

Leitfaden

„Vereinbarung von Kooperationen im Rahmen von DMP Brustkrebs“

Dieser Leitfaden richtet sich an Krankenhäuser, die nach § 4 der Rahmenvereinbarung zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms Brustkrebs nach § 137f SGB V in Verbindung mit 137g SGB V vom 01.01.2008 zwischen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e. V. (BKG) und der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, dem BKK Landesverband Bayern, der Knappschaft - Verwaltungsstelle München, der Vereinigten IKK, dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) - Landesvertretung Bayern sowie dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (AEV) – Landesvertretung Bayern, am DMP Brustkrebs teilnehmen wollen.

Die BKG informiert die Krankenkassen über die Krankenhäuser, die durch ihre Teilnahmeerklärung bei der BKG zum Ausdruck bringen, dass ein Kooperationsvertrag geschlossen wurde. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die BKG über ihre Prüfergebnisse hinsichtlich der Rechtmäßigkeit der Kooperationen und somit der Teilnahmemöglichkeit der kooperierenden Krankenhäuser am DMP zu informieren.

Maßgeblich für die Kooperationsvereinbarung ist o. g. Rahmenvereinbarung. Für Krankenhäuser, die **nicht alle** in der Anlage A „Struktur- und Prozessqualität Krankenhaus“ der Rahmenvereinbarung aufgeführten Anforderungen im eigenen Haus erfüllen, soll dieser Leitfaden **Voraussetzungen für Kooperationen mit weiteren Krankenhäusern** erläutern und **allgemeine Informationen zur inhaltlichen Ausgestaltung von Kooperationsverträgen** geben.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (<http://www.g-ba.de/>) entwickelten und vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (<http://www.bmgs.de/>) per Verordnung in Kraft gesetzten **medizinischen Standards** finden sich in der jeweils gültigen Fassung der Anlage 3 der RSAV (Risikostrukturausgleichsverordnung). Die Fließtextversion findet man unter <http://www.bva.de/> - *Fachinformationen – Risikostrukturausgleich – Rechtsgrundlagen*.

Kooperationsvereinbarungen werden im DMP in zwei verschiedenen Ausgangssituationen notwendig:

- ein Krankenhaus kann die geforderte Anzahl an Erstoperationen oder Operationen pro Operateur nicht erreichen (Vereinbarung ist der Teilnahmeerklärung **beizulegen**)
- an einem Krankenhaus können nicht alle erforderlichen Versorgungsmodalitäten im DMP angeboten werden (Vereinbarung ist für Prüfwzwecke vorzuhalten und muss **nicht** beigelegt werden)

Grundvoraussetzung ist, dass alle Kooperationspartner zustimmen, in ihrem medizinischen Handeln die RSAV, insbesondere die Anlage 3 der RSAV, zu berücksichtigen.

Für die Patientinnen - aber auch für die Leistungserbringer - müssen die jeweiligen Versorgungselemente abgesehen von der räumlichen Distanz ohne sonstige Hindernisse zugänglich sein. Die Entfernung des Ortes der einzelnen Leistungserbringung vom jeweiligen Partner muss im Alltag für die Betroffenen akzeptabel sein (s. u.).

1. **Kooperationsvereinbarung zwischen Krankenhäusern zur gemeinsamen Erreichung der geforderten Anzahl an Erstoperationen oder Operationen pro Operateur (gemeinsame Bildung eines „Brustzentrum (DMP“))**

1.1. **Prüfkriterium: Anzahl der durchgeführten Erstoperationen bei primärem Mamma-Karzinom im Jahr vor DMP Teilnahme**

Die Anlage A „Struktur- und Prozessqualität Krankenhaus“ der o. g. Rahmenvereinbarung schreibt vor, dass **jährlich mindestens 100 Frauen mit primärem Mamma-Karzinom** (auf Verlangen nachzuweisen erstmalig für das Kalenderjahr vor Antragstellung) durch **mindestens zwei Fachärzte (Operateure)** behandelt werden müssen. Wenn eine stationäre Einrichtung diese Anzahl an Erstoperationen nicht erfüllen kann, ist die Teilnahme am DMP Brustkrebs durch Kooperation mit einer oder zwei weiteren stationären Einrichtung möglich. Die Kooperationspartner müssen die Voraussetzung gemeinsam erfüllen.

Das Prüfkriterium „Anzahl der durchgeführten Erstoperationen“ kann folgendermaßen erfüllt werden:

Als Erstoperation in diesem Zusammenhang zählen Operationen bzw. offene Biopsien mit der Diagnose Brustkrebs, die im **Kalenderjahr vor der Antragstellung** durchgeführt wurden und in deren Folge sodann entsprechend die weitere Prozesskaskade im OP-Saal und danach in der weiteren (stationären) Versorgung durchlaufen wurde. Mamma-Karzinome die per Vakuumstanze kurativ behandelt werden konnten sind hier **nicht** zu berücksichtigen.

In Frage kommende Fälle tragen bei korrekter Verschlüsselung:
eine **ICD C50.x oder D05.x**
und gleichzeitig
eine **ICPM 5-870 bis 5-876**

Für den Fall, dass ein Krankenhaus die erforderlichen 100 Erstoperationen nicht ganz erreicht oder nur knapp überschreitet, werden die Krankenkassen die Anzahl prüfen. Kann ein Haus dabei 90 oder mehr Erstoperationen nachweisen, so kann zwar eine DMP-Teilnahme erfolgen, die Krankenkassen werden jedoch gemeinsam mit der BKG im nächsten Jahr eine Prüfung der aktuellen OP-Zahlen vornehmen. Wird die geforderte Anzahl von 100 Erstoperationen erneut nicht nachgewiesen, wird die Teilnahme des Krankenhauses beendet (näheres hierzu siehe Punkt 3). Aufgrund zu erwartender Konzentrationsprozesse ist in Häusern mit knapp unter 100 eine Steigerung zu erwarten und diese Vorgehensweise deswegen vertretbar.

Unter 90 Erstoperationen erfolgt keine DMP-Teilnahme. Es wird eine Kooperation mit einem oder zwei Häusern empfohlen.

Sollten die nachzuweisenden Operationen den Krankenkassen gegenüber belegt werden müssen, dann ist unbedingt daran zu denken, die Patientendaten zu pseudonymisieren. Die Krankenkassen prüfen, ob die angegebenen Patientinnen die genannte **Kombination aus ICD und ICPM** tragen und ob sie diese **Leistung erstmals erhalten** haben (Erstoperation) oder ob es sich ggf. um Folgeoperationen handelt. Nur in Ausnahmefällen kommt eine Prüfung der tatsächlichen Zahlen vor Ort in Betracht.

Für Krankenhäuser, die eine Kooperation (Empfehlungen zur Ausgestaltung des Vertrages s. u.) eingehen wollen, ergeben sich folgende Konstellationen, die in den Tabellen 1 und 2 des „Prüfschemas der Krankenkassen“ aufgeführt sind. Dabei können **maximal drei Krankenhäuser** (max. drei Standorte) eine Kooperation eingehen.

Die Krankenkassen gehen nach folgendem Prüfschema vor:

Tabelle 1:

Mögliche Konstellationen zum Erreichen von 100 Erstoperationen pro Kooperation und Jahr

| Die Krankenkassen gehen anhand der ihr vorliegenden Daten wie folgt prüfungstechnisch vor: | Folge für die kooperierenden Krankenhäuser: |
|--|---|
| 1. Jedes kooperierende Krankenhaus hat je über 50 Erstoperationen (Summe somit über 100) | Zulassung möglich, sofern alle anderen Voraussetzungen (z. B. Mindestanzahl je Operateur s. u.) gegeben sind Kooperationsvereinbarung samt OP-Zahlen der einzelnen Partner muss schriftlich vorliegen (siehe Ziff. 1.3) |
| 2. Nur ein kooperierendes Krankenhaus hat über 50 Operationen, der/die Kooperationspartner haben weniger als 50 Operationen (haben also auch keinen Operateur mit mind. 50 Operationen/Jahr) | Zulassung möglich, sofern Summe der Operationen (mindestens 100) sowie alle anderen Voraussetzungen durch Kooperation erreicht werden Kooperationsvereinbarung samt OP-Zahlen der einzelnen Partner muss schriftlich vorliegen (siehe Ziff. 1.3) |
| 3. Kein kooperierendes Krankenhaus hat über 50 Operationen (also 3 kooperierende Krankenhäuser) | Zulassung wie bei 2. |

1.2. Prüfkriterium: Anzahl der durchgeführten Erstoperationen pro Operateur und Jahr während der Teilnahme am DMP

Voraussetzung zur Teilnahme ist ausserdem, dass **pro Operateur während der Teilnahme am DMP Brustkrebs mindestens 50 Erstoperationen** oder Lehrassistenzen^(*) pro Jahr erbracht werden. Für Vertretungsfälle gelten die gleichen Regelungen.

^(*) Den Begriff der „Lehrassistentenz“ kann man in diesem Zusammenhang ausdehnen auf Situationen, in denen zwei Fachärzte gemeinsam operieren, wobei einer als Operateur, der zweite als Assistent oder beide als Operateure die Operation gemeinsam durchführen. Ziel der Regelung ist es, dass eine Patientin sich darauf verlassen kann, dass der jeweilige Operateur auch tatsächlich über die Erfahrung der geforderten 50 Operationen verfügt.

Die Krankenkassen gehen zur Prüfung, ob die geforderte Anzahl an Erstoperationen pro Operateur erfüllt ist (nur Fachärzte kommen als Operateure in Frage), wie folgt vor (ohne Anspruch auf Vollständigkeit der Möglichkeiten):

Tabelle 2:
Mögliche Konstellationen zum Erreichen von 50 Erstoperationen pro Operateur und Jahr

| Die Krankenkassen gehen anhand der ihr vorliegenden Daten wie folgt prüfungstechnisch vor: | Folge für die kooperierenden Krankenhäuser: |
|--|--|
| <p>1. Mehrere Operateure am Standort, <u>jeder</u> Operateur pro Standort erreicht <i>rechnerisch</i> über 50 Operationen (Anzahl der Operationen am Standort dividiert durch Anzahl der Operateure am Standort)</p> | <p>Zulassung</p> <p>Sollte jedoch ein kooperierendes Krankenhaus die geforderte Anzahl von 50 Erstoperationen/Lehrassistenzen pro Operateur nicht erreichen, verteilen die Operateure innerhalb des Krankenhauses die Erst-OP's und Assistenzen so, dass jeder Operateur auf 50 Operationen kommt</p> <p style="text-align: center;">oder</p> <p>Anzahl der Operateure wird verringert</p> <p>Stichprobenartige Prüfung in Einzelfällen gemeinsam durch die Krankenkassen und die BKG nach einem Jahr DMP-Teilnahme</p> <p>Formulierung einer Vertretungs-/Abwesenheitsregelung in der Kooperationsvereinbarung nicht notwendig</p> |
| <p>2. Mehrere Operateure am Standort, jedoch <u>kein</u> Operateur pro Standort erreicht <i>rechnerisch</i> über 50 Operationen (Anzahl der Operationen am Standort dividiert durch Anzahl der Operateure am Standort)</p> | <p>Zulassung</p> <p>Operateure innerhalb des Krankenhauses verteilen die Erstoperationen und Assistenzen so, dass jeder Operateur auf 50 Operationen kommt</p> <p style="text-align: center;">oder</p> <p>Anzahl der Operateure wird verringert</p> <p>Stichprobenartige Prüfung in Einzelfällen gemeinsam durch die Krankenkassen und die BKG nach einem Jahr DMP-Teilnahme</p> <p>Formulierung einer Vertretungs-/Abwesenheitsregelung in der Kooperationsvereinbarung nicht notwendig</p> |

| | |
|---|--|
| <p>3. <u>Ein Operateur</u> am Standort, Krankenhaus hat über 50 Operationen</p> | <p>Zulassung</p> <p>Zusätzlich Darstellung in Kooperationsvereinbarung: Vertretungs-/Abwesenheitsregelung (z. B. keine OP durch andere Chirurgen wenn betreffender Operateur abwesend oder Weiterleitung an Kooperationspartner wenn eigener Operateur abwesend etc.)</p> <p>Nachweis gegenüber den Krankenkassen nach einem Jahr DMP-Teilnahme durch pseudonymisierte Zahlen des betreffenden Operateurs</p> |
| <p>4. <u>Ein</u> oder mehrere Operateure am Standort, Krankenhaus hat <u>weniger als 50 Operationen</u></p> | <p>Zulassung möglich</p> <p>Zusätzlich nachvollziehbares Konzept in Kooperationsvereinbarung, wie jeder der Operateure am Standort mindestens 50 Operationen erreichen wird (z. B. Lehrassistenzen^(*) in kooperierendem Krankenhaus)</p> <p style="text-align: center;">und</p> <p>Nachweis gegenüber den Krankenkassen nach einem Jahr DMP-Teilnahme durch pseudonymisierte Zahlen der/s betreffenden Operateure/s</p> <p style="text-align: center;">und</p> <p>ggf. Konzept in Kooperationsvereinbarung über Abwesenheitsregelung bei nur einem Operateur (siehe Punkt 3.)</p> |

Nach einem Jahr wird von den Krankenkassen und der BKG gemeinsam stichprobenartig geprüft, ob die Mindestzahlen aus **Tabelle 1 und 2** (100 Erstoperationen Mindestzahl und 50 Operationen je Operateur) für die Kooperation erreicht worden sind. Lediglich die Punkte 3. und 4. der Tabelle 2 werden regelmäßig von den Krankenkassen und der BKG gemeinsam nach einem Jahr überprüft. Bei Nichterreichen der Mindestzahlen wird in enger, einzelfallbezogener Abstimmung zwischen der BKG und den Krankenkassen geprüft, ob die Teilnahme der kooperierenden Krankenhäuser beendet werden muss.

^(*) Den Begriff der „Lehrassistentz“ kann man in diesem Zusammenhang ausdehnen auf Situationen, in denen zwei Fachärzte gemeinsam operieren, wobei einer als Operateur, der zweite als Assistent oder beide als Operateure die Operation gemeinsam durchführen. Ziel der Regelung ist es, dass eine Patientin sich darauf verlassen kann, dass der jeweilige Operateur auch tatsächlich über die Erfahrung der geforderten 50 Operationen verfügt.

1.3. Inhalte der Kooperationsvereinbarung hinsichtlich der Durchführung von Operationen („Brustzentrum (DMP)“)

Folgende Schritte sind für die kooperierenden Krankenhäuser nacheinander zu vollziehen:

- Die betreffenden Krankenhäuser vereinbaren schriftlich eine **Kooperation** (Inhalt s. u.)
- Sämtliche Kooperationspartner erklären **gemeinsam** in einer **Teilnahmeerklärung** ihre Teilnahme am DMP Brustkrebs gegenüber der **BKG** (Teilnahmeerklärung s. u.).



Anl_C_TE_KH_08010
1.doc

- Dieser gemeinsamen Teilnahmeerklärung liegt die von **allen** Kooperationspartnern unterzeichnete Kooperationsvereinbarung (z. B. „*Kooperationsvereinbarung Brustzentrum (DMP) Frauenklinik Musterberg und Kreiskrankenhaus Beispielstadt*“) bei.

Die Abfassung der Kooperationsvereinbarung geschieht formlos. Inhaltlich muss in der Kooperationsvereinbarung der gelebte Kooperationsaspekt erkennbar werden. Es muss nachvollziehbar sein, dass und wie die einzelnen Häuser, bzw. die entsprechenden Abteilungen, als Kooperationspartner die in der Anlage A „Struktur- und Prozessqualität Krankenhaus“ der Rahmenvereinbarung geforderten

- Qualitätskonferenzen,
- interdisziplinäre Versorgung,
- laufende Fortbildung des medizinischen Personals

umsetzen.

Die einzelnen Krankenhäuser einer Kooperation sollen jeweils nicht weiter als eine Wegstunde auseinander liegen um die Umsetzung der Vereinbarung tatsächlich zu ermöglichen.

Inhalte der Kooperationsvereinbarung:

- Titel und/oder Zielsetzung der Kooperationsvereinbarung benennen den **Zweck** der Vereinbarung, nämlich die Erfüllung der Strukturvoraussetzung Mindestanzahl der Erstoperationen und Mindestanzahl der Operationen pro Operateur. Das Ziel der Vereinbarung sollte genau definiert sein
- Die **leitenden Ärzte** und die **operierenden Fachärzte** der operativen Einheit(en) werden namentlich benannt
- Kurze Beschreibung einer systematischen, jeweils **hausinternen Dokumentation** der Prozesse und Ergebnisse der Brustkrebsversorgung
- Konzept für eine interdisziplinäre **Qualitätskonferenz** der Kooperationspartner
- Kurze Beschreibung des Konzepts zur Umsetzung der RSAV-konformen **interdisziplinären Versorgung** in der Kooperation, das alle beteiligten Ärzte und ggf. Hilfskräfte einbezieht
- Die Zahlen der **Erstoperationen** und der **zukünftigen Operationen pro Operateur** werden aufgeführt und ggf. über eine Liste nachgewiesen (kassenfremde Patientendaten pseudonymisieren). Beispiel für Nachweis-Liste Erstoperationen:



Muster_Nachweis_O
P_Zahlen_KH.doc.xls

Sofern ein Operateur in einer Einheit arbeitet, die bislang unter 50 Operationen pro Jahr durchgeführt hat, ist einerseits eine Regelung für Abwesenheit des Operateurs anzugeben, andererseits ist zu beschreiben, wie der Operateur mindestens 50 Operationen erreichen wird.

Ein zwischen Krankenkassen und BKG abgestimmtes Muster der Kooperationsvereinbarung finden Sie hier:



080508_Muster_Koo
pV.doc

2. Kooperationsvereinbarung des „Brustzentrum (DMP) XY“ mit Krankenhäusern oder Leistungserbringern hinsichtlich einzelner Versorgungsmodalitäten

Sofern das „Brustzentrum (DMP) XY“, (also ein Krankenhaus oder eine Kooperation von Krankenhäusern) nicht alle Anforderungen der Anlage A „Struktur- und Prozessqualität Krankenhaus“ der Rahmenvereinbarung, die unter der Überschrift „Spezielle Anforderungen“ (z. B. Strahlentherapie oder Chemotherapie) angeführt sind, im eigenen Haus vorhält, sind für die fehlenden Modalitäten einzelne Kooperationsvereinbarungen zu schließen. Ziel dabei ist es, dass für die Patientin alle Versorgungsmodalitäten unkompliziert und in der geforderten Qualität verfügbar sind.

Eine solche Kooperationsvereinbarung (die von allen Kooperationspartnern unterzeichnet sein muss) ist der Teilnahmeerklärung **nicht** beizulegen. Sie ist jedoch vorzuhalten und ggf. bei stichprobenartigen Prüfungen der Strukturvoraussetzungen durch die Krankenkassen und die BKG nachzuweisen.

Als Teilnehmer gegenüber der BKG und Krankenkassen tritt nur das operierende Krankenhaus („Brustzentrum (DMP) XY“) in Erscheinung – nicht das Krankenhaus, das nur einzelne Versorgungsmodalitäten bereitstellt.

Die jeweiligen Versorgungsmodalitäten (z. B. Strahlentherapie) müssen für die Patientin bezüglich der Wegstrecke zumutbar (30 bis maximal 60 Minuten Wegedauer) und ggf. bezüglich des Transports wirtschaftlich umsetzbar sein.

Folgende Schritte sind für die kooperierenden Krankenhäuser nacheinander zu vollziehen:

- Das „Brustzentrum (DMP) XY“ vereinbart mit weiteren Krankenhäusern oder Leistungserbringern schriftlich eine **Kooperation** (Inhalt s. u.)
- Das „Brustzentrum (DMP) XY“ erklärt in seiner Teilnahmeerklärung seine Teilnahme am DMP Brustkrebs gegenüber der **BKG**

Inhalte der Kooperationsvereinbarung:

- Titel und/oder Zielsetzung der Kooperationsvereinbarung nennen als Zweck die Einbindung der Leistung (Versorgungsmodalität) in das DMP Brustkrebs
- Der Kooperationspartner wird vom „Brustzentrum (DMP) XY“ namentlich genannt
- Die Vereinbarung enthält folgende Verpflichtungen:
 - Verpflichtung des Kooperationspartners zur Einhaltung der Anlage 3 der RSAV und, soweit die Anlage 3 der RSAV keine medizinische Vorgehensweise empfiehlt, die Verpflichtung zur evidenzbasierten Vorgehensweise

- Bei medizinisch behandelnden Kooperationspartnern: Verpflichtung des Kooperationspartners zur mindestens einmal jährlichen Fortbildung des ärztlichen Personals zum Thema Brustkrebs
- Verpflichtung des Kooperationspartners zur mindestens einmal jährlichen Teilnahme an den vom „Brustzentrum (DMP) XY“ eingerichteten interdisziplinären Tumorkonferenzen/Qualitätszirkeln
- Verpflichtung des Kooperationspartners zur zeitnahen Übermittlung von therapie-relevanten Informationen/Befunddaten
- Gegenüber dem „Brustzentrum (DMP) XY“ Benennung eines Ansprechpartners des kooperierenden Krankenhauses bzw. des Leistungserbringers für DMP-Belange

Die Details zu den einzelnen Leistungen jeweiliger Kooperationspartner sind der Anlage A „Struktur- und Prozessqualität Krankenhaus“ der Rahmenvereinbarung zu entnehmen.

3. Beendigung einer Kooperation

Über die Beendigung einer Kooperation sind die BKG und die Krankenkassen unverzüglich zu informieren. Eine weitere Teilnahme am DMP Brustkrebs ist bei Nichterfüllen der Strukturvoraussetzungen nicht möglich. Gegebenenfalls kann im Einzelfall eine Frist vereinbart werden, innerhalb der ein neuer Kooperationspartner vertraglich eingebunden werden muss. Andernfalls wird die Teilnahme der kooperierenden Krankenhäuser von der BKG und den Krankenkassen beendet.