne einer Praxisbesonderheit gem. Satz 1.

Abschnitt X - Evaluation

§ 32

Evaluation

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

Abschnitt XI - Vergütung und Abrechnung

§ 33

Ärztliche und stationäre Leistungen

- (1) Die Vergütungen der ärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind mit der Gesamtvergütungsvereinbarung nach § 87a abgegolten, soweit im Folgenden keine abweichende Regelung getroffen wird.
- (2) Die Kosten der stationären Behandlung werden nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen (Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG)) unter Beachtung der Vorschriften des SGB V abgegolten, soweit im Folgenden keine abweichenden Regelung getroffen wird.

§ 34

Vergütung von Koordinations-, Dokumentations- und Kooperationsleistungen im Rahmen von DMP Brustkrebs

- (1) Für die vollständigen und plausiblen Dokumentationen gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL und die fristgerechte Übermittlung der vollständigen Dokumentation für Versicherte nach diesem Vertrag werden die in Anlage 9 genannten Vergütungen vereinbart.
- (2) Die in Anlage 9 genannten Leistungen werden als Einzelleistungen durch die teilnehmenden Krankenkassen vergütet.
- (3) Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal einen Nachweis der gültigen Dokumentationen in der ersten Woche des Folgemonats nach dem Verfristungstermin (nach dem 52. Tag des Folgequartals) und übermittelt diesen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die erhaltene Liste ist von Seiten der Krankenkassen bis zum 14. Tag nach der Übersendung auf Vollständigkeit und Zuordnung zu den im Abrechnungszeitraum versicherten Mitgliedern zu überprüfen und rückzumelden. Bis zum Ende des Folgemonats erhält jeder Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums von der Datenstelle eine Vergütungsliste. Dieser Nachweis ist maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der teilnehmenden Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern des Brust-Kompetenzzentrums.
- (4) Widersprechen die Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums nicht binnen 14 Tagen nach Zugang der auf Grundlage der Anlage 9 vorzunehmenden Abrechnung, überweisen die teilnehmenden Krankenkassen den danach fälligen Abrechnungsbetrag binnen weiterer 14 Tage auf das ihr von dem Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums zu benennende Konto.

- (5) Widerspricht ein Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums der auf der Grundlage der Anlage 9 von den teilnehmenden Krankenkassen zu erstellenden Abrechnung, können diese dem Widerspruch binnen 14 Tagen nach Eingang abhelfen. Helfen die teilnehmenden Krankenkassen dem Widerspruch nicht ab, so entscheidet die Gemeinsame Einrichtung binnen eines Monats nach Bekanntgabe der Entscheidung im Abhilfeverfahren gegenüber dem Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums über die Rechtmäßigkeit der angefochtenen Abrechnung. Diese Entscheidung ist dem Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums binnen 14 Tagen nach Entscheidung der Gemeinsamen Einrichtung schriftlich bekannt zu geben.
- (6) Die teilnehmenden Krankenkassen vergüten jährlich die Teilnahme der DMP-Ärzte an Qualitätszirkeln/Tumorkonferenzen anhand der von dem Koordinations-Krankenhaus zur Verfügung gestellten Protokolle und Teilnehmerlisten nach Anlage 9. Der Nachweis, der mindestens zweimal jährlichen Teilnahme an Qualitätszirkeln/Tumorkonferenzen ist maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der teilnehmenden Krankenkassen. Nach Zugang dieser Liste überweisen die zuständigen Krankenkassen den fälligen Abrechnungsbetrag binnen eines weiteren Monats auf das ihnen von dem Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums zu benennende Konto.
- (7) Darüber hinaus vergüten die teilnehmenden Krankenkassen nach Anlage 9 den DMP-Ärzten ihr erhöhtes Engagement zur Motivation ihrer Patientinnen - im sechsten Jahr nach Feststellung der rechtmäßigen Einschreibung im DMP Brustkrebs - weiter an der Nachsorge teilzunehmen und somit die Therapie- und Diagnostiktreue zu verbessern oder beizubehalten (Motivationspauschale). Die Auszahlung erfolgt nur bei gleichzeitig bestehendem Vergütungsanspruch gemäß Abs. 6.
- (8) Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach Abs. 2 - 6 können sich die teilnehmenden Krankenkassen der Hilfe Dritter bedienen.

Abschnitt XII - Sonstige Bestimmungen

§ 35

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafgesetzbuch (StGB) ist sicherzustellen.
- (2) Die Leistungserbringer verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Hessischen Datenschutzgesetzes (HDSG), der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 36

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2018 in Kraft.

- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des strukturierten Behandlungsprogramms, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, vorzunehmen sind. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V sind zu beachten.
- (3) Bei einer Wiederzulassung gelten die im Rahmen der ersten Akkreditierung abgegebenen Erklärungen weiter. Eine erneute Einschreibung der Leistungserbringer und Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Der Vertrag kann darüber hinaus von allen Vertragsparteien oder auf Anraten der Gemeinsamen Einrichtung aus wichtigem Grund gekündigt werden. Ein wichtiger Grund liegt vor insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung des strukturierten Behandlungsprogramms und bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung. Der Vertrag ist kündbar mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende.
- (5) Ordentliche Kündigung:
 1. Das Koordinations-Krankenhaus kann den Vertrag schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals,
 2. die teilnehmenden Krankenkassen gemeinsam können den Vertrag schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
 3. Das Kooperations-Krankenhaus kann die Teilnahmevereinbarung am Vertrag schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals,
 4. der DMP-Arzt kann die Teilnahmevereinbarung am Vertrag schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.

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