

V E R E I N B A R U N G

über die Durchführung

**des strukturierten Behandlungsprogramms
nach § 137f SGB V
zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebs-Patientinnen**

in der Fassung vom 01.10.2018

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung
Westfalen-Lippe, 44127 Dortmund
vertreten durch den Vorstand
(nachstehend KVWL genannt)**

und

der AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse

dem BKK-Landesverband NORDWEST

der IKK classic

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

der KNAPPSCHAFT

den Ersatzkassen

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

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

(nachstehend Krankenkassen/-verbände genannt)

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

Abschnitt II - Teilnahme der Ärzte und Einrichtungen

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

Abschnitt III - Versorgungsinhalte

- § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs

Abschnitt IV - Qualitätssicherung

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12 Vertragsmaßnahmen

Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

- § 13 Teilnahmevoraussetzungen
- § 14 Information und Einschreibung
- § 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 16 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 17 Wechsel des koordinierenden Gynäkologen
- § 18 Meldung der Krankenkassen

Abschnitt VI - Schulungen

- § 19 Schulung, Information der Ärzte
- § 20 Information der Versicherten

Abschnitt VII - Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Nr. 1 Nr. 1c RSAV

- § 21 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft
- § 22 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 23 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung
- § 24 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt VIII - Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

- § 25 Datenstelle
- § 26 Erst- und Folgedokumentation
- § 27 Datenfluss und Datenstelle
- § 28 Datenzugang
- § 29 Datenaufbewahrung

Abschnitt IX - Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVWL und zur Gemeinsamen Einrichtung

- § 30 Datenfluss
- § 31 Datenzugang
- § 32 Datenaufbewahrung

Abschnitt X - Evaluation

- § 33 Evaluation

Abschnitt XI - Vergütung und Abrechnung

- § 34 Vertragsärztliche Leistungen
- § 35 Vergütung Einschreibung/Dokumentation

Abschnitt XII - Sonstige Bestimmungen

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

Anlagen

Anlage 1	Strukturqualität koordinierende Gynäkologen
Anlage 2	Struktur- und Prozessqualität für stationäre Einrichtungen sowie von Ärzten
Anlage 3	Auftragsleistung
Anlage 4	Teilnahmeerklärung Gynäkologe
Anlage 4 a	Ergänzende Erklärung zu angestellten Ärzten
Anlage 5	Intensiv-/Begleitgespräche
Anlage 6	unbesetzt
Anlage 7	Ärzteverzeichnis
Anlage 8	Qualitätssicherung
Anlage 9	Teilnahme-/Einwilligungserklärung Versicherte inkl. Datenschutz- und Patientinneninformation

Erläuterungen

- „Ärzte sind Ärztinnen und Ärzte.
- „BVA“ ist das Bundesversicherungsamt.
- „DMP“ ist die Abkürzung für Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V.
- „DMP-A-RL“ ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V.
- „DMP-AF-Richtlinie“ ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Aufbewahrungsfristen der für die Durchführung von Strukturierten Behandlungsprogrammen erforderlichen personenbezogenen Daten nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V.
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss.
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. § 23.
- „Kooperationszentrum“ ist eine Kooperation ausschließlich zwischen Krankenhäusern oder zwischen Krankenhäusern und Ärzten.
- Koordinierende Gynäkologen “ sind Ärzte sowie bei diesen zur Erbringung von DMP-Leistungen berechnete angestellte Ärzte nach § 3 dieser Vereinbarung.
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung.
- „Versicherte“ sind weibliche Versicherte.

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

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.

In Ergänzung des aktuellen Versorgungsangebots wird im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) eine interdisziplinäre, sektorenübergreifende Behandlung in einer integrierten Versorgungsform mit der notwendigen fachkompetenten Versorgungsinfrastruktur gewährleistet. Daneben wird im Rahmen der nachfolgend beschriebenen Vereinbarung eine patientinnen- und qualitätsorientierte Begleitung der betroffenen Frauen durch die an der Behandlung beteiligten Ärzte bzw. Krankenhäuser/Kooperationszentren und durch eine auf den Behandlungsverlauf bezogene Dokumentation vereinbart; angestrebt wird die Erstellung einer bereichsübergreifenden Längsschnittdokumentation. Den an Brustkrebs erkrankten Frauen wird besonders durch individuelle Beratung und Informationen die Möglichkeit gegeben, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.

Um der Dynamik des medizinischen Fortschrittes und dem daraus resultierenden Wandel der Versorgung Rechnung zu tragen, werden die Vertragspartner die Aktualisierungen der Anforderungen an dieses Programm fortlaufend berücksichtigen. Darüber hinaus werden Erkenntnisse aus der Evaluation der DMP in die Weiterentwicklung dieser Programme einfließen. Ferner werden die Vertragspartner auf eine enge Verzahnung des Mammographiescreenings mit dem DMP Brustkrebs hinwirken; betroffenen Patientinnen wird dadurch frühestmögliche Unterstützung angeboten.

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).

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von Brustkrebs-Patientinnen; insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Ärzte und der teilnehmenden Krankenkassen. Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden koordinierenden Gynäkologen übernehmen die Versorgungsaufgaben nach dieser Vereinbarung und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Gynäkologen und Krankenkassen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am DMP Brustkrebs in Westfalen-Lippe hin.

- (2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV sowie in den diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA festgelegt. Dabei werden in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt:
 1. Die Patientinnen, bezogen auf ihren Krankheitsfall und unter angemessener Berücksichtigung ihres Lebensumfeldes, während des Behandlungsprozesses zu begleiten und sie durch gezielte, patientinnenorientierte, qualitativ gesicherte Informationen aufzuklären. Die Informationen sollen die Patientinnen in die Lage versetzen, selbst stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken,

 2. Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Steigerung der Lebenserwartung,

 3. Verbesserung des operativen Standards, insbesondere im Hinblick auf eine nachhaltige Senkung der Anzahl der Brustamputationen durch Erhöhung des Anteils brusterhaltender Operationen,

 4. Verbesserung der Standards der adjuvanten Therapie durch Anwendung der in § 9 dieser Vereinbarung 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 im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation, das frühzeitige Erkennen eines lokoregionären Rezidivs bzw. kontralateralen Tumors, die Unterstützung der Patientin in der Umsetzung der empfohlenen und vereinbarten Therapie und Einleitung geeigneter vorbeugender Maßnahmen sowie das frühzeitige Erkennen von Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Therapie.

§ 2 Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

1. westfälisch-lippische Ärzte, die nach Maßgabe des Abschnitts II teilnehmen sowie für angestellte Ärzte, die Leistungen nach dieser Vereinbarung erbringen,
2. die Behandlung von Versicherten der Krankenkassen, die nach Maßgabe des Abschnitts V in ein zugelassenes DMP ihrer Krankenkasse eingeschrieben sind,
3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern ihre Krankenkasse nach Absatz 2 den Beitritt zum zugelassenen DMP der gleichen Kassenart erklärt hat.

(2) Dieser Vereinbarung können Krankenkassen mit Sitz außerhalb von Westfalen-Lippe soweit erforderlich beitreten, sobald sie gegenüber der KVWL erklären, dass sie die Regelungen des § 35 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Das Programm soll vorrangig durch eine an dieser Vereinbarung teilnehmende westfälisch-lippische Krankenkasse der gleichen Kassenart durchgeführt werden. Die Krankenkassen-/verbände werden die KVWL über die Vorgehensweise der Krankenkassen informieren. Die Vergütungen erfolgen im Falle des Absatzes 1 Nr. 3 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

- (3) Grundlage dieser Vereinbarung ist die RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- (4) 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 Ärzte Versicherte wegen Brustkrebs auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt II

Teilnahme der Ärzte und Einrichtungen

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der Ärzte sowie die Beteiligung von angestellten Ärzten an dieser Vereinbarung ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die - persönlich oder durch angestellte Ärzte - die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 erfüllen.
- (3) Zugelassene Ärzte, die interdisziplinär im Rahmen der nach § 4 teilnehmenden Kooperationszentren eingebunden sind und die Anforderungen an die Strukturqualität (Regelungen zur fachlichen, personellen und insbesondere der interdisziplinären Zusammenarbeit) nach Anlage 2 erfüllen, wirken an der Versorgung nach dieser Vereinbarung ebenfalls mit.
- (4) Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.
- (5) 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.

(6) Zu den Aufgaben des koordinierenden Gynäkologen gehören insbesondere:

1. die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Ärzte unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln nach Ziffer 1.9 Anlage 3 der DMP-A-RL,
3. die Durchführung intensivierter Patientinnengespräche nach Abschnitt III,
4. Versicherte auf Informationen der Krankenkassen zum Thema Brustkrebs hinzuweisen und diese bei der Anforderung des Informationsmaterials bei der zuständigen, an dieser Vereinbarung teilnehmenden, Krankenkasse durch Weiterleitung des Formulars „Fax-Anforderung Disease-Management-Programme Brustkrebs Westfalen-Lippe“ zu unterstützen,
5. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten nach § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VIII und IX,
6. die vollständige Erstellung der Dokumentation entsprechend der Anlage 4 der DMP-A-RL soweit diese nicht ausreichend ausgefüllt weitergeleitet wurde, die nachträgliche Korrektur auf Anforderung,
7. die Wiedereinbestellung der Patientin zum Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung,
8. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
9. die Überweisung an andere zugelassene Ärzte sowie Psychologische Psychotherapeuten oder die Einbeziehung weiterer Ärzte und Einrichtungen, soweit diese aufgrund der Versorgungsinhalte nach Ziffer 1 der Anlage 3 der DMP-A-RL notwendig ist (eine stationäre Einweisung muss unter Berücksichtigung der individuellen Patientinneninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur an Krankenhäusern/Kooperationszentren erfolgen, die im Rahmen des § 4 dieser Vereinbarung teilnehmen. Dabei ist auf

der Einweisung zu vermerken, dass die Versicherte im DMP eingeschrieben ist.),

10. bei Einbeziehung anderer Ärzte und Einrichtungen,

- die Übermittlung therapierelevanter Informationen entsprechend § 9, wie z. B. über die medikamentöse Therapie,
- das Einholen der therapierelevanten Informationen,

11. die Prüfung, ob eine Patientin von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann.

Wird die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt übernommen, gelten die Ziffern 1 bis 11 entsprechend.

- (7) Die KVWL stellt sicher, dass die von koordinierenden Gynäkologen erteilten Aufträge nur von Ärzten oder Psychotherapeuten mit entsprechenden Genehmigungen (Qualitätssicherungs-Richtlinien) erbracht werden.

§ 4 Beteiligung und Aufgaben des stationären Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der Krankenhäuser/Kooperationszentren an dieser Vereinbarung ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind Krankenhäuser/Kooperationszentren, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 (Regelungen zur fachlichen, personellen Qualifikation und insbesondere der interdisziplinären Zusammenarbeit) erfüllen.
- (3) Zu den Aufgaben der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Krankenhäuser/ Kooperationszentren gehören insbesondere:
- die stationäre Behandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der Versorgungsinhalte nach der Anlage 3 der DMP-A-RL,
 - die Beratung der Versicherten über die Möglichkeit eines zweizeitigen (vorzugsweise vorstationäre Biopsie und erforderliche Operation wenige Tage danach) bzw. zweistufigen Vorgehens unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Versicherten. Die

Entscheidungsfindung soll für jeden Behandlungsschritt in Abstimmung mit der aufgeklärten Patientin erfolgen,

- die umgehende Übermittlung des Ergebnisses der histologischen Sicherung der Diagnose (z. B. mittels Stanzbiopsie) an den koordinierenden Gynäkologen und Aufklärung der Versicherten über Vor-/Nachteile und Risiken der unterschiedlichen Operationsverfahren entsprechend der individuellen Situation,
 - die interdisziplinäre Zusammenarbeit nach Anlage 2,
 - die schnellstmögliche Übermittlung (grundsätzlich bis zum zweiten Werktag nach der Entlassung) der Inhalte der für die Dokumentation nach der Anlage 4 der DMP-A-RL relevanten (Operations-)Ergebnisse an den koordinierenden Gynäkologen und Erörterung adjuvanter Therapiemaßnahmen nach Operation mit der Patientin,
 - die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie. Empfehlungen zur Arzneimitteltherapie sind dabei an § 115c SGB V sowie § 2 der DMP-A-RL auszurichten,
 - eine Begleitung der Patientin auf ihren Wunsch durch den koordinierenden Gynäkologen während des stationären Aufenthaltes zu ermöglichen,
 - die Übergabe der Patienteninformation über das DMP Brustkrebs an die teilnahmeberechtigten Versicherten. Auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin ihre Beratung und Einschreibung in das Programm mittels Teilnahme-/Einwilligungserklärung (vgl. Anlage 9) und Aushändigung dieser Unterlagen bei Entlassung im Original sowie die Erstellung und Weiterleitung der vollständigen Einschreibeunterlagen nach § 14 Abs. 5 der DMP-Vereinbarung an die Datenstelle nach § 25 der DMP-Vereinbarung. Bei Bedarf informiert das Krankenhaus die Patientin über die am DMP teilnehmenden Gynäkologen auf der Basis des Verzeichnisses nach § 8 Abs. 1. Mit der Teilnahme-/Einwilligungserklärung wählt die Versicherte den koordinierenden Gynäkologen.
- (4) Die Träger der Krankenhäuser geben schriftlich eine Bereiterklärung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung ab und senden diese an die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW). Nach Sichtung durch die KGNW sendet diese die Unterlagen binnen 1 Woche an die Krankenkassen/-verbände in Westfalen-Lippe oder eine von ihnen benannte Stelle. Die Bereiterklärung wird von den Krankenkassen/-verbänden geprüft.

Die Bereiterklärung muss mindestens nachfolgende Angaben/Unterlagen enthalten:

- Name, Anschrift, Ansprechpartner sowie Träger des Krankenhauses,
- Abteilungsstruktur,
- Personelle Ausstattung und Qualifikation,
- Anzahl der jährlich durchgeführten Erstoperationen bei Neuerkrankungen je Operateur,
- Kooperationsvereinbarung, soweit Kooperationen entsprechend Ziffer 2 der Anlage 2 bestehen,
- Konzeption der durchgeführten/ durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechend Ziffer 4 der Anlage 2.

(5) Die Krankenkassen/-verbände stellen fest, ob die Teilnahmevoraussetzungen vorliegen. Die Krankenkassen/-verbände prüfen die Bereiterklärung und stellen fest, ob die Teilnahmevoraussetzungen vorliegen. Sie können sich im Hinblick auf die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen externen wissenschaftlichen Sachverständigen bedienen. Die Krankenkassen/-verbände entscheiden unter Berücksichtigung der Ziele der Krankenhausplanung gemeinsam und einheitlich in Abstimmung mit der KVWL und im Einvernehmen mit der KGNW über die Annahme der Bereiterklärung; sie teilen dem Krankenhaus/Koordinationszentrum und der KVWL das Ergebnis ihrer Entscheidung schriftlich mit. Die Annahme der Bereiterklärung kann mit einer zeitlichen Befristung versehen werden.

§ 5 Teilnahmeerklärung Arzt

- (1) Der koordinierende Gynäkologe nach § 3 erklärt die Teilnahme an dieser Vereinbarung schriftlich gegenüber der KVWL auf dem Vordruck nach Anlage 4.
- (2) Der anstellende Arzt gibt die notwendigen ergänzenden Erklärungen für die angestellten Ärzte nach Anlage 4a ab. Mit seinen Unterschriften auf der Teilnahmeerklärung nach den Anlagen 4 und 4a bestätigt der anstellende Arzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Der anstellende Arzt stellt durch arbeitsvertragliche Regelungen sicher, dass die Anforderungen nach der Anlage 3 der DMP-A-RL durch den angestellten Arzt beachtet werden.

§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

Die KVWL prüft die Voraussetzungen und erteilt den koordinierenden Gynäkologen schriftlich die Genehmigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung,

- wenn diese die in Anlage 1 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen oder
- sich bei Antragstellung verpflichten, die in Anlage 1 genannten Strukturvoraussetzungen innerhalb von 12 Monaten vollständig zu erfüllen.

Unter diesen Voraussetzungen gilt die Genehmigung vom Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung an.

§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des koordinierenden Gynäkologen am Behandlungsprogramm beginnt mit dem in der Genehmigung nach § 6 genannten Datum, frühestens jedoch mit Beginn dieser Vereinbarung.
- (2) Der koordinierende Gynäkologe kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVWL kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVWL) beträgt drei Monate zum Ende eines Quartals.
- (3) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Gynäkologen, können die Krankenkassen den hiervon betroffenen Versicherten das Ärzteverzeichnis (vgl. § 8) zur Wahl eines anderen koordinierenden Gynäkologen zukommen lassen.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet ebenfalls mit dem Bescheid der Zulassungsinstanzen über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung oder durch Bescheid der KVWL aufgrund eines Ausschlusses nach § 12 Abs. 1 Nr. 3 dieser Vereinbarung.
- (5) 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 Be-

etriebsstätte 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 nicht am DMP teilnimmt. Sie ruht in Teilen, sofern 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 mit der Teilnahmeerklärung nach Anlage 4a nachzuweisen.

- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die Strukturqualität für den koordinierenden bzw. fachärztlich/qualifizierten Versorgungssektor erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung nach dieser Vereinbarung berechtigt.

§ 8 Ärzte- und Krankenhäuserverzeichnisse

- (1) Die KVWL führt ein Verzeichnis über an dieser Vereinbarung nach den §§ 3 und 4 teilnehmende und ausscheidende Gynäkologen und stellt dieses Verzeichnis regelmäßig, mindestens monatlich, aktualisiert in elektronischer Form (z.B. Excel-Datei) entsprechend Anlage 7

- der Datenstelle nach § 25,
- den Krankenkassen/-verbände,
- der KGNW,
- der Gemeinsamen Einrichtung nach § 23,
- den koordinierenden Gynäkologen

zur Verfügung.

Die Verzeichnisse werden arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:

- Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
- Postanschrift der Praxis/Einrichtung,
- lebenslange Arztnummer (LANR) und Betriebsstättennummer (BSNR) und
- angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.

Ferner stellt die KVWL sicher, dass die Krankenkassen/-verbände sowie die Datenstelle nach § 25 zeitnah, spätestens innerhalb von zehn Tagen, in geeigneter Form (Änderungsmeldungen, Listen entsprechend Anlage 7) über Zu- bzw. Abgänge sowie Änderungen informiert werden.

- (2) Die Krankenkassen/-verbände leiten ein von der KGNW zur Verfügung gestelltes Verzeichnis der nach § 4 teilnehmenden Krankenhäuser unverzüglich
- der KVWL
 - der Gemeinsamen Einrichtung nach § 23

weiter.

Die Krankenkassen/-verbände stellen ferner die umgehende Weiterleitung der Verzeichnisse nach Absatz 1 an die von ihnen vertretenen Krankenkassen und bei Bedarf die Weiterleitung an interessierte teilnehmende bzw. teilnahmewillige Versicherte sicher.

- (3) Die Verzeichnisse nach Absatz 1 und 2 werden den Krankenkassen / -verbänden dem BVA beim Antrag auf Zulassung vorgelegt. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BVA alle fünf Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (4) Die Verzeichnisse nach Absatz 1 und 2 können veröffentlicht werden.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 3 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil der Vertrages. Der teilnehmende Gynäkologe verpflichtet sich, durch seine Teilnahmeerklärung nach § 5 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. Die Ärzte und sonstige 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 von der KVWL über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten.

(2) Die Aufklärung der Patientin im Sinne der Anlage 3 der DMP-A-RL durch den koordinierenden Gynäkologen erfolgt über intensivierete Patientinnengespräche und zielgerichtete Patientinneninformationen. Als Grundlage dienen die nachstehend beschriebenen Informationsbausteine. Die Informationsbausteine umfassen schwerpunktmäßig folgende Bereiche:

- a) Informationen über weitere qualitätsgesicherte diagnostische Schritte, qualitätsgesicherte Behandlungsmaßnahmen und einzelfallbezogen in Betracht kommende Behandlungsalternativen,
- b) Informationen über die an der Vereinbarung teilnehmenden Krankenhäuser bzw. Kooperationszentren, 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 Intensiv- und Begleitgespräche ergeben sich aus Anlage 5.

Abschnitt IV - Qualitätssicherung

§ 10 Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in Anlage 8 genannten Ziele gemäß der Anlage 3 der DMP-A-RL. Hierzu gehören insbesondere:

- Einhaltung der medizinischen Anforderungen gemäß Anlage 3 der DMP-A-RL einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren nach Ziffer 1.9 der Anlage 3 der DMP-A-RL einschließlich der Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlagen 1 und 2 zu dieser Vereinbarung,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL,

- aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11 Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Entsprechend § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde gelegt.

- (2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:
 - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
 - strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die koordinierenden Gynäkologen bzw. Krankenhäuser/Kooperationszentren 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, Krankenhäuser und eingeschriebenen Versicherten.

- (3) Als Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten nach Anlage 8 informieren die Krankenkassen die Versicherten, wenn diese notwendige Termine nicht wahrgenommen haben. Vor der Kontaktaufnahme klärt die Krankenkasse mit dem koordinierenden Gynäkologen, ob diese Information aufgrund des Gesundheitszustandes der Patientin für unbedenklich gehalten wird.

- (4) Sollte eine individuelle Beratung auf Wunsch der Versicherten erfolgen, die das Arzt-/Patientenverhältnis betrifft, wird der koordinierende Gynäkologe hierüber informiert, wenn die Versicherte dem zustimmt.

- (5) Zur Auswertung werden die in der Anlage 8 fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL und den Leistungsdaten ergeben.
- (6) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 8 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 12 Vertragsmaßnahmen

- (1) Verstößt der koordinierende Gynäkologe gegen die Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung, löst dieses folgende Maßnahmen aus:
 - 1. Keine Vergütung für nicht vertragsgemäße Dokumentationen,
 - 2. auf Veranlassung eines Partners dieser Vereinbarung und ggf. Beratung im Gemeinsamen Ausschuss nach § 38 die schriftliche Aufforderung der KVWL an den koordinierenden Gynäkologen, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten; hierbei kann auf die Möglichkeit einer Maßnahme nach Ziffer 3 hingewiesen werden,
 - 3. sofortiger und fristloser Ausschluss des koordinierenden Gynäkologen von der Teilnahme durch sofortigen Widerruf der Genehmigung, wenn er die eingegangenen Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung trotz einer Maßnahme nach Ziffer 2 weiterhin nicht einhält. Über den Ausschluss entscheidet die KVWL im Einvernehmen mit den Krankenkassen/-verbänden nach Beratung im Gemeinsamen Ausschuss nach § 38.
- (2) Disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie die Verpflichtung zur Wiedergutmachung eines entstandenen Schadens bleiben unberührt.
- (3) Die Teilnahme von Krankenhäusern kann mit sofortiger Wirkung widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen für die Teilnahme nicht mehr erfüllt werden oder die Mitarbeiter des Krankenhauses die medizinischen Vorgaben nach der Anlage 3 der DMP-A-RL nicht beachten. Vor Beschlussfassung durch die Krankenkassen/-verbände wird die KGNW informiert. Diese wird das Krankenhaus um Stellungnahme bitten und mit diesem den Sachverhalt mit dem Ziel erörtern, festgestellte Mängel umgehend abzustellen; über das Ergebnis informiert die KGNW die Krankenkassen/-verbände innerhalb von acht Wochen. Der

Bericht der KGNW sowie die Stellungnahme des Krankenhauses sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen. Erforderlichenfalls aktualisieren die Krankenkassen/-verbände das Teilnahmeverzeichnis nach § 8 Abs. 2.

Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen

(1) Versicherte können freiwillig an der Versorgung nach dieser Vereinbarung teilnehmen, wenn entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL:

1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Gynäkologen,
2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung ihrer Daten sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten und
3. die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über
 - die Programminhalte,
 - die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung ihrer Daten und deren Dauer der Aufbewahrung, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkassen übermittelt werden und von diesen im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können,
 - die Möglichkeit, dass Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
 - die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten sowie
 - die Möglichkeit der Beendigung der Teilnahme am Programm wegen fehlender Mitwirkung der Versicherten

vorliegen.

(2) Ergänzend zu den allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen nach Absatz 1 sind die speziellen Teilnahmevoraussetzungen zu prüfen:

Voraussetzung für die Einschreibung ist die histologische Sicherung eines Brustkrebses oder die histologische Sicherung eines lokoregionären Rezidivs oder eine nachgewiesene Fernmetastasierung des histologisch nachgewiesenen Brustkrebses. Die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt. Das alleinige Vorliegen eines lobulären Carcinoma in situ (LCIS) rechtfertigt nicht die Aufnahme in strukturierte Behandlungsprogramme.

Für die Teilnahme gelten folgende Regelungen:

- 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 jeweiligen histologischen Sicherung möglich.
- Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich.

Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.

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

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) Der koordinierende Gynäkologe bzw. das Krankenhaus/Kooperationszentrum informiert Versicherte mit bereits gesicherter histologischer Sicherung eines Mammakarzinoms (aus einem zurückliegenden Zeitraum vorliegende oder aktuell gewonnene histologischer Sicherung) über die Möglichkeit der Teilnahme am DMP ihrer Krankenkasse. Die Versicherte kann sich mit der Teilnahme-/Einwilligungserklärung nach § 15 beim koordinierenden Gynäkologen bzw. beim Krankenhaus/Kooperationszentrum einschreiben. Der koordinierende Gynäkologe bzw. das Krankenhaus/Kooperationszentrum bestätigt das Vorliegen des histologischen Befundes.

- (2) Der koordinierende Gynäkologe informiert die Patientinnen bei dem dringenden Verdacht auf Brustkrebs (nach Mammographie, ggf. Sonographie) über die Möglichkeit, Informationsmaterialien zum Thema Brustkrebs bei ihrer Krankenkasse zu erhalten sowie - im Fall eines positiven Befundes - darüber, am DMP ihrer Krankenkasse teilnehmen zu können. Bei Bedarf unterschreibt die Versicherte das Formular „Fax-Anforderung Disease-Management-Programme Brustkrebs Westfalen-Lippe“. Dieses Formular wird auf der Internetseite der KVWL zum Download bereitgestellt. Der koordinierende Gynäkologe bezieht das Formular über die KVWL und leitet dieses unmittelbar oder über die Datenstelle nach § 25 an die jeweilige Krankenkasse weiter.
- (3) Die an der Vereinbarung teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der koordinierenden Gynäkologen bzw. der teilnehmenden Krankenhäuser/Kooperationszentren ihre Versicherten entsprechend gemäß der § 3 und Ziffer 4.2 der DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch Patienteninformationen (vgl. Anlage 13) über das Behandlungsprogramm informieren. Die Versicherte bestätigt den Erhalt und Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme-/Einwilligungserklärung.
- (4) Koordinierende Gynäkologen und Krankenhäuser/Kooperationszentren, die nach §§ 3 und 4 dieser Vereinbarung teilnehmen, informieren gemäß § 3 und Ziffer 4.2 der DMP-A-RL ihre Patientinnen, die nach § 13 Abs. 1 teilnehmen können.
- (5) Für die Einschreibung der Versicherten in das Behandlungsprogramm sind folgende Unterlagen notwendig:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch die vollständige Dokumentation der Einschreibekriterien gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL durch den behandelnden koordinierenden Gynäkologen,
 2. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten nach Anlage 9 mit Bestätigung und Unterschrift des koordinierenden Gynäkologen, dass die angegebene Diagnose gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind; insbesondere erklärt der Gynäkologe, dass er geprüft hat, ob seine Patientin im Hinblick auf die in der Ziffer 1 der Anlage 3 der DMP-A-RL genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann,

3. die vollständigen/plausiblen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL.
- (6) Mit der Einschreibung in das DMP wählt die Versicherte ihren koordinierenden Gynäkologen. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Gynäkologe nach § 3 an der Vereinbarung teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 9 sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL durch ihn oder das Krankenhaus/Kooperationszentrum an die Datenstelle nach § 25 weiterleitet; die Unterlagen sind dort innerhalb der Frist nach § 26 Abs. 4 einzureichen. Die Krankenkasse stellt sicher, dass die Versicherte im Rahmen des DMP Brustkrebs nur durch einen koordinierenden Gynäkologen betreut wird.
- (7) Wenn sich die Versicherte zur Einschreibung in das Behandlungsprogramm direkt an ihre Krankenkasse wendet, kann diese für die Patientin einen koordinierenden Gynäkologen vermitteln, damit die nach Absatz 3 notwendigen Unterlagen erstellt und übermittelt werden können.
- (8) Nachdem der Krankenkasse alle Einschreibeunterlagen entsprechend Absatz 3 vorliegen, bestätigt diese der Versicherten und dem koordinierenden Gynäkologen die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (9) Wenn die Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann sie an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.
- (10) Soweit eine an einem DMP teilnehmende Versicherte einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Absatz 5 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nun mehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das Behandlungsprogramm entsprechend gemäß der DMP-Richtlinie, § 3 und Ziffer 4.2 der DMP-A-RL und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung (vgl. Anlage 9) erklärt die Versicherte auf der Teilnahme/ Einwilligungserklärung nach Anlage 9 ihre Teilnahme an dem Behandlungsprogramm und ihr

Einverständnis zur Freigabe der erforderlichen Daten. Dies gilt auch, wenn die Versicherte bereits an einem anderen DMP nach § 137f SGB V teilnimmt.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch ihre Krankenkasse nach § 14 Abs. 8 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 5 erstellt wurde.
- (2) Die Versicherte kann ihre Teilnahme jederzeit gegenüber ihrer Krankenkasse kündigen; die Form der Kündigung richtet sich nach den Erfordernissen der jeweiligen Krankenkasse.
- (3) Die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm endet in den Fällen des § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV mit dem Tag der letzten Dokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL.
- (4) Beendigungsgründe im Einzelnen:
 - Die Versicherte erfüllt die Voraussetzung für eine Einschreibung nicht mehr.
 - Zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL, sind nicht innerhalb der Dokumentationsfrist übermittelt worden.
- (5) Die Teilnahme der Versicherten endet ferner mit dem Tag des Endes der Mitgliedschaft der Versicherten (Kassenwechsel) bzw. des Endes der Programmzulassung. Bei einer Unterbrechung der Zugehörigkeit der Versicherten zu einer Krankenkasse, die sich nicht über mehr als sechs Monate erstreckt, kann die Teilnahme am Programm aufgrund einer Folgedokumentation fortgesetzt werden. Während der Unterbrechungszeit gilt Absatz 3 entsprechend. Im Übrigen ist eine erneute Einschreibung möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.
- (6) Die Krankenkasse informiert die Versicherte und den koordinierenden Gynäkologen unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden der Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

§ 17

Wechsel des koordinierenden Gynäkologen

Es steht der Versicherten frei, ihren koordinierenden Gynäkologen zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Gynäkologe erstellt die Folgedokumentation entsprechend der Anlage 4 der DMP-A-RL und übermittelt die vollständige, plausible Folgedokumentation an die Datenstelle nach § 25.

§ 18

Meldung der Krankenkassen

Die Krankenkassen/-verbände übermitteln der KVWL quartalsweise die Anzahl der eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

Abschnitt VI - Schulungen

§ 19

Schulung, Information der Ärzte

- (1) Die Krankenkassen und die KVWL informieren die teilnahmeberechtigten koordinierenden Gynäkologen sowie die Krankenhäuser/Kooperationszentren über Ziele und Inhalte des Behandlungsprogramms Brustkrebs. Hierbei werden auch die vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Gynäkologen erhalten hierzu umfangreiche tagesaktuelle Informationen über die Internetseite der KVWL.
- (2) Dies gilt gleichermaßen für die teilnahmeberechtigten Krankenhäuser und Kooperationszentren.
- (3) Die Schulungen der teilnahmeberechtigten Gynäkologen sowie Krankenhäuser/Kooperationszentren dienen der Erreichung der vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Partner dieser Verein-

barung definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an eine für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Ärzte.

- (4) Die in den Anlagen 1 bis 2 (Strukturqualität) geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVWL nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte nach § 9 dieser Vereinbarung, auch zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie, einzubeziehen.
- (5) Alle durchgeführten Schulungen widersprechen nicht den Inhalten der RSAV, sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung.

§ 20 Information der Versicherten

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme insbesondere durch die Patientinneninformation nach Anlage 9. Hierbei werden auch die vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Die Inanspruchnahme von Patientinneninformationen ist freiwillig. Eine Nicht-Inanspruchnahme führt nicht zum Ausschluss der Patientin aus dem strukturierten Behandlungsprogramm. Schulungsprogramme sind für Patientinnen mit Brustkrebs nicht zielführend.

Abschnitt VII
Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und
Gemeinsame Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 c RSAV

§ 21
Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Partner dieser Vereinbarung haben eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V gegründet. Das Nähere ergibt sich aus der Vereinbarung über die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V Westfalen-Lippe. Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V Westfalen-Lippe um die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden weiteren Aufgaben.

§ 22
Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 RSAV die Aufgaben, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL zu pseudonymisieren und sie dann an die KVWL und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung nach Anlage 8 weiterzuleiten.
- (2) Soweit die Arbeitsgemeinschaft die Funktion der Datenstelle nach § 25 nicht selbst wahrnimmt, beauftragt sie unter Beachtung der Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle nach § 25 mit der Durchführung der in den Absatz 1 und 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für eine ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 23
Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft haben eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 c der RSAV zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 2 i. V.m. Ziffer 2 der Anlage 3 und § 6 der DMPA-RL gegründet. Das Nähere ergibt sich aus der hierzu geschlossenen Vereinbarung. Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung um die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden weiteren Aufgaben.

§ 24

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL die ärztliche Qualitätssicherung nach Anlage 8 durchzuführen. Dies umfasst insbesondere:
- die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten,
 - die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie nach Anlage 3 der DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten,
 - die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten,
 - die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung und
 - des Weiteren die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 6 der DMP-A-RL.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung nutzt das Expertenwissen der an dieser Vereinbarung teilnehmenden Krankenhäuser/Kooperationszentren insbesondere im Hinblick auf
- die bereits bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen im stationären Bereich,
 - die Harmonisierung dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen mit den nach diesem Vertrag durchzuführenden Maßnahmen,
 - die Weiterentwicklung bestehender und neuer Verfahren zur Qualitätssicherung sowie
 - die Überprüfung bestehender und Entwicklung neuer Qualitätsindikatoren entsprechend den Anlage 8.

Abschnitt VIII

Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

§ 25 Datenstelle

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 22 beauftragen eine Datenstelle mit den in den nachfolgenden Absätzen genannten Aufgaben. Soweit die Arbeitsgemeinschaft als Datenstelle fungiert, übernimmt sie die unter Absatz 3, 4 und 6 beschriebenen Aufgaben.
- (2) Zur Erfüllung der in Absatz 6 genannten Aufgaben genehmigt der koordinierende Gynäkologe mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach Anlage 4 den für ihn - in Vertretung/ohne Vollmacht - zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle nach Absatz 1 geschlossenen Vertrag bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt, und beauftragt die Datenstelle bzw. die Arbeitsgemeinschaft mit diesen Aufgaben.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt die Datenstelle (soweit sie diese Funktion nicht selbst wahrnimmt) nach § 22 Abs. 3 mit folgenden Aufgaben:
 - Erfassung der Dokumentationsdaten
 - Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten,
 - Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KVWL.
- (4) Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die Datenstelle bzw. die Arbeitsgemeinschaft mit folgenden Aufgaben:
 - Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,

- Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL,
 - Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der von der Datenstelle erfassten Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL unmittelbar an die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen,
- (5) Das Nähere zu den Absätzen 2 bis 4 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X, die Bestandteil dieser Vereinbarung sind. Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich darauf, dass die Gemeinsame Einrichtung die Datenstelle zu einem späteren Zeitpunkt ebenfalls mit noch zu bestimmenden Aufgaben, unter Beibehaltung der Kernaufgaben bei der Gemeinsamen Einrichtung, beauftragt. Sobald eine entsprechende Beauftragung vorgenommen wird, wird der hierzu nach Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X notwendige Vertrag dem Bundesversicherungsamt unmittelbar übermittelt.
- (6) Die Teilnahmeerklärung (vgl. Anlage 4) des koordinierenden Gynäkologen nach § 3 beinhaltet dessen Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle bzw. die Arbeitsgemeinschaft mit folgenden Aufgaben:
- Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL an die Arbeitsgemeinschaft,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL für die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.

§ 26 Erst- und Folgedokumentation

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und zu übermittelnden Dokumentationsdaten umfassen nur die in der Anlage 4 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach der Anlage 3 DMP-A-RL, die Festlegung der Qualitätsziele und –maßnahmen und deren Durchführung

nach der DMP-Richtlinie Ziffer 2 der Anlage 3 der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Schulung der Ärzte nach der Anlage 3 der DMP-A-RL und die Evaluation nach Ziffer 5 der Anlage 3 der DMP-A-RL genutzt.

- (2) 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 sind die Dokumentationen mindestens jedes zweite Quartal zu erstellen; eine im Ermessen des koordinierenden Gynäkologen erstellte quartalsweise Dokumentation ist ebenfalls zulässig (Ausnahmeregelung).

Tritt innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren nach histologischer Sicherung kein neues Ereignis (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) auf, erfolgt die Dokumentation ab dem sechsten Jahr mindestens jedes vierte Quartal. Bei Auftreten eines neuen Ereignisses (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) erfolgt die Dokumentation innerhalb der nachfolgenden fünf Jahre nach histologischer Sicherung des jeweils neu aufgetretenen Ereignisses mindestens jedes zweite Quartal.

Abweichend davon werden Patientinnen mit Einschreibung wegen Fernmetastasen oder im Verlauf einer bestehenden Teilnahme auftretender Fernmetastasen mindestens jedes zweite Quartal dokumentiert.

- (3) Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL werden grundsätzlich am Behandlungstag erstellt. Sie müssen der Datenstelle innerhalb von zehn Tagen nach Erstellung der Dokumentation vorliegen. Hierzu werden sie mindestens einmal wöchentlich an die Datenstelle nach § 25 versandt.

§ 27 Datenfluss und Datenstelle

- (1) Der nach § 3 koordinierende Gynäkologe verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung nach § 5,

1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose und
2. die vollständige Erst-/Folgedokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL

innerhalb der Frist nach § 26 Abs. 3 an die Datenstelle nach § 25 weiterzuleiten. Der koordinierende Gynäkologe vergibt für jede Versicherte eine nur einmal zu vergebende DMP-

Fallnummer (maximal sieben Ziffern). Eine Fallnummer darf jeweils nur für eine Patientin verwendet werden.

- (2) Die Versicherte willigt einmalig mit ihrer Unterschrift auf der Teilnahme-/Einwilligungserklärung in die Datenübermittlung schriftlich ein. Sie wird schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL mittels einer Ausfertigung ihrer Dokumentation informiert.
- (3) Bei einem Wechsel des koordinierenden Gynäkologen nach § 17 übermittelt der neue koordinierende Gynäkologe nach § 3 innerhalb der Frist nach § 26 Abs. 3 die Folgedokumentation an die Datenstelle nach § 25.

§ 28 Datenzugang

- (1) Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehenden Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 25 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten.
- (2) Die nach § 25 Abs. 4 an die jeweilige Krankenkasse weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL werden von den Krankenkassen unter Berücksichtigung des § 37 Abs. 2 und 3 insbesondere für folgende Zwecke genutzt:
 1. Ansprache von Versicherten bei fehlenden Dokumentationen,
 2. Beendigung der Teilnahme gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 der RSAV,
 3. schriftliche Information von Versicherten unmittelbar im Zusammenhang mit der Neueinschreibung in das DMP; die jeweilige Krankenkasse und die KVWL verständigen sich über die Inhalte dieser schriftlichen Information,
 4. schriftliche Information von Versicherten zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Termine bei Ausbleiben der Folgedokumentation,
 5. notwendige Qualitätssicherungsmaßnahmen einschließlich Weitergabe von Erkenntnissen zur Qualitätssicherung an die Gemeinsame Einrichtung.

Weitere Nutzungszwecke bedürfen im Interesse der Behandlungserfolge der Abstimmung unter den Vertragspartnern.

- (3) Die Regelungen in Absatz 2 gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des DMP bis zum Ende der Aufbewahrungsfrist, die in § 2 und § 2a der DMP-AF-RL oder in den diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA, genannt ist.

§ 29 Datenaufbewahrung

Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Dokumentationen gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V.

Abschnitt IX Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVWL und zur Gemeinsamen Einrichtung

§ 30 Datenfluss

- (1) Die Datenstelle übermittelt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten sowie die Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL unmittelbar an die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.
- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die pseudonymisierten Dokumentationsdaten (gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL) an die Gemeinsame Einrichtung.
- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die pseudonymisierten Dokumentationsdaten (gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL) an die KVWL.
- (4) Die Datenstelle übermittelt quartalsweise elektronisch einen arztbezogenen Nachweis der plausibel, vollständig und fristgerecht eingegangenen Dokumentationsdaten zu Abrechnungszwecken. Näheres hierzu ist § 35 geregelt.

§ 31 Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, die KVWL und an das DMP-Datenzentrum der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben nach dieser Vereinbarung bzw. einem zugelassenen DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

§ 32 Datenaufbewahrung

Die übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten und Dokumente werden gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V archiviert. .

Abschnitt X - Evaluation

§ 33 Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Absatz 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelung 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 XI
Vergütung und Abrechnung

§ 34
Vertragsärztliche Leistungen

- (1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen mit Ausnahme der Leistungen nach § 35 nach Maßgabe des jeweils gültigen EBM und sind mit der in der Honorarvergütungsvereinbarung mit der KVWL definierten morbiditätsbedingten Vergütung abgegolten.
- (2) Die Vertragspartner werden die Entwicklung der Leistungsmenge gemeinsam beobachten. Sofern die Leistungsmenge überproportional zunimmt, analysieren die Vertragspartner, ob und ggf. inwieweit diese Entwicklung ursächlich auf die Einführung der DMP zurückzuführen ist; ist dieser Zusammenhang unstrittig, werden die Vertragspartner zeitnah über die Konsequenzen wegen der Leistungsmenge verhandeln.

§ 35
Vergütung Einschreibung/Dokumentation

- (1) Die von den koordinierenden Gynäkologen erbrachten Leistungen nach dieser Vereinbarung werden wie folgt vergütet:

Einschreibung	Vergütung	Symbolnummern (SNR)
Einschreibung der Versicherten in das DMP, Versand der Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie Erstellung (vollständig und plausibel) und fristgemäße Übermittlung der Erstdokumentation	15,00 EUR	90221

- (2) Aufgrund der besonderen Anforderungen, die die Partner dieser Vereinbarung an die teilnehmenden Gynäkologen, insbesondere in Hinblick auf die individuelle Patientinnenberatung, die fachliche Qualifikation und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den am Behandlungsprozess Beteiligten stellen, werden die Beratungsgespräche wie folgt vergütet:

Leistung / Folgedokumentation	Vergütung	Symbolnummern (SNR)
Gespräch (einmal je Krankheitsfall) zeitnah vor der stationären Aufnahme und nach histologischer Sicherung der Diagnose (Dauer ca. 30 Minuten)	30,00 EUR	90222
Gespräch (einmal je Krankheitsfall) nach der stationären Behandlung (Dauer ca. 30 Minuten)	30,00 EUR	90223
Begleitgespräch (einmal je Quartal) ohne Folgedokumentation (Dauer ca. 15 Minuten)	12,50 EUR	90224
Begleitgespräch (einmal je Quartal) einschließlich Erstellung (vollständig und plausibel) und fristgemäße Übermittlung der Folgedokumentation; Dokumentationszeitraum 6 Monate (Dauer ca. 15 Minuten)	17,50 EUR	90225

- (3) Die Leistungen nach Absatz 1 und 2 setzen deren vollständige Erbringung voraus. Soweit nur einzelne Leistungsbestandteile erbracht werden, ist eine Abrechnung und Vergütung ausgeschlossen. Die Abrechnung der SNR 90225 schließt eine Abrechnung der SNR 90224 aus.
- (4) Die Leistungen nach Absatz 1 und 2 werden entsprechend den Honorarverträgen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet und schließen eine Abrechnung nach Maßgabe des jeweils gültigen EBM im Zusammenhang mit Leistungen nach dieser Vereinbarung aus.
- (5) Die jeweilige Krankenkasse bzw. auftragsweise die Datenstelle nach § 25 erstellt für jedes Quartal einen Nachweis der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen bis spätestens zum Ende des darauf folgenden Quartals.
- (6) Abrechnung und Abrechnungsprüfung :
- Die Rechnungslegung der Abrechnungsziffern/Symbolnummern erfolgt über das Formblatt 3 auf der Ebene 6 in der jeweils gültigen Fassung; über ggf. notwendige Anpassungen informiert die Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft DMP die KVWL.
 - Basis für die Abrechnung der Leistungen sind die o.a. Symbolnummern, die in der Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfasst werden.
 - Die Datenstelle stellt der KVWL regelmäßig quartalsweise die Auswertungen zu vergütungsfähigen Erst- und Folgedokumentationen zur Verfügung (Vergütungsdatei) zur

Verfügung. Dieser Nachweis ist maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen an die KVWL und wird von der KVWL der Abrechnungsprüfung zugrunde gelegt. Die Symbolnummern sind nur vergütungsfähig, wenn für die betreffenden Patientinnen in den Vergütungsdateien der vorangegangenen drei Quartale eine vergütungsfähige Dokumentation für die betreffenden Patientinnen ausgewiesen ist. Die Datenstelle unterstützt die KVWL bei Fragen zur Abrechnung.

- d) Die KVWL prüft die Plausibilität der Abrechnung auf Basis der Auswertungen der Datenstelle. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe der KVWL und der Krankenkassen/-verbände erörtert quartalsweise die Ergebnisse der Abrechnungsprüfung und stimmt weitere Maßnahmen ab bzw. unterstützt durch gezielte Arztinformationen die Arztpraxen bei der Abrechnung.
 - e) Maßgebend für die Abrechnungsprüfung sind ausschließlich vollständige, plausible und innerhalb der nach der RSAV sowie den diese ergänzenden oder ersetzenden Richtlinien des GBA in ihrer jeweils gültigen Fassung geltenden Dokumentationsfristen erstellte/übermittelte Dokumentationen. Die Datenstelle informiert darüber hinaus die KVWL über von Ärzten übermittelte fehlerhafte Dokumentationen (einschließlich Überschreitung/ Dokumentationsfristen).
- (7) Die KVWL sorgt dafür, dass die Vergütungen aus dieser Vereinbarung gegenüber den teilnehmenden Ärzten in den Abrechnungsunterlagen gesondert herausgestellt werden.
- (8) Die Entwicklung der Leistungsmenge der an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte kann durch die Vertragspartner gemeinsam analysiert werden.
- (9) Soweit Vergütungen dieses Vertrages durch Änderungen des jeweils gültigen EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.

Abschnitt XII

Sonstige Bestimmungen

§ 36

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.

- (2) Die Ärzte verpflichten sich untereinander sowie gegenüber anderen Ärzten sowie sonstigen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die Phase der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO 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 dieser Vereinbarung vorzunehmen.

§ 37

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die KVWL liefert nach § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte, die erforderlichen Abrechnungsdaten versichertenbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die Datenübermittlung erfolgt nach den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern.
- (2) Die Krankenkassen bieten dem koordinierenden Arzt versichertenbezogene Unterstützung bei der Durchführung der DMP an.
- (3) Soweit die Krankenkassen aufgrund von versichertenbezogenen Informationen tätig werden, erfolgt dies im Sinne der zwischen Arzt und Patientin vereinbarten Behandlungsziele. Wird die Krankenkasse gegenüber ihren Versicherten zur Unterstützung der Behandlungsziele über das Versenden von Patientinformationen hinaus tätig und ist das Arzt-/Patienten-Verhältnis unmittelbar berührt, ist der koordinierende Gynäkologe hierüber im Sinne einer Abstimmung vorher zu informieren.
- (4) Verhaltensweisen, die insbesondere im Zusammenhang mit der Abstimmung nach Absatz 3 Satz 2 dem Gebot einer vertrauensvollen Zusammenarbeit widersprechen, sind kurzfristig vom koordinierenden Arzt der KVWL und von den Krankenkassen/-verbänden mitzuteilen. Die KVWL und der betroffene Verband entscheiden über eine bilaterale Klärung oder Einberufung des Gemeinsamen Ausschusses nach § 38.
- (5) Die KVWL und die Krankenkassen/-verbände werden sich mit an sie herangetragenen Beanstandungen unverzüglich mit dem Ziel einer Verständigung befassen.

§ 38 Gemeinsamer Ausschuss

- (1) Zur Klärung von Auslegungsfragen, Beilegung von Meinungsverschiedenheiten und Beratung bei Verstößen gegen diese Vereinbarung können die Partner dieser Vereinbarung einen Gemeinsamen Ausschuss bilden.
- (2) Der Gemeinsame Ausschuss wird paritätisch mit Vertretern der KVWL und der Krankenkassen/-verbände besetzt. Eine Einberufung erfolgt bei Bedarf.
- (3) Entscheidungen des Gemeinsamen Ausschusses werden einvernehmlich getroffen.

§ 39 Laufzeit und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2018 in Kraft und löst insoweit die Vereinbarung in der Fassung vom 01.07.2013 ab.
- (2) Die Anwendung der Regelungen dieser Vereinbarung in Bezug auf die jeweilige Krankenkasse setzt voraus, dass diese über ein zugelassenes DMP verfügt. Die Regelungen dieser Vereinbarung zum Datenfluss (Abschnitt VII bis IX) sind Bestandteile des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.
- (3) Erforderliche Änderungen dieser Vereinbarung oder Anpassungen der DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen erfolgen müssen, werden unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V oder zu den vorgegebenen Stichtagen vorgenommen.
- (4) 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, rechtzeitig, d. h. mit ausreichend zeitlichem Vorlauf, um ihnen zum Zeitpunkt der geforderten Umsetzung entsprechend zu können, zu unterrichten.

- (5) Das DMP Brustkrebs und die zu dessen Durchführung geschlossenen Verträge sind innerhalb der Fristen nach § 137g Abs. 2 SGB V anzupassen.
- (6) Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderhalbjahres gekündigt werden. Kündigungen nach Satz 1 können auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse erklärt werden; eine solche Kündigung lässt den Vertrag im Übrigen unberührt.
- (7) Bei wichtigem Grund kann diese Vereinbarung von jedem Partner nach erfolgloser Erörterung im Gemeinsamen Ausschuss nach § 38 mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Ein wichtiger Grund kann auch ein wiederholter, schwerer Verstoß gegen § 37 Abs. 3 sein. Ferner kann die Vereinbarung von jedem Partner mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende bei Wegfall/Änderung der RSA-Anbindung des DMP bzw. bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des DMP gekündigt werden. Für Kündigungen nach Satz 1 und 3 gilt Abs. 6 Satz 2 entsprechend.

§ 40 Schriftform

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

§ 41 Salvatorische Klausel

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

Bochum, Dortmund, Essen, Münster, den 24.09.2018

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe

AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse

BKK-Landesverband NORDWEST

IKK classic

KNAPPSCHAFT

SVLFG

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