

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 01.10.2024

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung
Westfalen-Lippe, 44141 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**

(im Folgenden Krankenkassen/-verbände in Westfalen-Lippe genannt)

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

Abschnitt II - Teilnahme der Ärzte und Einrichtungen

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungssektors
- § 4 Beteiligung und Aufgaben des stationären Versorgungssektors
- § 5 Antrag auf Teilnahme
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung durch die KVWL
- § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 8 Ärzte und Krankenhäuserverzeichnis

Abschnitt III - Versorgungsinhalte

- § 9 Medizinische Anforderungen an das DMP 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

Abschnitt VI - Schulungen

- § 18 Fortbildung der Ärzte
- § 19 Information der Versicherten

Abschnitt VII - Arbeitsgemeinschaft / Datenstelle/ Gemeinsame Einrichtung

- § 20 Arbeitsgemeinschaft

- § 21 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 22 Datenstelle
- § 23 Gemeinsame Einrichtung
- § 24 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt VIII – Datenfluss und Datenverwendung

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

Abschnitt IX - Evaluation

- § 29 Evaluation

Abschnitt X - Vergütung und Abrechnung

- § 30 Vertragsärztliche Leistungen
- § 31 Vergütung Einschreibung/Dokumentation

Abschnitt XI - Sonstige Bestimmungen

- § 32 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 33 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 34 Laufzeit und Kündigung
- § 35 Schriftform
- § 36 Salvatorische Klausel

Anlagen

- Anlage 1 Strukturqualität koordinierende Gynäkologen
- Anlage 2 Struktur- und Prozessqualität für stationäre Einrichtungen sowie von Ärzten
- Anlage 3 Teilnahmeerklärung Gynäkologe
- Anlage 4 Intensiv-/Begleitgespräche
- Anlage 5 Leistungserbringerverzeichnis
- Anlage 6 Qualitätssicherung
- Anlage 7 Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte

Erläuterungen und Abkürzungen

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichen beziehen sich auf diese Vereinbarung.

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

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

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

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

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.

„BK-Patientinnen“ sind Brustkrebs-Patientinnen.

„DMP“ ist die Abkürzung für Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V.

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

„Dokumentationsdaten“ sind die in der Anlage 3 i. V. m. Anlage 4 der DMP-A-RL aufgeführten Daten.

„DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung.

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss.

„Kooperationszentrum“ ist eine Kooperation ausschließlich zwischen Krankenhäusern oder zwischen Krankenhäusern und Ärzten.

„Koordinierende Gynäkologen“ sind Ärzte sowie bei diesen zur Erbringung von DMP-Leistungen berechnigte angestellte Ärzte nach § 3 dieser Vereinbarung.

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung.

„TE/EWE“ ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

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 Brustkrebs sowie die medizinischen Grundlagen ergeben sich aus der DMP-A-RL sowie der RSAV. Dabei werden in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt:
 1. Begleitung der Patientinnen während des Behandlungsprozesses, bezogen auf ihren Krankheitsfall und unter angemessener Berücksichtigung ihres Lebensumfeldes, und ihre Aufklärung durch gezielte, patientinnenorientierte, qualitativ gesicherte Informationen; 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 und allgemeine Grundsätze

(1) Diese Vereinbarung gilt für

1. alle zugelassenen, angestellten und ermächtigten Ärzte im Bereich der KVWL, die nach Maßgabe des Abschnitts II teilnehmen und Leistungen nach dieser Vereinbarung erbringen,
2. die Behandlung von Versicherten der Krankenkassen, die nach Maßgabe des Abschnitts V in ein zugelassenes DMP Brustkrebs 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.
4. die Behandlung von AOK-Versicherten anderer Vertragsregionen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch die AOK mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KVWL darüber informiert wurde.

(2) Dieser Vereinbarung können Krankenkassen mit Sitz außerhalb von Westfalen-Lippe beitreten, sobald sie gegenüber der KVWL erklären, dass sie die Regelungen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Das Programm soll vorrangig durch eine an dieser

4. Änderungsvereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von BK-Patientinnen in Westfalen-Lippe – Stand: 01.10.2024 Seite 7

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 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

- (3) Grundlage dieser Vereinbarung ist die RSAV sowie die DMP-A-RL. Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Sollten sich inhaltliche Änderungen aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV sowie der DMP-A-RL oder durch weitere gesetzliche Regelungen ergeben, wird eine einvernehmliche Anpassung dieser Vereinbarung vorgenommen. Näheres hierzu regelt § 34. Die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation sind in der Anlage 3 der DMP-A-RL sowie der Anlage 4 der DMP-A-RL geregelt.
- (4) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem DMP 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 diesem DMP 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 Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 6. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen ist der KVWL unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (5) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 3 durch den angestellten Arzt gegenüber der KVWL nach.
- (6) Zu den Aufgaben des koordinierenden Gynäkologen gehören insbesondere:
 1. die Durchführung und Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Ärzte unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln nach Nummer 1.9 der Anlage 3 der DMP-A-RL,
 2. die Durchführung intensivierter Patientinnengespräche nach Abschnitt III,
 3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten nach § 14,
 4. die vollständige Erstellung der Dokumentationsdaten entsprechend der Anlage 4 der DMP-A-RL sowie die schriftliche oder elektronische Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend der Anlage 4 der DMP-A-RL nach den Abschnitten VII und VIII dieser Vereinbarung innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Datenstelle. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten;

5. die Wiedereinbestellung der Patientin zum Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung,
6. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
7. die Überweisung an andere zugelassene Ärzte sowie Psychologische Psychotherapeuten oder die Einbeziehung weiterer Ärzte und Einrichtungen, soweit diese aufgrund der Versorgungsinhalte nach Nummer 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 durch Anbringen des Vermerks „nimmt am DMP teil“),
8. bei Einbeziehung anderer Ärzte und Einrichtungen,
 - die Übermittlung therapierelevanter Informationen entsprechend § 9, wie z. B. über die medikamentöse Therapie,
 - das Einholen der therapierelevanten Informationen,
9. die Prüfung, ob eine Patientin von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann.
10. bei Wechsel des koordinierenden Arztes sind dem neuen koordinierenden Arzt mit Zustimmung der Patientin auf Anforderung alle Patientendaten zu übermitteln,
11. die Berücksichtigung der von der Datenstelle bzw. den Krankenkassen verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschreiben für eine reguläre Teilnahme des Versicherten,
12. 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.

Wird die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt übernommen, gelten die Ziffern 1 bis 12 entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL bzw. der RSAV Sorge zu tragen.

- (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) Die Aufgaben der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Krankenhäuser/ Kooperationszentren sowie das Beitrittsverfahren der Krankenhäuser ist in der Rahmenvereinbarung der zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. und den Krankenkassen/-verbänden in Westfalen-Lippe geschlossenen Rahmenvereinbarung zur Einbindung von Krankenhäusern in das strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung Versorgungssituation von Brustkrebs-Patientinnen geregelt. Über die Homepage der AOK NordWest ist die Rahmenvereinbarung unter dem Pfad AOK.de-Fachportal für Leistungserbringer-Arztpraxen-DMP-DMP Brustkrebs-Verträge-Rahmenvereinbarung mit der KGNW“ einzusehen.

§ 5 Antrag auf Teilnahme

Der koordinierende Gynäkologe nach § 3 erklärt sich gegenüber der KVWL auf dem Vordruck nach Anlage 3 zur Teilnahme am DMP Brustkrebs bereit. Unter dieser Voraussetzung gilt die Genehmigung vom Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, sofern diese der KVWL spätestens bis zum 20. Tag des ersten Monats des Folgequartals nach Unterschrift zugegangen ist.

§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung durch die KVWL

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.

§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des koordinierenden Gynäkologen am DMP beginnt mit dem in der Genehmigung nach § 5 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 ferner mit dem rechtskräftigen Widerruf der Genehmigung durch die KVWL, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen.
- (5) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet mit dem Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ruht während des Ruhens der Zulassung.
- (6) Die KVWL informiert die beteiligten Vertragspartner im Rahmen der Anlage 5 bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.

§ 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 5
 - der Datenstelle nach §22,
 - den Krankenkassen/-verbänden,
 - der KGNW,
 - der Gemeinsamen Einrichtung nach § 23,
 - den koordinierenden Gynäkologenzur Verfügung.
- (2) Ferner stellt die KVWL sicher, dass die Krankenkassen/-verbände sowie die Datenstelle nach § 22 zeitnah, spätestens innerhalb von zehn Tagen, in geeigneter Form (Änderungsmeldungen, Listen entsprechend Anlage 5) über Zu- bzw. Abgänge sowie Änderungen informiert werden.
- (3) 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.

- (4) Die Verzeichnisse nach Absatz 1 und 2 stellen die Krankenkassen/-verbänden dem BAS beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BAS alle fünf Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (5) Über die Homepage der KVWL wird eine Verlinkung zu dem von der KGNW veröffentlichten Krankenhäuserverzeichnis vorgenommen.
- (6) Das Leistungserbringerverzeichnis gemäß Anlage 5 kann von den Vertragspartnern zu Informationszwecken auch im Internet veröffentlicht werden. Ferner erhalten die Patienten über die einzelnen Krankenkassen bzw. andere Quellen, z. B. der KVWL, nähere Informationen zur Aufgabenteilung der Versorgungsebenen einschließlich der teilnehmenden Leistungserbringer.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 9 Medizinische Anforderungen an das DMP Brustkrebs

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 3 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil des 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 4.

Abschnitt IV - Qualitätssicherung

§ 10 Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 6 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere:

- Einhaltung der medizinischen Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2, Nr. 1 SGB V und der Anlage 3 der DMP-A-RL einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren nach Nummer 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 der Nummer 2 der Anlage 3 der DMP-A-RL bzw. ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP die Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage 6 zur Erreichung der Ziele zugrunde zu legen. Über Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung.
- (2) Zu den Maßnahmen entsprechend Anlage 3 der DMP-A-RL bzw. § 2 der DMP-A-RL gehören insbesondere:
 - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
 - strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen 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 6 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 6 fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach der Anlage 4 der DMP-A-RL und den Leistungsdaten ergeben.
- (6) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 6 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 12 Vertragsmaßnahmen

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der teilnehmenden Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Verstößt der koordinierende Gynäkologe gegen die Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung, löst dies folgende Maßnahmen aus:
 1. Keine Vergütung für unvollständige, unplausible oder nicht fristgerecht übermittelte Dokumentationen,
 2. die schriftliche Aufforderung der KVWL an den koordinierenden Gynäkologen zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen; ggf. Angebot eines Beratungsgespräches durch die KVWL (z.B. bei fortgesetzter nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen); hierbei kann auf die Möglichkeit einer Maßnahme nach Ziffer 3 hingewiesen werden,

3. bei weiteren nachgewiesenen Verletzungen der sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, auf begründeten Antrag eines Vertragspartners, Widerruf der Teilnahme genehmigung des Arztes durch die KVWL (Ausschluss).

Disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie die Verpflichtung zur Wiedergutmachung eines entstandenen Schadens bleiben unberührt.

Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen

(1) Versicherte können freiwillig an der Versorgung nach dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern die nachfolgenden Einschreibekriterien gemäß der Anlage 3, Nummer 3 der DMP-A-RL erfüllt sind:

1. Schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Gynäkologen gemäß Anlage 3, Nummer 1.2 der DMP-A-RL,
2. Schriftliche oder elektronische Einwilligung der Versicherten in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten und
3. Umfassende, auch schriftliche oder elektronische Information der Versicherten über
 - die Programminhalte,
 - die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkassen übermittelt werden und von diesen im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können,
 - die Möglichkeit, dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV 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,

4. Änderungsvereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von BK-Patientinnen in Westfalen-Lippe – Stand: 01.10.2024 Seite 18

- ihre Mitwirkungspflichten,
- die Möglichkeit der Beendigung der Teilnahme am Programm wegen fehlender Mitwirkung der Versicherten.

(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. Für die Teilnahme gelten folgende Regelungen:

- Nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose endet die Teilnahme am DMP.
- Tritt ein lokoregionäres Rezidiv bzw. kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am DMP auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere zehn Jahre ab dem Zeitpunkt der jeweiligen histologischen Sicherung möglich.
- Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am DMP auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich.

Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am 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 histologische Sicherung) über die Möglichkeit der Teilnahme am DMP ihrer Krankenkasse. Die Versicherte kann sich mit der TE/EWE 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.
- (3) Die an der Vereinbarung teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der koordinierenden Gynäkologen bzw. der teilnehmenden Krankenhäuser/Kooperationszentren ihre Versicherten entsprechend gemäß § 3 und Nummer 4.2 der DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch Patienteninformationen über das DMP informieren. Die Versicherte bestätigt den Erhalt und Kenntnisnahme der Informationen auf der TE/EWE.
- (4) Koordinierende Gynäkologen und Krankenhäuser/Kooperationszentren, die nach §§ 3 und 4 dieser Vereinbarung teilnehmen, informieren gemäß § 3 und Nummer 4.2 der DMP-A-RL ihre Patientinnen, die nach § 13 Abs. 1 teilnehmen können.
- (5) Für die Einschreibung der Versicherten in das DMP sind folgende Unterlagen notwendig:
 1. die schriftliche Bestätigung der histologisch gesicherten Diagnose durch die vollständige Dokumentation der Einschreibekriterien gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL durch den behandelnden koordinierenden Gynäkologen,
 2. die TE/EWE der Versicherten nach Anlage 7 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 Nummer 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 TE/EWE nach Anlage 7 sowie die voll-

ständige Erstdokumentation gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL durch ihn oder das Krankenhaus/Kooperationszentrum an die Datenstelle nach § 22 weiterleitet; die Unterlagen sind dort innerhalb der Frist nach § 25 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 DMP 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 schriftlich oder elektronisch die Teilnahme der Versicherten am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (9) Wenn die Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL des G-BA genannten Erkrankungen leidet, kann sie an verschiedenen DMP teilnehmen, sofern diese sich nicht ausschließen.
- (10) Soweit eine an einem DMP teilnehmende Versicherte einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am DMP teilnehmen möchte, sind die nach Absatz 5 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung (vgl. Anlage 7) erklärt sich die Versicherte auf der TE/EWE zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten (insbesondere auch ihrer Behandlungsdaten) ein.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am DMP beginnt vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen 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. Sofern sie keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, scheidet sie mit dem Tag des Zugangs der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem DMP aus
- (3) Die Teilnahme der Versicherten am DMP Brustkrebs endet weiterhin in den Fällen des § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL, weil
 - die Versicherte die Voraussetzung für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt oder
 - zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist übermittelt worden sind.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten endet außerdem mit dem Tag
 - der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des DMP nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 - des Zugangs des Widerrufs der Einwilligungserklärung bei der Krankenkasse,
 - an dem die Versicherung bei der Krankenkasse beendet wird bzw. mit dem Tag des Krankenkassenwechsels unter Beachtung der Regelungen des § 24 Abs. 3 RSAV“.
- (5) Die Krankenkasse informiert die Versicherte und den koordinierenden Gynäkologen unverzüglich schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden der Versicherten aus dem DMP.
- (6) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 15 vorliegen.

§ 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 4. Änderungsvereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von BK-Patientinnen in Westfalen-Lippe – Stand: 01.10.2024 Seite 22

der DMP-A-RL und übermittelt die vollständige, plausible Folgedokumentation an die Datenstelle nach § 22. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes. Der bisherige Arzt übermittelt dem neuen koordinierenden Arzt auf Aufforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

Abschnitt VI - Schulungen

§ 18 Fortbildung der Ärzte

- (1) Die Krankenkassen und die KVWL informieren die teilnahmeberechtigten koordinierenden Gynäkologen sowie die Krankenhäuser/Kooperationszentren über Ziele und Inhalte des DMP 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. Dies gilt gleichermaßen für die teilnahmeberechtigten Krankenhäuser und Kooperationszentren.
- (2) 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 sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, ab. Die Partner dieser Vereinbarung definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an eine für das DMP relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Ärzte.
- (3) 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.

- (4) Alle durchgeführten Schulungen entsprechen den Inhalten der RSAV sowie der DMP-A-RL.

§ 19 Information der Versicherten

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP insbesondere durch die Patientinneninformation nach Anlage 7. Hierbei werden auch die vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Des Weiteren informiert die Krankenkasse ihre Versicherten umfassend über die mit der Teilnahme verbundenen Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten.
- (2) Die Inanspruchnahme von Patientinneninformationen ist freiwillig. Eine Nicht-Inanspruchnahme führt nicht zum Ausschluss der Patientin aus dem DMP. Schulungsprogramme sind für Patientinnen mit Brustkrebs nicht zielführend.

Abschnitt VII Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung

§ 20 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 Westfalen-Lippe um die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden weiteren Aufgaben.

§ 21 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Absatz 2 S. 1 Nr. 1a und 1 c RSAV insbesondere die Aufgabe, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVWL und die nach 4. Änderungsvereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von BK-Patientinnen in Westfalen-Lippe – Stand: 01.10.2024 Seite 24

§ 23 gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.

- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung der Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X eine Datenstelle für die Verarbeitung der in § 26 beschriebenen Daten. Ihrer Verantwortung für eine ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 22 Datenstelle

- (1) Die Vertragspartner verständigen sich auf eine gemeinsame Datenstelle.

- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:

1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL,
2. Nachforderung unvollständiger und unplausibler Angaben,
3. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL,
4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KVWL.

- (4) Die Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:

1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL,
2. Nachforderung unvollständiger und unplausibler Angaben,
3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.
4. Entgegennahme und unmittelbare Weiterleitung der TE/EWE unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.

- (5) Der koordinierende Gynäkologe nach § 3 beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:

4. Änderungsvereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von BK-Patientinnen in Westfalen-Lippe – Stand: 01.10.2024 Seite 25

1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
 2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL für die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.
- (6) Zur Erfüllung der in Absatz 5 genannten Aufgaben erkennt der koordinierende Gynäkologe mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 die mit der Datenstelle geschlossenen Verträge an.
- (7) Das Nähere zu den Absätzen 3 und 4 ist mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X geregelt.

§ 23 Gemeinsame Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung oder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 25 Absatz 2 S. 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag.

§ 24 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL die ärztliche Qualitätssicherung nach Anlage 6 durchzuführen. Dies umfasst insbesondere:

- Die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL,
- die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie nach Anlage 3 der DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 der

DMP-A-RL,

- die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 der DMP-A-RL,
- die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung und
- die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 6 der DMP-A-RL.

Abschnitt VIII

Datenfluss und Datenverwendung

§ 25

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 in der jeweils gültigen Fassung (Erst- bzw. Folgedokumentation) enthaltenen Angaben und sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Sie werden nur für die Behandlung nach der Anlage 3 der DMP-A-RL, die Festlegung der Qualitätsziele und –maßnahmen und deren Durchführung nach Nummer 2 der Anlage 3 der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Ärzte nach der Anlage 3 der DMP-A-RL und die Evaluation nach Nummer 5 der Anlage 3 der DMP-A-RL genutzt. Die teilnehmenden Ärzte werden nach einer Änderung der Anlage 3 der DMP-A-RL unverzüglich über die geänderten Anforderungen von der KVWL unterrichtet. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt hiervon unberührt.
- (2) Gemäß Nummer 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 der 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 § 22 versandt.
- (4) Der koordinierende Gynäkologe legt in seinen Dokumentationen fest, welches Dokumentationsintervall (quartalsweise, halbjährlich oder jährlich) für den jeweiligen Versicherten maßgeblich ist.

§ 26 Datenfluss zur 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 der Anlage 4 der DMP-A-RLinnerhalb der Frist nach § 25 Abs. 3 an die Datenstelle nach § 22 weiterzuleiten.
- (2) Der koordinierende Gynäkologe vergibt für jede Versicherte eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern („0“- „9“) bestehen darf. 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 oder elektronisch ein und wird schriftlich oder elektronisch über die übermittelten Dokumentationsdaten gemäß der 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 § 25 Abs. 3 die Folgedokumentation an die Datenstelle nach § 22.

§ 27 Datenzugang

Zugang zu den an die Arbeitsgemeinschaft oder Datenstelle, Gemeinsame Einrichtung, KVWL und an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 28 Datenaufbewahrung und -löschung

- (1) Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden entsprechend der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Version von den jeweils verantwortlichen Stellen oder von diesen beauftragten Dritten entsprechend ihres Verwendungszweckes aufbewahrt. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 der DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a der DMP-A-RL.
- (2) Soweit weitergehende gesetzliche Bestimmungen oder Rechtsverordnungen abweichende Vorgaben zur Aufbewahrung regeln oder die Möglichkeit einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist vorsehen, sind diese vorrangig zu beachten.
- (3) Nach Ablauf der jeweils gültigen Aufbewahrungsfrist sind die Daten unverzüglich, spätestens innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten, zu löschen.

Abschnitt IX - Evaluation

§ 29 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 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 X Vergütung und Abrechnung

§ 30 Vertragsärztliche Leistungen

- (1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen mit Ausnahme der Leistungen nach § 31 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.

§ 31
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	25 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 Diagnosestellung) nach histologischer Sicherung der Diagnose zeitnah vor der stationären Aufnahme und (Dauer ca. 30 Minuten)	35 EUR	90222
Gespräch (einmal je Diagnosestellung) nach der stationären Behandlung (Dauer ca. 30 Minuten)	35 EUR	90223
Begleitgespräch (einmal je Quartal) ohne Folgedokumentation (Dauer ca. 15 Minuten)	17,50 EUR	90224
Begleitgespräch einschließlich Erstellung (vollständig und plausibel) und fristgemäße Übermittlung der Folgedokumentation; je nach festgelegtem Dokumentationszeitraum 3 oder 6 Monaten oder jährlich (Dauer ca. 15 Minuten)	ab 01.10.2024 17,50 EUR	90225
	ab 01.01.2025 22,50 EUR	
	ab 01.01.2026 25 EUR	
	ab 01.01.2027 27,50 EUR	

- (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 § 22 erstellt für jedes Quartal einen Nachweis der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen bis spätestens zum Ende des darauffolgenden Quartals.
- (6) Abrechnung und Abrechnungsprüfung:
- a) Die Rechnungslegung der Symbolnummern erfolgt über das Formblatt 3, Kontenart 404 auf der Ebene 6 in der jeweils gültigen Fassung.
 - b) Basis für die Abrechnung der Leistungen sind die o.a. Symbolnummern, die in der Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfasst werden.
 - c) Es sind ausschließlich vollständige, plausible und innerhalb der nach der RSAV geltenden Dokumentationsfristen erstellte/übermittelte Dokumentationen vergütungsfähig. Hierzu stellt die Datenstelle der KVWL regelmäßig quartalsweise die Auswertungen zu vergütungsfähigen Erst- und Folgedokumentationen zur Verfügung (Vergütungsdatei). 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 der von den Ärzten abgerechneten Leistungen auf der Grundlage der Vergütungsdatei der Datenstelle, und sie unterstützt die Ärzte bei Fragen zur Abrechnung. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe der KVWL und der Krankenkassen/-verbände erörtert regelmäßig 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 der DMP-A-RL 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 XI

Sonstige Bestimmungen

§ 32

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.
- (2) Die am Vertrag beteiligten Ärzte verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Ärzten sowie sonstigen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO 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 dieser Vereinbarung vorzunehmen.

§ 33

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die Datenübermittlung gem. § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V erfolgt gemäß den dazu getroffenen Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern.
- (2) Die für Prüfwzwecke im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ggf. angeforderten Unterlagen werden von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.

§ 34

Laufzeit und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2024 in Kraft und löst insoweit die Vereinbarung in der Fassung vom 01.10.2018 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 VIII) sind Bestandteile des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.
- (3) Sollten sich aufgrund der vorgenannten Änderungen hinsichtlich der medizinischen Versorgungsinhalte in der Anlage 3 der DMP-A-RL Änderungen ergeben, so sind die Ärzte und sonstigen Leistungserbringer über diese Änderungen unverzüglich zu unterrichten.
- (4) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung der DMP gelten die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Ärzte und Versicherten weiter. Eine erneute Einschreibung der Ärzte und Versicherten ist nicht notwendig.
- (5) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, der DMP-

A-RL des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, 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.

- (6) 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.
- (7) Das DMP Brustkrebs und die zu dessen Durchführung geschlossenen Verträge sind innerhalb der Fristen nach § 137g Abs. 2 SGB V anzupassen.
- (8) Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalendervierteljahres 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.
- (9) Bei wichtigem Grund kann diese Vereinbarung von jedem Partner 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.

§ 35 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.

§ 36
Salvatorische Klausel

- (1) Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im Übrigen dennoch bestehen, 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 und sonstigen rechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.

- (2) Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Unterschriftsseite

Dortmund, den _____

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Dortmund, den _____

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

Essen, den _____

BKK-Landesverband NORDWEST

Dresden, den _____

IKK classic

Kassel, den _____

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Düsseldorf, den _____

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

Bochum, den _____

KNAPPSCHAFT