

VERTRAG

zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V für die Indikation Brustkrebs

zwischen

AOK Bremen/Bremerhaven
Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen

BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 20173 Hannover
zugleich für die Knappschaft - Regionaldirektion Nord, Hamburg

IKK gesund plus
Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg
handelnd als IKK-Landesverband für das Land Bremen, zugleich für die Sozialversicherung der Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse

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 Bremen
Martinistr. 34, 28195 Bremen

(im Folgenden „Krankenkassen/-verbände“)

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen

(im Folgenden „KVHB“)

Inhaltsverzeichnis:

Erläuterungen	4
Übersicht Anlagen	4
PRÄAMBEL	5
Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich	5
§ 1 Ziele des Vertrages	5
§ 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze	6
Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer	6
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors	6
§ 4 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen	8
§ 5 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme	8
§ 6 Leistungserbringerverzeichnis	9
Abschnitt III – Versorgungsinhalte	9
§ 7 Medizinische Anforderungen an das DMP Brustkrebs	9
Abschnitt IV - Qualitätssicherung	10
§ 8 Grundlagen und Ziele	10
§ 9 Maßnahmen und Indikatoren	10
§ 10 Vertragsmaßnahmen	11
Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten	11
§ 11 Teilnahmevoraussetzungen	11
§ 12 Information und Einschreibung	12
§ 13 Beginn und Ende der Teilnahme der Versicherten	14
§ 14 Wechsel des koordinierenden Arztes	14
Abschnitt VI – Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen	14
§ 15 Fortbildungen der Ärzte	14
Abschnitt VII - Arbeitsgemeinschaft/Gemeinsame Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung	15
§ 16 Arbeitsgemeinschaft	15
§ 17 Gemeinsame Datenstelle	15
§ 18 Gemeinsame Einrichtung	15
§ 19 Datenfluss zur Datenstelle	16
§ 20 Datenzugang	16
§ 21 Datenaufbewahrung und -löschung	16
Abschnitt VIII - Evaluation	16
§ 22 Evaluation	16
Abschnitt IX - Vergütung und Abrechnung	17
§ 23 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen	17
Abschnitt X - Sonstige Bestimmungen	17
§ 24 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz	17
§ 25 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen	17
§ 26 Laufzeit und Kündigung	17

§ 27 Schriftform	18
§ 28 Salvatorische Klausel	18

Erläuterungen

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag. Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte / kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen / vornimmt.
- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. § 16.
- „Ärzte“ sind an diesem DMP teilnehmende und mitwirkende Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, Medizinische Versorgungszentren, ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Ärzte und Ärztinnen, sowie bei diesen angestellte Ärzte bzw. Ärztinnen
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung
- „Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 17.
- „Datenverarbeitung“ bezeichnet im Sinne des Art. 4 EU-DSGVO jeden mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung
- „DMP“ ist das Disease-Management-Programm
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie
- „EU-DSGVO“ ist die Europäische Datenschutz-Grundverordnung
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. § 18.
- „Koordinierender Arzt“ ist ein solcher i.S.d. § 3
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung
- „Versicherte“ sind weibliche Versicherte.

Personenbezeichnungen bezogen auf ärztliche Leistungserbringer werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

Übersicht Anlagen

Die in dieser Übersicht aufgeführten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

- | | |
|----------|---|
| Anlage 1 | Strukturqualität des koordinierenden Versorgungssektors gemäß § 3 |
| Anlage 2 | Mindestinhalte der Teilnahmeerklärung für Ärzte |
| Anlage 3 | Gespräch vor der stationären Behandlung/ Gespräch nach der stationären Behandlung/
Begleitgespräche |
| Anlage 4 | Teilnahme- und Einwilligungserklärung mit datenschutzrechtlichen Erläuterungen und
Patientinneninformation |
| Anlage 5 | Qualitätssicherung |
| Anlage 6 | Leistungserbringerverzeichnis Brustkrebs |

PRÄAMBEL

In Ergänzung des aktuellen Versorgungsangebots wird im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programms, DMP) eine interdisziplinäre, berufs- und sektorenübergreifende qualitätsgesicherte Behandlung in einer integrierten Versorgungsform mit dem notwendigen logistischen Hintergrund gewährleistet. Daneben wird im Rahmen des nachfolgend beschriebenen Vertrages eine patientinnen- und qualitätsorientierte Begleitung der Frauen durch die an der Behandlung beteiligten Vertragsärzte und zugelassenen Krankenhäuser sowie durch eine auf den Behandlungsverlauf bezogene Dokumentation vereinbart; angestrebt wird die Erstellung einer bereichsübergreifenden Längsschnittdokumentation. Darin sollen Schwachstellen dokumentiert und Verbesserungen der Versorgungsstrukturen und Implementierung von Behandlungsstandards erreicht werden. Die inhaltliche Ausgestaltung orientiert sich dabei an internationalen Kriterien zur Qualitätssicherung bzw. Anforderungen an „Brustzentren“ in Anlehnung an die fachlichen Anforderungen für Brustzentren der DEUTSCHEN KREBSGESELLSCHAFT, die EUSOMA-Richtlinien, die Mindestmengenregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses und die nationalen Vorgaben an Disease Management Programme. 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.

Die Vertragspartner vereinbaren die Neufassung des Vertrags vom 01.10.2018 zur Durchführung des DMP Brustkrebs für das Land Bremen.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL und der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet.

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 Land Bremen. Über dieses DMP soll unter Beachtung der nach § 7 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/-verbände gewährleistet werden, um die Versorgung der Versicherten zu optimieren. Ein vorrangiges Versorgungsziel ist dabei die umfassende Nachsorge insbesondere im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation, Vorbeugung sowie frühzeitige Erkennung von Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Therapie

unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der erkrankten Versicherten. Einerseits hat der Vertragsarzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe als koordinierender Arzt eine zentrale Rolle als Koordinator bei der Umsetzung dieses DMP und in der Beratung und Betreuung der Versicherten. Eine weitere zentrale Funktion übernehmen die teilnehmenden Krankenhäuser insbesondere im Bereich der operativen und begleitenden Therapien.

- (2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Brustkrebs sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und insbesondere der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt.

§ 2

Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

- (1) Dieser Vertrag gilt für
- a) Ärzte in der Region der KVHB, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben.
 - b) die Behandlung von Versicherten der beteiligten Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben oder
 - c) 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 die am Vertrag teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse der Versicherten geregelt und die KVHB darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären gegenüber der KVHB, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß Abschnitt IX anerkennen. Die KVHB informiert darüber die teilnehmenden Ärzte.
- (2) Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Vertragspartner beitreten. Die KVHB informiert die teilnehmenden Ärzte.
- (3) Die Vergütung im Falle des Abs. 1 Buchstabe c erfolgt im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (4) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV sowie insbesondere die DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- (5) Die Vertragspartner stimmen überein, dass an diesem DMP Brustkrebs teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten behandelt und beraten werden. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Brustkrebs auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.
- (6) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.

Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind Ärzte, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach **Anlage 1** arzt- und betriebsstättenbezogen erfüllen.

- (3) Jeder Arzt, der Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen will, hat die Erfüllung der Strukturqualität nach **Anlage 1** gegenüber der KVHB mit der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 2** nachzuweisen. Bei angestellten Ärzten bestätigt zudem der anstellende Arzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Die Überprüfung der Strukturvoraussetzungen erfolgt entsprechend § 4. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen sind der KVHB unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (4) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnehmenden Ärzte (im Weiteren koordinierender Arzt) gehören insbesondere:
- a) die Behandlung der Versicherten und die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der in § 7 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gem. Nr. 1.9 Anlage 3 DMP-A-RL,
 - b) die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 12 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach Anlage 4 DMP-A-RL unter Berücksichtigung der Dokumentationsintervalle,
 - c) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 8 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 - d) die Überweisung an andere, auch nicht an diesem Vertrag teilnehmende Vertragsärzte gemäß Nr. 1.9 Anlage 3 DMP-A-RL zur weiterführenden Diagnostik und Therapie. Die Überweisung sollte, wenn möglich, vorrangig an am DMP teilnehmende Ärzte erfolgen. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung. Auf dem Überweisungsschein ist der Vermerk „DMP“ anzubringen.
 - e) unter Beachtung der Nr. 1.9 Anlage 3 DMP-A-RL eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete am DMP Brustkrebs teilnehmende Krankenhaus unter Berücksichtigung der individuellen Interessen der Versicherten und der regionalen Versorgungsstruktur. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
 - f) bei Überweisung und Einweisung therapierelevante Informationen entsprechend § 7, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern
 - g) bei Wechsel des koordinierenden Arztes sind dem neuen koordinierenden Arzt mit Zustimmung der Versicherten auf Anforderung alle Patientinnendaten zu übermitteln,
 - h) die Berücksichtigung der von der Gemeinsamen Datenstelle bzw. den Krankenkassen/-verbände verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschriften für eine reguläre Teilnahme der Versicherten,
 - i) die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der koordinierende Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

- j) Teilnahme an interdisziplinären Fallkonferenzen, welche von zur Teilnahme am DMP Brustkrebs zugelassenen Krankenhäusern organisiert werden.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Buchstaben a - j entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV und der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 4

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Der Arzt beantragt mit der Teilnahmeerklärung entsprechend der Vorgaben der **Anlage 2** die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag bei der KVHB. Wird die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung für einen angestellten Arzt beantragt, ist der anstellende Arzt auf der Teilnahmeerklärung entsprechend der Vorgaben der **Anlage 2** einzutragen. Die Teilnahmeerklärung ist für jeden angestellten Arzt auszufüllen, der die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag erhalten möchte.
- (2) Die KVHB prüft die Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte, die einen vollständig ausgefüllten Antrag auf Teilnahme vorgelegt haben, entsprechend der jeweiligen Strukturvoraussetzungen gemäß der **Anlage 1** und erteilt bei Vorliegen der Voraussetzungen die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag. Die Strukturvoraussetzungen müssen von den Ärzten spätestens bei Beginn der Teilnahme gegenüber der KVHB nachgewiesen werden.

§ 5

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme eines Arztes am DMP beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVHB bestätigt.
- (2) Der Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVHB kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVHB) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Endet die Teilnahme eines Arztes an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 oder durch Beschluss nach § 10 Abs. 2, so ist er von diesem Vertrag durch die KVHB auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Ärzte aufmerksam machen.
- (4) Die Teilnahme eines Arztes am DMP endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVHB.
- (5) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der **Anlage 1** näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, enthält auch nur der angestellte Arzt eine Genehmigung zur Teilnahme und ist somit zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.
- (6) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer Betriebsstätte endet die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes

ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 2**.

§ 6

Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gem. § 3 führt die KVHB ein Verzeichnis, welches die in **Anlage 6** aufgeführten arztbezogenen Angaben enthält. Die KVHB stellt dieses Verzeichnis den Vertragspartnern und der Gemeinsamen Einrichtung innerhalb von vier Wochen nach Quartalsende und im Übrigen auf Anforderung in elektronischer Form (Excel-Format) entsprechend **Anlage 6** zur Verfügung.
- (2) Die Krankenkassen/-verbände führen ein Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäuser. Dieses Verzeichnis wird der KVHB zur Information der am Vertrag teilnehmenden Ärzte zur Verfügung gestellt.
- (3) Die Leistungserbringerverzeichnisse werden außerdem
 - den an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzten durch die KVHB,
 - der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e.V. für die teilnehmenden Krankenhäuser durch die Krankenkassen/-verbände,
 - den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (z.B. bei Neueinschreibung),
 - der Datenstelle nach § 17 durch die KVHBzur Verfügung gestellt.
- (4) Die Leistungserbringerverzeichnisse nach Abs. 1 und 2 stellen die Krankenkassen/-verbände dem BAS alle fünf Jahre und auf Anforderung in aktualisierter Form zur Verfügung. Auf Anforderung stellen die Krankenkassen/-verbände die Verzeichnisse der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung.
- (5) Die Leistungserbringerverzeichnisse nach Abs. 1 können mit Zustimmung aller Vertragspartner veröffentlicht werden.

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 7

Medizinische Anforderungen an das DMP Brustkrebs

- (1) Die medizinischen Anforderungen an das DMP Brustkrebs sind in Anlage 3 DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

- (2) Die teilnehmenden Ärzte sind nach Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich von der KVHB über die eingetretenen Änderungen an die Behandlung zu unterrichten.
- (3) Die Aufklärung der Versicherten im Sinne der Anlage 3 DMP-A-RL durch die Ärzte erfolgt über intensivierte Patientinnengespräche und zielgerichtete Patientinneninformationen. Als Grundlage dienen die nachstehend beschriebenen Informationsbausteine. Die Informationsbausteine umfassen schwerpunktmäßig folgende Bereiche:

- Informationen über qualitätsgesicherte Behandlungsmaßnahmen und einzelfallbezogen in Betracht kommende Behandlungsalternativen,
- Informationen über die am Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser, die die Therapie durchführen können,
- Informationen über das für die Versicherte individuell sinnvolle Nachsorgekonzept inklusive geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen, Selbsthilfegruppen und psychosozialer Angebote.

Die jeweiligen Inhalte der durchzuführenden Gespräche ergeben sich neben den Vorgaben der Anlage 3 DMP-A-RL auch aus der **Anlage 3**.

Abschnitt IV - Qualitätssicherung

§ 8

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in **Anlage 5** genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere

- die Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- die Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- die Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Nr. 1.9 Anlage 3 DMP-A-RL,
- die Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität nach der **Anlage 1**,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gem. Anlage 4 DMP-A-RL,
- die aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 9

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß **Anlage 5** zur Erreichung der Ziele nach § 8 zugrunde zu legen. Über Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 2 DMP-A-RL insbesondere:
- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungenfunktionen für Versicherte und Ärzte (z.B. Remindersysteme)

- strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Ärzte sein,
 - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten.
 - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Im Hinblick auf Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten entsprechend der **Anlage 5** werden die Krankenkassen die Versicherten individuell und anlassbezogen informieren. Die Vertragspartner sind sich einig, dass durch diese Regelung kein Eingriff in das Arzt-Patientinnen-Verhältnis erfolgt.
- (4) Zur Auswertung der in **Anlage 5** fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 4 DMP-A-RL einzubeziehen.
- (5) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach **Anlage 5** Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 10 **Vertragsmaßnahmen**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der teilnehmenden Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Verstößt der Arzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
- Aufforderung durch die KVHB, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten, ggf. verbunden mit der Auflage, fehlende Unterlagen bzw. Fortbildungsnachweise binnen einer von der KVHB zu bestimmenden Frist nachzureichen. Der Arzt wird darauf hingewiesen, dass ihm der Entzug der Teilnahmegenehmigung bei nicht rechtzeitiger Vorlage der Unterlagen droht.
 - Verstößt ein Arzt wiederholt gegen Pflichten, die sich aus diesem Vertrag ergeben oder werden fehlende Unterlagen nicht fristgerecht eingereicht, wird die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag von der KVHB im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern entzogen. Der Entzug der Teilnahme ist auch auf begründeten Antrag eines Vertragspartners oder der Gemeinsamen Einrichtung und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner möglich. Eine erneute Teilnahmeerklärung kann der Arzt frühestens nach zwei Quartalen, die dem Entzug der Teilnahme folgen, stellen. Im Wiederholungsfall kann der Arzt dauerhaft ausgeschlossen werden.

Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 11 **Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Weibliche Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:

- die schriftliche Bestätigung der histologisch gesicherten Diagnose auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den koordinierenden Arzt entsprechend Nr. 1.2 Anlage 3 DMP-A-RL und die Erfüllung der speziellen Teilnahmevoraussetzungen nach Nr. 3.2 Anlage 3 DMP-A-RL,
 - die schriftliche oder elektronische Einwilligung der Versicherten in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
 - die umfassende schriftliche oder elektronische Information der Versicherten über die Programminhalte,
 - über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung und Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt 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 DMP zur Folge hat.
 - die Versicherte profitiert von der Einschreibung im Hinblick auf Therapieziele und
 - die Versicherte kann aktiv an der Umsetzung mitwirken,
 - der histologische Nachweis eines Mammakarzinoms oder der histologische Nachweis 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 DMP.
- (2) Versicherte mit bereits gesichertem histologischem Nachweis eines Mammakarzinoms aus einem zurückliegenden Zeitraum von max. zehn Jahren nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose können auch an diesem Vertrag teilnehmen. Versicherte mit Fernmetastasierungen können dauerhaft am DMP teilnehmen.
- (3) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

§ 12

Information und Einschreibung

- (1) Die koordinierenden Ärzte informieren entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV bzw. § 3 Abs.1 DMP-A-RL die nach § 11 teilnahmeberechtigten Versicherten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß **Anlage 4** bei diesem koordinierenden Arzt einschreiben. Die Krankenkassen/-verbände werden zur Unterstützung der Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV bzw. § 3 Abs. 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation und Patientinneninformationen entsprechend der **Anlage 4** über das DMP und die

Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nr. 3 Anlage 3 DMP-A-RL sowie die damit verbundene Datenverarbeitung und die Dauer der Aufbewahrung informieren.

- (2) Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich die Versicherte mit ihrer Unterschrift auf der jeweiligen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß **Anlage 4** zur Teilnahme am DMP bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres wird durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben.
- (3) Für die Einschreibung der Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß **Anlage 4** folgende Unterlagen notwendig:
- die vollständigen Daten der Erstdokumentation gem. Anlage 4 DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt,
 - die Bestätigung auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass für die vorgenannte Versicherte die Diagnose entsprechender Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass er geprüft hat, ob die Versicherte im Hinblick auf die Therapieziele von einer Teilnahme profitieren kann,
 - die Erklärung der Bereitschaft der aktiven Mitwirkung durch die Versicherte.

Der einschreibende Arzt erstellt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung und leitet sie, von ihm selbst und der Versicherten unterschrieben, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation an die Datenstelle weiter.

- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt die Versicherte ihren koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und dieser die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 4 DMP-A-RL plausibel und fristgerecht an die Datenstelle nach § 17 weiterleitet. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass die Versicherte nur durch einen koordinierenden Arzt betreut wird.
- (5) Die Versicherte kann auch bei ihrer Krankenkasse in ihre Teilnahme am DMP einwilligen. In diesem Fall wird die Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an einen nach § 3 teilnehmenden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und übermittelt werden.
- (6) Nachdem alle Einschreibeunterlagen entsprechend Abs. 3 der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese der Versicherten und dem koordinierenden Arzt die Teilnahme der Versicherten am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wenn die Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann sie an verschiedenen DMP teilnehmen.
- (8) Soweit eine an diesem DMP teilnehmende Versicherte einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am DMP teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 13

Beginn und Ende der Teilnahme der Versicherten

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die Krankenkasse, mit dem Tag, an dem das letzte gültige Dokument entsprechend § 12 Abs. 3 erstellt wurde.
- (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 DMP auf, ist ein Verbleiben im DMP 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. Versicherte mit Fernmetastasierungen können dauerhaft am DMP teilnehmen.
- (3) Die Versicherte kann ihre Teilnahme jederzeit gegenüber ihrer Krankenkasse kündigen und/oder die Einwilligung in die Datenübermittlung widerrufen und scheidet, sofern sie keinen späteren Termin für ihr Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigung/des Widerrufs bei der Krankenkasse aus dem DMP aus. Die Teilnahme der Versicherten endet auch gemäß den Gründen nach § 24 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV sowie mit dem Kassenwechsel, dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs sowie mit dem Ende der Programmzulassung gemäß § 137g Abs. 3 SGB V.
- (4) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 12 vorliegen.
- (5) Die Krankenkasse informiert die Versicherte und den koordinierenden Arzt unverzüglich schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden der Versicherten aus dem DMP.

§ 14

Wechsel des koordinierenden Arztes

Es steht der Versicherten frei, ihren koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation gemäß Anlage 4 DMP-A-RL und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 17. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend beim Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.

Abschnitt VI – Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

§ 15

Fortbildungen der Ärzte

- (1) Die Vertragspartner informieren gemeinsam in geeigneter Weise die teilnehmenden Ärzte gemäß § 3 umfassend über Ziele und Inhalte dieses DMP Brustkrebs. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte bestätigen den Erhalt der Informationen und deren Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 4.

- (2) Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Ärzte gemäß § 3 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert nach Beratung mit der Gemeinsamen Einrichtung die über die in der **Anlage 1** hinausgehenden Anforderungen an die für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung / den für die DMP relevanten Qualitätszirkel der Ärzte.
- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen, von der Ärztekammer anerkannten ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind entsprechend § 3 gegenüber der KVHB nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme müssen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 8, einbezogen werden.
- (4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

Abschnitt VII - Arbeitsgemeinschaft/Gemeinsame Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung

§ 16 Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner haben eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V gebildet. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 17 Gemeinsame Datenstelle

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen/-verbände, die Bremische Arbeitsgemeinschaft DMP und die Gemeinsame Einrichtung beauftragen unter Beachtung von Art. 28 EU-DSGVO i.V.m. § 80 SGB X eine gemeinsame Datenstelle, insbesondere mit der Verarbeitung, Weiterleitung an die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft und Aufbewahrung der Daten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.
- (2) Es ist geregelt, dass die Daten nur für die Behandlung, die Festlegung der QS-Ziele und -Maßnahmen und deren Durchführung nach § 2 DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Ärzte nach § 4 DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt werden. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt hiervon unberührt.

§ 18 Gemeinsame Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft haben eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gebildet. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 19

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahme verpflichtet sich der koordinierende Arzt die vollständigen Daten der Erst- und Folgedokumentation nach Anlage 4 DMP-A-RL unter Berücksichtigung der Ausprägung des Erkrankungsbildes das Dokumentationsintervall für die jeweiligen Versicherte zu erfassen und innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Gemeinsame Datenstelle zu übermitteln.
- (2) Die Versicherte wird schriftlich oder elektronisch über die übermittelten Daten informiert.

§ 20

Datenzugang

- (1) Zugang zu den an die Gemeinsame Datenstellen, die Arbeitsgemeinschaft, die Gemeinsame Einrichtung, die KVHB und die DMP-Zentren der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.
- (2) Die Krankenkassen stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass die übermittelten versichertenbezogenen Daten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL ausschließlich für die in § 9 und der **Anlage 5** beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen genutzt werden. Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses DMP und die in § 9 und der **Anlage 5** beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen die Vertrauensbeziehung zwischen Patientin und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-/Patientinnenverhältnisses stattfindet.
- (3) Die Regelungen in Abs. 2 gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des DMP bis zum Ende der jeweils geltenden Aufbewahrungsfrist.

§ 21

Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des DMP im Auftrag durch den koordinierenden Arzt übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVHB und die Gemeinsame Einrichtung von der gemeinsamen Datenstelle archiviert. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der DMP beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a DMP-A-RL. Die Archivierung der Datensätze der Dokumentationen bei der Datenstelle erfolgt gemäß § 5 Abs. 2b DMP-A-RL.

Abschnitt VIII - Evaluation

§ 22

Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des DMP sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 DMP-A-RL.

- (2) Die zur 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 IX - Vergütung und Abrechnung

§ 23

Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

Die Vergütung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen ist in dem gesonderten Vertrag über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach den Verträgen zur Durchführung der DMP nach § 137f SGB V geregelt.

Abschnitt X - Sonstige Bestimmungen

§ 24

Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die Ärzte verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Versicherten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der aktuellen EU-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 Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 25

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die KVHB liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen/-verbände.
- (2) Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

§ 26

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2024 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.10.2018 in der Fassung der 1. Protokollnotiz vom 01.04.2021. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt

werden. Die Kündigung dieses Vertrages durch einen bzw. gegenüber einem Vertragspartner berührt nicht die Fortgeltung dieses Vertrages zwischen den übrigen Vertragspartnern.

- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, der DMP-A-RL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden. Über Änderungen werden die teilnehmenden Ärzte in geeigneter Form informiert.
- (3) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung durch einen bestandskräftigen Bescheid des BAS, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

§ 27 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.

§ 28 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an 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. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Unterschriftsseite

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V für die Indikation Brustkrebs zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Bremen und der KVHB

Bremen, den

Kassenärztliche Vereinigung
Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Bremen
zugleich für die KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

IKK gesund plus -
handelnd als IKK-Landesverband für das Land
Bremen, zugleich für die SVLFG als
Landwirtschaftliche Krankenkasse

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