

Vereinbarung

über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V bei
Brustkrebs in Baden-Württemberg auf der Grundlage des § 83 SGB V
(Vereinbarung DMP Brustkrebs)

zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg,
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

- nachfolgend „KVBW“ genannt -

und der
AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung,
Presselstraße 19, 70191 Stuttgart

den
Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin,
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg,
Christophstraße 7, 70178 Stuttgart,

dem
BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg,
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim

der
IKK classic,
Geschäftsstelle Dresden, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als **Landwirtschaftliche Krankenkasse**,
Vogelrainstraße 25, 70199 Stuttgart

der
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München, Friedrichstraße 19, 80801 München,

- nachfolgend „Verbände“ genannt -

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen	5
Präambel	6
Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich	
§ 1 Ziele der Vereinbarung	6
§ 2 Geltungsbereich	7
Abschnitt II – Einbindung von Krankenhäusern und Krankenhausärzten, Teilnahme von Ärzten	
§ 3 Einbindung von Krankenhäusern und Krankenhausärzten	7
§ 4 Teilnahme der Leistungserbringer	8
§ 5 Verzeichnisse der an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer	8
§ 6 Beginn und Ende der Teilnahme am DMP	9
§ 7 Wahl des DMP-Arztes	9
§ 8 Aufgaben des DMP-Arztes	9
§ 9 Ermächtigung von Krankenhausärzten	10
Abschnitt III – Versorgungsinhalte	
§ 10 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs	11
Abschnitt IV – Qualitätssicherung	
§ 11 Grundlagen und Ziele	11
§ 12 Maßnahmen und Indikatoren	11
§ 13 Durchführung der Qualitätssicherung	12
§ 14 Information und Fortbildung der Ärzte	12
§ 15 Vertragsmaßnahmen	13
Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung des Versicherten	
§ 16 Teilnahmevoraussetzungen	13
§ 17 Information und Einschreibung	14
§ 18 Teilnahme- und Einwilligungserklärung	14
§ 19 Beginn und Ende der Teilnahme	15
§ 20 Wechsel des DMP-Arztes	15
§ 21 Versichertenverzeichnis	15
§ 22 Information der Versicherten	16

Abschnitt VI – Arbeitsgemeinschaft/Datenannahme- und -verarbeitungsstelle/ Gemeinsame Einrichtung

§ 23	Bildung einer Arbeitsgemeinschaft	16
§ 24	Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft	16
§ 25	Datenstelle	16
§ 26	Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	17
§ 27	Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	17

Abschnitt VII – Datenfluss und Datenverwendung

§ 28	Erst- und Folgedokumentation	18
§ 29	Datenverwendung	18
§ 30	Datenzugang	19
§ 31	Datenaufbewahrung und -löschung	19

Abschnitt VIII - Evaluation

§ 32	Evaluation	19
------	------------	----

Abschnitt IX – Vergütung und Abrechnung

§ 33	Vergütung und Abrechnung	20
------	--------------------------	----

Abschnitt X – Sonstige Bestimmungen

§ 34	Weitere Aufgaben und Verpflichtungen	20
§ 35	Haftung	20
§ 36	Laufzeit und Kündigung	20
§ 37	Salvatorische Klausel	21

Anlagenverzeichnis

Anlage 1		22
Strukturqualität teilnahme- und mitwirkungsberechtigter Leistungserbringer		
Anlage 2		26
Dokumentationen (DMP-A-RL Anlage 4)		
Anlage 3a		31
Versorgungsinhalte (DMP-A-RL Anlage 3)		
Anlage 3b		47
Versorgungsweg DMP Brustkrebs		
Anlage 3c		49
Psychosoziale Versorgung		

Anlage 4	59
Qualitätssicherung Brustkrebs	
Anlage 5a	68
Teilnahme- und Einwilligungserklärung Brustkrebs	
Anlage 5b	69
Patientinneninformation zum Datenschutz	
Anlage 6	71
Patientinneninformation zum DMP Brustkrebs	
Anlage 7	73
Antrag des Arztes auf Genehmigung zur Teilnahme	
Anlage 8	77
Leistungserbringerverzeichnis	

Erläuterungen

„Aus Gründen der Lesbarkeit wird die männliche Form genutzt (z.B. „der Arzt“), es ist selbstverständlich auch die weibliche Form (z.B. „die Ärztin“ oder „die Patientin“) damit gemeint. Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

§§	Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diese Vereinbarung
Arzt	Der am DMP Brustkrebs teilnehmende und mitwirkende Vertragsarzt, Medizinische Versorgungszentren, ärztlich geleitete Einrichtungen nach § 117 SGB V (Hochschulambulanzen) und ermächtigter Arzt, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbringen
Arzt, angestellter	Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Absatz 9 SGB V bzw. § 95 Absatz 1 SGB V
Arzt, anstellender	Arzt, der berechtigt ist, einen Arzt i.S. des § 95 Absatz 9 SGB V bzw. § 95 Absatz 1 SGB V anzustellen
Arzt, koordinierender	Gleichbedeutend mit DMP-Arzt
Arzt, Vertragsarzt	Arzt, der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und berechtigt ist, weitere Ärzte anzustellen
Arbeitsgemeinschaft	Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V i.S.v. §§ 23, 24
BVA	Bundesversicherungsamt
BWKG	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.
Datenstelle	Datenannahme- und -verarbeitungsstelle nach § 25
DMP	Disease-Management-Programm
DMP-A-RL	Richtlinie des G-BA zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V
DMP-Arzt	Arzt im Sinne des § 4 i.V.m. § 7 dieser Vereinbarung, sowie bei diesem angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbringen
Dokumentationen/ Dokumentationsdaten	Erst- und Folgedokumentationen mit den in der Anlage 4 der DMP-A-RL aufgeführten Daten
Facharzt	Facharzt ist ein qualifizierter Facharzt i.S.v. § 4
DS-GVO	Datenschutz-Grundverordnung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss nach § 91 SGB V
Gemeinsame Einrichtung	Gemeinsame Einrichtung nach § 28f Absatz 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV i.S.v. §§ 26, 27
Krankenhaus	Einrichtung i.S. des § 3
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Leistungserbringer	Ärzte sowie angestellte Ärzte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
RSAV	Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung
SGB V	Sozialgesetzbuch Teil fünf
SGB X	Sozialgesetzbuch Teil zehn
Versicherte	Versicherte sind weiblich
Vertragsarzt	Arzt, der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und berechtigt ist, weitere Ärzte anzustellen

Präambel

Die Behandlung von Frauen mit Brustkrebs soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden - DMP - genannt) nach § 137f SGB V erfolgen. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Regelungen der DMP-A-RL und der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet. Dies gilt jedoch frühestens mit dem Zeitpunkt, an dem die Regelungen im entsprechenden DMP-Vertrag umgesetzt werden. Dies gilt grundsätzlich auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Brustkrebs auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten. Daher schließen die Verbände und die KVBW folgende Vereinbarung auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung eines DMP für versicherte Frauen mit Brustkrebs.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Durchführung des Programms, insbesondere die Regelungen zur Erfassung, Übermittlung und Nutzung von Behandlungsdaten so zu gestalten sind, dass die Vertrauensbeziehung zwischen Patientin und Arzt nicht beeinträchtigt wird. Zur Gewährleistung des Vertrauensschutzes erfolgt die Durchführung und Steuerung des Programms sowie die Qualitätssicherung im Programm soweit wie möglich auf Grundlage pseudonymisierter Daten. Die Nutzung versichertenbezogener Daten durch die Krankenkassen erfolgt ausschließlich in dem durch die RSAV, den DMP-A-RL und den Bestimmungen dieser Vereinbarung festgelegten Umfang.

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). Dieser Vertrag tritt zum 01.10.2018 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt den Vertrag der am 01.07.2013 in Kraft getreten ist. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Vertragsärzte bzw. Einschreibung der Versicherten mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist nicht notwendig.

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

§ I Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP Brustkrebs in Baden-Württemberg. Über dieses Behandlungsprogramm soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten, Krankenhäusern, den weiteren Leistungserbringern sowie den Partnern dieser Vereinbarung und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung von Versicherten mit Brustkrebs gewährleistet werden.
- (2) Darüber hinaus soll die Patientin durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen angeregt werden, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und die in Absatz 3 genannten Ziele zu erreichen.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an das DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung festgelegt.
- (4) Dabei soll die Behandlung der Krankheit insbesondere
 1. nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz erfolgen,
 2. den diagnosebezogenen Therapiezielen entsprechen und, soweit medizinisch sinnvoll und möglich, auf der Grundlage individueller und aktueller Informationen und Zielvereinbarungen mit der eingeschriebenen Versicherten erfolgen,

3. bei der Kooperation der Versorgungsebenen die Vorgaben für eine qualitätsorientierte und effiziente Versorgung beachten,
4. umfassende Nachsorge, insbesondere im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation,
5. das frühzeitige Erkennen eines lokoregionären Rezidivs bzw. eines kontralateralen Tumors,
6. die Unterstützung der Patientin in der Umsetzung der empfohlenen und vereinbarten Therapie und
7. die Einleitung geeigneter vorbeugender Maßnahmen sowie das frühzeitige Erkennen von Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Therapie.

§ 2 Geltungsbereich

Grundlage dieser Vereinbarung ist insbesondere die RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Anlagen dieser Vereinbarung, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich der Anlage 3 und 4 der DMP-A-RL.

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 1. Ärzte, welche die Voraussetzungen nach § 4 Absatz 1 dieser Vereinbarung – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen und nach Maßgabe des § 4 Absatz 1 und 2 ihre Teilnahme bzw. ihre Mitwirkung erklärt haben.
 2. die vertragsschließenden Krankenkassen und die von den vertragsschließenden Verbänden vertretenen Krankenkassen und deren Versicherte bei der Behandlung und Betreuung der Versicherten im DMP.
- (2) Der Vereinbarung können weitere AOKen beitreten, sofern sie erklären, dass sie die Finanzierungsregelungen (im Rahmen des Fremdkassenausgleiches) anerkennen. Die KVBW informiert die teilnehmenden Vertragsärzte. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für die beigetretenen AOKen. Die Durchführung des Programms erfolgt für die beigetretenen AOKen durch die AOK Baden-Württemberg.
- (3) Für Versicherte weiterer IKKs, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, erfolgt die Durchführung des Programms durch die versichernde IKK.

Abschnitt II Einbindung von Krankenhäusern und Krankenhausärzten, Teilnahme von Ärzten

§ 3 Einbindung von Krankenhäusern und Krankenhausärzten

Die Einbindung von Krankenhäusern und Krankenhausärzten bei der Versorgung von Frauen mit Brustkrebs nach dieser Vereinbarung wird in einer gesonderten Vereinbarung zwischen den Verbänden und der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) geregelt.

§ 4 Teilnahme der Leistungserbringer

- (1) Zur Teilnahme als DMP-Arzt berechtigt sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und fachärztlich tätigen Internisten, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen und dies gegenüber der KVBW nachweisen. Krankenhausärzte haben bei Antragstellung eine Bescheinigung des Krankenhausträgers vorzulegen, dass sie von diesem als DMP-Arzt ihrer Einrichtung bestimmt sind. Änderungen oder Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen sind der KVBW unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (2) Auf Wunsch der Versicherten kann ein an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V teilnehmender Vertragsarzt koordinierende Funktion des in Absatz 1 genannten DMP-Arztes übernehmen. Hierzu bedarf es bei Erfüllung der Anforderungen nach Anlage 1 einer schriftlichen Genehmigung zur Teilnahme am DMP Brustkrebs durch die KVBW. In diesen Fällen übernimmt der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt die Aufgaben nach § 8 dieser Vereinbarung.
- (3) Der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt beantragt bei der KVBW die Genehmigung zur Teilnahme am DMP Brustkrebs nach § 4 Absatz 1 oder 3 (DMP-Arzt) sowie den in Anlage 1 § 1 (Strukturqualität) dieser Vereinbarung weiter genannten Qualifikationen schriftlich. Der Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung gemäß Anlage 7 wird in der jeweils aktuellen Fassung auf der Homepage der KVBW veröffentlicht.
- (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 dem Teilnahmeantrag nach Absatz 4 bestätigt der anstellende Arzt (bzw. der Leiter des MVZ), dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (5) Sollen Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt (bzw. der Leiter des MVZ) die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KVBW nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVBW vom anstellenden Arzt (bzw. dem Leiter des MVZ) unverzüglich schriftlich mitgeteilt.

§ 5 Verzeichnis der an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Leistungserbringer gem. § 4 führt die KVBW ein Verzeichnis.
- (2) Die KVBW stellt ein Verzeichnis gemäß Anlage 8 den Datenstellen regelmäßig in elektronischer Form im XML-Format zur Verfügung. Die Datenstellen übermitteln dieses Verzeichnis im Excel-Format den Verbänden mit Ausnahme der SVLFG. Die BWKKG und die SVLFG erhalten das Verzeichnis im Excel-Format direkt von der KVBW.
- (3) Das Leistungserbringerverzeichnis (Anlage 8) umfasst insbesondere arztbezogen folgende Inhalte:
 - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbracht werden,
 - lebenslange Arzt- und Betriebsstättennummer und
 - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.

- (4) Das Leistungserbringerverzeichnis (Anlage 8) wird außerdem seitens der KVBW den DMP-Ärzten und bei Bedarf seitens der Krankenkassen den teilnehmenden und teilnahmeinteressierten Versicherten zur Verfügung gestellt.
- (5) Die Krankenkassen stellen das Leistungserbringerverzeichnis (Anlage 8) in aktualisierter Form dem BVA und der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde auf Anforderung zur Verfügung. Ungeachtet von Satz 1, werden dem BVA alle 5 Jahre die Leistungserbringerverzeichnisse in aktualisierter Form vorgelegt.
- (6) Die Vertragspartner sind berechtigt, das Leistungserbringerverzeichnis (Anlage 8) zu veröffentlichen und im Internet bereitzustellen, sofern die Zustimmung des Arztes zur Internetveröffentlichung vorliegt.

§ 6

Beginn und Ende der Teilnahme am DMP

- (1) Die Teilnahme des Arztes nach § 4 Absatz 1 oder Absatz 3 beginnt vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme mit dem Tag des Eingangs des Antrages bei der KVBW. Die Teilnahme wird schriftlich genehmigt.
- (2) Der DMP-Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVBW kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Endet die Teilnahme eines DMP-Arztes, können die Krankenkassen die hiervon betroffenen Versicherten auf weitere DMP-Ärzte aufmerksam machen, um ihnen den Wechsel des DMP-Arztes zu ermöglichen.
- (4) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet mit dem Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Die Teilnahme am DMP ruht während des Ruhens der Zulassung.
- (5) Die Teilnahme am DMP endet ferner mit dem rechtskräftigen Widerruf der Genehmigung durch die KVBW, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen.
- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 (Strukturqualität teilnahme- und mitwirkungsberechtigter Leistungserbringer/Krankenhausärzte) näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung und Dokumentation im DMP berechtigt. Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in der Betriebsstätte erlischt dessen Genehmigung.

§ 7

Wahl des DMP-Arztes

- (1) Die teilnahmeberechtigte Versicherte wählt für die Dauer der Primärtherapie ihren DMP-Arzt. Bei der Information/Beratung der Versicherten durch die beteiligten Leistungserbringer und Krankenkassen ist der Versorgungsweg gemäß Anlage 3b dieser Vereinbarung zu beachten.
- (2) Für die Zeit der Nachsorge ist die Patientin bei der Wahl des DMP-Arztes auf niedergelassene Ärzte nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 beschränkt.

§ 8

Aufgaben des DMP-Arztes

Zu den Aufgaben des DMP-Arztes gehören insbesondere:

- (1) die Erbringung der im Rahmen seiner gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung für die Behandlung der eingeschriebenen Patientinnen notwendigen Leistungen unter Beachtung der in der DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,

- (2) die Einweisungsempfehlung an Patientinnen mit histologisch gesicherter Brustkrebsdiagnose an gemäß § 3 eingebundene Krankenhäuser,
- (3) die Information, Beratung und Erstellung der Einschreibeunterlagen gemäß § 17 unter Beachtung des § 3 der DMP-A-RL sowie zum Versorgungsweg der Patientinnen nach der Anlage 3 b dieser Vereinbarung,
- (4) die beleghafte Erstellung und Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie die Übermittlung der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend der Anlage 4 der DMP-A-RL nach dem Abschnitt V und VI bis zum 5. des Folgemonats an die Datenstelle nach § 25. Die Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.
- (5) die Übermittlung des Datensatzes nach § 28 f Abs. 2 Nr. 1a) RSAV versicherten- und leistungserbringerbezogen spätestens innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die jeweilige Krankenkasse (oder an von ihr beauftragte Datenstelle) und die Arbeitsgemeinschaft (oder an von ihr beauftragte Datenstelle).
- (6) die Vergabe einer nur einmal zu vergebenden DMP-Fallnummer nach seiner Wahl für jede Versicherte, die aus maximal sieben Zeichen bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für eine Patientin verwendet werden,
- (7) die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der in der DMP-A-RL Anlage 3 Nummer 1.9 geregelten Versorgungsinhalte,
- (8) die Teilnahme an interdisziplinären Tumorkonferenzen und Fortbildungsveranstaltungen gemäß Anlage 1,
- (9) die Beachtung der vereinbarten Qualitätsziele gemäß § 11,
- (10) die Überweisung an andere Leistungserbringer, Veranlassung von Leistungen oder Verordnung von Krankenhausbehandlung im Rahmen dieser Vereinbarung und die damit verbundene Übermittlung von therapierelevanten Informationen (z. B. medikamentöse Therapie) und die Dokumentation entsprechender Informationen anderer Leistungserbringer, sofern die Patientin dem zustimmt,
- (11) die individuelle Prüfung, ob die Patientin von einer Rehabilitationsmaßnahme profitieren kann.
- (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 DMP-Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Nummern 1-12 entsprechend. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL und der RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

§ 9 Ermächtigung von Krankenhausärzten

Soweit bestehende Ermächtigungen für die auf der Grundlage der gemäß § 3 getroffenen Vereinbarung benannten DMP-Ärzte sowie gemäß § 4 Absatz 2 mitwirkenden Krankenhausärzte nicht ausreichen, schließen die Krankenkassen unter Beachtung der Qualifikationsanforderungen gemäß Anlage 1 ergänzende Verträge zur Sicherstellung der ambulanten Therapieoptionen mit teilnehmenden Krankenhäusern.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 10

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs

Die medizinischen Anforderungen sind in den Anlagen 3 a bis c definiert und Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Inhalte entsprechenden Anforderungen nach Anlage 3 der DMP-A-RL und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieser Vereinbarung (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Absatz 2 SGB V, über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Die teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich durch ihren Antrag auf Teilnahme gemäß § 4 insbesondere, diese Versorgungsinhalte zu beachten.

Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 11

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die gemäß der Anlage 4 zu dieser Vereinbarung genannten Ziele. Hierzu gehört insbesondere der Bereich:

- Einhaltung der Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien gemäß der DMP-A-RL Anlage 3

Zur Auswertung der in Anlage 4 dieser Vereinbarung fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogen pseudonymisierte Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL einzubeziehen.

§ 12

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind die in der Anlage 4 dieser Vereinbarung benannten Maßnahmen und Indikatoren zur Qualitätssicherung zugrunde zu legen. Über die Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner in der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 26 dieser Vereinbarung.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere entsprechend § 2 DMP-A-RL:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierte Dokumentationsdaten für die DMP-Ärzte nach § 4 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer,
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

§ 13 **Durchführung der Qualitätssicherung**

- (1) Die Datenstellen gemäß § 25 sichern mit der Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität die Qualität der Dokumentation und übernehmen mit der Nachforderung fehlender oder unplausibler Dokumentationsdaten eine Erinnerungsfunktion gegenüber den dokumentierenden DMP-Ärzten.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung nach § 26 führt auf Basis der ihr gemäß § 25 Absatz 2, Nummer 4 übermittelten Dokumentationsdaten nach Maßgabe der Anlage 4 und § 27 dieser Vereinbarung Qualitätssicherungsmaßnahmen durch.
- (3) Die Krankenkassen
 1. erinnern die eingeschriebenen Versicherten anhand schriftlicher Information an notwendige Nachsorge- und Behandlungstermine, wenn der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme in den von der zuständigen Datenstelle gemäß § 25 Absatz 3 Nr. 4 und Nr. 5 an die Krankenkasse gemeldeten Daten fehlen,
 2. berichten der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 26 in regelmäßigen Abständen über die Ergebnisse der Erinnerungsmaßnahmen und berücksichtigen die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Maßnahmen.
- (4) Die KVBW
 1. wertet unbeschadet der Regelungen zur Qualitätssicherung im DMP Brustkrebs gemäß Absatz 2 die ihr gemäß § 25 Absatz 2 Nr. 4 übermittelten Dokumentationsdaten arztbezogen aus und setzt daraus resultierende arztindividuelle Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungsqualität um,
 2. berichtet der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 26 in regelmäßigen Abständen über diese Qualitätssicherung und berücksichtigt die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.
- (5) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 4 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 14 **Information und Fortbildung der Leistungserbringer**

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVBW informieren die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer umfassend über Ziele und Inhalte des Behandlungsprogramms Brustkrebs gemäß der jeweils gültigen DMP-A-RL und RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die zu verwendenden Informationsmaterialien stimmen die Vertragspartner ab.
- (2) Die in Anlage 1 § 1 formulierten Fortbildungsmaßnahmen für die DMP-Ärzte dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele.
- (3) Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab.
- (4) Die Vertragspartner definieren nach Beratung in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 26 bedarfsorientiert weitere Anforderungen an die für das DMP relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Ärzte.
- (5) Die Fortbildungsmaßnahmen erfolgen gemäß den Inhalten der jeweils gültigen Fassung der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung.

- (6) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVBW nachzuweisen.

§ 15 Vertragsmaßnahmen

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannte Vertragsverstöße der DMP-Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Verletzen die nach § 4 teilnehmenden Ärzte die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen, erfolgen im Einzelfall die nachstehenden Maßnahmen:
- keine Vergütung für unvollständige, unplausible oder nicht fristgerecht übermittelte Dokumentationen,
 - Aufforderung durch die KVBW zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen, ggf. Angebot eines Beratungsgespräches durch die KVBW (z.B. bei fortgesetzter nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
 - bei weiteren nachgewiesenen Verletzungen der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen, auf begründeten Antrag eines Vertragspartners, Widerruf der Teilnahmegenehmigung des Arztes durch die KVBW (Ausschluss).

Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 16 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß den Bestimmungen dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern die allgemeinen Einschreibekriterien des § 3 DMP-A-RL erfüllt sind:
1. die schriftliche Bestätigung der histologisch gesicherten Diagnose gemäß Anlage 3 Nummer 1.2 DMP-A-RL durch den DMP-Arzt.
 2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten.
 3. die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden.
 4. die umfassende, auch schriftliche Information, dass in den Fällen des § 28f Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder einen von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihrer Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.
- (2) 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 Fernmetastasen können dauerhaft am Programm teilnehmen.

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

§ 17

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkasse wird ihre Versicherten entsprechend § 28d Absatz 1 Nr. 3 RSAV und § 3 Absatz 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch eine Patientinneninformation (Anlage 6) umfassend über das DMP informieren. Die Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- (2) Die DMP-Ärzte informieren entsprechend § 28d Absatz 1 Nr. 3 RSAV und § 3 Absatz 1 DMP-A-RL unter Berücksichtigung des Versorgungsweges gemäß Anlagen 3 b diejenigen ihrer Patientinnen, die nach § 16 teilnehmen können; der DMP-Arzt soll dabei auf die Möglichkeit der Information und Aufklärung über die Einschreibung und weitere unterstützende Maßnahmen bei der Krankenkasse verweisen. Die Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 18 bei einem DMP-Arzt oder einem zugelassenen MVZ einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung der Versicherten in das DMP ist auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 18 die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Arzt notwendig.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt die Versicherte ihren DMP-Arzt bzw. ihr zugelassenes MVZ. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte DMP-Arzt bzw. das zugelassene MVZ an dieser Vereinbarung teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 4 der DMP-A-RL an die jeweils zuständige Datenstelle nach § 25 weiterleitet. Kann bei präoperativer Einschreibung die Erstdokumentation nicht vollständig ausgefüllt werden, wird dies innerhalb von vier Wochen nach erfolgter Operation nachgeholt, indem in der postoperativen Dokumentation in den Feldern 10 bis 13 keine Angaben gemacht werden. Die Krankenkasse stellt sicher, dass die Versicherte sich nur bei einem DMP-Arzt bzw. MVZ einschreibt.
- (5) Die Versicherte kann auch bei der Krankenkasse die Teilnahme- und Einwilligungserklärung für das DMP abgeben. In diesem Fall wird die Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an den von ihr gewählten DMP-Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 4 erstellt werden können.
- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 und 4 bei der Krankenkasse vorliegen, bestätigt die Krankenkasse der Versicherten und dem DMP-Arzt schriftlich die Teilnahme der Versicherten an dem DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wenn die Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL und der RSAV sowie der in der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung genannten Erkrankungen leidet, kann sie an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.

§ 18

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 28d Absatz 1 Nr. 3 RSAV sowie § 3 Absatz 1 DMP-A-RL und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung gemäß Anlage 5b (Patienteninformation zum Datenschutz) erklärt sich die Versicherte zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt in die Übermittlung ihrer personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

§ 19 Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am DMP beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 17 Absatz 6 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 17 Absatz 3 und 4 plausibel und fristgerecht erstellt wurde.
- (2) Die Versicherte kann ihre Teilnahme jederzeit gegenüber der Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern sie keinen späteren Termin für ihr Ausscheiden bestimmt, mit dem Tag des Zugangs der Kündigungserklärung aus dem DMP aus.
- (3) Die Teilnahme der Versicherten am DMP Brustkrebs endet weiterhin mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation bei Wegfall der Einschreibe-/Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 28d Absatz 2 Nr. 2 RSAV, wenn
 - die Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt.
 - zwei aufeinander folgende Dokumentationen gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL nicht vollständig, plausibel oder fristgerecht (Übermittlungsfrist: §28 f Abs. 2 Nr. 1a RSAV in Verbindung mit § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV) an die zuständige Datenstelle übermittelt wurden.
 - Die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm endet weiterhin mit dem Tag der letzten Dokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL bei Wegfall der Einschreibe-/Teilnahmevoraussetzungen.

Die Teilnahme der Versicherten endet insbesondere mit dem Tag

- der Aufhebung der Zulassung nach § 137g Absatz 3 SGB V
 - des Zugangs des Widerrufs bei der Krankenkasse bei Widerruf der Einwilligungserklärung
 - des Kassenwechsels (Ausnahme: Liegt eine Unterbrechung der Zugehörigkeit der Versicherten zu einer Krankenkasse vor, die sich über nicht mehr als sechs Monate erstreckt, kann ihre Teilnahme am Programm aufgrund einer Folgedokumentation nach Anlage 4 der DMP-A-RL fortgesetzt werden. Während der Unterbrechungszeit gilt § 28d Absatz 2 Nr. 2 RSAV entsprechend)
- (4) Die Krankenkasse informiert die Versicherte, den DMP-Arzt und die zuständige Datenstelle gemäß § 25 unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden der Versicherten aus dem DMP.

§ 20 Wechsel des DMP-Arzt

Es steht der Versicherten - unbeschadet § 7 Absatz 2 - frei, ihren DMP- Arzt zu wechseln. Der neu gewählte DMP-Arzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 25. Der bisherige DMP-Arzt ist verpflichtet, dem neuen DMP-Arzt unverzüglich nach Bekanntwerden des Wechsels die therapie-relevanten Informationen und die bisherigen Dokumentationsdaten zu übergeben, sofern die Versicherte ihre Zustimmung hierfür erteilt. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines DMP-Arzt.

§ 21 Versichertenverzeichnis

Die Krankenkasse übermittelt der KVBW bei Bedarf in elektronischer Form eine Liste mit den Krankenversicherernummern für die gemäß § 17 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

§ 22 Information der Versicherten

Die Krankenkasse informiert anhand einer Patientinneninformation ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.

Abschnitt VI Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung

§ 23 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Partner dieser Vereinbarung bilden zusammen mit der BWKG eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 24 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Absatz 2 RSAV insbesondere die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 4 DMP-A-RL zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVBW und die nach § 26 gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X und Art. 28 DS-GVO die Datenstelle gemäß § 28 mit der Durchführung der in Absatz 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 25 Datenstelle

- (1) Die Vertragspartner verständigen sich über zuständige Datenstellen.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 23 beauftragt die zuständigen Datenstellen mit folgenden Aufgaben:
 1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
 3. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 DMP-A-RL und
 4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nach § 26 und die KVBW.
- (3) Die Krankenkassen beauftragen die zuständigen Datenstellen mit folgenden Aufgaben:
 1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,

3. Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle,
 4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL Anlage 4 unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.
- (4) Der DMP-Arzt beauftragt die zuständigen Datenstellen mit folgenden Aufgaben:
1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 DMP-A-RL an die Arbeitsgemeinschaft und an die jeweilige Krankenkasse.
- (5) Zur Erfüllung der in § 25 Absatz 4 genannten Aufgaben genehmigt der DMP-Arzt mit seiner Unterschrift auf dem Antrag nach § 4 Absatz 4 die mit den zuständigen Datenstellen geschlossenen Verträge.
- (6) Das Nähere zu § 25 Absatz 2 und 3 wird mit den zuständigen Datenstellen in gesonderten Verträgen nach § 80 SGB X geregelt. Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich darauf, dass die Gemeinsame Einrichtung die zuständigen Datenstellen zu einem späteren Zeitpunkt mit noch zu bestimmenden Aufgaben der Datenaufbereitung beauftragen kann. Wird eine entsprechende Beauftragung vorgenommen, ist der hierzu nach § 80 SGB X notwendige Vertrag dem BVA unverzüglich zu übermitteln.

§ 26

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Partner dieser Vereinbarung bilden zusammen mit der BWKG eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 27

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat neben den Vertragsmaßnahmen gemäß § 15 Absatz 1 die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die Qualitätssicherung des Programmablaufes zur Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele gemäß der Anlage 3 Nummer 2 DMP-A-RL durchzuführen. Dies umfasst insbesondere:
1. die arztbezogene Aufbereitung der Dokumentationsdaten nach der Anlage 4 DMP-A-RL in einer für die Verlaufsbeurteilung des Programms geeigneten Form,
 2. die Rückmeldung an die beteiligten Leistungserbringer über die arztbezogenen Ergebnisse der Auswertung der Dokumentationsdaten,
 3. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 3 Nummer 2 DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten und der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 DMP-A-RL,
 4. die regelmäßige Bewertung der Umsetzung des Vertrages anhand der aufbereiteten Daten insbesondere unter der Fragestellung, ob die Dokumentationsqualität ausreichend ist, die Anforderungen an die Behandlung von den Vertragsärzten/ermächtigten Krankenhausärzten beachtet werden und die aktive Teilnahme der Versicherten ausreicht,
 5. die Entgegennahme der regelmäßigen Berichte der KVBW und der jeweiligen Krankenkasse über die Ergebnisse der arztbezogenen Qualitätssicherung sowie der arzt- und versichertenbezogenen Erinnerungsmaßnahmen,
 6. die Pseudonymisierung des Arztbezuges und die Übermittlung der Daten zur Evaluation gemäß § 6 DMP-A-RL sowie der jeweils gültigen Evaluationskriterien,

7. die Formulierung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Erinnerungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen,
 8. die Übermittlung der Daten zur Evaluation nach § 28g RSAV und § 6 DMP-A-RL.
- (2) Darüber hinaus obliegt der Gemeinsamen Einrichtung die Beschlussfassung zur Verwendung von bewerteten Leistungsdaten der Krankenkasse ohne Versichertenbezug für weitere Auswertungen, insbesondere zu individuellen medizinischen Auffälligkeiten. Die Krankenkasse stellt hierzu die verfügbaren erforderlichen Daten bereit.

Abschnitt VII

Datenfluss und Datenverwendung

§ 28

Erst- und Folgedokumentation

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in Anlage 4 DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung, die Schulung der Versicherten und Vertragsärzte und die Evaluation genutzt. Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Für die präoperative Einschreibung ist eine Erstdokumentation i.S. des § 17 Absatz 4 ausreichend. Die weiteren erforderlichen Daten der Erstdokumentation sind innerhalb von 4 Wochen nach der Operation nachzureichen.
- (3) Zusammen mit der in der Anlage 3 Nummer 1.5 DMP-A-RL vorgesehenen Nachsorgeuntersuchung ist eine Folgedokumentation zu erstellen. Die Nachsorge erfolgt nach Anlage 3 DMP-A-RL in der Regel in den ersten 3 Jahren vierteljährlich, im vierten und fünften Jahr halbjährlich, danach jährlich. Abweichend davon können im individuellen Fall kürzere, quartalsweise Untersuchungsintervalle gewählt werden.
- (4) Die Übermittlung elektronischer Dokumentationen wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 29

Datenverwendung

- (1) Die nach § 25 Absatz 3 an die Krankenkasse weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze nach der Anlage 4 DMP-A-RL werden von der Krankenkasse nur für folgende Zwecke genutzt:
 1. schriftliche Information von Versicherten nach § 22,
 2. schriftliche Information von Versicherten nach § 13 Absatz 3 zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Arztbesuche zur Erstellung der Folgedokumentation,
 3. ergänzende Information der Versicherten über die Krankheit und deren Zusammenhänge und Folgen und
 4. Beendigung der Teilnahme gemäß § 28 d Absatz 2 Nr. 2 der RSAV.
- (2) Die Maßnahmen nach Absatz 1 erfolgen unter Beachtung folgender Regelungen:
 1. Maßnahmen der Krankenkasse ohne Benehmen mit dem DMP-Arzt
 - allgemeine Information (Broschüren) über Brustkrebs
 - Beendigung der Teilnahme gemäß § 28d Absatz 2 Nr. 2 der RSAV

2. Maßnahmen der Krankenkasse im Benehmen mit dem DMP-Arzt
 - Erinnerung an einen Arztbesuch
 - Erstellung eines Rehabilitationsplanes nach dem SGB IX
 - individuelle Beratung über weitere Leistungen auf Initiative der Krankenkassen
- (3) Die Regelungen zur Datenverwendung gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des DMP bis zum Ende der in § 31 genannten Aufbewahrungsfrist.

§ 30 Datenzugang

Zugang zu den an die Arbeitsgemeinschaft oder Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbezieharen Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten. Gleiches gilt für den Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, die KVBW sowie die Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbezieharen Daten.

§ 31 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbezieharen Daten werden von der Arbeitsgemeinschaft oder der Datenstelle gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V archiviert bzw. vernichtet. Dabei sind die datenschutzrechtlichen Regelungen zur Archivierung von Daten zu beachten. Die vollständige Löschung der Daten ist den Vertragspartnern in geeigneter Weise zu belegen.

Gleiches gilt für Daten, die an die Gemeinsame Einrichtung, die KVBW, sowie die Krankenkassen, übermittelt werden. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung des Vertrages.

Abschnitt VIII Evaluation

§ 32 Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Absatz 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Beachtung des § 6 DMP-A-RL der sowie der jeweils gültigen Evaluationskriterien.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden den externen evaluierenden Instituten von der Gemeinsamen Einrichtung, der Arbeitsgemeinschaft nach § 26 sowie den Krankenkassen in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt. Die Bewertung der strukturierten Behandlungsprogramme hat sich zumindest zu erstrecken auf die Strukturqualität, die Prozessqualität, die Ergebnisqualität und die Wirkungen auf die Kosten der Versorgung gemäß § 6 DMP-A-RL.
- (3) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten der Anlage 4 DMP-A-RL, die Abrechnungsdaten der KVBW gemäß § 295 Absatz 2 Satz 3 SGB V, die Daten zur Lebensqualitätsbefragung und die Abrechnungs- und Leistungsdaten der jeweiligen Krankenkasse.

Abschnitt IX Vergütung und Abrechnung

§ 33 Vergütung und Abrechnung

Die Vergütung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen sowie weiterer im Zusammenhang mit dem DMP stehender Leistungen und Kosten werden in gesonderten Vereinbarungen geregelt.

Abschnitt X Sonstige Bestimmungen

§ 34 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die Datenübermittlung gemäß § 295 Absatz 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 in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die für Prüfzwecke im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ggf. angeforderten Unterlagen werden von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.
- (3) Die Vertragspartner beachten für die Datenverarbeitung die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO, dem Bundesdatenschutzgesetz, dem Landesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch.

§ 35 Haftung

Eine Haftung der KVBW für etwaige der Krankenkasse im Rahmen des Risikostrukturausgleichs entstehende Nachteile ist ausgeschlossen.

§ 36 Laufzeit und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2018 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt den Vertrag der am 01.07.2013 in Kraft getreten ist. Ein erneuter Antrag der Ärzte auf Teilnahme bzw. eine erneute Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass Vertragsänderungen oder Anpassungen des hier geregelten DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der DMP-A-RL und RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Absatz 2 SGB V, vorgenommen werden.
- (3) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung oder Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms durch das BVA, kann die Vereinbarung mit einer Frist von zwei Wochen zum Ende eines Kalendermonats von jedem Vertragspartner gekündigt werden. Die Vertragspartner prüfen, ob eine Anschlussregelung getroffen werden kann.

§ 37 Salvatorische Klausel

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