

Praxismanual

Eine Arbeitshilfe
für das Disease-Management-Programm
Brustkrebs

Redaktioneller Teil

Willkommen im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs

Wir freuen uns, dass Sie sich dafür entschieden haben, Ihre Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs künftig im Rahmen des DMP Brustkrebs in Hessen zu betreuen. Mit diesem Praxismanual stellen wir Ihnen und Ihrem Team die wesentlichen Informationen zur Verfügung, die Sie zur Teilnahme am Behandlungsprogramm benötigen.

In der Region Hessen blicken wir nunmehr auf zehn Jahre DMP Brustkrebs zurück. In Zusammenarbeit mit den Krankenkassen/-verbänden und Vertretern der Leistungserbringer wurden Ende 2003 die ersten Rahmenverträge mit der HSK Dr. Horst Schmidt Kliniken und dem seinerzeit eigenständigen Universitätsklinikum Marburg mit Unterstützung des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V., Landesverband Hessen geschlossen. Im Jahr 2013 nehmen 34 Krankenhäuser und 560 Gynäkologinnen und Gynäkologen am DMP Brustkrebs teil.

Unter Berücksichtigung Ihrer knappen zeitlichen Ressourcen haben wir das Praxismanual zweiteilig gestaltet: Es besteht aus einem redaktionellen Teil, der praxisrelevante Informationen über den Nutzen, Inhalt und Ablauf des Programms enthält, und einem separaten Anhang, der alle detaillierten Informationen sowie Originaldokumente des Programms zusammenfasst. Damit haben Sie bei Bedarf jederzeit die Möglichkeit, diese Informationen nachzuschlagen.

Redaktioneller Teil

Im ersten Abschnitt erläutern wir Ihnen, welche positiven Auswirkungen die Teilnahme an einem solchen Programm auf Ihre ärztliche Tätigkeit und auf die Versorgung Ihrer Patientinnen haben wird. Außerdem stellen wir Ihnen dar, welche Unterstützung Ihnen die Krankenkassen für die Patientinnenversorgung anbieten und inwiefern Sie davon profitieren können.

Im zweiten Abschnitt wird der konkrete Ablauf des Behandlungsprogramms kurz und überschaubar dargestellt. Wir geben Ihnen nur die wichtigsten Informationen verbunden mit dem konkreten Hinweis, wo detailliertere Informationen im Anhang zu dem jeweiligen Thema zu finden sind.

Im dritten Abschnitt geben wir Ihnen wichtige und praxisorientierte Hinweise zum Ausfüllen der Dokumentationen.

In den Abschnitten vier und fünf finden Sie Zusammenfassungen zu Grundlagen von Disease-Management-Programmen und evidenzbasierter Medizin.

Anhang

In den Anhängen finden Sie den genauen Wortlaut der Verordnungstexte zum DMP Brustkrebs, aus dem die Versorgungsinhalte und die Dokumentationserfordernisse bzw. Datensätze hervorgehen, Außerdem enthält der Anhang Muster der erforderlichen Unterlagen für die Einschreibung von Patientinnen. Sie finden dort ferner ergänzende Informationen in Form von „häufig gestellten Fragen“ (FAQ), Literaturangaben und -hinweise und ein Stichwortverzeichnis.

Auch das DMP Brustkrebs unterliegt permanenten Veränderungen. Wir werden es weiter verbessern. Ihre Anregungen und Kritik sind uns deshalb sehr wichtig, um auch in Zukunft gemeinsam die Qualität in der Patientinnenversorgung stetig zu erhöhen. Bei Fragen, Anmerkungen, aber auch Änderungsvorschlägen wenden Sie sich bitte an:

Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen
Herr Andreas Funk
c/o Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Landesvertretung Rheinland Pfalz
Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 22, 55130 Mainz
Tel: 06131 98255 -25 oder -11, Fax: 06131 832015

Summary

Auf dieser Seite haben wir die wesentlichen Schritte für Sie als DMP-Arzt zusammengefasst. Die vertiefenden Informationen finden Sie nachfolgend.

1 Einschreibung der Patientin

- Beratung der Patientin und Hinweis auf das DMP Brustkrebs.
- Ausfüllen der **TE/EWE** und Unterschrift der Patientin. Die Patientin erhält einen Durchschlag mit dem Patientenmerkblatt und der Datenschutzerklärung.
- Versand der TE/EWE (Original) an die Datenstelle Swiss Post Solutions GmbH in Hallstadt.

2 Dokumentation

- In Verbindung mit der Einschreibung erstellen der **Erstdokumentation (ED)**.
- Im Rahmen der Nachsorge erstellen der **Folgedokumentation (FD)** (halbjährlich).

3 Dauer der Teilnahme der Patientin

- Grundsätzlich **5 ½ Jahre** ab Datum der Erstmanifestation Brustkrebs/kontralateraler Brustkrebs (ohne weiteres Ereignis).
- Tritt während der Laufzeit ein kontralateraler Brustkrebs oder ein Lokalrezidiv auf, verbleibt die Patientin für **weitere 5 ½ Jahre** ab Datum der histologischen Sicherung im Programm. Es erfolgt keine erneute Einschreibung.
- Tritt ein **neues Ereignis** nach Ablauf der 5 ½ Jahre auf, ist eine Neueinschreibung der Patientin möglich.
- Bei Auftreten von Fernmetastasen verbleibt die Patientin für die gesamte Zeit im Programm.

4 Vergütung

Die vertragliche Vergütung wird **quartalsweise** direkt von den am DMP teilnehmenden Krankenkassen gezahlt. Folgende Vergütungssätze gelten nach dem DMP-Rahmenvertrag Brustkrebs:

- Erstellen einer ED: 25,00 EURO
- Erstellen einer FD: 15,00 EURO
- Teilnahme an zwei QZ/Jahr: 36,00 EURO/Jahr

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Summary..... | 3 |
| 1. Was ist das Disease-Management-Programm Brustkrebs und wie wirkt es sich auf Ihre ärztliche Tätigkeit aus?..... | 5 |
| 1.1 Warum ist Brustkrebs eine geeignete Erkrankung für Disease Management? | 5 |
| 1.2 Ziele des Disease-Management-Programms | 5 |
| 1.3 Auswirkungen auf Ihre Patientinnen..... | 6 |
| 1.4 Auswirkungen auf Ihre ärztliche Tätigkeit | 6 |
| 1.5 Was bieten Ihnen die Krankenkassen an?..... | 7 |
| 2. Wie läuft das Behandlungsprogramm für Patientinnen mit Brustkrebs ab? | 8 |
| 2.1 Wie werden Sie teilnehmender Arzt? | 8 |
| 2.2 Teilnahme von stationären Einrichtungen am DMP..... | 9 |
| 2.3 Wie werden Ihre Patientinnen in das Behandlungsprogramm aufgenommen? | 10 |
| 2.4 Wer erhält welche Daten im Programm? | 12 |
| 2.5 Wie erfolgt die Umschreibung einer Patientin bei einem Arztwechsel?..... | 13 |
| 2.6 Wie erfolgt die Abrechnung im Behandlungsprogramm? | 13 |
| 3. Ausfüllanleitung zur Erst- und Folgedokumentation im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs | 14 |
| 3.1 Vorbemerkung | 14 |
| 3.2 Allgemeine Fragen..... | 14 |
| 3.3 Elektronische Erfassung und Übermittlung der DMP-Daten zur Datenstelle | 15 |
| 3.4 Aufbau der Erstdokumentation | 17 |
| 3.5 Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Erstdokumentation) | 18 |
| 3.6 Aufbau der Folgedokumentation | 28 |
| 3.7 Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Folgedokumentation)..... | 29 |
| 4. Grundlagen zum Disease Management..... | 35 |
| 4.1 Was bedeutet Disease Management?..... | 35 |
| 4.2 Welche Bestandteile haben Disease-Management-Programme? | 35 |
| 5. Grundlagen zur Evidence-based Medicine (EbM)..... | 37 |
| 5.1 Was bedeutet evidenzbasierte Medizin? | 37 |
| 5.2. Welcher Zusammenhang besteht zwischen evidenzbasierter Medizin und Disease-Management-Programmen? | 39 |
| 6. Anhang 1: Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen mit Brustkrebs | 41 |
| 7. Anhang 2: Unterlagen im Behandlungsprogramm | 53 |
| 7.1 Rahmenvertrag..... | 53 |
| 7.2 Anlage 4 a: Teilnahmevereinbarung für Vertragsärzte | 81 |
| 7.3 Anlage 4 b: Teilnahmevereinbarung für Kooperations-Krankenhäuser | 87 |
| 7.4 Anlage 5: Teilnahme- und Einwilligungserklärung; Datenschutzinformation; Patientenmerkblatt.... | 91 |
| 8. Anhang 3: Häufig gestellte Fragen..... | 97 |
| 8.1 Disease-Management-Programme in Deutschland | 97 |
| 8.2 Das Disease-Management-Programm Brustkrebs | 99 |
| 9. Anhang 4: Literaturhinweise | 101 |
| 10. Anhang 5: Links und Internetadressen..... | 105 |
| 11. Anhang 6: Liste der Vertragspartner | 108 |

1. Was ist das Disease-Management-Programm Brustkrebs und wie wirkt es sich auf Ihre ärztliche Tätigkeit aus?

1.1 Warum ist Brustkrebs eine geeignete Erkrankung für Disease Management?

Der Gesetzgeber hat die Möglichkeit gegeben, strukturierte Behandlungsprogramme für geeignete chronische Krankheiten zu entwickeln. Brustkrebs ist zwar keine chronische Erkrankung im engeren Sinne, jedoch war aufgrund des hohen Vorkommens der Erkrankung im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen und der seinerzeit unzureichenden Vorgehensweise bei der Qualitätssicherung eine deutliche Verbesserung der Versorgung durch Disease-Management-Programme zu erwarten. Deshalb wurde die Diagnose Brustkrebs exemplarisch 2002 für onkologische Erkrankungen in den Katalog der DMP aufgenommen. Brustkrebs ist die häufigste bösartige Tumorerkrankung der Frau. In Deutschland werden nach neuesten Schätzungen jährlich rund 72.000¹ Frauen mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert. Hierbei muss davon ausgegangen werden, dass mindestens 20.000 Patientinnen im Laufe ihrer Erkrankung von einer Metastasierung und den daraus resultierenden Erkrankungsfolgen und der erhöhten Sterblichkeit betroffen sind. Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Diagnose liegt bei 64 Jahren.

Folgende Gründe führten zur Auswahl von Brustkrebs für ein Disease-Management-Programm:

- **Häufigkeit der Erkrankung**

- **Verlauf der Erkrankung und dessen Beeinflussbarkeit**

Der Verlauf der Erkrankung hängt von einer frühzeitigen und qualitativ hochwertigen Diagnostik, der Art des Tumors und weiteren Faktoren, wie z.B. dem Alter der Patientin, ab. Eine qualitätsgesicherte Beurteilung der einzelnen Parameter ist die Voraussetzung für eine auf die Patientin und deren Krankheitsverlauf abgestimmte Therapie und Nachsorge.

- **Sektorenübergreifender Behandlungsbedarf und Defizite in der Versorgungsqualität**

Klinische Analysen und Untersuchungen haben in Deutschland existierende Defizite bei der Versorgungsqualität für an Brustkrebs Erkrankte festgestellt. Die Ergebnisse zeigten eine große Variabilität diagnostischer Ergebnisse, therapeutischer Vorgehensweisen sowie der Nachsorge zwischen unterschiedlichen Einrichtungen und Ärzten. Weitere Defizite liegen in der Wahl der Therapiestrategie und deren Koordination unter den verschiedenen beteiligten Abteilungen. Das Fehlen einer einheitlichen und allen Beteiligten zugänglichen Dokumentation und interdisziplinärer Informationswege wurde in den Untersuchungen als weiteres Defizit beschrieben.

- **Patientinnensouveränität**

Die Diagnose Brustkrebs geht zwangsläufig mit einer hohen psychischen Belastung einher. Viele Patientinnen haben auch heute noch keine Möglichkeit, ihre Behandlung entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen mitzuentcheiden. Durch eine gut strukturierte Behandlung mit hoher Qualität, wie sie im Rahmen des Disease Managements möglich ist, wird die Patientin unter Berücksichtigung ihrer individuellen Situation in die Therapieentscheidung einbezogen.

1.2 Ziele des Disease-Management-Programms

Das Ziel des Disease-Management-Programms Brustkrebs liegt in einer Verbesserung der Versorgungsqualität in Verbindung mit einer Verbesserung der Ergebnisqualität. Die Behandlung der Patientinnen erfolgt nach einheitlichen qualitätsgesicherten Kriterien unter Einbeziehung der individuellen Situation und einer intensiven psychosozialen Betreuung.

¹ Vgl. hierzu Robert Koch Institut – Krebs in Deutschland 2007/2008, 8. Ausgabe 2012, Seite 65 ff.

Mit dem Disease-Management-Programm Brustkrebs soll eine systematische Koordination der Behandlung von Versicherten mit Brustkrebs gewährleistet werden, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und teilnehmenden Krankenkassen.

Das strukturierte Behandlungsprogramm Brustkrebs verfolgt im Wesentlichen folgende Ziele:

1. Patientinnen, bezogen auf ihren Krankheitsfall unter angemessener Berücksichtigung ihres Lebensumfeldes, während des Behandlungsprozesses zu begleiten und sie durch gezielte, patientinnenorientierte, qualitativ gesicherte Informationen aufzuklären. Dabei sollen sie über Nutzen und Risiken der Behandlungsmöglichkeiten informiert werden. Die Informationen sollen die Patientin in die Lage versetzen, auf der Basis eines „Informiert-Seins“ den Entscheidungs- und Behandlungsprozess mit zu gestalten.

2. Verbesserung und Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität der Patientinnen:

- Die Einhaltung der operativen Standards, insbesondere im Hinblick auf eine nachhaltige Senkung der Anzahl der Brustamputationen durch Erhöhung des Anteils brusterhaltender Operationen;
- Die Einhaltung der Standards der adjuvanten Therapie gemäß § 9 des DMP-Rahmenvertrages;
- Linderung der psychischen Auswirkungen im Zusammenhang mit der Krebserkrankung durch ein strukturiertes Unterstützungs- und Beratungsangebot im psychosozialen Bereich, so dass Auswirkungen und Folgezustände im Zusammenhang mit der Krebserkrankung gemindert werden und die Patientinnen die individuell empfundene Bedrohung ihrer Gesundheit besser verarbeiten können;
- Eine umfassende Nachsorge, um Lokalrezidive bzw. kontralaterale Tumore sowie Folgeerscheinungen der Primärtherapie frühzeitig zu erkennen.

Sie als DMP-Arzt spielen in Ihrer betreuenden und koordinierenden Funktion eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der beschriebenen Ziele.

1.3 Auswirkungen auf Ihre Patientinnen

1. Ihre Patientin wird über die Erkrankung, den Verlauf und Therapiemöglichkeiten informiert und in den Entscheidungs- und Behandlungsprozess einbezogen.

2. Ihre Patientin entscheidet sich für einen „DMP-Arzt“, hat jedoch jederzeit die Möglichkeit, den Arzt zu wechseln. Es ist allerdings notwendig, sich jeweils für einen DMP-Arzt zu entscheiden.

3. Die Teilnahme am Programm ist freiwillig und kann jederzeit gekündigt werden.

1.4 Auswirkungen auf Ihre ärztliche Tätigkeit

1. **Extrabudgetäre Sondervergütung** der Dokumentationen und Ihrer Teilnahme an mindestens zwei Qualitätszirkeln der Kliniken pro Jahr.

2. **Strukturierte Patientinnenbetreuung auf Grundlage des aktuell wissenschaftlich gesicherten medizinischen Wissens und klare Versorgungsverantwortlichkeit.**

- Im Rahmen des DMP sind die Versorgungsinhalte und die Verantwortung des „DMP-Arztes“ vertraglich geklärt.
- Als „DMP-Arzt“ wird Ihre gynäkologische Betreuungsfunktion für die eingeschriebenen Patientinnen deutlich gestärkt.

3. **Transparenz Ihres eigenen Behandlungsverhaltens und Ihrer Arbeitsergebnisse** durch regelmäßige Feedback-Berichte, die nur Ihnen persönlich und nicht der Krankenkasse zur Verfügung stehen.

4. **Geringer zusätzlicher Dokumentationsaufwand**, da nur relevante Parameter bürokratiearm auf elektronischem Wege erhoben werden. Die strukturierte Dokumentation stellt damit auch jederzeit einen Informationsspeicher dar. Sie können diese Dokumentationsdaten z.B. für den Begleitbrief bei Überweisungen oder Einweisungen benutzen.

5. **Keine Einschränkung Ihres ärztlichen Behandlungsspielraums**, da Sie in begründeten Einzelfällen von der vorgeschlagenen Behandlung abweichen können. Die Behandlungsübersicht versteht sich als Leitfaden. Dies ist sowohl in der DMP-Richtlinie als auch in dem DMP-Rahmenvertrag formuliert.

Die **Teilnahme am DMP Brustkrebs ist freiwillig** und es besteht eine schriftliche **Kündigungsmöglichkeit** gegenüber der Kopfstelle DMP Brustkrebs zum Ende eines Quartals.

1.5 Was bieten Ihnen die Krankenkassen an?

1. **Die Krankenkassen klären Ihre Patientinnen** über das Disease-Management-Programm Brustkrebs auf.

2. **Spezifisches Patientinneninformationsmaterial**: Ihre Patientinnen werden ausführlich über die Programminhalte sowie Rechte und Pflichten im Programm durch ein Patientenmerkblatt informiert. Weitergehende Informationen können Sie anhand der mit dem Starter-Kit übermittelten Fax-Bestellung direkt bei den jeweiligen Kassen bestellen. Der Versand erfolgt direkt an die Patientin.

3. Sie erhalten einmal pro Jahr von einer neutralen Auswertungsstelle, der Gemeinsamen Einrichtung, **persönliche Arzt-Feedback-Berichte**, die Ihnen einen Überblick über die Versorgungslage der DMP-Patientinnen Ihrer Praxis ermöglichen. Neben allgemeinen Informationen, wie z.B. der Anzahl der teilnehmenden Ärzte und Patientinnen, werden anhand einheitlicher Indikatoren Prozess- und Ergebnisparameter der teilnehmenden Praxen einer Region mit den Durchschnittswerten aller teilnehmenden Praxen verglichen. Hierzu gehört z.B. der Anteil der brusterhaltenden Operationen bei pT1-Tumoren. Die Darstellung der Werte über längere Zeiträume ermöglicht Ihnen eine Einschätzung der Entwicklung Ihrer Patientinnen hinsichtlich bestimmter Parameter. Der von Ihnen ausgefüllte Dokumentationsdatensatz bildet die Basis der Berichte, die Ihnen jährlich zur Verfügung gestellt werden.

2. Wie läuft das Behandlungsprogramm für Patientinnen mit Brustkrebs ab?

2.1 Wie werden Sie teilnehmender Arzt?

Bis zu Ihrer Teilnahme am Behandlungsprogramm sind drei Schritte zu durchlaufen:

1. Sie erhalten auf Anfrage von der Kopfstelle DMP Brustkrebs die Teilnahmeerklärung (Anlage 4a für niedergelassene Gynäkologen). Zur Teilnahme am DMP Brustkrebs schließen Sie sich an eines der Krankenhäuser an, die den DMP-Rahmenvertrag unterzeichnet haben. Vertragspartner sind derzeit neun Koordinationskrankenhäuser in Hessen. Ihre unterschriebene Teilnahmeerklärung schicken Sie zurück an die Kopfstelle DMP Brustkrebs. Diese leitet Ihren Antrag an das von Ihnen gewählte Koordinationskrankenhaus weiter.
2. Nach der formalen Prüfung erhalten Sie von der Kopfstelle DMP Brustkrebs die Bestätigung, dass Sie an dem Programm teilnehmen können.
3. Zur Teilnahme am Programm berechtigt sind ausschließlich Gynäkologen, die ab der Teilnahme pro Jahr zwei Qualitätszirkel/Tumorkonferenzen der hessischen DMP-Kliniken nachweisen.

Abb. 1: Wie werden Struktur- und Fortbildungsvoraussetzungen überprüft?

| Gynäkologe | Koordinationshaus | Kopfstelle DMP Brustkrebs |
|------------|-------------------|---|
| - | - | Prüfung der Strukturvoraussetzungen. Bescheidübermittlung an den niedergelassenen Gynäkologen und Aufnahme in das Leistungserbringerverzeichnis. Dieses Verzeichnis wird jeweils aktualisiert an die teilnehmenden Krankenkassen und Kliniken und an die eingebundene Datenstelle versandt. |

Ihre Aufgaben als DMP-Arzt:

Wenn Sie als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, haben Sie die Möglichkeit, als DMP-Arzt im ambulanten Bereich tätig zu sein. Damit gehören u. a. zu Ihren Aufgaben:

1. Die Koordination der Behandlung der Patientinnen, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, sowie die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten;
2. die Durchführung von umfassenden Patientinnen-Aufklärungsgesprächen;
3. die Information der Versicherten über die am Vertrag teilnehmenden stationären Einrichtungen;
4. die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationsdatensätze zu bestimmten Zeitpunkten;
5. die Beachtung der Qualitätsziele einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums;
6. Teilnahme an Qualitätszirkeln (mindestens zweimal jährlich).

Als DMP-Arzt werden Ihnen die **Dokumentationen extrabudgetär** vergütet.

2.2 Teilnahme von stationären Einrichtungen am DMP

Teilnehmende stationäre Einrichtungen müssen folgende Leistungen anbieten können:

- operative Therapie
- bildgebende Diagnostik
- histologische Befundung
- strahlentherapeutische Behandlung
- medikamentöse (insbesondere onkologische) Behandlung

Darüber hinaus soll die stationäre Einrichtung der Patientin die Möglichkeit einer psychosozialen Betreuung anbieten und mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten. Besteht die medizinische Notwendigkeit, die Patientin mit Heil- und Hilfsmitteln zu versorgen, muss die stationäre Einrichtung in der Lage sein, diese Leistung in Kooperation mit entsprechenden Leistungserbringern anzubieten.

Ist eine stationäre Einrichtung nicht in der Lage, die vorgenannten Leistungen in einem Haus anzubieten, ist zur Teilnahme am Programm eine Kooperation mit niedergelassenen Vertragsärzten mit entsprechender Qualifikation oder mit einer weiteren stationären Einrichtung erforderlich (Kooperationszentrum). Dieses Zentrum muss in einer für die Patientin zumutbaren Entfernung liegen.

Die Kooperationspartner behandeln die Patientin unter Berücksichtigung der DMP-Richtlinie. Soweit diese nicht explizit eine medizinische Vorgehensweise empfiehlt, erfolgt eine Behandlung unter Berücksichtigung einer evidenzbasierten Vorgehensweise. Die an der Behandlung Beteiligten verpflichten sich, die therapielevanten Informationen und Befunddaten (spätestens am dritten Werktag nach Entlassung) an den DMP-Arzt zu übermitteln.

Aus qualitativen Gründen muss eine der Kliniken innerhalb eines Jahres mindestens 150 Erstoperationen bei Brustkrebs nachweisen. Die weiteren Kliniken müssen 50 Erstoperationen nachweisen, wobei pro Operateur jeweils in beiden Fällen mindestens 50 Operationen zu erbringen sind.

Die teilnehmenden stationären Einrichtungen/Kooperationszentren führen folgende **Qualitätssicherungsmaßnahmen** (QS-Maßnahmen) durch:

- Beschreibung des Konzeptes zum Qualitätsmanagement sowie Benennung eines Verantwortlichen für die durchzuführenden QS-Maßnahmen;
- Einrichtung und Durchführung von interdisziplinären Tumorkonferenzen/Qualitätszirkeln, sowohl krankenhausesintern als auch mit den am Behandlungsprozess beteiligten Kooperationspartnern und niedergelassenen Vertragsärzten. Die Zusammenkunft erfolgt in regelmäßigen Abständen mindestens zweimal jährlich. Über die Inhalte ist ein Protokoll zu erstellen und an die jeweiligen Teilnehmer zu übermitteln;
- regelmäßige Weiterbildung des medizinischen Personals zum Thema Brustkrebs;
- Befragungen zur Patientinnenzufriedenheit;
- zeitnahe (spätestens am dritten Werktag nach Entlassung) Übermittlung einer Patientinnendokumentation in Form eines Arztbriefes an den niedergelassenen DMP-Arzt;
- auf Wunsch Duplikat des Arztbriefes für die Patientin;
- Zustimmung zum Audit zur Besichtigung der Einrichtungen durch Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung.

2.3 Wie werden Ihre Patientinnen in das Behandlungsprogramm aufgenommen?

1. Ihre Patientinnen werden auf verschiedenen Wegen auf das DMP aufmerksam gemacht: Direkt über Sie, über öffentliche Medien oder über die Geschäftstellen der Krankenkassen.
2. Sie sollen geeignete Patientinnen für das Behandlungsprogramm grundsätzlich anhand folgender Einschreibekriterien auswählen:

Einschreibekriterien für Patientinnen mit Brustkrebs sind:

- der histologische Nachweis eines Mammakarzinoms oder eines lokoregionären Rezidivs oder eine nachgewiesene Fernmetastasierung des histologisch nachgewiesenen Brustkrebses;
- die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt;
- das alleinige Vorliegen einer nichtinvasiven lobulären Neoplasie (LCIS) rechtfertigt nicht die Aufnahme in das DMP;
- die Primärtherapie gilt nach Ablauf von sechs Monaten nach dem histologischen Nachweis des Brustkrebses als beendet;
- nach fünf Jahren Rezidivfreiheit nach Primärtherapie endet die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm;
- tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am DMP auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere fünfzehn Jahre ab diesem Zeitpunkt 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.

Ihre Patientin

- erhält ein Patientenmerkblatt, auf dem Ziel, Inhalte und Ablauf des DMP dargestellt sind;
- erhält eine Datenschutzzinformation, in der detailliert der Datenfluss erläutert wird;
- unterschreibt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, in der sie u. a. bestätigt, dass sie die Programm- und Versorgungsziele kennt, Sie als DMP-Arzt auswählt und die Nutzung ihrer Daten autorisiert.
- Beim ersten Kontakt wird zudem von Ihnen und/oder Ihrem Praxispersonal der Erstdokumentationsdatensatz erstellt (siehe Kap. 3.4).

Checkliste: Notwendige Unterlagen für die Einschreibung einer Patientin:

Der Patientin müssen vor Unterschrift vorliegen:

- Patientenmerkblatt
- Datenschutzzinformation
→ siehe Anhang 5: Rückseite der Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Die Patientin muss unterschrieben haben:

- Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Für die Patientin müssen Sie ausfüllen:

- Erstdokumentation (elektronisch)
- Datum, Unterschrift und Arztstempel auf dem untersten Teil der Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Es gibt drei Möglichkeiten der Einschreibung durch den DMP-Arzt:

1. Erstmanifestation eines Mammakarzinoms oder kontralateralen Brustkrebses

- präoperativ:
Der Erstdokumentationsdatensatz wird ausgefüllt und versendet, jedoch bleiben die Ziffer 7.4 sowie der komplette Abschnitt 8 unausgefüllt (siehe Kapitel 3.5, Abschnitt 7.3). Erst nach erfolgter chirurgischer Primärtherapie sind die Angaben durch das erneute Ausfüllen eines Erstdokumentationsdatensatzes nachzureichen.
- postoperativ:
Der komplette Erstdokumentationsdatensatz wird ausgefüllt und versendet.

2. Lokalrezidiv eines Mammakarzinoms

- präoperativ:
Der Erstdokumentationsdatensatz wird ausgefüllt und versendet, jedoch bleiben die Ziffer 7.4 sowie der komplette Abschnitt 8 unausgefüllt (siehe Kapitel 3.5, Abschnitt 7.3). Erst nach erfolgter chirurgischer Primärtherapie sind die Angaben durch das erneute Ausfüllen eines Erstdokumentationsdatensatzes nachzureichen.
- postoperativ:
Der komplette Erstdokumentationsdatensatz wird ausgefüllt und versendet.

3. Bei vorliegender Fernmetastase

In allen Fällen sind die Einschreibeunterlagen binnen zehn Tagen nach Dokumentationsdatum an die Datenstelle SPS zu übermitteln. Bei präoperativer Einschreibung ist der vollständige Dokumentationsdatensatz in der vertraglich vereinbarten Frist, spätestens vier Wochen nach dem chirurgischen Eingriff, nachzureichen.

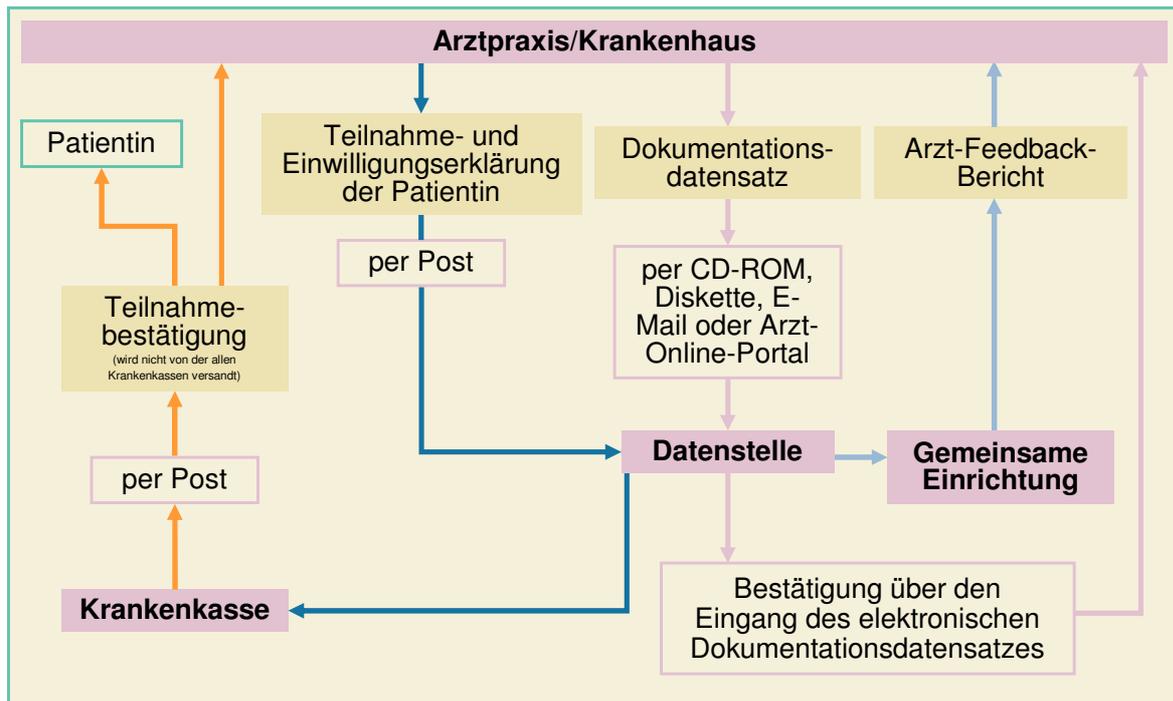
Abb. 2: Wie erfolgt die Einschreibung einer Patientin in das Programm?

| Patientin | Arzt | Erläuterungen |
|--|---|---|
| Arztbesuch | Auswahl der Patientin | Die Auswahl der Patientin erfolgt gemäß den Ein- und Ausschlusskriterien des DMP-Vertrages (siehe Textkasten Einschreibkriterien) |
| Information und Beratungsgespräch zum Programm | | |
| Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung | Aushändigung der Unterlagen, bestehend aus: <ul style="list-style-type: none"> • Patientenmerkblatt • Teilnahme- und Einwilligungserklärung • Datenschutzinformation | Mit der Teilnahmeerklärung legt sich die Patientin auf ihren DMP-Arzt fest. Ein Arztwechsel ist jedoch weiterhin möglich. |

2.4 Wer erhält welche Daten im Programm?

Nachfolgend sehen Sie eine grafische Darstellung, die zeigt, wie der Datenfluss im Behandlungsprogramm verläuft und welche Institutionen welche Daten erhalten. Der Erstdokumentationsdatensatz wird zusammen mit der Teilnahme-/Einwilligungserklärung einer Patientin erstellt. Alle weiteren Dokumentationen erfolgen grundsätzlich jedes zweite Quartal mit dem Folgedokumentationsdatensatz.

Abb. 3: Wie erfolgt der Datenfluss im Programm?



Die Übermittlung der Dokumentationen ist ausschließlich in elektronischer Form möglich. Hierzu benötigen Sie für Ihre Praxisverwaltungs-Software spezielle DMP-Module, die durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zertifiziert sein muss. Achten Sie bitte darauf, dass die Software bereits bei der Bearbeitung der Dokumentationen die Plausibilität und Vollständigkeit der Eingabe prüft. Auf diese Weise können Korrekturverfahren auf ein Minimum reduziert werden.

Für die Übermittlung stehen Ihnen drei Möglichkeiten zur Verfügung:

a) Verschlüsselt per E-Mail (datenstelle@dmpservices.de)

Dieses empfohlene Verfahren hat den Vorzug, dass Sie unmittelbar eine Eingangsbestätigung der Datenstelle erhalten.

b) Verschlüsselt auf CD-ROM oder Diskette per Postversand (DMP-Datenstelle Hessen, Postfach 10 02 02, 96054 Bamberg, Tel.: 0951 30939-21). Die Verwendung von CD-ROM/Disketten kann jedoch nicht mehr empfohlen werden, da diese auf dem Versandweg beschädigt werden können.

c) Verwendung des Arzt-Online-Portals. Informationen hierzu erhalten Sie von der Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen unter Tel.: 06131 98255-25 oder Sie finden diese unter dem Link <https://dmpsysonline.sps-prien.de/>.

Weitere Ausführungen dazu finden Sie in Kapitel 3.3 „Elektronische Erfassung und Übermittlung der DMP-Daten zur Datenstelle“.

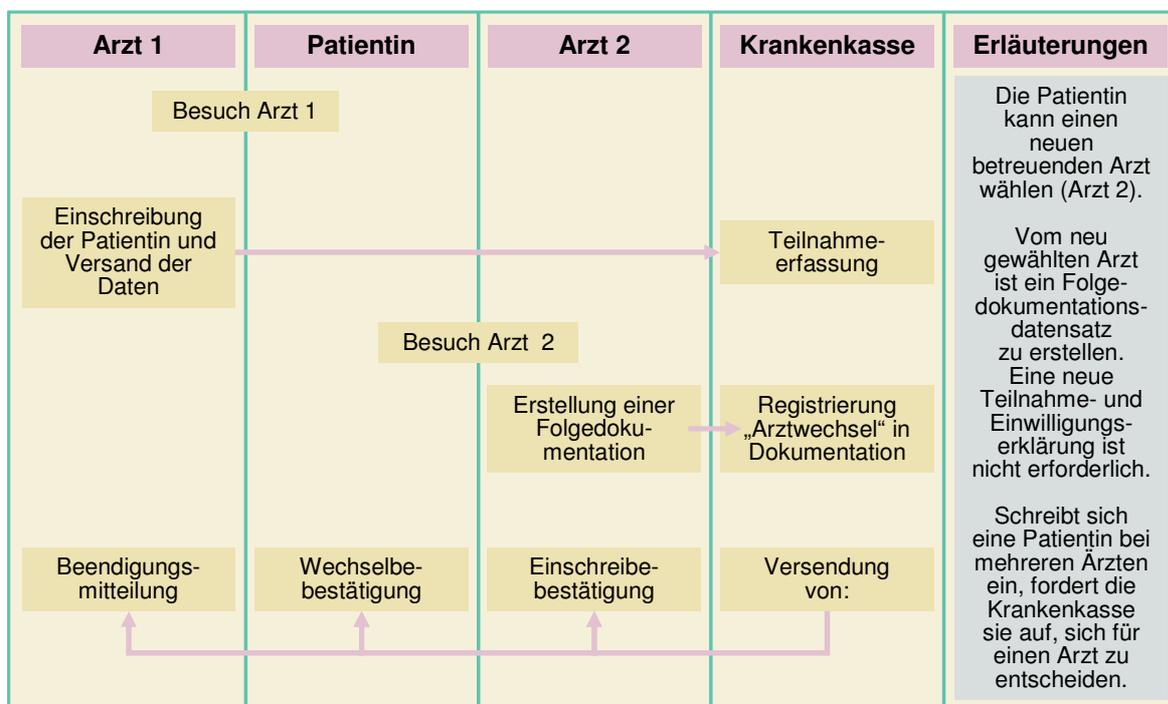
2.5 Wie erfolgt die Umschreibung einer Patientin bei einem Arztwechsel?

Die Patientin kann ihren DMP-Arzt wechseln, z.B. bei einem Umzug. Dazu ist es lediglich erforderlich, dass der neu gewählte Arzt den Folgedokumentationsdatensatz erstellt und auf dem Formular oben rechts das Feld „Arztwechsel“ ankreuzt. Eine zusätzliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist nicht mehr erforderlich.

Nach Erhalt des Folgedokumentationsdatensatzes wird die Krankenkasse die Patientin sowie die betroffenen Ärzte über den Wechsel informieren.

Hat sich eine Patientin versehentlich bei zwei Ärzten gleichzeitig eingeschrieben, fordert die Krankenkasse die Patientin auf, sich für einen Arzt zu entscheiden. Nach der Entscheidung der Patientin werden die betroffenen Ärzte entsprechend benachrichtigt.

Abb. 4: Was ist bei einem Arztwechsel bezüglich Dokumentation und Versand zu beachten?



2.6 Wie erfolgt die Abrechnung im Behandlungsprogramm?

Für die **vollständigen und plausiblen Dokumentationsdatensätze** erhalten Sie die **vertraglich vereinbarte Vergütung**. Die Vergütung erfolgt **einmal im Quartal** durch die teilnehmenden Krankenkassen entsprechend der bei der Datenstelle **fristgerecht eingegangenen, vollständigen und plausiblen** Dokumentationsdatensätze für eingeschriebene Versicherte.

3. Ausfüllanleitung zur Erst- und Folgedokumentation im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs

3.1 Vorbemerkung

Die Dokumentation stellt ein Kernelement zur Umsetzung des Disease-Management-Programms dar. Neben der Erhebung der Ausgangsdaten (Erstdokumentationsdatensatz) und der Sicherung der Einschreibungsdiagnose erfüllt die Dokumentation weitere wichtige Funktionen:

- Sie dient als Checkliste bezüglich medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen, indikationsbezogener Risikofaktoren und Kontrolluntersuchungen.
- Sie stellt einen Informationsspeicher für Sie und Ihre Patientin dar.
- Sie kann bei notwendigen Über- und Einweisungen als Begleitbrief dienen.
- Schließlich bildet die Dokumentation die Basis für die Gestaltung Ihres individuellen Arzt-Feedback-Berichts und für die Programmevaluation.
- Die sorgfältige Eintragung der Daten ist daher überaus wichtig und ist für Sie, Ihre Patientin und alle mitbehandelnden Ärzte von Vorteil. Nicht zuletzt kann eine Vergütung an Sie nur bei vollständig und plausibel ausgefülltem Dokumentationsdatensatz erfolgen.

Einen Überblick über die Abschnitte des Erstdokumentationsdatensatzes finden Sie auf Seite 17. Der Aufbau des Folgedokumentationsdatensatzes ist Seite 28 zu entnehmen.

3.2 Allgemeine Fragen

Welche Patienten können eingeschrieben werden?

Eingeschrieben werden können alle gesetzlich krankenversicherten Patientinnen mit Brustkrebs (incl. DCIS) oder einem lokoregionären Rezidiv, bei denen die Erkrankung eindeutig durch eine histologische Sicherung diagnostiziert ist und die Diagnosestellung nicht länger als 5 ½ Jahre zurückliegt, sowie Patientinnen mit Fernmetastasen der Brustkrebserkrankung, sofern die Krankenkasse der Patientin dem DMP-Rahmenvertrag in Hessen beigetreten ist.

Das alleinige Vorliegen einer nichtinvasiven lobulären Neoplasie (LCIS) rechtfertigt nicht die Aufnahme in strukturierte Behandlungsprogramme. Männliche Patienten können nicht am DMP Brustkrebs teilnehmen.

Wann ist die Dokumentation vollständig?

Die Dokumentation ist vollständig, wenn zu jedem Fragenkomplex die erforderlichen Angaben gemacht worden sind. Denken Sie bitte daran, eine Sicherheitskopie des Datensatzes anzufertigen und Ihrer Patientin jeweils einen Ausdruck der ausgefüllten Dokumentation auszuhändigen.

Bedenken Sie, dass aufgrund vertraglicher Regelungen nur bei vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen und Einhaltung der Dokumentationsfristen eine Vergütung an Sie möglich ist.

Wie erfolgt die Dokumentation bei präoperativer Einschreibung?

Da beim DMP Brustkrebs die zur Einschreibung erforderliche histologische Sicherung des Befundes in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff erfolgt, gilt für die Fälle, in denen eine Operation erst zu einem späteren Zeitpunkt geplant ist sowie für die Fälle, in denen grundsätzlich keine OP geplant ist, eine Dokumentation auch dann als vollständig zu werten, wenn in Abschnitt 2 (Anamnese und Behandlungsstatus) die Angabe zu Ziffer 2.2 „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ lautet und im Weiteren die Angaben zu Ziffer 2.3 „Art der erfolgten Therapie“ sowie zum kompletten Abschnitt 3 „aktuelle Befunde des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebs“ (Ziffer 3.1 – 3.8) zunächst frei bleiben.

Nach erfolgter chirurgischer Primärtherapie sind ausschließlich die Angaben zu Ziffer 2.2, 2.3, sowie zu Abschnitt 3 (Ziffer 3.1. – 3.8) und 4 innerhalb von vier Wochen nach erfolgter Operation auf einem weiteren Erstdokumentationsbogen nachzureichen. Die übrigen Abschnitte sind nicht erneut auszufüllen.

Füllen Sie aus verarbeitungstechnischen Gründen bitte auch nicht nochmals den Abschnitt 6 „Einschreibung“ aus. Die so erstellte Dokumentation ist abhängig vom Operationsdatum zu erstellen. Sie kann daher auch zeitlich nach einer Folgedokumentation erstellt werden und hat keinen Einfluss auf den Teilnahmebeginn Ihrer Patientin.

Wie werden die Dokumentationen weitergeleitet?

Nach der Erstellung der Dokumentation ist diese **innerhalb von 10 Kalendertagen** nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Datenstelle **zu übermitteln**. Sollten die von Ihnen vorgenommenen Angaben in der Dokumentation unvollständig oder unplausibel sein, wird sie Ihnen in Kopie zur Korrektur zurück geschickt. Die **vollständige und plausible** Folgedokumentation muss inklusive abgeschlossener Korrektur bzw. Vervollständigung erneut von Ihnen unter Angabe des Korrekturdatums zurückgesandt werden und der vertraglich vereinbarten Datenstelle **innerhalb von 52 Kalendertagen** nach Ende des Quartals, in dem die Dokumentation erstellt wurde, vorliegen. Für Erstdokumentationen haben Sie zusätzlich ein Quartal Zeit. Vergleichen Sie hierzu bitte auch die Schaubilder zur Verfristung am Ende der Kapitel 3.5 und 3.7.

Wenn Sie noch Fragen zum Ausfüllen oder zur Handhabung der Dokumentation haben, wenden Sie sich bitte an die Kopfstelle DMP Brustkrebs.

3.3 Elektronische Erfassung und Übermittlung der DMP-Daten zur Datenstelle

Die Dokumentationsdaten sind elektronisch zu übermitteln. Dabei sind folgende Schritte zu beachten:

1. Sie erfassen die Datensätze mit Ihrem PC und Ihrer DMP-Praxisverwaltungs-Software (PVS) – inklusive Datum, an dem Sie die Dokumentation abschließen.
2. Die Datensätze werden über die PVS automatisch bestimmten Verarbeitungsschritten unterzogen, z.B. wird die Vollständigkeit und Plausibilität geprüft.
3. Die Dateien werden auf der Festplatte Ihres PCs gespeichert.
4. Es werden so erfasste Datensätze bis zum Versand an die Datenstelle gesammelt.
5. Die Datensätze werden vor dem Versand an die Datenstelle automatisch verschlüsselt.
6. Die Übermittlungsdatei wird per E-Mail oder gegebenenfalls auf Datenträgern (z.B. CD-ROM oder Diskette) an die Datenstelle versendet.

7. Die Datenstelle nimmt die Übermittlungsdatei mit den Datensätzen entgegen, prüft und verarbeitet diese. Beschädigte Datenträger und/oder unvollständige Dateien können nicht angenommen werden und werden an Sie zurückgesandt. In diesem Fall erstellen Sie bitte umgehend erneut eine Übermittlungsdatei und versenden diese an die Datenstelle.

8. Der Korrekturprozess für dennoch unvollständige und unplausible Dokumentationsdatensätze erfolgt nicht elektronisch, sondern auf Papierausdrucken. Stellt die Datenstelle bei der Prüfung der Dokumentationsdaten unvollständige oder nicht plausible Angaben fest, so werden diese Daten im Rahmen des telefonischen Korrekturverfahrens mit Ihnen besprochen. Der geänderte Bogen wird Ihnen zur Unterschrift übersandt und muss innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes abgeschlossen sein.

Sollten Sie Fragen zur Umsetzung der elektronischen Dokumentation im DMP haben, wenden Sie sich bitte an Ihre Kopfstelle DMP Brustkrebs.

3.4 Aufbau der Erstdokumentation

Die Dokumentation besteht aus den unten aufgeführten nummerierten Abschnitten, die nachfolgend näher erläutert werden. Dabei wird zunächst die Erstdokumentation dargestellt und anschließend auf Unterschiede bei der Folgedokumentation hingewiesen. Durch die computergestützte Erfassung sind technisch bedingte Abweichungen der Darstellungen möglich.

Die Erstdokumentation gliedert sich in folgende Abschnitte:

| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | Erst-Dokumentation Brustkrebs | |
|--|--|---|---|
| Name, Vorname des Versicherten geb. am | | DMP Fallnummer | |
| Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status | | Krankenhaus-IK | |
| Betriebskassen-Nr. Arzt-Nr. Datum | | Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3) | |
| Einschreibung Mindestens eines der 4 folgenden Felder muss für die Einschreibung ausgefüllt sein. | | | |
| Erstmanifestation Primärtumor (Datum histologischer Nachweis) | | Lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis) | |
| Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis) | | Fernmetastasen erstmals gesichert (Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen) | |
| Anamnese und Behandlungsstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs | | | |
| Betroffene Brust | | <input checked="" type="checkbox"/> Rechts <input checked="" type="checkbox"/> Links <input checked="" type="checkbox"/> Beidseits | |
| Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen | | <input checked="" type="checkbox"/> OP geplant <input checked="" type="checkbox"/> OP nicht geplant <input checked="" type="checkbox"/> Postoperativ | |
| Art der erfolgten operativen Therapie (Mehrfachnennungen möglich) | | <input checked="" type="checkbox"/> BET <input checked="" type="checkbox"/> Mastektomie <input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten-Biopsie <input checked="" type="checkbox"/> Axilläre Lymphadenektomie <input checked="" type="checkbox"/> Anderes Vorgehen <input checked="" type="checkbox"/> Keine OP | |
| Aktueller Befundstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs | | | |
| Präoperative / neoadjuvante Therapie | | | |
| pT | <input checked="" type="checkbox"/> Tis | <input checked="" type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 | <input checked="" type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> Keine OP |
| pN | <input checked="" type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 | <input checked="" type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> Keine OP |
| M | <input checked="" type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 | <input checked="" type="checkbox"/> X | <input checked="" type="checkbox"/> X |
| Grading | <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 | <input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt | |
| Resektionsstatus | <input checked="" type="checkbox"/> R0 <input checked="" type="checkbox"/> R1 <input checked="" type="checkbox"/> R2 | <input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt | <input checked="" type="checkbox"/> Keine OP |
| Immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron) | <input checked="" type="checkbox"/> Positiv | <input checked="" type="checkbox"/> Negativ <input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt | |
| HER2/neu-Status | <input checked="" type="checkbox"/> Positiv | <input checked="" type="checkbox"/> Negativ <input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt | |
| Behandlung Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs | | | |
| Strahlentherapie | <input checked="" type="checkbox"/> Geplant <input checked="" type="checkbox"/> Andauernd | <input checked="" type="checkbox"/> Regelmäßig abgeschlossen | <input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet <input checked="" type="checkbox"/> Keine |
| Chemotherapie | <input checked="" type="checkbox"/> Geplant <input checked="" type="checkbox"/> Andauernd | <input checked="" type="checkbox"/> Regelmäßig abgeschlossen | <input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet <input checked="" type="checkbox"/> Keine |
| Endokrine Therapie | <input checked="" type="checkbox"/> Geplant <input checked="" type="checkbox"/> Andauernd | <input checked="" type="checkbox"/> Regelmäßig abgeschlossen | <input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet <input checked="" type="checkbox"/> Keine |
| Antikörpertherapie mit Trastuzumab | <input checked="" type="checkbox"/> Geplant <input checked="" type="checkbox"/> Andauernd | <input checked="" type="checkbox"/> Regelmäßig abgeschlossen | <input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet <input checked="" type="checkbox"/> Keine |
| Befunde und Therapie lokoregionäres Rezidiv | | | |
| Andauernde oder abgeschlossene Therapie (Mehrfachnennungen möglich) | | <input checked="" type="checkbox"/> Präoperativ <input checked="" type="checkbox"/> Diszision <input checked="" type="checkbox"/> Mastektomie <input checked="" type="checkbox"/> Strahlentherapie <input checked="" type="checkbox"/> Chemotherapie <input checked="" type="checkbox"/> Endokrine Therapie <input checked="" type="checkbox"/> Andere <input checked="" type="checkbox"/> Keine | |
| Befunde und Therapie Fernmetastasen | | | |
| Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich) | | | |
| Andauernde oder abgeschlossene Therapie (Mehrfachnennungen möglich) | | <input checked="" type="checkbox"/> Operativ <input checked="" type="checkbox"/> Strahlentherapie <input checked="" type="checkbox"/> Chemotherapie <input checked="" type="checkbox"/> Endokrine Therapie <input checked="" type="checkbox"/> Andere <input checked="" type="checkbox"/> Keine | |
| Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen | | <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation | |
| Sonstige Beratung und Behandlung | | | |
| Lymphödem vorhanden | | <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein | |
| | | Geplantes Datum der nächsten Dokumentationsstellung (optionales Feld) | |

0. Kopffeld

1. Einschreibung

2. Anamnese und
Behandlung des
Primärtumors/kontra-
lateralen Brustkrebses3. Aktueller
Befundstatus des
Primärtumors/kontra-
lateralen Brustkrebses4. Behandlung des
Primärtumors/kontra-
lateralen Brustkrebses5. Befunde und Therapie
eines lokoregionären
Rezidivs6. Befunde und Therapie
von Fernmetastasen

7. Sonstige Befunde

8. Datum

1 Einschreibung

Voraussetzung für die Einschreibung ist

- der histologische Nachweis eines Brustkrebses oder
- der histologische Nachweis eines lokoregionären Rezidivs oder
- eine nachgewiesene Fernmetastasierung des zuvor histologisch nachgewiesenen Brustkrebses.

Die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt. Das alleinige Vorliegen einer nichtinvasiven lobulären Neoplasie (LCIS) rechtfertigt nicht die Aufnahme in das DMP.

| Einschreibung | | Mindestens eines der 4 folgenden Felder muss für die Einschreibung ausgefüllt sein. | |
|--|-------------------|---|-------------------|
| Erstmanifestation Primärtumor (Datum histologischer Nachweis) | T T M M J J J J J | Lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis) | T T M M J J J J J |
| Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis) | T T M M J J J J J | Fernmetastasen erstmals gesichert (Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen) | T T M M J J J J J |

Für die Einschreibung sollte grundsätzlich der *jüngste Befund* verwendet werden. Sollten bei Ihrer Patientin bereits mehrere Brustkrebsstadien histologisch gesichert sein, ist die Angabe **eines** histologischen Nachweises ausreichend.

Machen Sie mehrere unterschiedliche Angaben zum Datum der histologischen Sicherung der jeweiligen Brustkrebsstadien, ist für das weitere Ausfüllen des Bogens immer das jüngste der angegebenen Daten ausschlaggebend.

Nicht gültig sind jedoch Angaben, bei denen das Datum der histologischen Sicherung eines Primärtumors nach dem Datum der histologischen Sicherung eines kontralateralen Brustkrebses bzw. eines lokoregionären Rezidivs liegt oder bei denen alle Datumsangaben identisch sind. Ebenfalls nicht gültig sind Angaben, bei denen das Datum der histologischen Sicherung des lokoregionären Rezidivs vor dem Datum der histologischen Sicherungen eines Primärtumors liegt. In diesen Fällen erhalten Sie den Bogen mit der Bitte zurück, die Angaben zu überprüfen und zu korrigieren.

Liegen Fernmetastasen vor, erfolgt die Einschreibung immer aus diesem Grund und ist für das weitere Ausfüllen des Bogens zu Grunde zu legen.

Abhängig davon, welche Diagnose zur Einschreibung der Patientin in das Programm geführt hat, sind in der Folge unterschiedliche Angaben auf dem Dokumentationsbogen erforderlich. Der Abschnitt 7 (Sonstige Befunde) sowie 8 (Datum) sind davon unabhängig immer auszufüllen.

1.1 Einschreibung aufgrund eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses

| Einschreibung | | Mindestens eines der 4 folgenden Felder muss für die Einschreibung ausgefüllt sein. | |
|--|-------------------|---|-------------------|
| Erstmanifestation Primärtumor (Datum histologischer Nachweis) | T T M M J J J J J | Lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis) | T T M M J J J J J |
| Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis) | T T M M J J J J J | Fernmetastasen erstmals gesichert (Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen) | T T M M J J J J J |

Erfolgt die Einschreibung auf Grund eines **Primärtumors** oder eines **kontralateralen Brustkrebses** ist das taggenaue Datum der histologischen Sicherung anzugeben. In diesen Fällen ist der Verbleib der Versicherten im Programm zunächst zeitlich auf 5 ½ Jahre nach histologischer Sicherung begrenzt.

Bei einer gleichzeitigen Angabe zur histologischen Sicherung eines Primärtumors und eines kontralateralen Brustkrebses darf das Datum der histologischen Sicherung eines Primärtumors nicht nach dem Datum der histologischen Sicherung des kontralateralen Brustkrebses liegen.

Tritt ein kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturiertem Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere 5 ½ Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises möglich. Dies ist im Behandlungsverlauf auf der Folgedokumentation im Abschnitt 1 zu vermerken (siehe Bearbeitungshinweis zur Folgedokumentation).

Ist die histologische Sicherung eines **Primärtumors** oder eines **kontralateralen Brustkrebses der jüngste und damit der zur Einschreibung führende Befund**, sind im Weiteren nur Angaben zu den Parametern der Abschnitte

- „Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses“ (Abschnitt 2),
- „Aktueller Befundstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses“ (Abschnitt 3)
- „Behandlung des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses (Abschnitt 4) sowie
- „Sonstige Befunde“ (Abschnitt 7)

erforderlich. Die Abschnitte 5 und 6 können dann frei bleiben.

1.2 Einschreibung aufgrund eines lokoregionären Rezidivs

| Einschreibung | | Mindestens eines der 4 folgenden Felder muss für die Einschreibung ausgefüllt sein | |
|--|-----------------|---|-----------------|
| Erstmanifestation Primärtumor (Datum histologischer Nachweis) | T T M M J J J J | Lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis) | T T M M J J J J |
| Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis) | T T M M J J J J | Fernmetastasen erstmals gesichert (Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen) | T T M M J J J J |

Erfolgt die Einschreibung auf Grund eines **lokoregionären Rezidivs**, ist ebenfalls das taggenaue Datum der histologischen Sicherung anzugeben. Auch hier ist der Verbleib der Versicherten im Programm zunächst zeitlich auf 5 ½ Jahre nach histologischer Sicherung begrenzt.

Bei einer gleichzeitigen Angabe zur histologischen Sicherung eines lokoregionären Rezidivs und eines Primärtumors sowie ggf. noch zusätzlich eines kontralateralen Brustkrebses darf das Datum der histologischen Sicherung eines Primärtumors nicht nach dem Datum der histologischen Sicherung des lokoregionären Rezidivs bzw. der Sicherung des kontralateralen Brustkrebses liegen.

Tritt ein lokoregionäres Rezidiv während der Teilnahme am strukturiertem Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere 5 ½ Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises möglich. Dies ist im Behandlungsverlauf auf der Folgedokumentation im Abschnitt 7 zu vermerken (siehe Bearbeitungshinweis zur Folgedokumentation).

Ist die histologische Sicherung eines **lokoregionären Rezidivs der jüngste und damit der zur Einschreibung führende Befund**, müssen Sie im Weiteren nur Angaben zu den Parametern der Abschnitte

- „Befunde und Therapie des lokoregionären Rezidivs“ (Abschnitt 5),
- „Sonstige Befunde“ (Abschnitt 7)

machen. Die Abschnitte 2, 3, 4 und 6 können dann frei bleiben.

1.3 Einschreibung aufgrund von Fernmetastasen

| Einschreibung | | Mindestens eines der 4 folgenden Felder muss für die Einschreibung ausgefüllt sein. | |
|--|---|---|---|
| Erstmanifestation Primärtumor (Datum histologischer Nachweis) | <input type="text"/> | Lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis) | <input type="text"/> |
| Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis) | <input type="text"/> | Fernmetastasen erstmals gesichert (Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen) | <input type="text"/> |

Die Angabe zum Vorliegen von Fernmetastasen führt immer zur Einschreibung der Patientin in das Programm. Neben dem Datum der Sicherung der Fernmetastasen ist zusätzlich auch mindestens das Datum der histologischen Sicherung der Erstmanifestation oder des kontralateralen Brustkrebses bzw. des lokoregionären Rezidivs anzugeben. Sollte Ihnen das genaue Datum der Erstmanifestation bzw. des kontralateralen Brustkrebses oder des lokoregionären Rezidivs nicht bekannt sein, können Sie ersatzweise auch nur das Jahr der histologischen Sicherung im Format 00.00.JJJJ angeben.

Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.

Schreiben Sie Ihre Patientin auf Grund des Vorliegens von Fernmetastasen ein und haben Sie hierzu das Datum der Diagnosesicherung an der vorgesehenen Stelle eingetragen, sind im Weiteren nur Angaben zu den Parametern des Abschnittes

- „Befunde und Therapie von Fernmetastasen“ (Abschnitt 6) sowie
- „Sonstige Befunde“ (Abschnitt 7)

erforderlich. Die Abschnitte 2, 3, 4 und 5 können dann frei bleiben.

2 Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses

Die Angaben zu den folgenden Ziffern 2.1 – 2.3 sind nur dann erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.1 erfolgt sind.

2.1 Betroffene Brust

| Anamnese und Behandlungsstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs | | | |
|---|--|---|---|
| Betroffene Brust | <input checked="" type="checkbox"/> Rechts | <input checked="" type="checkbox"/> Links | <input checked="" type="checkbox"/> Beidseits |

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

Bitte geben Sie hier die betroffene Brust an. Bei **beidseitigem Befall** sollten sich die weiteren Angaben der Dokumentation auf die **prognoseleitende Seite** beziehen.

2.2 Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen

| | | | |
|--|--|--|--|
| Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen | <input checked="" type="checkbox"/> OP geplant | <input checked="" type="checkbox"/> OP nicht geplant | <input checked="" type="checkbox"/> Postoperativ |
|--|--|--|--|

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

In der Regel wird die Diagnose vor dem therapeutischen Eingriff gestellt. Daher kann es sein, dass zum Zeitpunkt der Erstellung der Erstdokumentation die operative Primärtherapie noch nicht erfolgt ist oder für die Zukunft auch nicht geplant ist.

Für die Fälle, in denen die operative Therapie noch nicht erfolgt, aber bereits geplant ist, geben Sie zunächst bitte **„OP geplant“** an. Im Weiteren müssen dann keine Angaben zu Ziffer 2.3 sowie den Ziffern 3.2 – 3.8 erfolgen. Eine Angabe zu Ziffer 3.1 „Präoperative/neoadjuvante Therapie“ und zu Abschnitt 4 ist optional. In diesem Fall ist zu beachten, dass die Daten zu Abschnitt 2.3 und Abschnitt 3 innerhalb von vier Wochen nach erfolgter OP nachträglich zu übermitteln sind (siehe hierzu auch die Ausführungen zur präoperativen Einschreibung auf Seite 4).

Für die Fälle, in denen davon auszugehen ist, dass zunächst keine operative Therapie durchgeführt werden soll, kreuzen Sie bitte **„OP nicht geplant“** an. In diesem Fall müssen Sie keine Angaben zu Ziffer 2.3 sowie zum kompletten Abschnitt 3 „Aktueller Befundstatus“ (Ziffer 3.1 – 3.8) machen.

Sollte bereits eine operative Therapie durchgeführt worden sein, machen Sie bitte die Angabe **„Postoperativ“**. In der Folge sind dann auch die Angaben zu Ziffer 2.3 „Art der erfolgten operativen Therapie“ sowie dem kompletten Abschnitt 3 (Ziffer 3.1 – 3.8) erforderlich.

2.3 Art der erfolgten operativen Therapie

| | | | |
|--|---|--|--|
| Art der erfolgten operativen Therapie (Mehrfachnennungen möglich) | <input checked="" type="checkbox"/> BET | <input checked="" type="checkbox"/> Mastektomie | <input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten-Biopsie |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Axilläre Lymphonodektomie | <input checked="" type="checkbox"/> Anderes Vorgehen | <input checked="" type="checkbox"/> Keine OP |

Eine Angabe zu dieser Ziffer ist nur erforderlich, wenn in der vorherigen Ziffer 2.2 die Angabe **„Postoperativ“** erfolgt ist. Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

Wenn die Angabe „keine OP“ erfolgt ist, ist keine weitere Angabe zu den übrigen Parametern dieser Ziffer möglich. Alle übrigen Angaben können sowohl alleine stehen als auch miteinander kombiniert werden

3 Aktueller Befundstatus des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses

Die Angaben zu den folgenden Ziffern 3.1 – 3.8 sind nur dann erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.1 erfolgt sind und die operative Primärtherapie bereits abgeschlossen ist (Angabe „Postoperativ“ in den Angaben zu Ziffer 2.3 erforderlich). **Alle Angaben sollen sich daher auf die zur Einschreibung führende Diagnose beziehen.**

3.1 Präoperative/neoadjuvante Therapie

| Aktueller Befundstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs | |
|---|---|
| Präoperative / neoadjuvante Therapie | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier an, ob vor der operativen Primärtherapie eine präoperative bzw. neoadjuvante Therapie durchgeführt wurde. Die Angabe ist daher auch erforderlich, wenn Sie in Ziffer 2.2 **„Postoperativ“** angegeben haben.

Sofern Sie in Ziffer 2.2 „OP nicht geplant“ angegeben haben, ist hier keine Angabe zulässig.

3.2 pT }
3.3 pN } Angaben zur TNM-Klassifikation
3.4 M }

| | | | | | | | | |
|----|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| pT | <input type="checkbox"/> Tis | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> Keine OP |
| pN | | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | | <input type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> Keine OP |
| M | | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | | | | <input type="checkbox"/> X | |

Bitte machen Sie hier Angaben zum Tumorbefund. Sollten Ihnen die Angaben nicht vorliegen bzw. unbekannt sein, können Sie hilfsweise „X“ angeben. Unter der Angabe „Tis“ ist hier **nur ein DCIS**, nicht aber ein LCIS anzugeben.

Es ist jeweils nur eine Angabe möglich.

3.5 Grading

| | | | | |
|---------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Grading | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> Unbekannt |
|---------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|

Mindestens eine Angabe ist notwendig; nur eine Angabe ist möglich.

Das Grading erfolgt nach der Systematik von Elston und Ellis (1991). Sollten Sie bzw. das die Operation durchführende Krankenhaus eine andere Grading-Systematik verwendet haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „Unbekannt“.

3.6 Resektionsstatus

| | | | | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Resektionsstatus | <input type="checkbox"/> R0 | <input type="checkbox"/> R1 | <input type="checkbox"/> R2 | <input type="checkbox"/> Unbekannt | <input type="checkbox"/> Keine OP |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

Bitte geben Sie hier den Befund zum Resektionsstatus an. Die gleichzeitige Angabe von „Keine OP“ und „Unbekannt“ ist möglich. Die übrigen Angaben dürfen nur einzeln angegeben werden.

3.7 Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus

| | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron) | <input type="checkbox"/> Positiv | <input type="checkbox"/> Negativ | <input type="checkbox"/> Unbekannt |
|--|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|

Mindestens eine Angabe ist notwendig; nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier den Befund zum Immunhistochemischen Hormonrezeptorstatus an. Sollte der Status nicht bekannt sein, geben Sie bitte „Unbekannt“ an.

3.8 HER2/neu-Status

| | | | |
|-----------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| HER2/neu-Status | <input type="checkbox"/> Positiv | <input type="checkbox"/> Negativ | <input type="checkbox"/> Unbekannt |
|-----------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|

Eine Angabe ist notwendig; nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier den Befund zum HER2/neu-Status an. Sollte der Status nicht bekannt sein, geben Sie bitte „Unbekannt“ an.

4 Behandlung des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind nur dann erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.1 erfolgt sind. Die Angaben erfolgen unabhängig vom operativen Behandlungsstatus.

4.1 Strahlentherapie

4.2 Chemotherapie

4.3 Endokrine Therapie

4.4 Antikörpertherapie mit Trastuzumab

| Behandlung Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs | | | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------------|--|--|--------------------------------|
| Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> Geplant | <input type="checkbox"/> Andauernd | <input type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen | <input type="checkbox"/> Vorzeitig beendet | <input type="checkbox"/> Keine |
| Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Geplant | <input type="checkbox"/> Andauernd | <input type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen | <input type="checkbox"/> Vorzeitig beendet | <input type="checkbox"/> Keine |
| Endokrine Therapie | <input type="checkbox"/> Geplant | <input type="checkbox"/> Andauernd | <input type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen | <input type="checkbox"/> Vorzeitig beendet | <input type="checkbox"/> Keine |
| Antikörpertherapie mit Trastuzumab | <input type="checkbox"/> Geplant | <input type="checkbox"/> Andauernd | <input type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen | <input type="checkbox"/> Vorzeitig beendet | <input type="checkbox"/> Keine |

Eine Angabe je Antwortkomplex ist notwendig; zu jedem Antwortkomplex ist jeweils nur eine Angabe möglich.

Wurde zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch nicht mit einer Strahlen-, Chemo-, endokrinen Therapie oder einer Antikörpertherapie mit Trastuzumab begonnen, die Durchführung einer oder mehrerer Therapieansätze aber geplant, geben Sie bitte für die jeweilige Therapie, für die die Durchführung geplant ist, „**Geplant**“ an.

Die Angabe „**Andauernd**“ bezieht sich auf eine bereits begonnene, aber zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch nicht abgeschlossene Therapie.

Als „**Regulär abgeschlossen**“ gilt eine Therapie, wenn alle zuvor geplanten Therapiezyklen abgeschlossen sind.

Wurde eine Therapie vor Abschluss aller zunächst geplanten Therapiezyklen abgeschlossen, geben Sie bitte „**Vorzeitig beendet**“ an.

„Keine“ ist anzugeben, wenn die jeweilige Therapie nicht als Therapieoption gewählt wurde.

5 Befunde und Therapie eines lokoregionären Rezidivs

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind nur dann erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines histologisch gesicherten lokoregionären Brustkrebses erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.2 erfolgt sind. Die Angaben erfolgen unabhängig vom operativen Behandlungsstatus.

5.1 Andauernde oder abgeschlossene Therapie

| Befunde und Therapie lokoregionäres Rezidiv | | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|---|--|
| Andauernde oder abgeschlossene Therapie (Mehrfachnennungen möglich) | <input type="checkbox"/> Präoperativ | <input type="checkbox"/> Exzision | <input type="checkbox"/> Mastektomie | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie | |
| | <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Endokrine Therapie | <input type="checkbox"/> Andere | <input type="checkbox"/> Keine | |

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, wie der aktuelle Therapiestatus des Rezidivs ist. Die Angabe soll sich dabei auf den jüngsten bzw. aktuellen, zur Einschreibung führenden Befund beziehen.

Wenn für Ihre Patientin in Bezug auf das Rezidiv ein operatives Vorgehen geplant, aber bisher nicht durchgeführt wurde, geben Sie bitte „**Präoperativ**“ an. In diesem Fall ist keine Angabe zu Exzision und Mastektomie möglich.

Wurde bereits eine **Exzision** und/oder **Mastektomie** als operative Therapie durchgeführt, geben Sie dies bitte an.

Wurde bereits mit einer **Strahlen-, Chemo- oder endokrinen Therapie** begonnen oder eine solche abgeschlossen, machen Sie bitte auch hierzu die jeweilige Angabe. Bei allen anderen Vorgehensweisen sowohl operativer als auch konservativer Art geben Sie bitte „**Andere**“ an.

Wurde mit keiner Therapie begonnen oder ist keine Therapie geplant, geben Sie bitte „**Keine**“ an. In diesem Fall ist keine weitere Angabe möglich. Die übrigen Angaben können miteinander kombiniert werden (Ausnahme: Präoperativ mit Exzision bzw. Mastektomie).

6 Befunde und Therapie von Fernmetastasen

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind nur dann erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund des Vorliegens von Fernmetastasen erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.3 erfolgt sind. Die Angaben erfolgen unabhängig vom operativen Behandlungsstatus.

6.1 Lokalisation

| Befunde und Therapie Fernmetastasen | | | | |
|--|---|---|---|--|
| Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich) | <input checked="" type="checkbox"/> Leber | <input checked="" type="checkbox"/> Lunge | <input checked="" type="checkbox"/> Knochen | <input checked="" type="checkbox"/> Andere |

Mindestens eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte den Ort der Lokalisation der Fernmetastase an. Hierbei können alle Antworten kombiniert werden.

6.2 Andauernde oder abgeschlossene Therapie (der Fernmetastase)

| | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|---|
| Andauernde oder abgeschlossene Therapie (Mehrfachnennungen möglich) | <input checked="" type="checkbox"/> Operativ | <input checked="" type="checkbox"/> Strahlentherapie | <input checked="" type="checkbox"/> Chemotherapie | <input checked="" type="checkbox"/> Endokrine Therapie | <input checked="" type="checkbox"/> Andere | <input checked="" type="checkbox"/> Keine |
|---|--|--|---|--|--|---|

Mindestens eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Machen Sie hier bitte Angaben zur andauernden bzw. abgeschlossenen Therapie der Fernmetastasen. Die Angabe „**Operativ**“ bezieht sich dabei auf eine bereits abgeschlossene Therapie, die übrigen Angaben sowohl auf bereits abgeschlossene als auch auf zurzeit noch andauernde Therapien.

Unter „**Operativ**“ sind alle operativen Verfahren zu verstehen, die im Zusammenhang mit der Behandlung der Fernmetastasen angewendet wurden.

Wird zurzeit eine **Strahlen-, Chemo- oder endokrine Therapie** durchgeführt oder ist diese bereits erfolgt, machen Sie bitte eine Angabe zur jeweiligen Therapie.

Unter „**Andere**“ können Sie alle weiteren, hier nicht aufgeführten Therapieformen angeben, die im Rahmen der Behandlung der Fernmetastasen bereits durchgeführt wurden oder zurzeit durchgeführt werden.

Wird bzw. wurde keine Therapie durchgeführt, kreuzen Sie bitte „**Keine**“ an. In diesem Fall ist keine weitere Angabe möglich. Ansonsten sind alle Angaben miteinander kombinierbar.

Wird bei Ihrer Patientin eine **Bisphosphonat-Therapie** durchgeführt, ist dies gesondert unter Ziffer 6.3 „Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen“ zu dokumentieren

6.3 Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen

| | | | |
|---|--|--|--|
| Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation |
|---|--|--|--|

Eine Angabe ist nur dann erforderlich, wenn in Ziffer 6.1 die Angabe „Knochen“ erfolgt ist. Ist dies nicht der Fall, können die Angaben zu dieser Ziffer frei bleiben.

Die Angaben „**Nein**“ und „**Kontraindikation**“ können gemeinsam erfolgen.

7 Sonstige Beratung und Behandlung

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind unabhängig von dem zur Einschreibung führenden Befund und dem operativen Status für alle Patientinnen zwingend erforderlich.

7.1 Lymphödem vorhanden

| | | | | | | |
|---|--|--|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| Sonstige Beratung und Behandlung | | | Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung | | | |
| Lymphödem vorhanden | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | | (optionales Feld) | | | |

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Geben Sie bitte an, ob bei Ihrer Patientin aktuell ein Lymphödem vorliegt.

8 Datum

8.1 Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung (optionales Feld)

| | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| (optionales Feld) | | | | | | | |

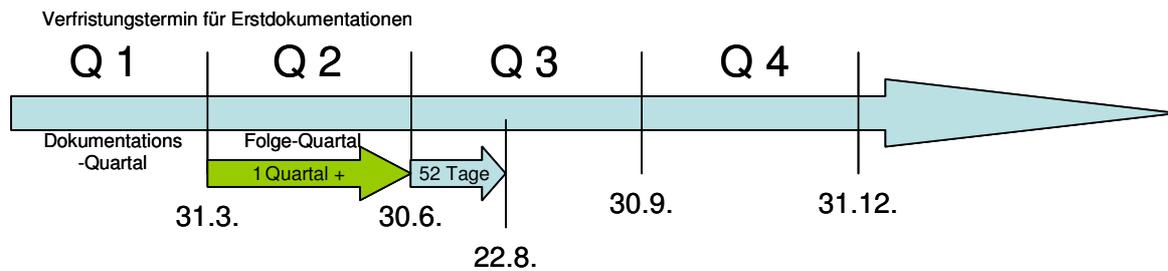
Als „**Geplantes Datum der nächsten Dokumentation**“ gilt der Termin, der im Rahmen der regelmäßigen Dokumentation mit der Patientin vereinbart wird. Er sollte sich am Termin der Nachsorgeuntersuchung orientieren, die in der Regel halbjährlich erfolgen sollte, aber nicht später als zum Ende des übernächsten Quartals liegen darf. Sollten Sie diesen Termin bereits zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung festlegen, können Sie das entsprechende Datum hier eintragen.

8.2 Datum der Erstellung

Für die Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm ist das **Datum relevant**, an dem die Dokumentation **vollständig ausgefüllt** wurde. Daher müssen Sie das Datum eintragen. Die Dokumentation muss **innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes** an die vertraglich vereinbarte Datenstelle übermittelt werden.

Wurde in der zuständigen Stelle festgestellt, dass die Angaben in der Dokumentation an einer oder mehreren Stellen unvollständig oder unplausibel sind, erhalten Sie einen Ausdruck der Dokumentation zurück und werden aufgefordert, diesen **zu korrigieren und erneut mit dem aktuellen Datum der Korrektur** zu versehen. Der vollständige und plausible Bogen muss der vertraglich vereinbarten Datenstelle einschließlich der abgeschlossenen Korrektur innerhalb von 52 Tagen **nach Ablauf des Folgequartals, in dem die Dokumentation erstellt wurde**, vorliegen.

Zur Berechnung des Verfristungstermins für die Erstdokumentationen nachfolgend ein Beispiel:



3.6 Aufbau der Folgedokumentation

Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Folgedokumentation)

Die Folgedokumentation gliedert sich in folgende Abschnitte:

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Beitragskategorie-Nr. Arzt-Nr. Datum

Folge-Dokumentation Brustkrebs

Arztwechsel UHF-Fallnummer

Krankenhaus-IK

Arztstempel

Einschreibung erfolgte wegen

Primärtumor Lokoregionäres Rezidiv

Kontralateraler Brustkrebs Fernmetastasen

Behandlungsstatus nach operativer Therapie Primärtherapie/kontralateraler Brustkrebs

Strahlentherapie Geplant Andauernd Regulär abgeschlossen Vorzeitig beendet Keine

Chemotherapie Geplant Andauernd Regulär abgeschlossen Vorzeitig beendet Keine

Endokrine Therapie Geplant Andauernd Regulär abgeschlossen Vorzeitig beendet Keine

Antikörpertherapie mit Trastuzumab Geplant Andauernd Regulär abgeschlossen Vorzeitig beendet Keine

Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse

Manifestation lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis) oder Nein

Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis) oder Nein

Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung) (Mehrfachnennungen möglich) oder Nein

Leber Lunge Knochen Andere

Lymphödem Ja Nein

Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/Fernmetastasen)

Aktueller Behandlungsstatus Vollremission Teilremission No change Progress

Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs (Mehrfachnennungen möglich) Präoperativ Exzision Mastektomie Strahlentherapie

Chemotherapie Endokrine Therapie Andere Keine

Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie der Fernmetastasen (Mehrfachnennungen möglich) Operativ Strahlentherapie Chemotherapie Endokrine Therapie Andere Keine

Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen Ja Nein Kontraindikation

Sonstige Beratung und Behandlung

Geplantes Datum der nächsten Dokumentationsstellung (optional: Falt)

0. Kopffeld

1. Einschreibung erfolgte wegen

2. Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses

3. Seit der letzten Dokumentation aufgetretene Ereignisse

5. Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/Fernmetastasen)

8. Datum

3.7 Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Folgedokumentation)

0 Kopfdaten

0.1 Versichertenkarte einlesen (entspricht dem Abschnitt 0 für die Erstdokumentation)

0.2 Arztwechsel

| | |
|---|---|
| Folge-Dokumentation | |
| Brustkrebs | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Arztwechsel | DMP-Fallnummer <input type="text"/> |

Dieses Feld ist dann anzukreuzen, wenn eine Patientin, die bereits in das strukturierte Behandlungsprogramm Brustkrebs eingeschrieben ist, Sie als neuen DMP-Arzt gewählt hat.

0.3 Ausdruck

Bitte händigen Sie Ihrer Patientin einen Ausdruck der Folgedokumentation aus, wenn dies gewünscht wird. Wie bei der Erstdokumentation steht es Ihnen frei, eine Kopie zu Ihrer Patientenakte zu nehmen.

1 Einschreibung erfolgte wegen

| | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| Einschreibung erfolgte wegen | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Primärtumor | <input checked="" type="checkbox"/> Lokoregionäres Rezidiv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kontralateraler Brustkrebs | <input checked="" type="checkbox"/> Fernmetastasen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Eine Angabe ist erforderlich; genau eine Angabe ist zulässig.

Wie auch bei der Erstdokumentation ist die Notwendigkeit zur Angabe der weiteren Parameter davon abhängig, welche Diagnose zur Einschreibung geführt hat. Tragen Sie daher bitte hier die Diagnose ein, die Sie zur Einschreibung der Patientin in das strukturierte Behandlungsprogramm veranlasst hat.

Sollte die Einschreibung auf Grund des Vorliegens eines histologisch gesicherten **Primärtumors** oder eines **kontralateralen Brustkrebses** erfolgt sein, sind auf der Folgedokumentation nur Angaben zu den **Abschnitten**

- **2 Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses,**
- **3 Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse, und**
- **5.2 Datum der Erstellung**

zwingend erforderlich. Angaben zum Abschnitt 4 "Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung" sind in der Regel nicht notwendig (siehe hierzu auch die Ausführungen im Abschnitt 4).

Sollte die Einschreibung auf Grund des Vorliegens eines **lokoregionären Rezidivs** oder von **Fernmetastasen** erfolgt sein, sind nur die Angaben zu den **Abschnitten 3, 4, und zum „Datum der Erstellung“ (5.2) zwingend erforderlich**. Die Angaben zum Abschnitt 2 sind nicht erforderlich.

2 Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses (entspricht Abschnitt 4 der Erstdokumentation)

Eine Angabe zu diesem Abschnitt ist nur erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt ist und Sie dies in Abschnitt 1 entsprechend dokumentiert haben.

- 2.1 Strahlentherapie
- 2.2 Chemotherapie
- 2.3 Endokrine Therapie
- 2.4 Antikörpertherapie mit Trastuzumab

| Behandlungsstatus nach operativer Therapie Primärtherapie/kontralateraler Brustkrebs | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Strahlentherapie | <input checked="" type="checkbox"/> Geplant | <input checked="" type="checkbox"/> Andauernd | <input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen | <input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet | <input checked="" type="checkbox"/> Keine |
| Chemotherapie | <input checked="" type="checkbox"/> Geplant | <input checked="" type="checkbox"/> Andauernd | <input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen | <input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet | <input checked="" type="checkbox"/> Keine |
| Endokrine Therapie | <input checked="" type="checkbox"/> Geplant | <input checked="" type="checkbox"/> Andauernd | <input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen | <input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet | <input checked="" type="checkbox"/> Keine |
| Antikörpertherapie mit Trastuzumab | <input checked="" type="checkbox"/> Geplant | <input checked="" type="checkbox"/> Andauernd | <input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen | <input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet | <input checked="" type="checkbox"/> Keine |

Eine Angabe je Antwortkomplex ist notwendig; zu jedem Antwortkomplex ist jeweils nur eine Angabe möglich.

Wurde zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch nicht mit einer Strahlen-, Chemo-, Endokrinen- oder Antikörper-Therapie begonnen, ist die Durchführung eines oder mehrerer Therapieansätze aber geplant, geben Sie bitte für die jeweilige Therapie, für die die Durchführung geplant ist, „**Geplant**“ an.

Die Angabe „**Andauernd**“ bezieht sich auf eine bereits begonnene, aber zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch nicht abgeschlossene Therapie.

Als „**Regulär abgeschlossen**“ gilt eine Therapie, wenn alle zuvor geplanten Therapiezyklen abgeschlossen sind.

Wurde eine Therapie vor Abschluss aller zunächst geplanten Therapiezyklen abgeschlossen, geben Sie bitte „**Vorzeitig beendet**“ an.

„**Keine**“ ist anzugeben, wenn die jeweilige Therapie nicht als Therapieoption gewählt wurde.

3 Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind unabhängig von der zur Einschreibung zugrunde gelegten Diagnose immer erforderlich.

Bei Neuauftreten eines histologisch gesicherten kontralateralen Brustkrebses bzw. eines lokoregionären Rezidivs während der Programmteilnahme verlängert sich der Verbleib einer Patientin im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs um weitere 5 ½ Jahre nach histologischer Sicherung. Daher ist es erforderlich, dass Sie hierzu eine **taggenaue** Angabe machen. Eine Patientin mit Fernmetastasen kann zeitlich unbegrenzt im Programm verbleiben.

3.1 Manifestation eines lokoregionären Rezidivs

| | | |
|--|---|---|
| Manifestation lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis) | <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J | oder <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
|--|---|---|

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Sollte bei Ihrer Patientin im Programmverlauf **seit der letzten Dokumentation** ein **lokoregionäres Rezidiv** aufgetreten sein, geben Sie bitte das Datum der histologischen Sicherung an. Es ist dabei eine Angabe des taggenauen Datums erforderlich. In diesem Fall sind in der Folge auch Angaben zu den Ziffern 4.1 und 4.2 des Abschnittes 4 „Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung“ erforderlich.

Sollte seit der letzten Dokumentation kein lokoregionäres Rezidiv histologisch gesichert worden sein, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

3.2 Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses

| | | | | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis) | <input type="checkbox"/> T | <input type="checkbox"/> T | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> J | oder <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| | | | | | | | | | |

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Sollte bei Ihrer Patientin im Programmverlauf **seit der letzten Dokumentation** ein **kontralateraler Brustkrebs** aufgetreten sein, geben Sie bitte das Datum der histologischen Sicherung an. Es ist dabei die Angabe des taggenauen Datums erforderlich. In diesem Falle sind im Weiteren keine Angaben zu Abschnitt 4 notwendig.

Sollte seit der letzten Dokumentation kein kontralateraler Brustkrebs histologisch gesichert worden sein, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

3.3 Manifestation von Fernmetastasen

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung) (Mehrfachnennungen möglich) | <input type="checkbox"/> T | <input type="checkbox"/> T | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> J | oder <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Leber | <input checked="" type="checkbox"/> Lunge | <input checked="" type="checkbox"/> Knochen | <input checked="" type="checkbox"/> Andere | | | | | |

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Sollten bei Ihrer Patientin im Programmverlauf **seit der letzten Dokumentation Fernmetastasen** aufgetreten sein, geben Sie bitte das Datum an, an dem die Diagnose gesichert wurde. Es ist dabei eine Angabe des taggenauen Datums erforderlich. In diesem Fall sind in der Folge auch Angaben zu den Ziffern 4.1 und 4.3 des Abschnittes 4 „Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung“ erforderlich.

Geben Sie bitte weiterhin die Lokalisation der Fernmetastasen an. Sollten bei Ihrer Patientin **Knochenmetastasen** vorliegen und haben Sie diese hier dokumentiert, ist zusätzlich eine Angabe zu Ziffer 4.4 im Abschnitt 4 erforderlich.

Sollten seit der letzten Dokumentation keine Fernmetastasen aufgetreten sein, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

3.4 Lymphödem (entspricht Ziffer 7.1 der Erstdokumentation)

| | | |
|------------------|--|--|
| Lymphödem | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
|------------------|--|--|

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist zulässig.

Geben Sie bitte an, ob bei der Patientin ein Lymphödem besteht. Sollte dies nicht der Fall sein, kreuzen Sie bitte „**Nein**“ an.

4 Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung

Eine Angabe zu diesem Abschnitt ist nur erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines **lokoregionären Rezidivs** oder des Vorliegens von **Fernmetastasen** erfolgt ist oder eine solche **Diagnose** in einer der letzten Dokumentationen festgestellt wurde und Sie dies in Abschnitt 1 („Einschreibung erfolgte wegen“) bzw. 3 („Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse“) entsprechend dokumentiert haben.

Bei Vorliegen eines **lokoregionären Rezidivs** füllen Sie bitte die **Ziffern 4.1 und 4.2** aus.

Bei Vorliegen von **Fernmetastasen** sind die Angaben zu den **Ziffern 4.1, 4.3 und 4.4** verpflichtend.

4.1 Aktueller Behandlungsstatus

| Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/Fernmetastasen) | | | | |
|---|---|---|---|--|
| Aktueller Behandlungsstatus | <input checked="" type="checkbox"/> Vollremission | <input checked="" type="checkbox"/> Teilremission | <input checked="" type="checkbox"/> No change | <input checked="" type="checkbox"/> Progress |

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte den aktuellen Behandlungsstatus des lokoregionären Rezidivs bzw. der Fernmetastasen an. Die Angaben sollen sich immer auf den jüngsten, also aktuellen Befund beziehen.

4.2 Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs (entspricht Ziffer 5.1 der Erstdokumentation)

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs (Mehrfachnennungen möglich) | <input checked="" type="checkbox"/> Präoperativ | <input checked="" type="checkbox"/> Exzision | <input checked="" type="checkbox"/> Mastektomie | <input checked="" type="checkbox"/> Strahlentherapie |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Chemotherapie | <input checked="" type="checkbox"/> Endokrine Therapie | <input checked="" type="checkbox"/> Anderes | <input checked="" type="checkbox"/> Keine |

Wurde Ihre Patientin wegen eines histologisch gesicherten lokoregionären Rezidivs eingeschrieben oder ist ein solches seit der letzten Dokumentation aufgetreten und haben Sie dies entsprechend in Abschnitt 1 bzw. 3 (Ziffer 3.1) dokumentiert, ist hier eine Angabe erforderlich.

Geben Sie bitte an, wie der aktuelle Therapiestatus des Rezidivs ist.

Wenn für Ihre Patientin seit der letzten Dokumentation in Bezug auf das Rezidiv ein operatives Vorgehen geplant, aber bisher nicht durchgeführt wurde, geben Sie bitte „**Präoperativ**“ an. In diesem Fall ist keine Angabe zu Exzision und Mastektomie möglich. Ist bereits eine **Exzision** und/oder **Mastektomie** als operative Therapie durchgeführt worden, geben Sie dies bitte an.

Wurde seit der letzten Dokumentation bereits mit einer **Strahlen-, Chemo- oder Endokrinen Therapie** begonnen oder eine solche abgeschlossen, machen Sie bitte auch hierzu die jeweilige Angabe. Bei allen anderen Vorgehensweisen sowohl operativer als auch konservativer Art geben Sie bitte „**Anderes**“ an.

Wurde bisher mit keiner Therapie begonnen oder ist keine weitere Therapie geplant, geben Sie bitte „**Keine**“ an. In diesem Fall ist keine weitere Angabe möglich. Die übrigen Angaben können miteinander kombiniert werden (Ausnahme: präoperativ mit Exzision bzw. Mastektomie).

4.3 Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie der Fernmetastasen (entspricht Ziffer 6.2 der Erstdokumentation)

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|
| Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie der Fernmetastasen (Mehrfachnennungen möglich) | <input checked="" type="checkbox"/> Operativ | <input checked="" type="checkbox"/> Strahlentherapie | <input checked="" type="checkbox"/> Chemotherapie | <input checked="" type="checkbox"/> Endokrine Therapie | <input checked="" type="checkbox"/> Andere | <input checked="" type="checkbox"/> Keine |
|--|--|--|---|--|--|---|

Eine Angabe zu dieser Ziffer ist nur erforderlich, wenn Ihre Patientin wegen des Vorliegens von **Fernmetastasen** eingeschrieben wurde oder diese seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind und Sie hierzu die entsprechenden Angaben in Abschnitt 1 bzw. 3 (Ziffer 3.3) dokumentiert haben. Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, wie der aktuelle Therapiestatus der Fernmetastasen ist.

Die Angabe „**Operativ**“ bezieht sich dabei auf eine bereits abgeschlossene Therapie, die übrigen Angaben sowohl auf bereits abgeschlossene als auch auf zurzeit noch andauernde Therapien.

Unter „**Operativ**“ sind alle operativen Verfahren zu verstehen, die im Zusammenhang mit der Behandlung der Fernmetastasen angewendet wurden.

Wird zurzeit eine **Strahlen-, Chemo- oder Endokrine Therapie** durchgeführt oder ist diese bereits erfolgt, machen Sie bitte auch hierzu die jeweilige Angabe.

Bei allen anderen Vorgehensweisen geben Sie bitte „**Andere**“ an.

Wurde bisher mit keiner Therapie begonnen oder ist keine weitere Therapie geplant, geben Sie bitte „**Keine**“ an. In diesem Fall ist keine weitere Angabe möglich. Die übrigen Angaben können miteinander kombiniert werden.

Die Bisphosphonat-Therapie ist gesondert unter Ziffer 4.4 zu dokumentieren.

4.4 Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen (entspricht Ziffer 6.3 der Erstdokumentation)

| | | | |
|--|--|--|--|
| Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation |
|--|--|--|--|

Eine Angabe ist nur dann erforderlich, wenn in Ziffer 3.3 die Angabe „**Knochen**“ erfolgt ist. Ist dies nicht der Fall, können die Angaben zu dieser Ziffer frei bleiben.

Die Angaben „**Nein**“ und „**Kontraindikation**“ können gemeinsam angegeben werden.

5 Datum

5.1 Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung (optionales Feld)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung | | | | | | | |
| T | T | . | M | M | . | J | J |
| (optionales Feld) | | | | | | | |

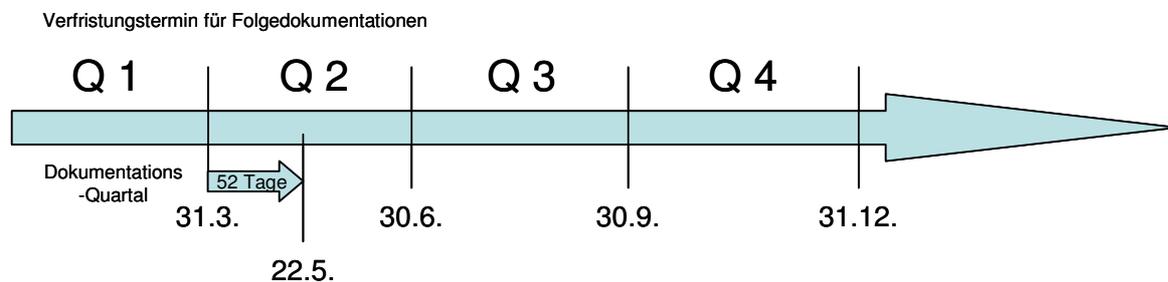
Als „**Geplantes Datum der nächsten Dokumentation**“ gilt der Termin, der im Rahmen der regelmäßigen Dokumentation mit der Patientin vereinbart wird. Er sollte sich am Termin der Nachsorgeuntersuchung orientieren, die in der Regel halbjährlich erfolgen sollte, aber nicht später als zum Ende des übernächsten Quartals liegen darf. Sollten Sie diesen Termin bereits zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung festlegen, können Sie das entsprechende Datum hier eintragen.

5.2 Datum der Erstellung (entspricht Erstdokumentation Abschnitt 8.2)

Für den Verbleib des Versicherten im DMP ist das **Datum relevant**, an dem die Dokumentation **vollständig ausgefüllt** wurde. Daher müssen Sie das Datum eintragen. Die Dokumentation muss **innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes** an die vertraglich vereinbarte Datenstelle übermittelt werden.

Wurde in der zuständigen Stelle festgestellt, dass die Angaben in der Dokumentation an einer oder mehreren Stellen unvollständig oder unplausibel sind, erhalten Sie einen Ausdruck der Dokumentation zurück und werden aufgefordert, diese **zu korrigieren und erneut mit dem aktuellen Datum der Korrektur** zu versehen. Der vollständige und plausible Bogen muss der vertraglich vereinbarten Datenstelle einschließlich der abgeschlossenen Korrektur innerhalb von 52 Tagen **nach Ablauf des Quartals, in dem die Dokumentation erstellt wurde**, vorliegen.

Zur Berechnung des Verfristungstermins bei Folgedokumentationen nachfolgend ein Beispiel:

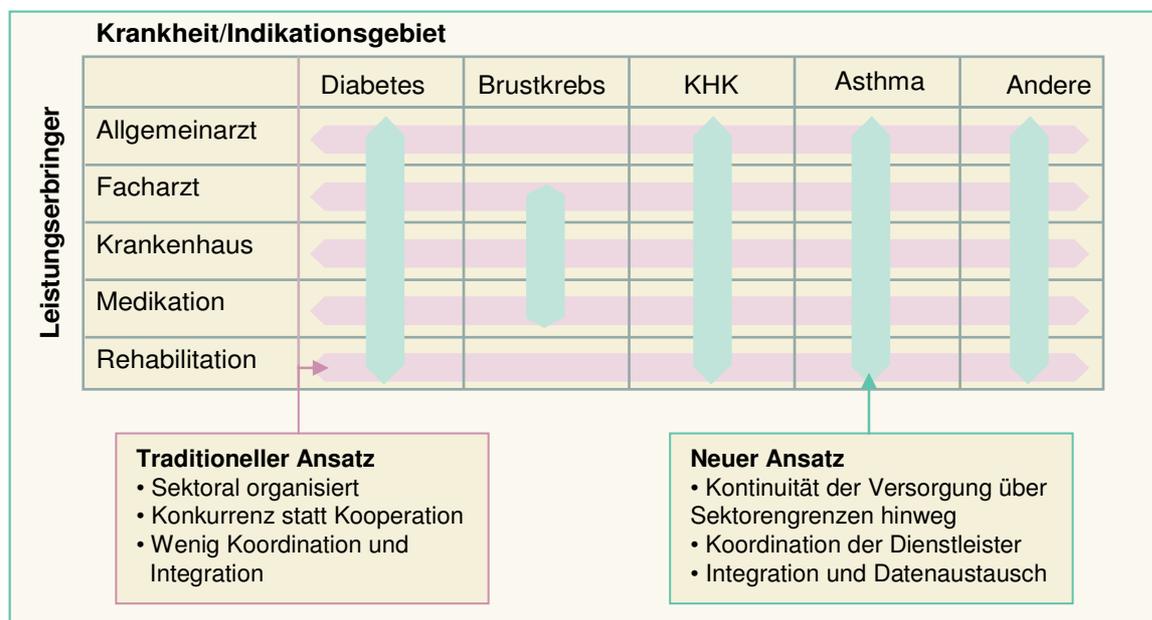


4. Grundlagen zum Disease Management²

4.1 Was bedeutet Disease Management?

Disease Management fasst unterschiedliche Maßnahmen zur optimalen Behandlung eines gesamten Krankheitsbildes zusammen. Es handelt sich dabei um eine Versorgungsform, die sich über Strukturgrenzen hinweg mit der Sekundärprävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation einer Erkrankung mit dem Ziel befasst, durch Integration und Koordination aller an der Behandlung der Erkrankung beteiligten Organisationen eine Verbesserung der Versorgungsqualität unter optimalem Einsatz zur Verfügung stehender Ressourcen zu erreichen (1).

Abbildung 1: Innovativer Ansatz von Disease Management



Quelle: modifiziert aus Szathmary B: Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen (1).

4.2 Welche Bestandteile haben Disease-Management-Programme?

Obwohl es viele verschiedene Möglichkeiten für die Ausgestaltung von Disease-Management-Programmen gibt, basieren sie auf gemeinsamen **Grundzügen**:

1. Fokussierung auf eine **Population** oder Risikogruppe wie z.B. an Brustkrebs erkrankter Frauen anhand von „Einschreibekriterien“;
2. Existenz einer **Wissensbasis**, die stetig aktualisiert werden muss, in der Regel evidenzbasierte Grundlagen mit Angabe von Behandlungszielen;
3. **Strukturregelungen** der Prozesse im Versorgungssystem: Koordination unterschiedlicher Versorger, Definition von Versorgerzuständigkeiten und klare Absprachen innerhalb der Ärzteschaft, Einbeziehung medizinischer Hilfsberufe und der Patienten selbst;
4. **Messung** der Ergebnisse und kontinuierlicher **Verbesserungsprozess**.

² Literatur: Die im Text zitierte Literatur () sowie weitere Literaturhinweise zum Thema DMP finden Sie im Anhang 5.

Weitere wichtige Bestandteile von Disease-Management-Programmen sind praktische Organisationshilfen, die in unterschiedlicher Anzahl und Zusammensetzung kombiniert werden und deren Wirksamkeit im Hinblick auf Verbesserungen von Prozessparametern, wie der periodischen Durchführung empfohlener Untersuchungen, und Ergebnisparametern bereits belegt werden konnten (3-6).

Disease Management eignet sich besonders für Erkrankungen, bei denen die Versorgung durch diagnostische und therapeutische Maßnahmen verbessert werden kann, für die in hochwertigen kontrollierten Studien ein Nutzen nachgewiesen wurde. Dabei stehen besonders diejenigen Erkrankungen im Vordergrund, die durch eine hohe Inzidenz, hohen Betreuungs- und Behandlungsaufwand, eine ausgeprägte Variabilität in Bezug auf medizinische Maßnahmen und Interventionen und die Möglichkeit gekennzeichnet sind, durch eine strukturierte und kontinuierliche Behandlung den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen. Typische und erprobte Beispiele sind Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und bestimmte Tumorleiden wie beispielsweise Brustkrebs.

| DMP-Bestandteil | Vorteil |
|----------------------------------|---|
| Remindersysteme | Erinnerungsfunktion führt zur Einhaltung wichtiger Untersuchungstermine und sichert die Kontinuität der Versorgung |
| Hilfen zu Therapieentscheidungen | <ul style="list-style-type: none"> Evidenzbasierte Leitlinien stellen das aktuell verfügbare Wissen/ „best practice“ zur Verfügung Interdisziplinärer Austausch in Qualitätszirkeln kann ebenfalls eine Entscheidungshilfe darstellen |
| Arzt-Feedback-Berichte | basieren auf der Dokumentation und ermöglichen einen Überblick über den Behandlungsverlauf der eigenen Patienten. Dies ermöglicht, eigene Stärken und Schwächen in der Versorgung der im DMP Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen ausfindig zu machen und daraus Handlungskonsequenzen abzuleiten |
| Optimierte Praxisorganisation | Trennung von akuten und chronischen Versorgungsbereichen; Verteilung der Arbeitsaufgaben und Einbeziehung des Praxispersonals in die Betreuung chronisch Kranker kann zu Arbeitserleichterung und Qualitätsverbesserung führen |

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Arbeit im DMP mit einer Vielzahl von Vorteilen verbunden ist. Nachfolgend werden die wichtigsten Punkte noch einmal dargestellt:

| Gesundheitssystem |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Etablierung evidenzbasierter Handlungsgrundlagen Möglichkeit der Ergebnismessung höhere Kosteneffektivität verbesserte Verteilung der Ressourcen bessere Kooperation unter den Leistungserbringern nahtlose Versorgung |
| Ärzte |
| <ul style="list-style-type: none"> Gelegenheit zu effektiver und gemeinschaftlicher Arbeit in der Praxis Aufbau guter, stabiler Beziehungen zu anderen Akteuren guter Zugang zu evidenzbasierter Information wachsende Professionalität |
| Patienten |
| <ul style="list-style-type: none"> bessere Information Verstärkte Einbeziehung in die Entscheidungsfindung bessere Kontinuität und Konsistenz der Versorgung |

5. Grundlagen zur Evidence-based Medicine (EbM)³

5.1 Was bedeutet evidenzbasierte Medizin?

Der Begriff „evidenzbasierte Medizin (EbM)“ hat sich längst im medizinischen Alltag etabliert und ist fester Bestandteil der einschlägigen Literatur.

Evidenzbasierte Medizin stellt eine Methode dar, individuelle klinische Erfahrung der Ärzte und die Präferenzen der Patienten mit der wissenschaftlichen Evidenz klinisch relevanter Forschungen zu vereinen (1). Ziel ist es, Ärzten und Patienten eine Informationsbasis zur Verfügung zu stellen, die es ihnen ermöglicht, die bestmögliche individuelle diagnostische oder therapeutische Entscheidung zu treffen. David Sackett brachte dies 1998 mit folgenden Worten auf den Punkt: „Die Praxis der evidenzbasierten Medizin bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung [] Mit individueller klinischer Expertise meinen wir das Können und die Urteilskraft, die Ärzte durch ihre Erfahrung und klinische Praxis erwerben.“ (1)

Das ärztliche Handeln wird bestimmt durch praktische Erfahrung, klinische Expertise und das Regelwissen. Für praktisch tätige Ärzte ist es sehr wichtig, Zugang zu validen und objektiven Informationen zu bekommen. Im Zeitalter des Internets wird die Beschaffung relevanter Informationen zwar immer einfacher, es entbindet den Arzt jedoch nicht davon, die erhaltenen Informationen auf ihre klinische Relevanz hin zu beurteilen.

Im Gegensatz zum Regelwissen sind klinische Expertise und praktische ärztliche Intuition inhaltlich weniger begründbar, aber patientennäher und fallbezogener; für den Arzt ist es sicher oft befriedigender, wenn er seine Entscheidungen „aus dem Bauch heraus“ für richtig hält. Das Regelwissen allerdings ist notwendig, da viele Effekte sich aufgrund kleiner Fallzahlen der individuellen Beobachtung entziehen. Es ist allgemeingültiger, aber häufig abstrakt und neigt bei vollständiger Darstellung der bekannten Inhalte und der „weißen Flecken auf der Wissenslandkarte“ dazu, Ärzte und Patienten zu verunsichern.

Einen Ausweg aus diesem Dilemma bietet die Transparenzmethode der „praktischen evidenzbasierten Medizin“, deren Wesen es ist, Informationen in Form evidenzbasierter Reviews als ärztliche Entscheidungsgrundlagen für die praktisch tätigen Ärzte zu liefern. Wesentlich ist dabei eine unbedingte Transparenz, die es jedem ermöglicht, die dargestellten Fakten nachzuvollziehen, zu überprüfen und sie dann in den individuellen Regelwissensbestand zu übernehmen. Der „Experte“ nimmt die Entscheidung nicht vorweg, sondern informiert für jeden nachvollziehbar über das sichere und unsichere externe Regelwissen.

Um zu entscheiden, ob diese Informationen in den Regelwissensbestand übernommen werden sollen und für den konkreten Patienten/die konkrete Patientin von Relevanz sind, müssen sie in drei Stufen anhand folgender Kriterien bewertet werden:

- Validität: Stimmt die Information?
- Wichtigkeit: Ist sie von praktischer klinischer Bedeutung?
- Fallbezug: Ist sie für den konkreten Fall anwendbar?

Die Validität wird beurteilt aufgrund der Art der Fragestellung und der Qualität der Methodik der durchgeführten Untersuchung. Je nach Design der durchgeführten Studie bzw. der Quelle der Information wird die Information in verschiedene Grade der Evidenz eingeteilt. Eine Darstellung der Gradeinteilung von I bis V für die Hierarchie der Studienergebnisse von diagnostischen und therapeutischen Aussagen bietet das Cochrane-Institut:

³ Literatur: Die im Text zitierte Literatur sowie weitere Literaturhinweise zum Thema evidenzbasierte Medizin finden Sie im Anhang 5.

| Stufe | Evidenztyp |
|-------|--|
| I a | wenigstens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger, kontrollierter, randomisierter Studien (RCTs) |
| I b | wenigstens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT |
| II a | wenigstens eine hochwertige Studie ohne Randomisierung |
| II b | wenigstens eine hochwertige Studie eines anderen Typs quasi-experimenteller Studien |
| III | mehr als eine methodisch hochwertige nichtexperimentelle Studie |
| IV | Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung); Expertenkommissionen; beschreibende Studien |

(aus: www.cochrane.de/eb/ebhc.htm, eingesehen am 5.1.2005)

Als **Review** oder systematische Übersichtsarbeit bezeichnet man die systematische Literaturrecherche und -bewertung zu einer vorgegebenen Fragestellung. Entscheidend für die Qualität eines Reviews sind insbesondere die Vollständigkeit der Literaturrecherche sowie die Objektivität bei der Bewertung der einzelnen Studien.

Bei einer **randomisierten kontrollierten Studie** (RCT) werden die Patienten zufällig (randomisiert) entweder der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugeordnet. Somit lassen sich systematische Unterschiede in den Vergleichsgruppen vermeiden. Bekannte, aber auch bisher unbekannte Störgrößen (Confounder) werden zufallsbedingt auf die Gruppen verteilt. Eine RCT ist das Studiendesign der ersten Wahl zur Überprüfung eines Therapieeffektes.

Eine **Studie ohne Randomisierung** beinhaltet ebenfalls eine Interventions- und eine Kontrollgruppe. Die Zuweisung zu den einzelnen Gruppen erfolgt allerdings nicht zufällig.

Als **quasi-experimentelle Studien** werden Kohortenstudien bezeichnet. Hierbei wird eine Gruppe (Kohorte) von Patienten verfolgt. Häufig werden unterschiedliche Kohorten betrachtet, die sich meist dadurch unterscheiden, dass in einer der Kohorten die Patienten eine bestimmte Therapie erhalten oder einen bestimmten Risikofaktor aufweisen und in einer anderen nicht. Die Auswertung bezieht sich auf das Auftreten eines Ereignisses und die Beziehung zwischen der Therapie/dem Risikomarker und dem Ergebnis. Die Therapiezuordnung geschieht hierbei nicht zufällig.

Nicht-experimentelle Studien stellen z.B. Fall-Kontroll-Studien dar. Dieses Studiendesign untersucht retrospektiv Menschen, die ein bestimmtes Ereignis nicht hatten, hinsichtlich des Vorhandenseins von Expositionsfaktoren (Risiko- oder protektive Faktoren). Es wird meist bei seltenen Ereignissen verwendet. (2)

Die Zuverlässigkeit des Wissens nimmt von Stufe I bis V ab. Je höher die Sicherheitsstufe der Aussage, desto wahrscheinlicher wird sich diese Aussage auf die ärztliche Entscheidung auswirken. Eine hohe Sicherheitsstufe bedeutet aber nicht in jedem Fall, dass dieses Wissen auch tatsächlich praxisrelevant ist. Deshalb wird in einem nächsten Schritt die Wichtigkeit valider Studienergebnisse überprüft anhand der

- Art der untersuchten Parameter
- Übertragbarkeit in die medizinische Praxis und
- Größe des Effektes.

Der **Fallbezug** kann nur im direkten Patientenkontakt von dem jeweiligen Arzt überprüft werden. Dieser berücksichtigt unter anderem folgende Aspekte:

- Gelten die Ergebnisse der Studien für diese konkrete Patientin?
- Wie groß ist der Nutzen und der mögliche Schaden für diese Patientin?

- Wie sind die Präferenzen und Wertevorstellungen dieser Patientin?
- Wie ist die Machbarkeit im individuellen Fall?

Zusammengefasst bedeutet dies, dass die externe klinische Evidenz die Informationen nach allgemein akzeptierten Kriterien bewertet (Validität) und die klinische Expertise entscheidet, ob das betreffende Forschungsergebnis für die Praxis relevant (Wichtigkeit) und auf den Patienten anzuwenden ist oder nicht (Fallbezug).

5.2. Welcher Zusammenhang besteht zwischen evidenzbasierter Medizin und Disease-Management-Programmen?

Ein wesentliches Ziel der Disease-Management-Programme besteht darin dazu beizutragen, die medizinische Versorgung von Patienten in Deutschland stärker nach den Kriterien und Methoden der evidenzbasierten Medizin auszurichten und die Patienten aktiv in die Entscheidung mit einzubeziehen. Mangelnde Evidenzbasierung kann zur Fehlversorgung der Patienten führen und die Grundlage für eine suboptimale medizinische Betreuung bilden; verbunden mit einer Verschwendung von finanziellen Mitteln beispielsweise für nicht erwiesenermaßen wirksame Medikamente bzw. Behandlungsverfahren.

Evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen bilden die Basis der medizinischen Anforderungen für die Disease-Management-Programme. Die Formulierung dieser medizinischen Anforderungen erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Diese Versorgungsinhalte stellen das derzeit bestverfügbare Wissen, also die externe Evidenz, dar. In der praktischen Anwendung muss die externe Evidenz durch die klinische Expertise individuell auf die Patientin angepasst werden.

Die Entscheidung, ob eine bestimmte Maßnahme durchgeführt wird oder nicht, obliegt im DMP Brustkrebs somit der Patientin und ihrem Arzt und nicht einem noch so korrekt recherchierten wissenschaftlichen Papier. Patientin und Arzt entscheiden gemeinsam individuell aufgrund einer konkreten Information über die Therapie. Dieses Vorgehen lässt zu, dass die Entscheidung im Einzelfall sehr unterschiedlich aussehen kann. Da sich die Wissenschaft weiterentwickelt, ist verständlich und folglich auch gesetzlich vorgeschrieben, dass diese evidenzbasierten Versorgungsinhalte regelmäßig auf den neuesten wissenschaftlichen Stand aktualisiert werden müssen.

Praxismanual

Eine Arbeitshilfe

für das Disease-Management-Programm

Brustkrebs

Anhang

6. Anhang 1: Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen mit Brustkrebs

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Richtlinienkompetenz für die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach den §§ 137f und g SGB V übertragen. Mit Wirkung vom 19.07.2012 hat der G-BA die Richtlinie zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach §137f Abs. 2 SGB V (DMP-Richtlinie/DMP-RL) verabschiedet.

Im Folgenden haben wir für Sie die Inhalte aus der neuen DMP-Richtlinie dargestellt.

Teil A - Allgemeine Regelungen

§ 1 Gesetzliche Grundlagen und Regelungsgegenstand

(1) Diese Richtlinie regelt in einem ersten Schritt aktualisierte Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V, welche das Bundesministerium für Gesundheit nach der Empfehlung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – „GKV-VStG“) übermittelt bekommen, aber nicht mehr in die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 Nr. 3 SGB V übernommen hat.

(2) ¹Bereits zugelassene Behandlungsprogramme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge sind unverzüglich, spätestens innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten dieser Richtlinie an die Inhalte dieser Richtlinie anzupassen. ²Dies gilt entsprechend für Programme, deren Zulassung bei Inkrafttreten von Änderungen dieser Richtlinie bereits beantragt ist.

(3) Soweit die Regelungen dieser Richtlinie Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

(4) In Teil B dieser Richtlinie wird Näheres zu den Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

Teil B - Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen

I. Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen mit Brustkrebs

Folgende Anforderungen haben die strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen mit Brustkrebs zu erfüllen:

1. Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V)

1.1 Definition des Brustkrebses

¹Beim Brustkrebs handelt es sich um eine von der Brustdrüse ausgehende bösartige Neubildung. ²Dies umfasst auch das duktales Carcinoma in situ (DCIS), das noch nicht infiltrierend in das umgebende Gewebe wächst.

1.2 Diagnostik

Die Diagnose gilt als gestellt nach histologischer Sicherung (siehe Ziffer I 3.2).

1.3 Maßnahmen im Rahmen der Primärtherapie

¹Neben der histologischen Sicherung einschließlich der speziellen pathologischen Diagnostik müssen vor Einleitung der Primärtherapie folgende Untersuchungen abgeschlossen sein:

- die klinische Untersuchung,
- Mammographie in zwei Ebenen,
- Ultraschalldiagnostik.

²Eine perioperative Suche nach Fernmetastasen muss durchgeführt werden, sofern dies für die weitere Therapieplanung von Bedeutung ist. ³Es sind grundsätzlich alle erhobenen diagnostischen Vorbefunde zu nutzen. ⁴Zur definitiven Therapieplanung gehört eine eingehende Überprüfung der vorhandenen und der noch zu erhebenden pathomorphologischen Befunde. ⁵Insbesondere folgende Inhalte der Befundung sind zu fordern:

- Tumortyp,
- metrische Messung der Tumorgöße,
- Lymphangiosis carcinomatosa, Gefäßeinbrüche,
- Multifokalität/Multizentrität,
- Lymphknotenstatus,
- Beurteilung der Schnittränder (Tumorinfiltration, Breite des gesunden Gewebesäumens),
- Ausdehnung des intraduktalen Tumoranteils,
- Differenzierungsgrad (Grading),
- Hormonrezeptor-Status,
- HER2/neu-Status für invasive Karzinome.

1.4 Therapie

1.4.1 Grundsätze der Therapie

¹Vor Beginn der definitiven Therapie muss mit der Patientin ausführlich über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen gesprochen werden. ²Bei den operativen Verfahren müssen organerhaltende und ablative Verfahren, ebenso wie die Möglichkeit der Rekonstruktion, dargestellt werden. ³Der Patientin ist eine angemessene Zeit für die Entscheidungsfindung einzuräumen. ⁴Die Entscheidungsfindung sollte für jeden Behandlungsschritt in Diskussion mit der aufgeklärten Patientin erfolgen. ⁵Die Voraussetzung hierfür ist eine auf die Patientin abgestimmte, neutrale Informationsvermittlung und ein adäquates Eingehen auf ihre psychosoziale Situation und emotionale Befindlichkeit, somit also eine patientenzentrierte Vorgehensweise. ⁶Auf die Möglichkeiten der Unterstützung durch die Selbsthilfe und spezielle Beratungseinrichtungen soll hingewiesen werden, entsprechende Kontaktadressen sollen zur Verfügung gestellt werden. ⁷Die Therapie muss nach individueller Risikoabschätzung unter

Berücksichtigung der medizinisch relevanten Befunde sowie der gesundheits- und krankheitsbezogenen Begleitumstände und der Lebensqualität erfolgen (z.B. Alter, Begleiterkrankungen, psychosoziale Umstände).

⁸Die Behandlung brustkrebserkrankter Patientinnen setzt eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation voraus. ⁹Die Ärztin/Der Arzt informiert die Patientin in den einzelnen Phasen der Behandlung über Nutzen und Risiken der jeweils zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten. ¹⁰Im gesamten Versorgungsprozess sind Maßnahmen der psychosozialen Betreuung zu berücksichtigen.

¹¹Die psychosoziale Betreuung ist an die individuelle Situation (Krankheitsphase, Therapieverfahren etc.) anzupassen. ¹²Hierfür ist im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen ein strukturiertes Unterstützungs- und Beratungsangebot vorzusehen. ¹³Dieses kann insbesondere Maßnahmen zur Information, Beratung sowie – bei entsprechender Indikation – psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen umfassen.

¹⁴Die psychosoziale Betreuung erfordert kommunikative Kompetenzen und eine erhöhte diagnostische Aufmerksamkeit gegenüber psychischen Belastungsreaktionen und psychischen Störungen bei den Patientinnen und deren Angehörigen. ¹⁵Es ist zu prüfen, ob die Patientin einer weitergehenden Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer bedarf.

¹⁶Integraler Bestandteil der Therapie sind die rechtzeitige Versorgung mit Heilmitteln (z.B. Physiotherapie, Lymphdrainage) und Hilfsmitteln (z.B. Perücken, Orthesen) sowie die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen und die Beratung über sozialmedizinische Maßnahmen.

1.4.2 Operative Therapie des Brustkrebses ohne Sonderformen

¹Ziel der operativen Therapie ist die lokale Kontrolle durch vollständige Entfernung des Karzinomherdes bei gleichzeitiger Berücksichtigung des kosmetischen Ergebnisses. ²Die Vollständigkeit der Entfernung ist durch eine histopathologische Untersuchung zu sichern. ³Nach Exstirpation der Läsion muss eine eindeutige topographische Markierung des Gewebestückes erfolgen. ⁴Wenn die Resektionsränder nicht tumorfrei sind (Ziel: R0-Resektion), müssen, wo immer möglich, ergänzende operative (Nachresektion/Ablatio) oder – nach Ablatio – strahlentherapeutische Maßnahmen getroffen werden. ⁵Die operative Therapie des Brustkrebses ist stadienabhängig. ⁶Sie kann sowohl organerhaltend als auch ablativ erfolgen. ⁷Patientinnen mit lokal begrenzten Tumoren sollten in der Regel primär der operativen Therapie zugeführt werden. ⁸Eine primäre systemische Therapie kann durch Reduktion des Tumolvolumens die Wahrscheinlichkeit einer brusterhaltenden Operation erhöhen. ⁹Patientinnen mit einem lokal fortgeschrittenen Brustkrebs (T4-Tumor oder inflammatorischem Brustkrebs, siehe Ziffer I 1.4.6.2) sind nur in begründeten Ausnahmefällen primär operabel und bedürfen einer individuellen präoperativen Therapie, die medikamentöse und/oder strahlen-therapeutische Komponenten enthält.

1.4.2.1 Vorgehen bei nicht tastbarem Befund

¹Ist eine karzinomatöse Läsion nicht tastbar, muss sie durch eine präoperative Markierung lokalisiert und anhand dieser Lokalisation exstirpiert werden. ²Das entnommene Gewebestück ist durch ein der Methodik der Markierung entsprechendes bildgebendes Verfahren zu untersuchen, um die vollständige Exstirpation in Übereinstimmung mit dem präoperativen Befund zu gewährleisten.

1.4.2.2 Brusterhaltende Therapie

¹Patientinnen, bei denen eine brusterhaltende Therapie auf Grund des Befundes in Frage kommt, müssen über diese Möglichkeit informiert werden, da diese in Kombination mit adjuvanter Strahlentherapie identische Überlebensraten wie die Mastektomie erzielt. ²Die brusterhaltende Operation sollte - unter Berücksichtigung der Kontraindikationen - die bevorzugte Operationsmethode sein (siehe Ziffer I 1.4.2.3). ³Bei sehr ungünstigem Tumor-Brustverhältnis und daraus folgender Indikation zur Mastektomie kann auf

Wunsch der Patientin sowie nach eingehender Aufklärung der Patientin eine primär systemische Therapie mit dem Ziel einer brusterhaltenden Operation durchgeführt werden. ⁴Die Tumorgöße, bis zu der eine brusterhaltende Operation durchgeführt werden sollte, ist nicht genau festzulegen. ⁵Neben der Tumorgöße sind bei der Entscheidung, ob eine brusterhaltende Therapie in Frage kommt, insbesondere die Tumorausdehnung, die Relation der Tumorgöße zum Restbrustvolumen und der Wunsch der aufgeklärten Patientin zu berücksichtigen. ⁶Die Resektionsränder sollen bei der histopathologischen Untersuchung frei von Karzinom sein.

1.4.2.3 Modifizierte radikale Mastektomie

Die modifizierte radikale Mastektomie wird immer dann durchgeführt, wenn ein brusterhaltendes Vorgehen nicht möglich ist, insbesondere bei folgenden Indikationen:

- diffuse, ausgedehnte Kalzifikationen vom malignen Typ,
- Multizentrität,
- Inkomplette Entfernung des Tumors (inkl. intraduktale Komponente), auch nach Nachresektion,
- inflammatorisches Mammakarzinom nach Vorbehandlung,
- voraussichtlich nicht zufriedenstellendes kosmetisches Ergebnis bei brusterhaltender Therapie,
- klinische Kontraindikationen zur Nachbestrahlung nach brusterhaltender Therapie, Wunsch der Patientin nach erfolgter angemessener Aufklärung über Risiken und Nutzen der therapeutischen Alternativen.

1.4.2.4 Operative Therapie der Axilla

¹Die Bestimmung des histologischen Nodalstatus (pN-Status) ist Bestandteil der operativen Therapie des invasiven Mammakarzinoms. ²Diese soll in der Regel (bei T1- und T2- Tumoren) mit Hilfe der Sentinel-Lymphknoten-Entfernung erfolgen, für die eine reduzierte Morbidität im Vergleich zur Axilladissektion berichtet wird. ³Bei Kontraindikationen (z.B. Tumorstadium und Multifokalität/-zentrität) gegen die Sentinel-Lymphknoten-Entfernung und bei Karzinom-positiven-Sentinel-Lymphknoten ist dagegen die Bestimmung des histologischen Nodalstatus (pN-Status) durch die konventionelle Lymphknotendisektion mit Entfernung von mindestens 10 Lymphknoten aus Level I und II indiziert. ⁴Auch bei Patientinnen mit klinischem Verdacht auf einen Lymphknotenbefall oder Patientinnen, die eine neoadjuvante Chemotherapie erhalten haben, soll keine Sentinel-Lymphknoten Entfernung durchgeführt werden. ⁵Im Rahmen der Entfernung der Sentinel-Lymphknoten sollen für die Markierung der Sentinel-Lymphknoten radioaktive Tracer (allein oder in Kombination mit Farbstoff) verwendet werden. ⁶Als ergänzende Maßnahme wird die präoperative Durchführung einer Lymphszintigraphie empfohlen.

1.4.2.5 Plastisch rekonstruktive Eingriffe

¹Plastisch-rekonstruktive Eingriffe sind im Rahmen des Primäreingriffes oder zu einem späteren Zeitpunkt möglich. ²Sie sollten der Patientin nach umfassender Information über Behandlungsverfahren und Behandlungseinrichtungen angeboten werden.

1.4.3 Strahlentherapie des Brustkrebses

1.4.3.1 Strahlentherapie nach brusterhaltender Operation

¹Die perkutane Strahlentherapie verbessert die lokale Tumorkontrolle und das Gesamtüberleben. ²Eine homogene Nachbestrahlung des verbliebenen Brustgewebes einschließlich der angrenzenden Thoraxwand ist nach brusterhaltendem operativen Vorgehen grundsätzlich indiziert. ³Eine zusätzliche lokale Dosisaufsättigung (Boost) des Tumorbettes senkt in allen Altersgruppen die lokale Rezidivrate ohne zu einem signifikanten Überlebensvorteil zu führen. ⁴Bei geringem Rezidivrisiko (ältere Patientinnen) soll unter Abwägung der Vor- und Nachteile (Fibrose) über die Durchführung einer Boostbestrahlung entschieden werden.

1.4.3.2 Strahlentherapie nach Mastektomie

¹Eine postoperative Radiotherapie der Thoraxwand senkt das Risiko eines lokoregionären Rezidivs und verbessert das Gesamtüberleben bei Patientinnen mit hohem Lokalrezidivrisiko. ²Sie ist insbesondere bei folgenden Konstellationen indiziert:

- bei Patientinnen mit T3/T4- Tumoren, inklusive inflammatorisches Karzinom,
- bei Befall von vier und mehr axillären Lymphknoten,
- bei inkompletter Tumorentfernung (R1-/R2-Resektion).

³Nach primärer systemischer Therapie soll sich die Indikation zur Radiotherapie nach der prätherapeutischen T- und N-Kategorie, unabhängig vom Ausmaß des Ansprechens auf die primäre systemische Therapie, richten.

1.4.3.3 Strahlentherapie der Lymphabflusswege

¹Die Bestrahlung der supra-/infraklavikulären Lymphknoten wird empfohlen bei:

- Befall von vier und mehr axillären Lymphknoten
- Befall des Level III der Axilla
- Indikation zur Bestrahlung der Axilla

²Bei der individuellen Entscheidungsfindung über eine Bestrahlung der Lymphabflusswege ist zwischen dem Risiko eines lokoregionären Rezidivs und dem Risiko der erhöhten Morbidität abzuwägen. ³In der Regel wird zur Vermeidung von Lymphödemen die Axilla bei negativer Sentinel Node-Biopsie oder nach axillärer Lymphonodektomie (d. h. Level I und II /mindestens 10 Lymphknoten) nicht bestrahlt. ⁴Begründete Ausnahmen hierfür sind:

- Resttumor in der Axilla (R2)
- eindeutiger klinischer Befall oder positiver SN-Status und nicht erfolgte oder unvollständige Axilladisektion.

1.4.4 Systemische adjuvante Therapie (endokrine Therapie, Chemotherapie und Antikörpertherapie)

¹Für alle Patientinnen muss nach individueller Nutzen-Risikoabwägung die Einleitung einer adjuvanten systemischen Therapie geprüft werden. ²Ob und welche adjuvante systemische Therapie begonnen wird, ist nach Aufklärung und Beratung der Patientin insbesondere im Hinblick auf Nutzen und mögliche Nebenwirkungen zu entscheiden. ³Diese sollte durch eine angemessene supportive Therapie (z.B. Antiemese, Versorgung mit Perücken etc.) flankiert werden. ⁴Die Entscheidung über die Notwendigkeit und Art einer adjuvanten Therapie berücksichtigt die Tumorgroße, den Lymphknotenstatus, das Grading, den Hormonrezeptorstatus, den HER2/neu-Status, den Menopausenstatus, weitere Erkrankungen und das Alter als wichtigste Faktoren zur Risikoeinstufung.

⁵Die betroffenen Patientinnen müssen unterschiedlichen Risikogruppen zugeordnet werden. ⁶Zu der Gruppe mit niedrigem Risiko gehören Patientinnen, unabhängig vom Menopausenstatus, die alle der folgenden Bedingungen erfüllen müssen:

- Patientinnen mit 35 Jahren oder älter,
- Tumordurchmesser ≤ 2 cm,
- Grading I,
- positiver Östrogen- und/oder Progesteronrezeptor,
- negativer HER2/neu-Status,
- negativer Lymphknotenstatus.

⁷Alle anderen Patientinnen haben ein erhöhtes Risiko. ⁸Jede Patientin mit positivem Hormonrezeptorstatus soll eine endokrine Therapie erhalten. ⁹Bei Patientinnen mit erhöhtem Risiko und rezeptornegativem Befund sollte eine Chemotherapie in Betracht gezogen werden. ¹⁰Die Chemotherapie muss in ausreichend hoher Dosierung und ausreichend lange erfolgen. ¹¹Bei Patientinnen mit erhöhtem Risiko und rezeptorpositivem Befund ist entweder die alleinige endokrine Therapie oder die Kombination von Chemotherapie mit endokriner Therapie zu erwägen.

¹²Bei Patientinnen mit HER2/neu positiven Tumoren (ab Stadium pT1c und/oder LK Befall) soll eine Behandlung mit Trastuzumab erfolgen. ¹³Wirksame Begleitmaßnahmen, insbesondere eine ausreichende Antiemese, sind Bestandteil der systemischen Therapie.

1.4.5 Primär systemische/neoadjuvante Therapie

¹Die primäre systemische Therapie, weitgehend synonym werden die Begriffe neoadjuvante Therapie oder präoperative Therapie gebraucht, beschreibt die Therapieformen, die nach der gesicherten Diagnose eines Mammakarzinoms vor einer operativen Therapie zur Anwendung kommen. ²Die primäre systemische Therapie ist die Therapie der Wahl bei inflammatorischem Mammakarzinom und weit fortgeschrittenen primär inoperablen Mammakarzinomen, um durch eine Tumorverkleinerung eine Operation mit tumorfreien Resektionsgrenzen erreichen zu können. ³Bei primär resektablen Tumoren, die wegen der Tumorgöße eine Mammaablatio indizieren, kann eine primäre systemische Therapie zur Reduktion des Tumolvolumens eingesetzt werden, um eine brusterhaltende Operation zu ermöglichen.

⁴In Sondersituationen, z.B. bei Kontraindikationen gegen eine operative Therapie, kann die primäre systemische Therapie mit dem Ziel der Tumorkontrolle zum Einsatz kommen. ⁵Zur Therapieauswahl der primär systemischen Therapie sind die gleichen klinischen und pathomorphologischen Befunde zu erheben (klinische Tumorgöße und Lymphknotenstatus, Grading, Hormonrezeptorstatus, HER2/neu-Status, Menopausenstatus, weitere Erkrankungen und das Alter) wie bei der adjuvanten Therapie. ⁶Der Effekt der primär systemischen Therapie ist regelmäßig zu überwachen. ⁷Weitere spezifische Aspekte zur primär systemischen Therapie finden sich auch unter den Ziffern I 1.4.2, I 1.4.2.3 und I 1.4.3.2.

1.4.6 Vorgehen bei Sonderformen des Brustkrebses

1.4.6.1 Duktales Carcinoma in situ (DCIS)

¹DCIS beschreibt eine heterogene Gruppe nicht invasiver, intraduktales, karzinomatöser Gewebsveränderungen unterschiedlicher histologischer Typen mit variierendem malignen Potential und daraus resultierender Heterogenität hinsichtlich Prognose, Rezidivhäufigkeit und Progression der Erkrankung. ²Die Standardbehandlung des DCIS ist die operative Entfernung aller suspekten Herde mit histologischer Bestätigung der vollständigen Resektion. ³Über die Radikalität des operativen Vorgehens ist – in Abhängigkeit von der Risikokonstellation – mit der aufgeklärten Patientin zu entscheiden. ⁴Bei brusterhaltender Therapie des DCIS ist in der Regel eine postoperative Strahlentherapie angezeigt. ⁵Die Vielfalt der klinischen und morphologischen Befunde (u. a. Alter der Patientin, Tumorausdehnung, Tumorgading und Sicherheitsabstand) des DCIS muss bei der Nutzen-/Risikobewertung einer Strahlentherapie berücksichtigt werden. ⁶Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt soll prüfen, ob Patientinnen mit einem hormonrezeptorpositiven DCIS von einer zusätzlichen adjuvanten Tamoxifen-Therapie profitieren können. ⁷Eine Chemotherapie und eine Trastuzumabtherapie sind nicht indiziert.

1.4.6.2 Lokal fortgeschrittener Brustkrebs

¹Essentielle Bestandteile der Therapie des inflammatorischen und/oder primär inoperablen Brustkrebses sind die systemische Therapie, Sekundäroperation und die Strahlentherapie. ²Die therapeutische Sequenz wird durch die individuellen Gegebenheiten festgelegt.

1.4.6.3 Brustkrebs und Multimorbidität

Bei Patientinnen, die wegen Multimorbidität inoperabel sind, sollten mit dem Ziel der lokalen Tumorkontrolle bei Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität andere Behandlungsmöglichkeiten, wie z.B. Strahlentherapie oder endokrine Therapie, ggf. in Kombination, individuell erwogen werden.

1.5 Nachsorge

¹Nach Abschluss der Primärbehandlung, spätestens sechs Monate nach histologischer Sicherung der Diagnose, soll die Nachsorge beginnen. ²Die Nachsorge soll vorzugsweise die physische und psychische Gesundung sowie die psychosoziale Rehabilitation unterstützen und ist nicht nur als Verlaufskontrolle oder Nachbeobachtung der Erkrankung zu verstehen. ³Ein weiteres Ziel der Nachsorge ist das frühzeitige Erkennen eines lokoregionären Rezidivs (siehe Ziffer I 1.6.1) bzw. eines kontralateralen Tumors und das Erkennen von Folgeerscheinungen der Primärtherapie. ⁴Die Nachsorge umfasst mindestens Anamnese, körperliche Untersuchung (einschließlich klinischer Tastuntersuchung der Thoraxwand und sämtlicher Lymphabflusswege) und Aufklärung/Information. ⁵Sie ist symptom- und risikoorientiert zu konzipieren und den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen anzupassen.

⁶Die Nachsorgeuntersuchungen erfolgen in der Regel halbjährlich. ⁷Abhängig von den Erfordernissen der Situation und der psychosozialen Betreuung hat die Patientin jederzeit die Möglichkeit, sich in ärztliche Betreuung zu begeben. ⁸Es sollte in der Regel mindestens einmal jährlich eine Mammographie erfolgen (nach brusterhaltender Therapie beidseits, nach Mastektomie auf der kontralateralen Seite), in bestimmten Fällen können häufigere Kontrollen notwendig werden. ⁹Die Dokumentation erfolgt grundsätzlich jedes zweite Quartal. ¹⁰Abweichend davon können im individuellen Fall kürzere, quartalsweise Abstände gewählt werden.

1.5.1 Psychosoziale Betreuung

¹Die psychosoziale Beratung und Betreuung der Patientinnen soll integraler Bestandteil der Nachsorge sein. ²Ihr ist in diesem Rahmen ausreichend Zeit einzuräumen. ³Hierzu gehört auch die Beratung über die Möglichkeiten der Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur medizinischen Rehabilitation (siehe Ziffer I 1.8). ⁴Die nachsorgende Ärztin/der nachsorgende Arzt soll prüfen, ob die Patientin einer weitergehenden Diagnostik und/oder Behandlung bedarf (z.B. Angststörungen, depressive Störungen). ⁵Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

1.5.2 Körperliche Aktivitäten und Ernährung

¹Körperliche Aktivität und Sport wirken sich positiv auf die Bewältigung des Krankheitserlebens aus. ²Sport und körperliche Aktivität wirken auch dem Fatigue-Syndrom (Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, Zunahme der kognitiven Defizite, Motivationsverlust, Reizbarkeit) entgegen. ³Daher sollte die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt regelmäßig darauf hinweisen, dass die Patientin in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen der körperlichen Aktivität ergreift. ⁴Ob sportliche Aktivitäten die Prognose der Erkrankung beeinflussen, ist nicht mit ausreichender Evidenz geklärt.

⁵Eine gesunde ausgewogene Ernährung ist prinzipiell für jede Patientin empfehlenswert, darüber hinaus gibt es keine ausreichende Evidenz für die Wirksamkeit spezieller Diäten für Patientinnen mit Brustkrebs.

1.6 Diagnostik und Therapie fortgeschrittener Erkrankungen

1.6.1 Lokalrezidive

¹Lokalrezidive sind in vielen Fällen mit Aussicht auf Heilung behandelbar. ²Je früher sie diagnostiziert, histologisch gesichert und behandelt werden, umso besser ist ihre Prognose. ³Daher kommt der Nachsorgeuntersuchung eine besondere Bedeutung zu (siehe Ziffer I 1.5). ⁴Bei Auftreten eines Lokalrezidivs muss im Hinblick auf die Therapieplanung geprüft werden, ob weitere Herde oder eine Fernmetastasierung vorliegen.

1.6.1.1 Therapie des Lokalrezidivs

¹Die Therapie intramammärer Rezidive besteht in der Regel in einer operativen Intervention. ²Die Mastektomie erzielt hierbei die beste Tumorkontrolle. ³Ein Thoraxwandrezidiv ist nach Möglichkeit operativ vollständig zu entfernen. ⁴Bei lokoregionärem Rezidiv nach Mastektomie sollte eine postoperative Bestrahlung durchgeführt werden, sofern es auf Grund der bisherigen Strahlenbelastung vertretbar ist. ⁵Darüber hinaus soll ergänzend die Notwendigkeit und Möglichkeit zusätzlicher Behandlungen (systemische endokrine und/oder chemotherapeutische Behandlungsverfahren) geprüft werden.

1.6.2 Fernmetastasen

Bei Fernmetastasen muss im Hinblick auf eine mögliche therapeutische Konsequenz geprüft werden, welche diagnostischen Maßnahmen zur Erkennung weiterer Herde sinnvoll sind.

1.6.1.2 Therapie bei metastasierten Erkrankungen

¹Bei nachgewiesenen Fernmetastasen steht die Lebensqualität der betroffenen Patientin im Vordergrund der therapeutischen Maßnahmen. ²Diese haben sich darauf auszurichten, eine Lebensverlängerung unter möglichst langem Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit, einer akzeptablen Lebensqualität und Linderung tumorbedingter Beschwerden zu erreichen. ³Die individualisierte Therapiestrategie hat die krankheitsspezifischen Risikofaktoren (viszerale Metastasierung, Knochenmetastasierung, Hirnmetastasierung) sowie die persönliche Situation der Patientin zu beachten. ⁴Zur Therapie einer Fernmetastasierung kommen in Abhängigkeit von der individuellen Befundkonstellation medikamentöse, strahlentherapeutische und operative Maßnahmen allein oder in Kombination zum Einsatz.

⁵Eine endokrine Therapie ist bei positivem Hormonrezeptorstatus zu empfehlen. ⁶Eine Chemotherapie sollte unter Berücksichtigung der individuellen Risikosituation und des Therapieziels in Erwägung gezogen werden, insbesondere bei negativem Rezeptorstatus, Resistenz auf eine endokrine Therapie, schnell progredientem Verlauf, viszeralem Befall und/oder erheblichen Beschwerden. ⁷In diesen Situationen kann eine Chemotherapie trotz ihrer Nebenwirkungen die Lebensqualität erhöhen. ⁸Eine Therapie mit Bisphosphonaten ist bei Patientinnen mit Knochenmetastasen indiziert. ⁹Bei Schmerzen, Frakturgefahr oder drohenden bzw. bereits bestehenden neurologischen Ausfällen in Folge von Knochenmetastasen kann zusätzlich eine lokale Therapie (Strahlentherapie, Operation) indiziert sein. ¹⁰Bei standardisierter immunhistologisch oder molekularbiologisch geprüfter Positivität für HER2/neu besteht die Indikation einer zielgerichteten Therapie gegen HER2/neu. ¹¹Bei der Feststellung von Hirnmetastasen ist eine Strahlentherapie indiziert. ¹²Eine stereotaktisch geführte Strahlentherapie wird bei einer limitierten Hirnmetastasierung in Ergänzung zur Ganzhirnbestrahlung empfohlen. ¹³Bei solitärer Hirnmetastase soll eine Metastasektomie erwogen werden.

¹⁴Das Ansprechen der therapeutischen Verfahren muss in angemessenen Abständen kontrolliert und die geeigneten therapeutischen Konsequenzen müssen ergriffen werden, um im Hinblick auf die oben genannten Therapieziele das Optimum erreichen zu können.

1.7 Palliativmedizinische Maßnahmen

¹Die palliative Therapie als aktive, ganzheitliche Behandlung einer progredienten Erkrankung in weit fortgeschrittenem Stadium zielt in erster Linie auf die Beherrschung von Schmerzen und anderen Krankheitsbeschwerden und umfasst auch krankheitsbedingte psychische und soziale Probleme. ²Sie soll allen Patientinnen mit weit fortgeschrittener Erkrankung angeboten werden. ³Es ist zu prüfen, ob und wann eine ambulante oder stationäre Behandlung und/oder Pflege angebracht ist.

⁴Eine angemessene schmerztherapeutische Versorgung unter Berücksichtigung des Dreistufenschemas der WHO ist zu gewährleisten.

⁵Ziel der Schmerzbehandlung ist eine rasch eintretende und möglichst komplette Schmerzkontrolle. ⁶Das Ansprechen der Therapie ist in angemessenen Abständen zu prüfen und ggf. sind erforderliche Umstellungen der Therapie zeitnah einzuleiten. ⁷Nicht kontrollierbare Schmerzzustände bedürfen einer Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer ggf. innerhalb eines interdisziplinären Teams. ⁸Insbesondere ist eine rechtzeitige und ausreichende Versorgung mit Opiaten zu gewährleisten. ⁹Nebenwirkungen einer Therapie mit Opiaten (z.B. Obstipation) sind frühzeitig in geeigneter Weise zu behandeln. ¹⁰Durch ossärer Metastasierung bedingte Schmerzen werden durch den Einsatz von Bisphosphonaten günstig beeinflusst. ¹¹Ebenso ist der Einsatz einer Strahlentherapie bei Schmerzen durch Knochenmetastasierung zu erwägen.

1.8 Rehabilitation

¹Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms ist individuell zu prüfen, ob eine Patientin von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann. ²Die ambulante oder stationäre Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem brustkrebserkrankte Patientinnen mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen und aufrechtzuerhalten sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. ³Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch die Brustkrebserkrankung vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken.

1.9 Kooperation der Versorgungssektoren

¹Das Behandlungskonzept muss eine interdisziplinäre, professionen- und sektorenübergreifende Betreuung in qualifizierten Einrichtungen mit dem notwendigen logistischen Hintergrund gewährleisten. ²Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein. ³Überweisungserfordernisse müssen in Abhängigkeit vom Krankheitsstadium der Patientin und der jeweiligen fachlichen Qualifikation der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes sowie der regionalen Versorgungsstrukturen geprüft werden.

2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V)⁴

¹Als Grundlage der Qualitätssicherung sind nachvollziehbare und relevante Ziele, die durch die Qualitätssicherung angestrebt werden, zu vereinbaren und zu dokumentieren. ²Hierzu gehören insbesondere die Bereiche:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer I 1.9,
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation nach Ziffer I 5,

⁴ Die in den Sätzen 2 und 7 aufgeführte Qualitätssicherungsmaßnahme der Krankenkasse zur Unterstützung der aktiven Teilnahme der Versicherten ist nicht Voraussetzung für die Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms

- aktive Teilnahme der Versicherten.

³Die Vertragspartner haben dem Bundesversicherungsamt gegenüber nachzuweisen, welche Maßnahmen sie zur Umsetzung der oben genannten Ziele beziehungsweise zur Dokumentation der Qualitätsindikatoren getroffen haben. ⁴Im Sinne des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung vereinbaren die Vertragspartner auf der Grundlage der bereits bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen in den jeweiligen Versorgungssektoren einheitliche Anforderungen an die Qualifikation der beteiligten Leistungserbringer und des medizinischen Personals, an die technische, apparative und gegebenenfalls räumliche Ausstattung sowie an die organisatorischen Voraussetzungen bei diagnostischen und therapeutischen Interventionen.

⁵Im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme sind Maßnahmen vorzusehen, die eine Erreichung der vereinbarten Ziele unterstützen. ⁶Ihr Einsatz kann auf im Behandlungsprogramm zu spezifizierende Gruppen von Patientinnen sowie Leistungserbringern beschränkt werden, die ein ausreichendes Verbesserungspotenzial erwarten lassen.

⁷Hierzu gehören insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information für Leistungserbringer und eingeschriebene Versicherte.

⁸Maßnahmen im Verhältnis zu den Leistungserbringern sind entsprechend zu vereinbaren. ⁹Im Rahmen der Programme sind außerdem strukturierte Verfahren zur besonderen Beratung von Versicherten durch die Krankenkassen oder von ihnen beauftragten Dritten vorzusehen, deren Verlaufsdocumentation Hinweise auf mangelnde Unterstützung des strukturierten Behandlungsprozesses durch die Versicherte enthält. ¹⁰Im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme sind Regelungen zur Auswertung der für die Durchführung der Qualitätssicherung erforderlichen Daten zu treffen. ¹¹Hierbei sind sowohl die bei den Krankenkassen vorliegenden Dokumentationsdaten nach Ziffer I 5 als auch die Leistungsdaten der Krankenkassen einzubeziehen. ¹²Im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme sind wirksame Sanktionen vorzusehen, wenn die Partner der zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme geschlossenen Verträge gegen die im Programm festgelegten Anforderungen verstoßen. ¹³Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen sind regelmäßig öffentlich darzulegen.

¹⁴Ziel ist es, eine gemeinsame Qualitätssicherung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme aufzubauen, um zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu kommen. ¹⁵Die insoweit Zuständigen sind gleichberechtigt zu beteiligen. ¹⁶Bis zur Einführung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gelten die getrennten Zuständigkeiten auch für die strukturierten Behandlungsprogramme.

3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

¹Voraussetzung für die Einschreibung einer Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm zu Brustkrebs ist

- die schriftliche Bestätigung der histologisch gesicherten Diagnose durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt gemäß Ziffer I 1.2,
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und

Nutzung ihrer Daten und

- 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 können und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

²Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahmeerklärung, dass sie im Einzelnen

- die Programm- und Versorgungsziele kennen und an ihrer Erreichung mitwirken werden,
- die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen kennen und unterstützen werden,
- auf die Möglichkeit, eine Liste der verfügbaren Leistungsanbieter zu erhalten, hingewiesen worden sind,
- über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden sind sowie
- über die mit ihrer Teilnahme an dem Programm verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten informiert worden sind, insbesondere über die Möglichkeit einer Übermittlung von Befunddaten an die Krankenkasse zum Zweck der Verarbeitung und Nutzung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

¹Voraussetzung für die Einschreibung ist über die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen nach Ziffer I 3.1 hinaus der histologische Nachweis eines Brustkrebses oder der histologische Nachweis eines lokoregionären Rezidivs oder eine nachgewiesene Fernmetastasierung des histologisch nachgewiesenen Brustkrebses. ²Die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt. ³Das alleinige Vorliegen einer nichtinvasiven lobulären Neoplasie (LCIS) rechtfertigt nicht die Aufnahme in strukturierte Behandlungsprogramme.

⁴Für die Teilnahme gelten folgende Regelungen:

- Die Primärtherapie gilt nach Ablauf von sechs Monaten nach dem histologischen Nachweis des Brustkrebses als beendet.
- Nach fünf Jahren Rezidivfreiheit nach Primärtherapie endet die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm.
- Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere fünfeinhalb Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises möglich.
- Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich. ⁵Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.

4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V)

¹Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme. ²Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. ³Die Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

¹Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. ²Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Management Komponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. ³Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnehmender Leistungserbringer. ⁴Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von entsprechenden Teilnahmenachweisen abhängig machen.

4.2 Patientinneninformationen

¹Es sind geeignete Maßnahmen der Patientinneninformation vorzusehen, die während der gesamten Behandlungskette am individuellen Bedürfnis der Patientin und an den jeweiligen Erfordernissen der Diagnostik, Therapie und Nachsorge auszurichten sind. ²Die Inanspruchnahme ist freiwillig. ³Eine Nicht-Inanspruchnahme führt nicht zum Ausschluss der Patientin aus dem strukturierten Behandlungsprogramm. ⁴Schulungsprogramme (gem. § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V) sind für Patientinnen mit Brustkrebs nicht zielführend.

5. Dokumentation einschließlich der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V)

Die Dokumentation im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen mit Brustkrebs erfolgt nach folgenden Vorgaben: → vgl. hierzu die Ausführungen zur Ausfüllanleitung in den Abschnitte 3.4 bis 3.7.

6. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)

6.1 Allgemeine Anforderungen an die Evaluation

Gemäß § 321 SGB V gelten die bislang in § 28g Abs. 1 – 4 RSAV in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung geregelten Anforderungen an die Evaluation weiter, bis vom Gemeinsamen Bundesausschuss hierzu Anforderungen nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V geregelt werden.

6.2 Krankheitsspezifische Anforderungen an die Evaluation

¹Ergänzend zu den Regelungen nach Ziffer I 6.1 gilt: ²Die einzelnen Patientinnengruppen (Erstmanifestation/Rezidiv) müssen in der Auswertung getrennt betrachtet werden.

7. Anhang 2: Unterlagen im Behandlungsprogramm

7.1 Rahmenvertrag

Lesefassung (In der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013) zum

RAHMENVERTRAG
zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach
§ 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen
auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V
in Verbindung mit der RSAV sowie die diese ersetzenden
oder ergänzenden Richtlinien

zwischen

der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, Bad Homburg,
vertreten durch den Vorstand,

dem BKK Landesverband Hessen, Frankfurt am Main,
vertreten durch den Vorstand,
für die diesem Rahmenvertrag nebst Anlagen beigetretenen Betriebskrankenkassen,

der IKK classic,

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen,

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel,

der Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt am Main,

im Folgenden „die Krankenkassen in Hessen“

mit

dem Koordinations-Krankenhaus des Brust-Kompetenzzentrums:

Krankenhaus Musterklinik

mit Unterstützung des

Berufsverbandes der Frauenärzte e.V.
Landesverband Hessen, 61449 Steinbach/Taunus,
vertreten durch den Vorsitzenden

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 1 von 28

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele des Vertrages

§ 2 Geltungsbereich

Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungsbereichs
(des Brust-Kompetenzzentrums)

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungsbereichs

§ 5 Teilnahmevereinbarung

§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

§ 8 Leistungserbringerverzeichnis

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 10 Grundlagen und Ziele

§ 11 Maßnahmen und Indikatoren

§ 12 Verstoß gegen die Anforderungen des Vertrages

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte

§ 14 Information und Einschreibung der Versicherten

§ 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme

§ 17 Wechsel des DMP-Arztes

Abschnitt VI – Schulungen und Information

§ 18 Leistungserbringer

§ 19 Versicherte

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 2 von 28

Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die teilnehmenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Datenstelle und deren Aufgaben

- § 20 Datenstelle
- § 21 Erst- und Folgedokumentation
- § 22 Datenfluss zur Datenstelle
- § 23 Datenzugang
- § 24 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt VIII – Datenfluss zu den teilnehmenden Krankenkassen und zur Gemeinsamen Einrichtung

- § 25 Datenfluss
- § 26 Datenzugang
- § 27 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

- § 28 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft in Hessen
- § 29 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 30 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung in Hessen
- § 31 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt X – Evaluation

- § 32 Evaluation

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

- § 33 Ärztliche und stationäre Leistungen
- § 34 Vergütung von Koordinations-, Dokumentations- und Kooperationsleistungen im Rahmen von DMP Brustkrebs

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

- § 35 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 36 Laufzeit und Kündigung
- § 37 Schriftform
- § 38 Salvatorische Klausel

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 3 von 28

Übersicht Anlagen

- Anlage 1** Strukturqualität stationäre Einrichtungen
- Anlage 1a** Fragebogen zur Erhebung der Strukturqualität im Krankenhaus
- Anlage 2** Strukturqualität für DMP-Ärzte
- Anlage 3** Strukturqualität für sonstige Leistungserbringer
- Anlage 4a** Teilnahmevereinbarung für Ärzte und Ergänzungserklärung DMP-Arzt
- Anlage 4b** Teilnahmevereinbarung für Kooperations-Krankenhäuser
- Anlage 5** Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation für Versicherte und Patientenmerkblatt
- Anlage 6** Qualitätssicherung
- Anlage 7** Leistungserbringerverzeichnis „Stationäre Einrichtungen/
DMP-Vertragsärzte“
- Anlage 8** Intensivgespräche/Begleitgespräche
- Anlage 9** Vergütung von Koordinations-, Dokumentations- und Kooperationsleistungen im Rahmen von DMP Brustkrebs stationär/ambulant

Erläuterungen

1. Die teilnehmenden Krankenkassen: AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, BKK Landesverband Hessen für die diesem Rahmenvertrag nebst Anlagen beigetretenen Betriebskrankenkassen, IKK classic, den nachfolgend benannten Ersatzkassen: BARMER GEK, Techniker Krankenkasse (TK), DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse – KKH, HEK – Hanseatische Krankenkasse, hkk, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse Kassel, die Knappschaft Regionaldirektion Frankfurt.

2. DMP sind Disease-Management-Programme, d.h. strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V mit der jeweiligen kassenspezifischen Bezeichnung, unter der sie den Versicherten seitens der Krankenkasse vorgestellt werden.

3. Ein Brust-Kompetenzzentrum besteht aus einer stationären Einrichtung gemäß Anlage 1 „*Strukturqualität stationäre Einrichtungen*“, als Koordinationskrankenhaus mit anderen Kooperationskrankenhäusern und assoziierten Ärzten als koordinierende Ärzte und ist für die organisatorische und vertragliche Koordination zuständig, d.h. es stellt unter Einbeziehung der niedergelassenen Ärzten gegenüber den Krankenkassen die ambulante und stationäre Versorgung gemäß den Strukturqualitäten entsprechend §§ 3 bzw. 4 sicher.

4. Koordinations-Krankenhaus ist eine in § 2 Abs. 1 Nr. 1 definierte Einrichtung.

5. Kooperations-Krankenhaus ist eine in § 2 Abs. 1 Nr. 2 definierte Einrichtung.

6. DMP-Krankenhausarzt ist ein in § 3 Abs. 3 Nr. 2 definierter Arzt.

7. Kooperierende Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DMP- Arzt) sind an diesem Programm teilnehmende Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, ermächtigte Ärzte und Medizinische Versorgungseinrichtungen (MVZ) sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.

8. Anstellender Arzt können auch mehrere Ärzte(kann auch eine Betriebsstätte sein), die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt.

9. Assoziierte Krankenhäuser (mit Fachbereichen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Radiologie, diagnostische Radiologie, Pathologie, Strahlentherapie, Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie/Onkologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Bereich gynäkologischer Onkologie, Psychiatrie und Psychotherapie, psychotherapeutische Medizin, psychologische Psychotherapeuten) sind nach § 3 Abs. 3 Nr. 10 und § 4 Abs. 5 Nr. 12 definierte Krankenhäuser. Diese Krankenhäuser sind nicht durch die Abgabe einer Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4b dieses Vertrages an DMP Brustkrebs beteiligt, sondern können nach Bedarf von einem DMP-Arzt- oder Krankenhausarzt zur weiteren Diagnostik oder Therapie der Patientinnen, nach Anlage 3 „*Strukturqualität für sonstige Leistungserbringer*“, in Anspruch genommen werden. Die assoziierten Krankenhäuser erhalten von dem DMP-Arzt -oder Krankenhausarzt eine Information über die Diagnostik und Therapie im Rahmen von DMP, soweit dies erforderlich ist.

10. Assoziierte Ärzte (Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Facharzt für Radiologie, Facharzt für diagnostische Radiologie, Facharzt für Pathologie, Facharzt für Strahlentherapie, Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie/Onkologie, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Bereich gynäkologischer Onkologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, psychologische Psychotherapeuten) sind nach § 3 Abs. 3 Nr. 10 und § 4 Abs. 5 Nr. 12 definierte Ärzte. Diese Ärzte sind

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 5 von 28

nicht durch Abgabe einer Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4a dieses Vertrages an DMP Brustkrebs beteiligt, sondern können nach Bedarf von einem DMP-Arzt -oder Krankenhausarzt zur weiteren Diagnostik oder Therapie der Patientinnen, nach Anlage 3 „Strukturqualität für sonstige Leistungserbringer“, in Anspruch genommen werden. Die assoziierten Ärzte erhalten von dem DMP-Arzt -oder Krankenhausarzt eine Information über die Diagnostik und Therapie im Rahmen von DMP, soweit dies erforderlich ist.

11. RSAV ist die Risikostrukturausgleichsverordnung vom 01.07.2002 in der jeweils gültigen Fassung.

12. DMP-Richtlinie Teil B I. ist der das DMP Brustkrebs betreffende Teil der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. SGB V (DMP-Richtlinie/ DMP-RL)

13. Paragraphen, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.

14. G-BA ist der Gemeinsame Bundesausschuss.

15. Versicherte sind weibliche Versicherte.

16. Gemeinsame Einrichtung ist eine solche i. S. d. §§ 30, 31.

17. Arbeitsgemeinschaft ist eine solche i. S. d. §§ 28, 29.

18. Datenstelle ist eine solche i. S. d. § 20.

19. Dokumentationsdaten sind die in Ziffer 5 der DMP-Richtlinie, Teil B I. aufgeführten Daten.

20. Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen ist die durch die Krankenkassen in Hessen mit der gemeinsamen Umsetzung des DMP Brustkrebs beauftragte Stelle.

Präambel

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung der Frau. Jährlich erkranken etwa 72.000¹ Frauen in Deutschland neu an Brustkrebs. Trotz medizinischer Fortschritte in Diagnostik und Therapie ist die Diagnose Brustkrebs für die Frau eine besondere Belastung und für die Medizin eine Herausforderung.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose von Brustkrebs zeigen, dass durch eine adäquate Betreuung und kompetenten Umgang der Patientinnen mit der Erkrankung der Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Überlebensdauer positiv beeinflusst werden können. Durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Betreuung der Patientinnen sowie eine individuelle Therapie kann die Lebensqualität erhöht werden. Den an Brustkrebs erkrankten Frauen wird besonders durch individuelle Information die Möglichkeit gegeben, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.

Vor diesem Hintergrund schließen die teilnehmenden Krankenkassen mit Krankenhäusern und Ärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe folgenden Vertrag auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V zum Zwecke der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V DMP. Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen des zum 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG). Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Regelungen des GKV-VStG und der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet.

Durch die Einbindung von Krankenhäusern und Ärzten im ambulanten Bereich wird eine sektorübergreifende Versorgung sichergestellt. Voraussetzung für die Teilnahme am DMP Brustkrebs ist die Erfüllung der im folgenden Vertrag geregelten Strukturqualität. Die am Vertrag teilnehmenden Ärzte haben die Aufgabe, eine qualitätsorientierte und sektorübergreifende Begleitung der Patientinnen zu gewährleisten. Krankheits- und Behandlungsablauf werden von den teilnehmenden Ärzten in definierten Abständen dokumentiert, um die Sicherstellung der Versorgungsqualität zu gewährleisten. Dabei unterstützen die teilnehmenden Krankenkassen die aktive Teilnahme der Versicherten am DMP Brustkrebs.

¹ Quelle: Robert-Koch-Institut, „Krebs in Deutschland 2007/2008“, 8. Ausgabe 2012

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Ziel des Vertrages ist es, der Versicherten die aktive Teilnahme am DMP Brustkrebs zu ermöglichen. Angestrebt wird eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Brustkrebs, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen, um die Versorgung der Patientinnen zu optimieren. Krankenhausfachärzte und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe spielen als DMP-Ärzte eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der Disease-Management-Programme.

Die teilnehmenden Krankenhäuser und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sollen ein interdisziplinäres Kompetenzzentrum zur Behandlung von Brustkrebspatientinnen (Brust-Kompetenzzentrum) im Krankenhausversorgungsgebiet bilden. Das rahmenvertragsschließende Krankenhaus übernimmt dabei eine Koordinationsfunktion (Koordinations-Krankenhaus) innerhalb des Brust-Kompetenzzentrums. Damit koordiniert es übergreifende Fragestellungen zum strukturierten Behandlungsprogramm und ist Ansprechpartner für die Krankenkassen.

- (2) Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm und die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und in den Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung festgelegt und sollen durch die Vertragspartner erreicht werden.
1. Die Patientinnen, bezogen auf ihren Krankheitsfall und unter angemessener Berücksichtigung ihres Lebensumfeldes, während des Behandlungsprozesses zu begleiten und sie durch gezielte, patientinnenorientierte, neutrale sowie qualitativ gesicherte Informationen aufzuklären. Dabei sollen sie über Nutzen und Risiken der Behandlungsmöglichkeit informiert werden. Die Informationen sollen die Patientinnen in die Lage versetzen, selbst stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.
 2. Verbesserung und Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität der Patientinnen.
 3. Die Einhaltung des operativen Standards, insbesondere im Hinblick auf eine nachhaltige Senkung der Anzahl der Brustamputationen durch Erhöhung des Anteils brusterhaltender Operationen.
 4. Die Einhaltung der Standards der adjuvanten Therapie durch Anwendung der in § 9 dieses Vertrages 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, um Lokalrezidive bzw. kontralaterale Tumore sowie Folgeerscheinungen der Primärtherapie frühzeitig zu erkennen.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für ein Brust-Kompetenzzentrum, das sich aus den folgenden Leistungserbringern zusammensetzt:
1. einem Krankenhaus, das in der Region Hessen tätig ist und die Strukturqualität der Anlage 1 dieses Vertrags erfüllt, eine Koordinationsfunktion innerhalb des Brust-Kompetenzzentrums für Krankenhäuser und Vertragsärzte nach Nr. 2 und 3 dieses Absatzes übernimmt und diesen Rahmenvertrag mit den teilnehmenden Krankenkassen geschlossen hat (**Koordinations-Krankenhaus**).

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 8 von 28

2. Krankenhäusern, die in der Region Hessen tätig sind, die Strukturqualität der Anlage 1 erfüllen und eine Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4b dieses Vertrages geschlossen haben (**Kooperations-Krankenhaus**).
 3. Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die in der Region Hessen tätig sind, die Strukturqualität - persönlich oder durch angestellte Ärzte - der Anlage 2 erfüllen und eine Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4a dieses Vertrages geschlossen haben (**DMP-Arzt**).
- (2) Diese Vereinbarung gilt für:
- a) die Behandlung von Versicherten der beteiligten Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben oder
 - b) die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch eine teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums darüber informiert wurden.
 - c) Dem Vertrag können weitere Krankenkassen beitreten, sofern sie gegenüber den teilnehmenden Krankenkassen erklären, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß §§ 33 und 34 anerkennen. Der Ausgleich erfolgt zwischen den Krankenkassen.
- (3) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der §§ 72, 75 SGB V bleibt unberührt.
- (4) Grundlage dieses Vertrags ist die RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt II -Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungsbereichs (des Brust-Kompetenzzentrums)

- (1) Die Teilnahme der stationären Einrichtungen an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Die stationären Einrichtungen eines Brust-Kompetenzzentrums (Koordinations- und Kooperations-Krankenhäuser) haben die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 „*Strukturqualität stationäre Einrichtungen*“ (Regelungen zur fachlichen, personellen und insbesondere zur interdisziplinären Zusammenarbeit) zu erfüllen. Sie stellen für die Dauer der Programmteilnahme die Strukturqualität gemäß oben genannter Anlage sicher. Zur Feststellung der Strukturqualitätsvoraussetzungen nach § 6 füllt die stationäre Einrichtung den Fragebogen der Anlage 1a aus und legt ihn den teilnehmenden Krankenkassen zur Prüfung und Genehmigung zur Teilnahme vor. Dieser Fragebogen wird erneut alle drei Jahre von der stationären Einrichtung ausgefüllt und an die von den teilnehmenden Krankenkassen benannte Stelle (Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen) übersandt.
- (3) Zu den Aufgaben der stationären Einrichtungen eines Brust-Kompetenzzentrums (Koordinations- und Kooperations-Krankenhäuser) gehören insbesondere:
 1. die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte, insbesondere die Beratung der Versicherten über die Möglichkeit eines zweiseitigen Vorgehens unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Versicherten,
 2. die Benennung eines DMP-Krankenhausarztes sowie dessen Vertreter, der die DMP-Aufgaben innerhalb der stationären Einrichtung delegieren kann. Er ist Ansprechpartner für die in dieser stationären Einrichtung behandelten DMP-

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 9 von 28

Patientinnen und die teilnehmenden Krankenkassen. Der DMP-Krankenhausarzt ist weiterhin für die Koordination der stationären Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, unter Beachtung der nach § 9 des Vertrages geregelten Versorgungsinhalte verantwortlich. Er ist verpflichtet, die vollständige und plausible Dokumentation und die fristgerechte Weiterleitung der Daten gemäß Nr. 9 dieses Paragrafen sicherzustellen,

3. die Durchführung eines intensivierten Beratungsgesprächs, unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Versicherten, zwischen der histologischen Sicherung der Diagnose und der operativen Therapie, insbesondere im Hinblick auf die Darstellung der Vor- bzw. Nachteile und Risiken der unterschiedlichen Operationsverfahren sowie eines Beratungsgesprächs nach operativer Therapie im Hinblick auf die adjuvante Therapie,
 4. Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen unter Berücksichtigung des Abschnitts VII und VIII dieses Vertrages,
 5. die Beratung der Versicherten im Hinblick auf die Notwendigkeit der Auswahl eines nachbehandelnden DMP-Arzt nach § 4 Abs. 2, soweit die Versicherte nicht bereits vor dem stationären Aufenthalt von einem entsprechenden Arzt betreut wurde,
 6. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 7. die interdisziplinäre Zusammenarbeit entsprechend der Anlage 1 *„Strukturqualität stationäre Einrichtungen“*, sowie die sektorübergreifende Zusammenarbeit gemäß dem Grundsatz *„soviel stationär wie nötig, soviel ambulant wie möglich“*,
 8. bei einer ambulanten Therapie/ Nachsorge die Rücküberweisung der Versicherten an den mit dem Krankenhaus ambulant kooperierenden, koordinierenden Arzt unter zeitnaher Weitergabe (spätestens eine Woche nach der Entlassung) therapierelevanter Informationen,
 9. die zeitnahe Übermittlung (spätestens eine Woche nach der Entlassung) der zur Erstellung der Dokumentation gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. notwendigen Dokumentationsdaten sowie die Information über die bereits weitergeleiteten Unterlagen gemäß § 15 an den DMP-Arzt nach § 4 entsprechend der Festlegung in Anlage 1 *„Strukturqualität stationäre Einrichtungen“*,
 10. die Inanspruchnahme assoziierter Ärzte und Krankenhäuser unter Berücksichtigung der Anlage 3 *„Strukturqualität für sonstige Leistungserbringer“*, zur weiterführenden Diagnostik und Therapie, sowie Übermittlung und Einforderung therapierelevanter Informationen von diesen Leistungserbringern,
 11. gegebenenfalls Erinnerung der Patientin an Nachuntersuchungstermine in Kooperation mit den teilnehmenden Krankenkassen, soweit die ambulante Therapie/Nachsorge im eigenen Hause durchgeführt wird.
- (4) Das Koordinations-Krankenhaus verpflichtet sich über den Abs. 3 hinaus, die folgenden Aufgaben innerhalb des Brust-Kompetenzzentrums zu übernehmen:
1. Koordination übergreifender Fragestellungen zum strukturierten Behandlungsprogramm innerhalb des Brust-Kompetenzzentrums
 2. Ansprechpartner für die Krankenkassen
 3. Initiierung von regelmäßigen Tumorkonferenzen/Qualitätszirkeln gemäß der Anlage 1 *„Strukturqualität stationäre Einrichtungen“* mit allen Teilnehmern des Brust-Kompetenzzentrums, sowie Erstellung eines Protokolls und einer von den Teilneh-

mern unterzeichneten Teilnehmerliste zur Weiterleitung an die Kopfstelle DMP Brustkrebs/Hessen.

- (5) Die Koordinations-Krankenhäuser verpflichten sich, einen Beauftragten des Brust-Kompetenzzentrums für die Arbeitsgemeinschaft nach § 28 und für die Gemeinsame Einrichtung nach § 30 zu benennen. Von den Beauftragten der Brust-Kompetenzzentren werden die zwei stimmberechtigten Vertreter für die Arbeitsgemeinschaft und Gemeinsame Einrichtung einvernehmlich gewählt.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungsbereichs

- (1) Die Teilnahme der DMP-Ärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden DMP-Ärzte und zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 „Strukturqualität für DMP-Ärzte“ - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 „Strukturqualität für DMP-Ärzte“ können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.
- (3) Die Strukturqualität muss zu Beginn der Teilnahme des Arztes gegenüber der Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen durch Unterschrift auf der Anlage 4a „Teilnahmevereinbarung für Ärzte und Ergänzungserklärung DMP-Arzt“ nachgewiesen werden. 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 der Unterschrift auf der Teilnahmevereinbarung nach § 5 (Teilnahmevereinbarung für Ärzte und Kooperations-Krankenhäuser) erklärt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums gegenüber den teilnehmenden Krankenkassen, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) 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 Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der Kopfstelle DMP Brustkrebs vom anstellenden Arzt bzw. vom Medizinischen Versorgungszentrum unverzüglich mit der Hilfe des in der Anlage 4a beige-fügten Formulars („Ergänzungserklärung DMP-Arzt“) mitgeteilt.
- (5) Zu den Pflichten der DMP-Ärzte gehören insbesondere:
1. die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 2. dass sie Ansprechpartner im ambulanten Bereich für die von ihnen behandelten DMP-Patientinnen und die teilnehmenden Krankenkassen sind. Der DMP-Arzt ist weiterhin für die Koordination der ambulanten Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln nach Ziffer 1.9 der DMP-Richtlinie Teil B I. verantwortlich,
 3. die Durchführung von intensivierten Patientinnengesprächen nach Abschnitt III,
 4. der Hinweis an die Versicherte zur Anforderung von weiteren Informationen zum Thema „Brustkrebs“ bei ihrer jeweiligen Krankenkasse,
 5. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen (Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie Dokumentationen entsprechend der Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. nach den Abschnitten VII und VIII dieses Vertrages),

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 11 von 28

6. die vollständige Dokumentation entsprechend der Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. (Erst- und Folgedokumentation); soweit diese nicht ausreichend ausgefüllt weitergeleitet wurde, die nachträgliche Ergänzung fehlender Parameter auf Anforderung,
 7. die Beachtung der Qualitätsziele nach §§ 10 ff. einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 8. die sektorübergreifende Zusammenarbeit mit Koordinations- und Kooperations-Krankenhäusern gemäß § 3, nach dem Grundsatz „soviel stationär wie nötig, soviel ambulant wie möglich“,
 9. die stationäre Einweisung unter Berücksichtigung der individuellen Patientinneninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur, in ein Koordinations- oder Kooperations-Krankenhaus, das im Rahmen des § 3 dieses Vertrages teilnimmt,
 10. die Beratung der Versicherten im Hinblick auf die Notwendigkeit der Auswahl eines am DMP teilnehmenden Krankenhauses nach § 3 soweit die Versicherte zunächst nicht von einem entsprechenden Krankenhaus betreut wurde,
 11. die Prüfung, ob die Patientin von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann,
 12. sofern erforderlich, die Inanspruchnahme assoziierter Ärzte und Krankenhäuser unter Berücksichtigung der Anlage 3 „Strukturqualität für sonstige Leistungserbringer“ zur weiterführenden Diagnostik und Therapie,
 13. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 9 zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
 - die Befunddaten inklusive des histologisch gesicherten Befundes (soweit im ambulanten Bereich möglich) an die stationäre Einrichtung, weiterzuleiten,
 14. gegebenenfalls Erinnerung der Patientin an Nachuntersuchungstermine in Kooperation mit den teilnehmenden Krankenkassen, soweit die ambulante Therapie/Nachsorge selbst vom DMP-Arzt durchgeführt wird.
- (6) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 – 14 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

§ 5

Teilnahmevereinbarung

- (1) Kooperierende Krankenhäuser gemäß § 3 und Ärzte gemäß § 4 erklären sich schriftlich mit der Teilnahmevereinbarung gemäß Anlage 4a/4b „Teilnahmevereinbarung für Ärzte/Kooperations-Krankenhäuser“ gegenüber dem Koordinationskrankenhaus zur Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs bereit. Das Koordinationskrankenhaus leitet die Teilnahmeerklärung an die Kopfstelle DMP Brustkrebs/Hessen weiter.
- (2) Der koordinierende Arzt/die kooperierende stationäre Einrichtung genehmigt mit seiner/ihrer Unterschrift auf dieser Erklärung den von der Arbeitsgemeinschaft nach § 28 ohne Vollmacht in Vertretung für ihn/sie mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag.
- (3) Wird die Teilnahme des Arztes bzw. des zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstel-

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 12 von 28

lenden Medizinischen Versorgungszentrums auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 4a beigefügtem Formular („Ergänzungserklärung DMP-Arzt“) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die Kopfstelle DMP-Brustkrebs in Hessen kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.

- (4) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätte (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.
- (5) Das Koordinations-Krankenhaus ist verpflichtet, interessierten Krankenhäusern und Ärzten die Teilnahme an diesem Vertrag zu ermöglichen, wenn diese die Strukturqualität nach Anlage 1 „Strukturqualität stationäre Einrichtungen“ und Anlage 2 „Strukturqualität für DMP-Ärzte“ erfüllen.
- (6) Jedes Kooperations-Krankenhaus ist verpflichtet, sich ein Koordinations-Krankenhaus, in der Regel im gleichen Krankenhausversorgungsgebiet, zu suchen.
- (7) Die DMP-Ärzte haben die Möglichkeit, sich mehreren Brust-Kompetenzzentren, in der Regel im gleichen Krankenhausversorgungsgebiet, anzuschließen.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Das Vorliegen der Voraussetzungen für die Teilnahme der Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums am DMP, insbesondere der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 und 2 des Vertrages, prüft die Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen als Vertreter der teilnehmenden Krankenkassen anhand des Fragebogens zur Strukturqualität nach Anlage 1a und der Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4b. Die teilnehmenden Krankenkassen gemeinsam sind dabei frei in der Wahl ihrer Vertragspartner beim Abschluss weiterer gleichlautender Rahmenverträge unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungs- und Vertragssituation.
- (2) Zur Durchführung von Stichprobenprüfungen zur Strukturqualität können die teilnehmenden Krankenkassen über die Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen, den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) beauftragen.
- (3) Besteht der Verdacht, dass trotz Bestätigung der Strukturqualität eines Vertragspartners, die Anforderungen nicht erfüllt werden, kann die Gemeinsame Einrichtung eine Prüfung durch die Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen verlangen.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Koordinations-Krankenhauses am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der gemeinsamen Genehmigung der teilnehmenden Krankenkassen nach Prüfung der Strukturqualitätskriterien, mit der Unterschrift dieses Rahmenvertrages.
- (2) Die Teilnahme der Kooperations-Krankenhäuser sowie der DMP-Ärzte am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der gemeinsamen Genehmigung der teilnehmenden Krankenkassen mit dem Tag des Eingangs der Teilnahmevereinbarung nach Anlage 4a/b bei der Kopfstelle. Die Teilnahme wird schriftlich durch die Krankenkassen in Hessen bestätigt.
- (3) Für den Fall der Uneinigkeit über die Einbindung eines Vertragspartners unter den teilnehmenden Krankenkassen verständigen sich diese über das weitere Vorgehen.

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 13 von 28

- (4) Die Teilnahme endet beim Verstoß gegen die Ziele dieses DMP's. Hier gelten die Regelungen des § 12.
- (5) Endet die Teilnahme eines Leistungserbringers an diesem Vertrag nach § 12 sowie § 36, können die teilnehmenden Krankenkassen, die hiervon betroffenen Versicherten auf weitere teilnehmende Leistungserbringer aufmerksam machen, um ihnen den Wechsel des DMP-Arztes zu ermöglichen. Das Koordinations-Krankenhaus hat das Ausscheiden eines kooperierenden Leistungserbringers an die Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen zu melden.
- (6) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der Anlage 4a beigefügten Formular („Ergänzungserklärung DMP-Arzt“).
- (7) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 2 „Strukturqualität für DMP-Ärzte“ näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß § 4 und über die teilnehmenden Krankenhäuser gemäß § 3 führen die teilnehmenden Krankenkassen in Hessen entsprechend der Anlage 7 „Leistungserbringerverzeichnis Stationäre Einrichtungen/DMP-Vertragsärzte“ ein Verzeichnis, welches im Falle von Änderungen von der Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen übermittelt wird. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.
- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis wird von den Krankenkassen in Hessen dem Bundesversicherungsamt (BVA) beim Antrag auf Zulassung vorgelegt. Bei einer unbefristeten Zulassung ist dieses dem BVA alle 5 Jahre (und auf Anforderung der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (4) Das Leistungserbringerverzeichnis wird zudem zur Verfügung gestellt:
 - a) den am Vertrag teilnehmenden Ärzten/stationären Einrichtungen auf Anforderung,
 - b) bei Bedarf den teilnehmenden, bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen in Hessen, insbesondere bei Neueinschreibung,
 - c) der Datenstelle nach § 20,
 - d) weiteren Krankenkassen nach § 2 Abs. 2c.
- (5) Die Inhalte des Leistungserbringerverzeichnisses können zudem gesondert veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4a/b „Teilnahmeerklärung Ärzte/ für Kooperationskrankenhäuser“ erteilt.

Abschnitt III - Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs

- (1) Die Medizinischen Anforderungen an das DMP sind in der Ziffer 1 der DMP-Richtlinie Teil B I. in der jeweils gültigen Fassung definiert. Die Teilnehmer verpflichten sich, diese Versorgungsinhalte zu beachten.
- (2) Die Anforderungen an die Behandlung nach Ziffer 1 der DMP-Richtlinie Teil B I. gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der Ziffer 1 der DMP-Richtlinie Teil B I. unverzüglich über die unmittelbar nach Satz 1 eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung zu unterrichten. Bei einer Änderung der o. g. DMP-Richtlinie Teil B I. verpflichtet sich das Krankenhaus, die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen.
- (3) Der zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlungsspielraum wird dadurch nicht eingeschränkt.
- (4) Die Aufklärung der Patientin im Sinne der Ziffer 4.2 der DMP-Richtlinie Teil B I. erfolgt über zielgerichtete Patientinneninformationen. Als Grundlage dienen die nachstehend beschriebenen Informationsbausteine, welche schwerpunktmäßig folgende Bereiche umfassen:
 - a) Informationen über weitere qualitätsgesicherte diagnostische Schritte, qualitätsgesicherte Behandlungsmaßnahmen und einzelfallbezogen in Betracht kommende Behandlungsalternativen,
 - b) Informationen über die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer, 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 durchzuführenden Gespräche ergeben sich aus der Anlage 8 „Intensivgespräche/Begleitgespräche“

- (5) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Brustkrebs auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt IV - Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

- (1) Die Grundlage der Qualitätssicherung bilden die Ziffer 2 der DMP-Richtlinie Teil B I. und die in Anlage 6 „Qualitätssicherung“ aufgelisteten Ziele. Hierzu gehören insbesondere:
 1. Einhaltung der Anforderungen gemäß §137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (einschließlich Therapieempfehlungen),
 2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
 3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren gemäß der Ziffer 1.9 der DMP-Richtlinie Teil B I. in der jeweils gültigen Fassung,

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 15 von 28

4. Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität, gemäß den §§ 3 und 4,
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen nach Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I.,
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Für den Bereich des Landes Hessen wird die ärztliche Qualitätssicherung von der Gemeinsamen Einrichtung nach § 30 durchgeführt.
- (2) Zur Sicherstellung der arztbezogenen Qualitätssicherung, die die Gemeinsame Einrichtung durchführt, zählen die folgenden Maßnahmen:
 - strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein.
- (3) Zu den Maßnahmen zur Sicherstellung der versichertenbezogenen Qualitätsziele, die die einzelnen teilnehmenden Krankenkassen durchführen, zählen die folgenden:
 - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Leistungserbringer,
 - die Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

Die Krankenkassen führen aufgrund der besonderen psychischen Belastung der an Brustkrebs erkrankten Versicherten keine individuelle Beratung der eingeschriebenen Versicherten auf der Grundlage der versichertenbezogenen Datensätze gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. durch. Vor der aktiven Ansprache der Versicherten seitens der teilnehmenden Krankenkassen erfolgt eine Rücksprache mit dem DMP-Arzt, ob eine Kontaktaufnahme aufgrund des Gesundheitszustandes der Patientin für unbedenklich gehalten wird. Sollte eine individuelle Beratung auf Wunsch der Versicherten erfolgen, wird der koordinierende Arzt hierüber informiert, wenn die Versicherte dem zustimmt.

- (4) Zur Auswertung werden die in Anlage 6 „Qualitätssicherung“ fixierten diagnosespezifischen Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen und den Leistungsdaten der Krankenkassen ergeben.
- (5) Die durchgeführten Qualitätsmaßnahmen sind in geeigneter Weise z.B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, in der Fachpresse, regelmäßig öffentlich dazulegen.

§ 12

Verstoß gegen die Anforderungen des Vertrages

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms werden wirksame Maßnahmen vereinbart, die dann greifen, wenn die mit der Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms beauftragten Leistungserbringer (Koordinations-Krankenhaus, Kooperations-Krankenhaus bzw. die DMP-Ärzte) gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.
- (2) Verstoßen die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer (Koordinations-Krankenhaus, Kooperations-Krankenhäuser bzw. die DMP-Ärzte) gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 16 von 28

1. Aufforderung durch die Kopfstelle DMP-Brustkrebs in Hessen als Vertreter der teilnehmenden Krankenkassen des Vertrages, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z.B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
 2. keine Vergütung durch die teilnehmenden Krankenkassen für unvollständige/unplausible/verspätete Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung,
 3. zeitweise Kündigung (Aussetzung der Rechte und Pflichten der Leistungserbringer) des Vertrages durch die Kopfstelle DMP-Brustkrebs in Hessen als Vertreter der teilnehmenden Krankenkassen, (z.B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte der Ziffer 1 der DMP-Richtlinie Teil B I.) nach mehrheitlichem Beschluss der Gemeinsamen Einrichtung,
 4. schriftliche, fristlose Kündigung des Vertrages durch die Kopfstelle DMP-Brustkrebs in Hessen als Vertreter der teilnehmenden Krankenkassen, (z.B. bei andauernder Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte gemäß Ziffer 1 der DMP-Richtlinie Teil B I., kein Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen, bei bewusst falscher Dokumentation etc.) nach mehrheitlichem Beschluss der Gemeinsamen Einrichtung,
 5. schriftliche, fristlose Kündigung des Vertrages durch die Kopfstelle DMP-Brustkrebs in Hessen als Vertreter der teilnehmenden Krankenkassen, wenn die Leistungserbringer die Strukturqualität gem. den Anlagen 1 und 2 „Strukturqualität stationäre Einrichtungen/Strukturqualität für DMP-Ärzte“ nicht mehr erfüllen. Zu beachten ist insbesondere auch § 6 Abs. 3.
- (3) Die teilnehmenden Krankenkassen und die Leistungserbringer des Brust-Kompetenz-zentrums verpflichten sich, Vertragsverstöße ihrer Vertragspartner gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.

Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien gemäß Ziffer 3 der DMP-Richtlinie Teil B I. erfüllt sind:
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und
 - die Diagnose des Mammakarzinoms ist gemäß Ziffer 1.2 der DMP-Richtlinie Teil B I. histologisch gesichert und schriftlich durch den behandelnden Arzt bestätigt,
 - die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte gemäß Ziffer 4.2 der DMP-Richtlinie Teil B I., 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 können und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat,
 - als spezielle Regelung für die Einschreibung gilt der histologische Nachweis eines Mammakarzinoms oder der histologische Nachweis eines lokoregionären Rezidivs oder

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 17 von 28

eine nachgewiesene Fernmetastasierung des histologisch nachgewiesenen Brustkrebses. Die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt. Das alleinige Vorliegen einer nichtinvasiven lobulären Neoplasie rechtfertigt nicht die Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm.

- Die Primärtherapie gilt nach Ablauf von sechs Monaten nach dem histologischen Nachweis des Brustkrebses als beendet. Nach fünf Jahren Rezidivfreiheit nach Primärtherapie endet die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere fünfeneinhalb Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises möglich. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am DMP ein, ist eine Neueinschreibung möglich.
 - Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.
- (2) Patientinnen mit bereits gesichertem histopathologischem Nachweis eines Mammakarzinoms aus einem zurückliegenden Zeitraum von max. fünf Jahren nach Abschluss der Primärtherapie können auch an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmen. Dies gilt ebenfalls für Patientinnen mit klinischer Rezidivdiagnose.
- (3) Die Teilnahme schränkt die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) nicht ein.

§ 14

Information und Einschreibung der Versicherten

- (1) Der Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums nach §§ 3 bzw. 4 informiert die Versicherte mit dem dringenden Verdacht auf Brustkrebs (nach Mammographie; ggf. Sonographie) darüber, dass sie bei der jeweiligen Krankenkasse Informationsmaterial zum Thema Brustkrebs anfordern kann. Zur Vereinfachung unterschreibt die Versicherte bei Bedarf das Anforderungsformular und der koordinierende Arzt leitet dieses ggf. unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse weiter.
- (2) Die am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, die Datenschutzinformation und das Patientinnenmerkblatt entsprechend der Anlage 5 über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß der RSAV und der DMP-Richtlinie Teil B I. informieren. Die Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung. In der Teilnahmeerklärung sind sowohl der DMP-Arzt als auch der DMP-Krankenhausarzt zu benennen.
- (3) Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums, die gemäß §§ 3 und 4 dieses Vertrages teilnehmen, informieren entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV ihre nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patientinnen. Diese Versicherten können die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei den Leistungserbringern des Brust-Kompetenzzentrums unterschreiben.
- (4) Für die Einschreibung der Versicherten in das Behandlungsprogramm durch den DMP-Arzt sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Arzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15,
 2. die vollständigen und plausiblen Daten der Erstdokumentation gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I..
- (5) Die Versicherte kann sich auch bei ihrer teilnehmenden Krankenkasse für das Behandlungsprogramm anmelden. In diesem Fall wird die Versicherte mit der Teilnahme- und Ein-

willigungserklärung von ihrer teilnehmenden Krankenkasse an ein Brust-Kompetenzzentrum verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 4 geliefert werden.

- (6) Nachdem alle Einschreibeunterlagen entsprechend Absatz 4 der zuständigen teilnehmenden Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese der Versicherten und dem Brust-Kompetenzzentrum schriftlich die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wenn die Versicherte an mehreren der in der RSAV sowie der in der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung genannten Erkrankungen leidet, kann sie an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.
- (8) Wechselt eine am Behandlungsprogramm teilnehmende Versicherte die Krankenkasse und möchte weiterhin am Programm teilnehmen, endet die Teilnahme bei der bisherigen teilnehmenden Krankenkasse. Es sind die nach Absatz 4 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige teilnehmende Krankenkasse erneut zu erstellen, soweit diese Partner des Vertrages ist. Dasselbe gilt, wenn eine Versicherte, die bisher an einem vergleichbaren Behandlungsprogramm einer nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse teilgenommen hat, zu einer Krankenkasse wechselt, die Partner dieses Vertrages ist. Die Daten werden gemäß den Regelungen in § 24 gelöscht.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach intensiver Information über das Behandlungsprogramm entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung (Anlage 5 „Datenschutzinformation“) erklärt sich die Versicherte entsprechend der Anlage 5 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt einmalig schriftlich in die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten ein.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm Brustkrebs beginnt mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 4 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich die Einschreibung gemäß § 14 Abs. 5.
- (2) Die Teilnahme endet nach fünf Jahren Rezidivfreiheit nach Primärtherapie (außer bei Auftreten eines lokoregionären Rezidivs/kontralateralen Brustkrebses, dann ist gemäß Ziffer 3.2 der DMP-Richtlinie Teil B I. ein Verbleiben für weitere fünfeneinhalb Jahre ab Zeitpunkt des histologischen Nachweises möglich bzw. bei Fernmetastasierung kann die Patientin dauerhaft am Programm teilnehmen). Die Primärtherapie gilt nach Ablauf von sechs Monaten nach dem histologischen Nachweis des Brustkrebses als beendet.
- (3) Die Versicherte kann ihre Teilnahme kündigen und/oder die Einwilligung jederzeit schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse widerrufen.
- (4) Die Teilnahme der Versicherten endet mit dem Tag
 1. der Aufhebung der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 2. der Kündigung der Teilnahme mit Zugang des Kündigungsschreibens bei der Krankenkasse, sofern sie in diesem keinen späteren Termin für ihr Ausscheiden bestimmt,
 3. des Widerrufs der Einwilligungserklärung mit Zugang des Widerrufsschreibens bei der Krankenkasse,
 4. des Kassenwechsels nach § 14 Abs. 7, außer wenn die Versicherte, die vorübergehend bei einer anderen Krankenkassen versichert war, innerhalb von 6 Monaten zu ihrer frü-

heren Krankenkassen zurückkehrt, im übrigen gelten die Regelungen des § 28d Abs. 3 RSAV,

5. der letzten Dokumentation gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I., wenn die Krankenkasse die Teilnahme der Versicherten an dem Programm nach § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV beendet,
 6. der letzten gültigen Dokumentation (Dokumentationsdatum), wenn zwei aufeinander folgende Dokumentationen nach Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I., die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von 6 Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 a) RSAV genannten Frist übermittelt wurden,
 7. bei Wegfall der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2a) RSAV.
- (5) Die Krankenkasse informiert die Versicherte und den koordinierenden Arzt schriftlich über das Ausscheiden der Versicherten aus dem strukturierten Behandlungsprogramm.
- (6) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.

§ 17 Wechsel des DMP-Arztes

- (1) Es steht der Versicherten frei, ihren DMP-Arzt zu wählen und zu wechseln. Der neu gewählte Arzt erstellt die Folgedokumentation gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. und sendet diese entsprechend § 22 an die Datenstelle nach § 20. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.
- (2) Der bisherige Vertragsarzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten an den neuen koordinierenden Arzt.
- (3) Nach Eingang der vollständigen Unterlagen bei der zuständigen teilnehmenden Krankenkasse wird auch der bisherige DMP-Arzt und der DMP-Krankenhausarzt über den Wechsel von der Krankenkasse informiert.
- (4) Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines Leistungserbringers.

Abschnitt VI - Schulungen und Information

§ 18 Leistungserbringer

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen informieren die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer über Ziele und Inhalte des Behandlungsprogramms Brustkrebs gemäß der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung. Hierbei werden die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmevereinbarung gemäß § 5 dieses Vertrages. Die Art der Informationsvermittlung wählen die teilnehmenden Krankenkassen.
- (2) Die verantwortlichen Koordinations- und Kooperations-Krankenhäuser stellen die erforderlichen Schulungen des am DMP mitwirkenden Personals innerhalb der Krankenhäuser sicher. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit nach Ziffer 1.9 und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 der DMP-Richtlinie Teil B I. Schulungsbestandteile, die im

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 20 von 28

Rahmen der Durchführung von DMP bei anderen Krankheitsbildern bereits vermittelt wurden, müssen nicht wiederholt werden. Die schriftlichen Unterlagen zur Schulung der Ärzte zu Programmbeginn entsprechen den Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung.

- (3) Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung. Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der Kopfstelle nachzuweisen. In diesen Fortbildungsprogrammen sollen die strukturierten medizinischen Inhalte gemäß der DMP-Richtlinie Teil B I. beachtet werden.

§ 19 Versicherte

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen informieren anhand der Anlage 5 „Patienteninformation“, „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ und „Datenschutzinformation“ über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargelegt.
- (2) Für Brustkrebspatientinnen sind Schulungen gemäß Ziffer 4.2 der DMP-Richtlinie Teil B I. nicht zielführend. Stattdessen sind kassenspezifische Patientinneninformationen vorgesehen, die die Versicherte freiwillig in Anspruch nehmen kann.

Abschnitt VII - Übermittlung der Dokumentation an die durch die teilnehmenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Datenstelle und deren Aufgaben

§ 20 Datenstelle

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft beauftragen eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit folgenden Aufgaben:
 1. Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. elektronisch gemäß akkreditierter Verfahrensvorgaben,
 2. Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I.,
 3. Überprüfung der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. auf Vollständigkeit und Plausibilität, der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
 4. Pseudonymisierung der bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. und
 5. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. der (Erst- und Folgedokumentation) an die Krankenkassen,
 6. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung,

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 21 von 28

7. Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten nach der Maßgabe der Aufgabenbeschreibung des Datenstellenvertrages an die zu benennenden Stellen der Krankenkassen.

Das Nähere regeln jeweils die teilnehmenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen. Die Vertragspartner verständigen sich darauf, dass die Gemeinsame Einrichtung die Datenstelle zu einem späteren Zeitpunkt ebenfalls mit noch zu bestimmenden Aufgaben, unter Beibehaltung der Kernaufgaben bei der Gemeinsamen Einrichtung, beauftragt.

- (2) Die Teilnahmeerklärung des Leistungserbringers des Brust-Kompetenzzentrums gemäß den §§ 3 bzw. 4 beinhaltet die Genehmigung des in seinem Namen von der Arbeitsgemeinschaft in Hessen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin beauftragt er die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. an die entsprechenden Stellen.
- (3) Nach Beauftragung der Datenstelle teilen die Krankenkassen den teilnehmenden koordinierenden Ärzten und kooperierenden stationären Einrichtungen gemäß §§ 3 bzw. 4 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 21

Erst- und Folgedokumentation

Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach der DMP-Richtlinie Teil B I. die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach Ziffer 2 der DMP-Richtlinie Teil B I., die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Schulung der Versicherten und DMP-Ärzte nach Ziffer 4 der DMP-Richtlinie Teil B I., und die Evaluation nach Ziffer 6 der DMP-Richtlinie Teil B I. genutzt. Die allgemeine vertragliche und vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt. Der Dokumentationszeitraum erfolgt grundsätzlich jedes zweite Quartal. Abweichend davon können im individuellen Fall kürzere Abstände gewählt werden.

§ 22

Datenfluss zu der Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach §§ 3 bzw. 4 teilnehmende DMP-Arzt,
 1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. und
 2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I.
 maschinell verwertbar am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Kalendertagen nach Dokumentationserstellung auf dem Postweg per Datenträger (CD-Rom, Diskette) oder per Datenfernübertragung (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes) an die Datenstelle weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die TE/EWE des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln.

Der DMP-Arzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern („0“ – „9“) bestehen darf. DMP-Ärzte setzen an Position 1 bis 4 der DMP-Fallnummer die Stellen 4 bis 7 ihrer Betriebsstättennummer, DMP-Krankenhausärzte setzen an Position 1 bis 3 der DMP-Fallnummer die letzten drei Ziffern des Krankenhaus-Institutionskennzeichens.

- (2) Die elektronische Übermittlung versicherten- und leistungserbringerbezogener Daten erfolgt entsprechend der RSAV und der diese ersetzenden oder ergänzende Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung. Der DMP-Arzt stellt diese gemäß akkreditierter Verfahrensvorgaben sicher.
- (3) Die Versicherten willigen einmalig mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung in die Datenübermittlung schriftlich ein. Die Versicherte wird schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Sie erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.
- (4) Die Datenstelle archiviert die Originaldokumente bzw. Datensätze 15 Jahre, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr. Im Fall einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die Prüfbehörde stellt die Datenstelle auf Anforderung eine Kopie der Dokumentationsdaten zur Verfügung.

§ 23 Datenzugang

Zugang zu den an die teilnehmende Krankenkasse übermittelten personenbezogenen Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden dabei beachtet.

§ 24 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag der DMP-verantwortlichen Leistungserbringer übermittelten personenbezogenen oder personenbezieharen Daten (Dokumentationsdaten der DMP-Richtlinie Teil B I, Ziffer 5) werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die teilnehmenden Krankenkassen von der Datenstelle so archiviert, dass sie jederzeit und kurzfristig max. innerhalb von 8 Wochen für Prüfzwecke durch die Aufsichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden können.

Die archivierten Datensätze werden nach Ablauf von 15 Jahren, beginnend mit dem auf das Berichtsjahr folgende Kalenderjahr unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten, gelöscht.

Abschnitt VIII – Datenfluss zu den teilnehmenden Krankenkassen und zur Gemeinsamen Einrichtung

§ 25 Datenfluss

- (1) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteinreichung die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten sowie den von der Datenstelle erfassten Datensatz gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. (Erstdokumentation) an die jeweilige von den teilnehmenden Krankenkassen zu benennende Stelle.

- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation den erfassten Datensatz gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. (Folgedokumentation) an die jeweilige von den teilnehmenden Krankenkassen zu benennende Stelle.
- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versicherungertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.

§ 26 Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung und an die von den teilnehmenden Krankenkassen zu benennende Stelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 27 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten und Dokumente werden von den teilnehmenden Krankenkassen bzw. der von ihnen bestimmten Stelle und der Gemeinsamen Einrichtung 15 Jahre, beginnend mit dem auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten, gelöscht bzw. vernichtet.

Abschnitt IX - Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 28 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft in Hessen

- (1) Vertreter der teilnehmenden Krankenkassen einerseits und die Leistungserbringer nach § 3 und § 4 dieses Vertrages und aller weiteren gleichlautenden Rahmenverträge andererseits bilden mit jeweils 3 Stimmen eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Die Arbeitsgemeinschaft besteht somit aus 6 stimmberechtigten Vertretern für das gesamte Bundesland Hessen. Das Nähere regelt der Gesellschaftsvertrag.
- (2) Die Vertreter auf Leistungserbringerseite setzen sich zusammen aus zwei Vertretern der Brust-Kompetenzzentren und einem Vertreter des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V.. Unter Einbindung der weiteren teilnehmenden Leistungserbringer kann jährlich über die Zusammensetzung des Gremiums abgestimmt werden.
- (3) Die teilnehmenden Leistungserbringer der Brust-Kompetenzzentren bevollmächtigen ihre Vertreter in Abs. 1, in ihrem Namen an der Arbeitsgemeinschaft als Gesellschafter teilzunehmen und während der Dauer dieses Vertragsverhältnisses ihre Gesellschafterrechte wahrzunehmen. Aus der Teilnahme erwachsen den Leistungserbringern des Brust-Kompetenzzentrums keine Verpflichtungen. Mit Kündigung des Vertragsverhältnisses erlischt die Bevollmächtigung und der teilnehmende Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums scheidet aus der Gesellschaft aus.

§ 29

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 6 „Qualitätssicherung“ weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 20 mit der Durchführung der in den Absätzen 1 und 2 des § 20 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 30

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung in Hessen

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft gründen eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere regelt der Gesellschaftsvertrag. Insbesondere ist festzulegen, dass den aufsichtführenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung nach § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

§ 31

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 6 „Qualitätssicherung“ durchzuführen. Die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung umfassen insbesondere:
 1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I.,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß Ziffer 2 der DMP-Richtlinie Teil B I. anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I.,
 3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I.,
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation gemäß Ziffer 6 der DMP-Richtlinie Teil B I.,
 5. die Überwachung des vertragsgemäßen Verhaltens der Leistungserbringer und Einleitung entsprechender Sanktionsmaßnahmen nach § 12 dieses Vertrages,
 6. die Veranlassung einer Prüfung der Strukturqualität im Verdachtsfall durch die teilnehmenden Krankenkassen gemäß § 6 Abs. 3,
 7. Sicherstellung einer systematischen aktuellen Information der Leistungserbringer,
 8. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach Anlage 6 auf Basis der Evaluationsergebnisse.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung in Zusammenhang mit den in Abs. 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 25 von 28

- (3) Die Vertragspartner sind sich einig, dass eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimittel-Therapie im Rahmen des DMP-Vertrages gemäß Ziffer 2 der DMP-Richtlinie Teil B I. bei der Richtgrößenprüfung bzw. Durchschnittsprüfung im Sinne einer Praxisbesonderheit für die eingeschriebenen Versicherten anzuerkennen ist.
- (4) Sollte zukünftig eine Korrektur der Richtgrößen oder eine Bereinigung der vom Arzt veranlassten Arznei- und Heilmittelausgaben um die in einem DMP eingeschriebenen Versicherten erfolgen, erübrigt sich eine Bewertung dieser Ausgaben im Sinne einer Praxisbesonderheit.
- (5) Die Kriterien einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie sowie die Bewertung der Zielerreichung und die hierfür erforderlichen Maßnahmen werden im Hinblick auf Versicherte, die in einem DMP eingeschrieben sind, in der Gemeinsamen Einrichtung vereinbart.
- (6) Wird das vereinbarte Ziel einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie bei Versicherten, die in einem DMP eingeschrieben sind, nicht erreicht, so entfällt die Anerkennung im Sinne einer Praxisbesonderheit gem. Satz 1.

Abschnitt X - Evaluation

§ 32 Evaluation

Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Beachtung der Ziffer 6 der DMP-Richtlinie Teil B I. sowie der jeweils gültigen Evaluationskriterien.

Abschnitt XI - Vergütung und Abrechnung

§ 33 Ärztliche und stationäre Leistungen

- (1) Die Vergütungen der ärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind mit der Gesamtvergütungsvereinbarung nach § 87a abgegolten, soweit im Folgenden keine abweichende Regelung getroffen wird.
- (2) Die Kosten der stationären Behandlung werden nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen (Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) und Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG)) unter Beachtung der Vorschriften des SGB V abgegolten, soweit im Folgenden keine abweichenden Regelung getroffen wird.

§ 34 Vergütung von Koordinations-, Dokumentations- und Kooperationsleistungen im Rahmen von DMP Brustkrebs

- (1) Für die vollständigen und plausiblen Dokumentationen gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. und die fristgerechte Übermittlung der vollständigen Dokumentation für Versicherte nach diesem Vertrag werden die in Anlage 9 genannten Vergütungen vereinbart.
- (2) Die in Anlage 9 genannten Leistungen werden als Einzelleistungen durch die teilnehmenden Krankenkassen vergütet.

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 26 von 28

- (3) Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal einen Nachweis der gültigen Dokumentationen in der ersten Woche des Folgemonats nach dem Verfristungstermin (nach dem 52. Tag des Folgequartals) und übermittelt diesen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die erhaltene Liste ist von Seiten der Krankenkassen bis zum 14. Tag nach der Übersendung auf Vollständigkeit und Zuordnung zu den im Abrechnungszeitraum versicherten Mitgliedern zu überprüfen und rückzumelden. Bis zum Ende des Folgemonats erhält jeder Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums von der Datenstelle eine Vergütungsliste. Dieser Nachweis ist maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der teilnehmenden Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern des Brust-Kompetenzzentrums.
- (4) Widersprechen die Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums nicht binnen 14 Tagen nach Zugang der auf Grundlage der Anlage 9 vorzunehmenden Abrechnung, überweisen die teilnehmenden Krankenkassen den danach fälligen Abrechnungsbetrag binnen weiterer 14 Tage auf das ihr von dem Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums zu benennende Konto.
- (5) Widerspricht ein Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums der auf der Grundlage der Anlage 9 von den teilnehmenden Krankenkassen zu erstellenden Abrechnung, können diese dem Widerspruch binnen 14 Tagen nach Eingang abhelfen. Helfen die teilnehmenden Krankenkassen dem Widerspruch nicht ab, so entscheidet die Gemeinsame Einrichtung binnen eines Monats nach Bekanntgabe der Entscheidung im Abhilfeverfahren gegenüber dem Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums über die Rechtmäßigkeit der angefochtenen Abrechnung. Diese Entscheidung ist dem Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums binnen 14 Tagen nach Entscheidung der Gemeinsamen Einrichtung schriftlich bekannt zu geben.
- (6) Die teilnehmenden Krankenkassen vergüten jährlich die Teilnahme der DMP-Ärzte an Qualitätszirkeln/Tumorkonferenzen anhand der von dem Koordinations-Krankenhaus zur Verfügung gestellten Protokolle und Teilnehmerlisten nach Anlage 9. Der Nachweis, der mindestens zweimal jährlichen Teilnahme an Qualitätszirkeln/Tumorkonferenzen ist maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der teilnehmenden Krankenkassen. Nach Zugang dieser Liste überweisen die zuständigen Krankenkassen den fälligen Abrechnungsbetrag binnen eines weiteren Monats auf das ihnen von dem Leistungserbringer des Brust-Kompetenzzentrums zu benennende Konto.
- (7) Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach Abs. 2 - 6 können sich die teilnehmenden Krankenkassen der Hilfe Dritter bedienen.

Abschnitt XII - Sonstige Bestimmungen

§ 35

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafgesetzbuch (StGB) ist sicherzustellen.
- (2) Die Leistungserbringer verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Hessischen Datenschutzgesetzes (HDSG), der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 27 von 28

§ 36 Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2011 in Kraft.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des strukturierten Behandlungsprogramms, die infolge einer nachfolgenden Änderung der 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, vorzunehmen sind. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V sind zu beachten.
- (3) Bei einer Wiederezulassung gelten die im Rahmen der ersten Akkreditierung abgegebenen Erklärungen weiter. Eine erneute Einschreibung der Leistungserbringer und Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Der Vertrag kann darüber hinaus von allen Vertragsparteien oder auf Anraten der Gemeinsamen Einrichtung aus wichtigem Grund gekündigt werden. Ein wichtiger Grund liegt vor insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung des strukturierten Behandlungsprogramms und bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung. Der Vertrag ist kündbar mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende.
- (5) Ordentliche Kündigung:
 1. Das Koordinations-Krankenhaus kann den Vertrag schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals,
 2. die teilnehmenden Krankenkassen gemeinsam können den Vertrag schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
 3. Das Kooperations-Krankenhaus kann die Teilnahmevereinbarung am Vertrag schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals,
 4. der DMP-Arzt kann die Teilnahmevereinbarung am Vertrag schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.

§ 37 Schriftform

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

§ 38 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an 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 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.

Lesefassung zum Rahmenvertrag DMP Brustkrebs in Hessen zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V – Krankenhaus Musterklinik in der Fassung des 1. Nachtrages – Stand: 01.07.2013

Seite 28 von 28

7.2 Anlage 4 a: Teilnahmevereinbarung für Vertragsärzte

Anlage 4

zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen

4a Teilnahmevereinbarung für Ärzte und Ergänzungserklärung DMP-Arzt

4b Teilnahmevereinbarung für Kooperations-Krankenhäuser

Anlage 4a/4b zum DMP-Vertrag Brustkrebs in Hessen „Teilnahmevereinbarung für Vertragsärzte und Kooperationskrankenhäuser“ (Stand 01.07.2013)

Seite 1 von 10

Anlage 4a

zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen

Teilnahmevereinbarung für Ärzte

Anlage 4a/4b zum DMP-Vertrag Brustkrebs in Hessen „Teilnahmevereinbarung für Vertragsärzte und Kooperationskrankenhäuser“ (Stand 01.07.2013)

Seite 2 von 10

Teilnahmevereinbarung für Ärzte zum strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs

Der Unterzeichner ist über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundeliegenden Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind dem Unterzeichner transparent dargelegt worden. Das Praxismanual hat der Unterzeichner erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmevereinbarung verpflichtet sich der Unterzeichner zur Einhaltung und Umsetzung der Regelungen des DMP-Rahmenvertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 9, den Aufgaben des Abschnitts II, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Dokumentation gemäß der Abschnitte VII und VIII.

Weiter verpflichtet er sich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von ihm behandelten Versicherten aufgrund des strukturierten Behandlungsprogramms Brustkrebs:

- die Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungsbereichs nach § 4 des Vertrages sowie die Strukturqualität nach Anlage 2 „*Strukturqualität für DMP-Ärzte*“ zu erfüllen,
- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafgesetzbuch (StGB) zu gewährleisten,
- bei seiner Tätigkeit für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten, die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen,
- bei Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung der Patientin einzuholen, die Patientin ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und –verarbeitung zu unterrichten, und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext zu kennzeichnen (z. B. Datenbanken) und
- die Verpflichtung zur vollständigen und plausibilitätsgeprüften elektronischen Datenerfassung und Weiterleitung per Datenträger oder über eine gesicherte Datenleitung einzuhalten und die dafür erforderlichen technischen und organisatorischen Voraussetzungen vorzuhalten und
- die Patientin in den verschiedenen Phasen der Erkrankung über die individuellen Beratungs- und Unterstützungsangebote der einzelnen teilnehmenden Krankenkassen zu informieren.
- die in der „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ genannten, bei sich angestellten Ärzten, die in seiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lässt und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur

- ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
- Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
- Weitergabe von Patientendaten an Dritte

zu erfüllen.

- gegenüber den Krankenkassen in Hessen mit der „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ nachweist, dass diese bei ihm angestellten Ärzten die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und er die Krankenkassen in Hessen in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiert.

Anlage 4a/4b zum DMP-Vertrag Brustkrebs in Hessen „Teilnahmevereinbarung für Vertragsärzte und Kooperationskrankenhäuser“ (Stand 01.07.2013)

Seite 3 von 10

Der Unterzeichner haftet im Rahmen seiner Tätigkeit im DMP für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit, die zu Störungen des Programms, insbesondere des Datenflusses führen.

Der Unterzeichner und/oder die bei ihm angestellten Ärzte sind einverstanden mit

- der Veröffentlichung seines Namens/seiner Praxisanschrift im Leistungserbringerverzeichnis Brustkrebs,
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses Brustkrebs an die teilnehmenden Ärzte und an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und die teilnehmenden Versicherten.
- der Verwendung von Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Dem Unterzeichner und/oder den bei ihm angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an dem DMP-Vertrag freiwillig ist, die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Kalendervierteljahres,
2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
3. gegen teilnehmende Ärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 Maßnahmen bei Vertragsverletzung ergriffen werden,
4. die Strukturvoraussetzungen entsprechend Anlage 2 „*Strukturqualität für DMP-Ärzte*“ des Vertrages gegenüber den teilnehmenden Krankenkassen nachzuweisen sind,
5. die Möglichkeit besteht, sich mehreren Brust-Kompetenzzentren, in der Regel im gleichen Krankenhausversorgungsgebiet, anzuschließen,
6. die Stimmrechte der Leistungserbringer in der Arbeitsgemeinschaft (ARGE) und der Gemeinsamen Einrichtung (GE) werden vom Klinikum Offenbach und dem Klinikum der Phillips-Universität Marburg sowie dem Vorsitzenden des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V. Landesverband Hessen wahrgenommen. Die gewählten Vertreter gelten jeweils für ein weiteres Jahr bestätigt, wenn nicht 3 Monate vor Ablauf der Wahlperiode (Kalenderjahr) eine Neuwahl von einem legitimized Vertreter der Koordinationshäuser oder des legitimized Vertreters des Berufsverbandes angeregt wird. Nach Unterschrift des Rahmenvertrages DMP Brustkrebs können die Koordinationskrankenhäuser der Brust-Kompetenzzentren, gemäß § 3 der Rahmenvereinbarung, den Gesellschaften der ARGE und GE beitreten. Die den Brust-Kompetenzzentren beigetretenen Leistungserbringer werden von den Geschäftsführern der ARGE und GE über die Beschlüsse der Gesellschaften informiert.

Der Unterzeichner möchte als DMP- Arzt gemäß § 4 des Vertrages teilnehmen.

Gleichzeitig erklärt sich der Unterzeichner bereit, den Verpflichtungen aus dem Rahmenvertrag nachzukommen, wie sie in dem gesonderten Vertrag zwischen

- der Datenstelle nach § 20 des Vertrages,
- der Arbeitsgemeinschaft nach § 28 des Vertrages sowie
- den teilnehmenden Krankenkassen

spezifiziert sind.

Teilnahmeerklärung für Ärzte zum strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs

Hiermit erklärt sich der Unterzeichner bereit, dass die Datenstelle die folgenden Aufgaben ausführt:

- Überprüfung der von ihm im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität.
- Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß der DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5 i. S. d. § 28f Abs. 2 der RSAV an die Arbeitsgemeinschaft.

Der Unterzeichner hatte die Möglichkeit sich über den genauen Vertragsinhalt, durch Aushändigung eines Exemplars des Rahmenvertrages zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft nach § 28 und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der Unterzeichner die Arbeitsgemeinschaft nach § 28, in seinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Er wird dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich umgehend über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

Am strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) Brustkrebs, wie es zwischen dem Koordinations-Krankenhaus und den teilnehmenden Krankenkassen vereinbart ist, nimmt der Unterzeichner

- persönlich
 durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Ärzte“)
 persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Ärzte“)

auf der Basis des DMP-Rahmenvertrages anhand dieser Teilnahmevereinbarung teil.

Die lebenslange Arztnummer des Unterzeichners lautet: _____
[LANR]

Der Unterzeichner möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätten teilnehmen:

- a) _____ [BSNR]
 b) _____ [BSNR]
 c) _____ [BSNR]
 d) _____ [BSNR]

 Ort, Datum

 Unterschrift Koordinations-Krankenhaus
 (ärztl. Direktor)

 Ort, Datum

 Unterschrift Koordinations-Krankenhaus
 (Verwaltungsdirektor)

 Ort, Datum

 Unterschrift und Vertragsarztstempel des
 (anstellenden) Arztes

Anlage 4a/4b zum DMP-Vertrag Brustkrebs in Hessen „Teilnahmevereinbarung für Vertragsärzte und Kooperationskrankenhäuser“ (Stand 01.07.2013)

Seite 5 von 10

**Teilnahmeerklärung des zugelassenen DMP-Arztes
zum strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs**

Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Brustkrebs zwischen dem Koordinations-Krankenhaus und den Krankenkassen:

- | | | | | |
|----|----------------------|--------|--------|----------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [BSNR] | ab Datum |
| 2. | _____ | _____ | _____ | |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [BSNR] | ab Datum |
| 3. | _____ | _____ | _____ | |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [BSNR] | ab Datum |

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt erbringt **keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Brustkrebs zwischen dem Koordinations-Krankenhaus und den Krankenkassen:

- | | | | | |
|----|----------------------|--------|--------|----------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [BSNR] | ab Datum |
| 2. | _____ | _____ | _____ | |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [BSNR] | ab Datum |
| 3. | _____ | _____ | _____ | |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [BSNR] | ab Datum |

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

7.3 Anlage 4 b: Teilnahmevereinbarung für Kooperations-Krankenhäuser

Anlage 4b

zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen

Teilnahmevereinbarung für Kooperations-Krankenhäuser

Anlage 4a/4b zum DMP-Vertrag Brustkrebs in Hessen „Teilnahmevereinbarung für Vertragsärzte und Kooperationskrankenhäuser“ (Stand 01.07.2013)

Seite 7 von 10

Teilnahmevereinbarung für Kooperations-Krankenhäuser zum strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs

Das Kooperations-Krankenhaus ist über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind transparent dargelegt worden. Das Praxismanual hat das Kooperations-Krankenhaus erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmevereinbarung verpflichtet sich das Kooperations-Krankenhaus zur Einhaltung und Umsetzung der Regelungen des DMP-Rahmenvertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 9, den Aufgaben des Abschnitts II, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Dokumentation gemäß der Abschnitte VII und VIII.

Weiter verpflichtet es sich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von ihm behandelten Versicherten aufgrund des strukturierten Behandlungsprogramms Brustkrebs:

- die Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungsbereichs nach § 3 des Vertrages sowie die Strukturqualität nach Anlage 1 „*Strukturvoraussetzungen für stationäre Einrichtungen*“ zu erfüllen,
- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafgesetzbuch (StGB) zu gewährleisten,
- bei seiner Tätigkeit für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten, die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen,
- bei Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung der Patientin einzuholen, die Patientin ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung zu unterrichten, und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext zu kennzeichnen (z. B. Datenbanken) und
- die Verpflichtung zur vollständigen und plausibilitätsgeprüften elektronischen Datenerfassung und Weiterleitung per Datenträger oder über eine gesicherte Datenleitung einzuhalten und die dafür erforderlichen technischen und organisatorischen Voraussetzungen vorzuhalten und
- die Patientin in den verschiedenen Phasen der Erkrankung über die individuellen Beratungs- und Unterstützungsangebote der einzelnen teilnehmenden Krankenkassen zu informieren.

Der Unterzeichner haftet im Rahmen seiner Tätigkeit im DMP für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit, die zu Störung des Programms, insbesondere des Datenflusses führen.

Das Kooperations-Krankenhaus ist einverstanden mit

- der Veröffentlichung des Krankenhausnamens/der Krankenhausanschrift im Leistungserbringerverzeichnis Brustkrebs
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses Brustkrebs an die teilnehmenden Ärzte und an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und die teilnehmenden Versicherten.

Dem Unterzeichner ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an dem DMP-Vertrag freiwillig ist, die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Kalendervierteljahres.
2. bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 des Vertrages Maßnahmen bei Vertragsverletzung ergriffen werden.

Anlage 4a/4b zum DMP-Vertrag Brustkrebs in Hessen „Teilnahmevereinbarung für Vertragsärzte und Kooperationskrankenhäuser“ (Stand 01.07.2013)

Seite 8 von 10

3. die Strukturvoraussetzungen entsprechend Anlage 1 „*Strukturvoraussetzungen für stationäre Einrichtungen*“ des Vertrages vom Kooperations-Krankenhaus gegenüber den teilnehmenden Krankenkassen nachzuweisen sind.
4. es sich in der Regel ein Koordinations-Krankenhaus im gleichen Krankenhausversorgungsgebiet sucht.
5. die Stimmrechte der Leistungserbringer in der Arbeitsgemeinschaft (ARGE) und der Gemeinsamen Einrichtung (GE) werden vom Klinikum Offenbach und dem Klinikum der Philipps-Universität Marburg sowie dem Vorsitzenden des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V. Landesverband Hessen wahrgenommen. Die gewählten Vertreter gelten jeweils für ein weiteres Jahr bestätigt, wenn nicht 3 Monate vor Ablauf der Wahlperiode (Kalenderjahr) eine Neuwahl von einem legitimierten Vertreter der Koordinationshäuser oder des legitimierten Vertreters des Berufsverbandes angeregt wird. Nach Unterschrift des Rahmenvertrages DMP Brustkrebs können die Koordinations-Krankenhäuser der Brust-Kompetenzzentren, gemäß § 3 der Rahmenvereinbarung, den Gesellschaften der ARGE und GE beitreten. Die den Brust-Kompetenzzentren beigetretenen Leistungserbringer werden von den Geschäftsführern der ARGE und GE über die Beschlüsse der Gesellschaften informiert.

Der Unterzeichner möchte als Kooperations-Krankenhaus gemäß § 3 des Vertrages teilnehmen.

Gleichzeitig erklärt sich der Unterzeichner bereit, seinen Verpflichtungen aus dem Rahmenvertrag nachzukommen, wie sie in dem gesonderten Vertrag zwischen

- der Datenstelle nach § 20 des Vertrages,
- der Arbeitsgemeinschaft nach § 28 des Vertrages sowie
- den teilnehmenden Krankenkassen

spezifiziert sind.

Teilnahmeerklärung für Kooperations-Krankenhäuser zum strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs

Hiermit erklärt sich der Unterzeichner bereit, dass die Datenstelle die folgenden Aufgaben in seinem Namen ausführt:

- Prüfung der von ihm im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
- Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. i. S. d. § 28f Abs. 2 der RSAV an die Arbeitsgemeinschaft.

Das Kooperations-Krankenhaus hatte die Möglichkeit sich über den genauen Vertragsinhalt durch Aushändigung eines Exemplars des Rahmenvertrages, zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft nach § 28 und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der Unterzeichner die Arbeitsgemeinschaft nach § 28, in seinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Er wird dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich umgehend über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

Am strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) Brustkrebs, wie es zwischen dem Koordinations-Krankenhaus und den teilnehmenden Krankenkassen vereinbart ist, nimmt das Kooperations-Krankenhaus, auf Basis des DMP-Rahmenvertrages, anhand dieser Teilnahmevereinbarung teil.

Ort, Datum

Unterschrift Kooperations-Krankenhaus
(ärztl. Direktor)

Ort, Datum

Unterschrift Kooperations-Krankenhaus
(Verwaltungsdirektor)

Ort, Datum

Unterschrift Koordinations-Krankenhaus
(ärztl. Direktor)

Ort, Datum

Unterschrift Koordinations-Krankenhaus
(Verwaltungsdirektor)

7.4 Anlage 5: Teilnahme- und Einwilligungserklärung; Datenschutzinformation; Patientenmerkblatt

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--------------------------------|--|-----------------|---------|------------------------------------|--|------------|------------------|--------|---------------------|----------|-------|--|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname der Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right; padding: 2px;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kassen-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table> | Krankenkasse bzw. Kostenträger | | | Name, Vorname der Versicherten | | | geb. am | | | Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status | Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | <h3 style="color: red; margin: 0;">Erklärung Brustkrebs</h3> <p style="color: red; margin: 0;">zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs</p> |
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname der Versicherten | | | | | | | | | | | | | | | | |
| geb. am | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status | | | | | | | | | | | | | | |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">02001</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Krankenhaus-IK</td> </tr> </table> | | 02001 | Krankenhaus-IK | | | | | | | | | | | | | |
| 02001 | Krankenhaus-IK | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; padding: 2px;">Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)</td> <td style="border: none; padding: 2px;">Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)</td> <td style="border: none; padding: 2px;">Fax-Nr. (Angabe freiwillig)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none; padding: 2px;">E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> </table> | | Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig) | Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig) | Fax-Nr. (Angabe freiwillig) | | | | E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig) | | | | | | | | |
| Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig) | Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig) | Fax-Nr. (Angabe freiwillig) | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>1. Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle. • mich mein koordinierender Arzt bzw. mein Arzt im Krankenhaus bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie. • ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich in erforderlichem Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. • ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. • ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann. <p>zu 1. Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der oben genannten Diagnose teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2. Einwilligungserklärung: Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.</p> <p>Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.</p> <p>zu 2. Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 14.05.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; padding: 2px;">Bitte das heutige Datum eintragen.</td> <td style="border: none; padding: 2px;">Unterschrift der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30%; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 70%; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none; padding: 2px; font-size: 8px;">T T M M J J J J</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table> | | Bitte das heutige Datum eintragen. | Unterschrift der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters | | | T T M M J J J J | | | | | | | | | | |
| Bitte das heutige Datum eintragen. | Unterschrift der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T T M M J J J J | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center; margin: 0;">– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –</p> <p>Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte die oben genannte Diagnose <u>entsprechend den rechtlichen Anforderungen</u> gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung bereit ist.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; padding: 2px;">Bitte das heutige Datum eintragen.</td> <td style="border: none; padding: 2px;">Unterschrift</td> <td style="border: none; padding: 2px;">Stempel Arzt</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30%; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 35%; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 35%; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none; padding: 2px; font-size: 8px;">T T M M J J J J</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table> | | Bitte das heutige Datum eintragen. | Unterschrift | Stempel Arzt | | | | T T M M J J J J | | | | | | | | |
| Bitte das heutige Datum eintragen. | Unterschrift | Stempel Arzt | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T T M M J J J J | | | | | | | | | | | | | | | | |

Exemplar für die Datenstelle

03.12.2012 Brustkrebs

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Das strukturierte Behandlungsprogramm Brustkrebs richtet sich an Versicherte, die an Brustkrebs erkrankt sind. Mit diesem Behandlungsprogramm will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen die Teilnahme an diesem strukturierten Behandlungsprogramm an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen fertig zu werden. Näheres zu diesem Programm entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme am Programm ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten eine Kopie oder einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe einer Kopie oder eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Krankenhaus) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Berufsverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms Brustkrebs erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmerinnen. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmerinnen, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zusenden.

Anlage – Patientenmerkblatt –
zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Brustkrebs nach § 137 f SGB V
zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen

Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs

Eine Information für Patientinnen

Diagnose Brustkrebs – in dieser schwierigen Situation möchte Sie Ihre Krankenkasse unterstützen. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms wollen wir Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen fertig zu werden und Ihre Situation zu überblicken. Durch die Teilnahme an diesem Programm werden Sie optimal behandelt, gut informiert und umfassend betreut.

Das Hauptziel im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs ist es, dafür zu sorgen, dass Sie eine auf Ihre individuelle Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Dazu gehört unter anderem auch, dass alle beteiligten Ärzte und Therapeuten sektorenübergreifend reibungslos zusammenarbeiten und Sie optimal behandelt und umfassend betreut werden. Intensive Beratung und umfassende Informationen sollen Sie in die Lage versetzen, die Behandlungsschritte gemeinsam mit Ihrem Arzt des Vertrauens zu besprechen und so aktiv am Behandlungsprozess mitwirken zu können. Weitere Ziele sind die Verbesserung der Versorgungsqualität und Umsetzung einer evidenzbasierten Therapie und Nachsorge.

Die Inhalte des Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm – DMP) sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig überprüft. Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser können nur am Programm teilnehmen, wenn sie die entsprechenden Qualitätsanforderungen erfüllen. Sie verpflichten sich beispielsweise zu regelmäßigen Fortbildungen und zur Zusammenarbeit in Qualitätszirkeln, mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung der Brustkrebs-Patientinnen ständig zu verbessern.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen des Programms sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Dazu gehört beispielsweise, dass

- der koordinierende Arzt sich vergewissert, dass vor Einleitung der Primärtherapie die Diagnose durch klinische Untersuchung, Röntgenbilder (Mammographie) in zwei Ebenen und Gewebeentnahme gesichert wurde,
- Sie nach dem besten gesicherten medizinischen Wissen behandelt werden, z. B. soll der Anteil der brusterhaltenden Operationen gesteigert werden,
- alle an Ihrer Therapie beteiligten Spezialisten reibungslos zusammenarbeiten und dass
- eine strukturierte Nachsorge stattfindet, die Ihnen helfen soll, besser mit krankheitsbedingten Problemen fertig zu werden. Die Nachsorge umfasst insbesondere die mindestens halbjährliche körperliche Untersuchung und die jährliche Röntgenuntersuchung der Brust. Sie ist an Ihre individuellen Bedürfnisse anzupassen.

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Darüber hinaus übernimmt Ihr Arzt in den unterschiedlichen Behandlungsphasen die nötige Abstimmung mit Krankenhausärzten, anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Wesentliche Therapiephasen der Brustkrebserkrankung werden im Krankenhaus behandelt, vor allem die Operation, aber häufig erfolgen auch Chemo- und Strahlentherapie im Krankenhaus. Ihr koordinierender Arzt übernimmt für Sie die Einweisung in ein in das DMP vertraglich eingebundenes Krankenhaus. Nach der Behandlung im Krankenhaus werden Sie weiterhin von Ihrem Arzt betreut. Im weiteren Behandlungsprozess prüft Ihr Arzt, ob Sie eine Behandlung durch weitere qualifizierte Spezialisten (z. B. zur Lymphdrainage oder Krankengymnastik) benötigen.

Beratungsgespräche versetzen Sie in die Lage, selbst stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken

Sie entscheiden gemeinsam mit Ihrem koordinierenden Arzt über jeden Schritt der Diagnose und Therapie. Ihr behandelnder Arzt berät Sie insbesondere über psychosoziale Hilfsangebote und informiert Sie über Selbsthilfegruppen und weitere spezielle Beratungseinrichtungen. Hierfür sieht das Behandlungsprogramm jeweils ein Intensivgespräch vor der Einweisung in die stationäre Behandlung und nach Entlassung zwischen Ihnen und Ihrem behandelnden Arzt vor. Daneben werden auch

während der stationären Behandlung Gespräche durch den jeweiligen Krankenhausarzt geführt. Die in den Gesprächen gegebenen Informationen sollen Sie in die Lage versetzen, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken. Auch in der Nachsorgezeit führt Ihr koordinierender Arzt halbjährlich ein zusätzliches Beratungsgespräch mit Ihnen, in dem er Ihren individuellen Nachsorgeplan mit Ihnen bespricht. Darüber hinaus sind auch weitere Beratungsgespräche möglich.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut!

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- Ihre Brustkrebskrankung bzw. das Wiederauftreten der Erkrankung ist eindeutig diagnostiziert, die Diagnosestellung liegt bei Ihnen nicht länger als fünf Jahre zurück, es sei denn, Sie sind zwischenzeitlich wieder erkrankt oder bei Ihnen liegen Fernmetastasen der Brustkrebskrankung vor, Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem niedergelassenen Arzt, betreuenden Krankenhausarzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre Teilnahme endet automatisch, wenn fünfzehn Jahre nach der Diagnosestellung keine Wiedererkrankung mehr aufgetreten ist. Beim Vorliegen von Fernmetastasen können Sie dauerhaft im Programm verbleiben. Die Teilnahme am Programm kann jedoch auch jederzeit von Ihnen ohne Angabe von Gründen beendet werden, ohne dass Ihnen dabei persönliche Nachteile entstehen. Ihre **aktive Mitarbeit** ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie vorzeitig aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn beispielsweise zwei Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei den Krankenkassen eingehen, weil beispielshalber die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse möchte Sie gemeinsam mit den Ärzten Ihres Vertrauens in Ihrem Kampf gegen den Brustkrebs unterstützen.

8. Anhang 3: Häufig gestellte Fragen

8.1 Disease-Management-Programme in Deutschland

Was ist Disease Management?

Disease-Management-Programme (DMP) werden auch als strukturierte Behandlungsprogramme oder als qualitätsgesicherte Programme bezeichnet.

Ursprünglich wurde dieser Begriff in den USA geprägt und beinhaltet den strukturierten Umgang mit der Erkrankung unter Einbeziehung aller an der Behandlung Beteiligten.

In Deutschland wurden die Programme 2002 eingeführt. Ziel ist es, die Versorgung von chronisch Kranken weiter zu verbessern. Ausgangspunkt war die Erkenntnis, dass im Gegensatz zu einer hervorragenden Akutversorgung die Betreuung chronisch Kranker in Deutschland im internationalen Vergleich noch verbessert werden konnte. Das hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen in seinem Gutachten zur medizinischen Über-, Unter- und Fehlversorgung von 2001 festgestellt und deshalb die Einführung spezieller Programme für chronisch Kranke empfohlen.

Komplikationen und Folgeerkrankungen chronischer Krankheiten sollen durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung und Behandlung vermieden oder in ihrem Zeitpunkt des Auftretens verzögert werden.

Wie funktionieren DMPs?

Patienten können sich in ein Programm einschreiben, wenn sie die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, wenn ihre Krankenkassen ein DMP für die vorliegende Krankheit anbieten und wenn der von ihnen gewählte Arzt an dem Programm teilnimmt. Der Patient unterschreibt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenweitergabe. Diese Dokumente und die ausgefüllte Erstdokumentation werden vom Arzt an die entsprechende Datenstelle weitergeleitet.

Der Patient hat sich für die Erkrankung auf einen DMP-Arzt festgelegt, der nun für die weiteren Folgedokumentationen, aber auch für die krankheitsbezogenen Über- und Einweisungen verantwortlich ist. Der Verlauf der Behandlung und die Therapieziele werden zwischen Arzt und Patient abgestimmt, regelmäßige Folgetermine werden vereinbart. Die Dokumentation dient auch der Qualitätssicherung. Die Aufwendungen für Koordinierung und Dokumentation werden dem Arzt extrabudgetär vergütet. Die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm ist für den Patient und den behandelnden Arzt freiwillig.

Für welche Krankheitsbilder gibt es DMPs?

Aktuell gibt es für die folgenden sechs Diagnosen DMP-Programme:

- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
- Asthma bronchiale
- Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD)
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit (KHK)

Die medizinischen Anforderungen an die DMPs werden regelmäßig nach dem neuesten Stand der Wissenschaft überarbeitet. Zuletzt wurden mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz und der DMP-Richtlinie zum 19.07.2012 in den DMPs Brustkrebs, Asthma bronchiale und COPD umfangreiche Änderungen vorgenommen.

Was ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 SGB V und welche Rolle spielt er bei der Entstehung von DMPs?

Der G-BA ist der Ort der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte.

Seit Einführung der DMPs gehört es zu seinen Aufgaben, Empfehlungen zu den Anforderungen an Disease-Management-Programme zu geben. Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) erhielt der G-BA zusätzlich die Richtlinienkompetenz für die Ausgestaltung von DMP-Programmen. Mit Wirkung vom 19.07.2012 hat der G-BA bereits die DMP Brustkrebs, Asthma bronchiale und COPD in die DMP-Richtlinie überführt.

Wie entstehen die medizinischen Anforderungen für DMPs?

Der Unterausschuss DMP des G-BA nach § 91 SGB V (ein Vorsitzender, 6 Vertreter der GKV, 3 Vertreter der DKG, 3 Vertreter der KBV und max. 6 Patientenvertreter) stellt die Fachebene im dar. Er beruft Fachexperten für die jeweiligen Diagnosen in den Unterausschuss, die die medizinischen Anforderungen an das DMP erarbeiten.

Was ist evidenzbasierte Medizin (EbM)?

Das Gesetz (§ 137f SGB V) fordert eine Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors.

Die allgemein anerkannte Definition von evidenzbasierter Medizin stammt von Sackett: „EbM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.

EbM bildet eine Methode, um die individuelle, klinische Erfahrung der Ärzte und die Präferenzen der Patienten mit der wissenschaftlichen Evidenz klinisch relevanter Forschung zu vereinen.

Welche Rolle spielen die Krankenkassen im DMP?

Die Kassen bieten ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme an. Im Mittelpunkt steht die kontinuierliche und strukturierte Behandlung der Patienten. Hierzu schließen die Krankenkassen Verträge mit Ärzten. Ein dem Patienten vertrauter Arzt, beim DMP Brustkrebs ist dies der Gynäkologe, übernimmt die Rolle des Koordinators. Er ist gewissermaßen der Lotse für alle diagnosebezogenen Behandlungsschritte. Die Verträge sind in der Regel kassenartenübergreifend. Die Kassen haben die Möglichkeit, ihren Teilnehmern zusätzliche Serviceleistungen zu bieten. Das sind z.B. umfangreiche Informationen, die es den Patienten ermöglichen, ihre Erkrankung besser zu verstehen und den Verlauf im Rahmen des Möglichen günstig zu beeinflussen.

Das Ziel der strukturierten Behandlungsprogramme ist eine qualitative Verbesserung der medizinischen Versorgung für chronisch kranke Menschen.

Was ist das Besondere an der Versorgung im DMP?

Die am DMP teilnehmenden Patienten werden regelmäßig bezüglich ihrer chronischen Erkrankung untersucht und systematisch dokumentiert. Das gilt auch, wenn es den Patienten gut geht. Sollten Komplikationen auftreten, ist die Weiterleitung an besonders qualifizierte Ärzte oder Einrichtungen vorgesehen. Disease-Management-Programme greifen nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Das heißt: Patienten, die sich gegen die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm entscheiden, erhalten grundsätzlich die im Leistungskatalog der GKV vorgeschriebenen Leistungen.

Können Patienten jeden Arzt als DMP-Arzt wählen?

Die freie Arztwahl bleibt weiterhin unangetastet. Der gewählte DMP-Arzt muss jedoch Teilnehmer am DMP sein. Er übernimmt die Behandlung und kontinuierliche Begleitung im Behandlungsprogramm. Der Patient kann jederzeit ohne Angabe von Gründen den DMP-Arzt wechseln. Die freie Arztwahl bleibt im DMP erhalten, da der Patient

- unter den DMP-Ärzten jederzeit wechseln kann, ohne das Disease-Management-Programm verlassen zu müssen;
- auch andere Ärzte neben seinem DMP-Arzt aufsuchen kann.

Um die Kontinuität der Behandlung zu gewährleisten, muss bei einem Arztwechsel lediglich festgelegt werden, wer zukünftig die Funktion des DMP-Arzt übernehmen soll. Ebenso dokumentiert der DMP-Arzt krankheitsbezogene Überweisungen und Mitbehandlungen.

Was passiert, wenn Patienten wegen ihrer DMP-Erkrankung einen anderen Arzt aufsuchen?

Solche Konsultationen sind natürlich möglich, laufen aber außerhalb des DMP, solange der Patient nicht einen Wechsel des DMP-Arzt beschließt.

Können sich Patienten mit mehreren Diagnosen in mehrere DMPs einschreiben?

Es gibt keine grundsätzliche Beschränkung der Teilnahme auf nur ein Programm. Die Koordinierung der Behandlung sollte aber in der Hand eines Arztes liegen (Ein-Arzt-Prinzip). Eine Ausnahme von diesem „Ein-Arzt-Prinzip“ gilt für das DMP Brustkrebs, da in diesem DMP der DMP-Arzt in der Regel der Gynäkologe ist, während diese Funktion in den anderen DMPs im Allgemeinen dem Hausarzt zukommt.

Wie werden die Daten im DMP übermittelt?

Die Datenübermittlung erfolgt elektronisch über eine DMP-Software, die mittlerweile von den meisten PVS-Anbietern bereitgestellt wird. Hinweise zu den Dokumentations- und Versandfristen sowie die Adressen der Datenstellen finden Sie in den Ausfüllanleitungen Ihres Praxismanuals.

Wie werden die Daten von Patienten und Ärzten geschützt?

Die Krankenkassen halten sich bei der Datenerhebung an gesetzliche Datenschutzvorgaben. Die Patienten willigen mit der Einschreibung in das Programm in die Übermittlung ihrer Daten an die entsprechenden Stellen ein. Sie müssen über die weitergeleiteten Daten informiert werden. Die Gemeinsamen Einrichtungen aus Krankenkassen und Ärzten erhalten zur Qualitätssicherung die Daten in pseudonymisierter Form, die für eine Durchführung der Programme unbedingt notwendig sind.

Wo können Ärzte Formulare und Unterlagen für das DMP Brustkrebs beziehen?

Die Versorgung der Praxen und Kliniken erfolgt über die Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen, c/o Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Rheinland Pfalz, Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 22, 55130 Mainz.

8.2 Das Disease-Management-Programm Brustkrebs

Wie können Ärzte am DMP Brustkrebs teilnehmen?

Der interessierte Gynäkologe oder das Krankenhaus wendet sich an sein zuständiges Koordinationshaus (davon gibt es 9 in Hessen) oder an die Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen. Die Kontaktdaten finden Sie in der Vertragspartnerliste (Anhang 6) am Ende dieses Praxismanuals.

Welche Patientinnen kommen für das DMP Brustkrebs in Frage?

Eingeschrieben werden können alle Patientinnen mit Brustkrebs, die die Einschreibekriterien erfüllen und bereit und in der Lage sind, aktiv am Programm teilzunehmen.

Die Einschreibekriterien sind:

- der histologische Nachweis eines Mammakarzinoms oder eines lokoregionären Rezidivs oder eine nachgewiesene Fernmetastasierung des histologisch nachgewiesenen Brustkrebses;
- die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt;
- wegen der Besonderheiten hinsichtlich Behandlung und Verlauf können Patientinnen mit dem alleinigen Vorliegen einer nichtinvasiven lobulären Neoplasie (LCIS) nicht in das DMP aufgenommen werden.

Wie lange werden Patientinnen im DMP Brustkrebs betreut?

- Die Primärtherapie gilt nach Ablauf von sechs Monaten nach dem histologischen Nachweis des Brustkrebses, die Nachsorge nach Ablauf von fünf Jahren Rezidivfreiheit nach Primärtherapie als beendet. Die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm endet demnach insgesamt 5 ½ Jahre nach histologischer Diagnosesicherung.
- Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am DMP auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere fünfeneinhalb Jahre ab diesem Zeitpunkt möglich.
- Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am DMP auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich. Die Patientin kann dann erneut 5 ½ Jahre ab histologischer Diagnosesicherung im Programm verbleiben.
- Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.

Wie häufig wird dokumentiert?

Die Dokumentationen im DMP Brustkrebs werden jedes zweite Quartal erstellt.

Wo gibt es Hilfestellung für das Ausfüllen der Dokumentation?

Die Praxismanuale der Programme enthalten detaillierte Ausfüllanleitungen für die Erst- und Folgedokumentation. Darüber hinaus unterstützt Sie auch die Datenstelle SPS oder die Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen.

Wo erfahre ich, welche weiteren Ärzte und Einrichtungen am DMP Brustkrebs in Hessen teilnehmen?

Eine Liste der am DMP teilnehmenden Ärzte und Krankenhäuser (Leistungserbringerverzeichnis - LEV) wird tagesaktuell erstellt. Das LEV erhalten Sie ebenfalls bei den teilnehmenden Krankenkassen oder bei der Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen.

Welche Strukturvoraussetzungen müssen Krankenhäuser erfüllen, die am DMP Brustkrebs teilnehmen?

Die Anforderungen an die Strukturqualität teilnehmender stationärer Einrichtungen (Koordinations- und Kooperationskrankenhäuser) und teilnehmender Gynäkologinnen und Gynäkologen im niedergelassenen Bereich sind in der Anlage „Strukturqualität“ des DMP-Rahmenvertrages geregelt.

9. Anhang 4: Literaturhinweise

Grundlagen zum Disease Management (Kapitel 4)

Im Text zitierte Literatur:

1. Szathmary B.: Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen: Disease und Chase Management. Neuwied, Luchterhand 1999.
2. Bodenheimer T.: Disease management – promises and pitfalls. N Engl J Med 1999, 340(15), 1202-1205.
3. Szecsenyi J., Schneider A.: Zwischen Individualität und „evidence based medicine“ – Die Rolle des Hausarztes im Rahmen der Disease-Management-Programme. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 2003, in press.
4. Gerlach F., Szecsenyi J.: Warum sollten Disease-Management-Programme hausarztorientiert sein? – Gründe, Grenzen, Herausforderungen. Deutsches Ärzteblatt 2002, 99 (10 Supplement), 20-25.
5. Weingarten S. R., Henning J. M., Badamgarav E., Knight K., Hasselblad, V., Gano A. Jr. et al.: Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness which ones work? Meta-analysis of published reports. BMJ 2002, 325(7370), 925.
6. Renders C. M., Valk G. D., Griffin S., Wagner E. H., Eijk J. T., Assendelft W. J.: Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, out-patient and community settings. Cochrane Database Syst Rev 2001, (1), CD001481.
7. Sidorov J., Shull R., Tomcavage J., Girolami S., Lawton N., Harris R.: Does diabetes disease management save money and improve outcomes? A report of simultaneous short-term savings and quality improvement associated with a health maintenance organization- sponsored disease management program among patients fulfilling health employer data and information set criteria. Diabetes Care 2002, 25(4), 684-689.
8. Bey T.: Managed Care in den USA: Übermacht der Versicherungen. Deutsches Ärzteblatt 2001, 98(51/52), 3428-3430.
9. Kühn H.: Disease Management – Erfahrungen aus den USA. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2002, 78(4), 175-180.
10. Fairfield G., Hunter D. J., Mechanic D., Rosleff F.: Implications of managed care for health systems, clinicians, and patients. BMJ 1997, 314(7098), 1895-1898.
11. Vrijhoef H.J.M., Spreeuwenberg C., Eijkelberg I. M. J. G., Wolffenbuttel B. H. R., van Merode G. G.: Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht. BMJ 2001, 323(7319), 983-985.
12. Baumberger J.: Managed Care in Europa. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2000, 76(12), 587-591.
13. Schneider A., Szecsenyi J.: Disease-Management-Programme – Chance oder Bedrohung der allgemeinärztlichen Identität. Z Allg Med 2002, 78(9), 393-397.

Grundlagen zur evidenzbasierten Medizin (Kapitel 5)

Im Text zitierte Literatur

1. Sackett D. L., Rosenberg W. C., Muir Gray J. A., Haynes R. B., Richardson W. S.: Was ist evidenzbasierte Medizin und was nicht? In: Münchener Medizinische Wochenschrift, Heft 139/1997.
2. Kleespies C., Kaiser T., Sawicki P.T., für die Arbeitsgruppe Praktische evidenzbasierte Medizin, St. Franziskus Hospital, Köln, und DieM – Institut für evidenzbasierte Medizin, Köln: Evidenzbasierte Diagnostik und Therapie bei Disease Management Programmen. Glossar der Begriffe und Methoden evidenzbasierter Medizin. 3., überarbeitete Version (Köln 2005).

Weitere Literatur zur evidenzbasierten Medizin

1. Kunz R., Ollenschläger G. et al.: Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln, Deutscher Ärzteverlag 2000.
2. Sackett D. L., Richardson W. S. et al.: Evidenzbasierte Medizin. EbM-Umsetzung und Vermittlung. Deutsche Ausgabe von R. Kunz; L. Fritsche; Germering; Zuckschwerdt 1999.
3. Sackett D. L., Haynes R. B., Guyatt G. H., Tugwell P.: Clinical epidemiology. 2nd Edition, 1991, Little, Brown & Company.
4. Rosser W.W., Shafir M.: Evidence based family medicine. 1998, B.C. Decker Inc.
5. Sackett D. L., Straus S. E., Richardson W. S., Rosenberg W., Haynes B. R.: Evidence based medicine. 2nd Edition, 2000, Churchill Livingstone.
6. Bland J. M., Peacock J.: Statistical questions in evidence based medicine. 3rd Edition, 2000, Oxford University Press.
7. Evans D., Haines A.: Implementing evidence based changes in healthcare. 2000, Radcliffe Medical Press.
8. Wan T. T. H.: Evidence based health care management. 2001, Kluwer Academic Pub.
9. Gray J. A.: Evidence based health care. 2nd Edition, 2001, Churchill Livingstone.
10. Gross R. A.: Decisions/evidence in medical practice. 2001, Mosby.
11. Katz D. L.: Clinical epidemiology and evidence based medicine. 2001, Sage Publications Ltd.
12. Abrams K., Brazier J. et al.: The advanced handbook of methods in evidence based health-care. 2nd Edition, 2001, Sage Publications Ltd.
13. Knottnerus A.: The evidence base of clinical diagnosis. 2002, BMJ books.
14. Perleth M., Raspe H.: Evidenzbasierte Medizin: Möglichkeiten und Grenzen. In: Münchener Medizinische Wochenschrift, Heft 140/1998.
15. Antes G., Spinner D. M.: Aufbau, Ziele und Aktivitäten der Cochrane Collaboration (Übersetzung der englischsprachigen Broschüre „The Cochrane Collaboration“). Unter: <http://www.cochrane.de>
16. Deutsches EBM-Netzwerk: Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin. Die Ziele des EBM-Netzwerkes. Unter: <http://www.ebm-netzwerk.de/ziele.htm>
17. Bucher H.C., Egger M., Schmidt J.-G., Antes G., Lengeler C.: Evidence-based Medicine: ein Ansatz

zu einer rationaleren Medizin. In: Schweiz. Ärztezeitung, Heft 77 /1996.

Quellen (Leitlinien und evidenzbasierte Unterlagen)

CCO (1) (Cancer Care Ontario), Practice Guidelines Initiative. Surgical Management of Early- Stage Invasive Breast Cancer, Kanada 2003

CCO (2) (Cancer Care Ontario), Practice Guidelines Initiative. Breast Irradiation in Women with Early-Stage Invasive Breast Cancer Following Breast Conserving Surgery, Kanada 2001

CCO (3) (Cancer Care Ontario), Practice Guidelines Initiative. Management of Ductal Carcinoma in Situ of the Breast, Kanada 2002

CMA (1) (Canadian Medical Association), Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. Mastectomy or lumpectomy? Kanada 2002

CMA (2) (Canadian Medical Association), Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. Treatment for women with stage III or locally advanced breast cancer, Kanada 2004

CMA (3) (Canadian Medical Association), Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. Axillary dissection, Kanada 1998

CMA (4) (Canadian Medical Association), Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. Sentinel lymph node biopsy, Kanada 2001

CMA (5) (Canadian Medical Association), Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. The management of chronic pain in patients with breast cancer, Kanada 2001

ESO (European School of Oncology)/ START (State-of-the-Art Oncology), Europa, 2001

ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement), Breast Cancer Treatment, USA, 2001

ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement), Diagnosis of Breast Cancer, USA 2001

NHMRC (1). Clinical Practice Guidelines for the Management of Early Breast Cancer (Draft der 2. Auflage; 1. Auflage 1995, Erste Überarbeitung 1998). Australien, 2000

NHMRC (2). Clinical Practice Guidelines for the Management of Advanced Breast Cancer. Australien, 2001

NHMRC (3). Psychosocial Clinical Practice Guidelines for Women with Breast Cancer. Australien, 2000

NCCN (National Comprehensive Cancer Network). Breast Cancer, USA Version 1.2002

NCI (National Cancer Institute). Breast Cancer: Treatment, USA 04/2002

NZGG (New Zealand Guideline Group). Early Detection of Breast Cancer, Neuseeland 1999

NZGG (New Zealand Guideline Group). Guidelines for the Surgical Management of Breast Cancer, Neuseeland 1997

SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), Breast Cancer in Women. A National Clinical Guideline. Publication No. 29. Schottland, 1998

ÄZQ Leitlinien-Clearing –Bericht „Schmerztherapie bei Tumorpatienten“. Deutschland, 2001

AWMF Interdisziplinäre Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie. Deutschland, 2002

DKG. Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau. Eine nationale S3- Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft und der beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Deutschland, 2004

St. Gallen Konsensusempfehlung, Schweiz 2005.

Deutsche Gesellschaft für Senologie. Stellungnahme zum interdisziplinär abgestimmten Konsensus Sentinel-Node-Biopsie, Deutschland, 2003

10. Anhang 5: Links und Internetadressen

Links zu EbM

| Einrichtung | Internet-Adresse |
|--|--|
| Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin (DNEbM) e. V. | www.ebm-netzwerk.de |
| Deutsches Cochrane Zentrum | www.cochrane.de/de/ |
| DleM - Institut für evidenzbasierte Medizin | www.ebm-diem.de |
| Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen | www.iqwig.de |

Links zur Rechtsverordnung

| Einrichtung | Internet-Adresse |
|----------------------------------|--|
| Bundesversicherungsamt | www.bva.de |
| Gemeinsamer Bundesausschuss | www.g-ba.de |
| Bundesministerium für Gesundheit | www.bmg.bund.de ; Dort finden Sie auch PDF-Dateien zu wichtigen Gesetzen, Richtlinien und Rechtsverordnungen der GKV |

Links zum Thema Brustkrebs

www.ago-online.org

Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie e. V.

www.brustkrebs.net

BLEIBGESUND! – Kampf dem Krebs e.V.

www.bvf-hessen.de

Berufsverband der Frauenärzte e.V., Landesverband Hessen

www.dapo-ev.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V.

www.dkfz.de

Deutsches Krebsforschungszentrum - Infos über alle Krebsarten; Einstieg in das Thema „Krebs“.

www.eusoma.org

European Society of Breast Cancer Specialists, Europäische Brustkrebsgesellschaft

www.germanbreastgroup.de

Studiengruppe zur Verbesserung der Primärbehandlung des Mammakarzinoms

www.inkanet.de

Informationsnetz für Krebspatienten und ihre Angehörigen

www.krebsgesellschaft.de

Deutsche Krebsgesellschaft; Infos für Ärzte und Wissenschaftler, Patienten und Angehörige.

www.krebshilfe.de

Deutsche Krebshilfe; Broschüren; Erklärung von Fachausdrücken; Bestellungen von Zeitungen und Videos.

www.krebs-kompass.de

Der Krebs-Kompass wird von der gemeinnützigen Volker-Karl-Oehrich-Gesellschaft e.V. betrieben; Infos für Patienten und Angehörige.

<http://www.tumorregister-muenchen.de/>

Infos für Patienten und Ärzte; epidemiologische Daten des Tumorregisters München; Empfehlungen des Tumorzentrums München:

Alternative Behandlungsmethoden; Tumorschmerztherapie.

<http://www.tumorzentrum-freiburg.de/patientenportal/krebs-webweiser.html>

Seite des Tumorzentrums Freiburg

www.senologie.org

Deutsche Gesellschaft für Senologie (Lehre von der Brust und ihren Erkrankungen).

http://www.krebs-check-nrw.de/e_projekte/a_krebspraevention_im_betrieb/

Information und Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust von der Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen.

www.studien.de

Deutsches Krebsstudienregister

Selbsthilfe- und Beratungsorganisationen:

Deutsche Krebshilfe e.V.

Buschstr. 32, 53113 Bonn
Tel.: 0228 72990-0
Fax: 0228 72990-11
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de

Europa Donna

Internet: www.europadonna.org

Frauenselbsthilfe nach Krebs

„Haus der Krebs-Selbsthilfe“
Thomas-Mann-Str. 40; 53111 Bonn
Tel.: 0228 33889-400
Fax: 0228 33889-401
E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de
Internet: www.frauenselbsthilfe.de

Susan G. Komen Deutschland e.V.

Verein für die Heilung von Brustkrebs
Heinrich-Hoffmann-Straße 3, 60528 Frankfurt
Tel.: 069 6786538-0
Fax: 069 6786538-19
E-Mail: info@komen.de
Internet: www.komen.de

Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg

Tel.: 0800 420 30 40
E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de
Internet: www.krebsinformation.de

Psychosoziale Beratungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Hanauer Landstraße 194, 60314 Frankfurt
Tel.: 069 63009-60
E-Mail: beratung@krebsgesellschaft.de

Mamazone e.V. Zentrale Augsburg

Max-Hempel-Str. 3
86153 Augsburg
Tel.: 0821 5213-144
Fax: 0821 5213-143
E-mail: info@mamazone.de
Internet: www.mamazone.de

11. Anhang 6: Liste der Vertragspartner

Vertragspartnerliste des DMP Brustkrebs in Hessen

Krankenkassen:

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg

Tel.: 06404 924-5000

Fax: 06404 924-2929

E-Mail: aok-programm@he.aok.de

Internet: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/he/dmp/>

BKK Landesverband Hessen - DMP

Stresemannallee 20, 60596 Frankfurt

Tel.: 069 96379-0

Fax: 069 96379-100

E-Mail: dmp@bkk-hessen.de

Internet: www.bkk-hessen.de/dmp

IKK classic

Hauptverwaltung Wiesbaden

Abraham-Lincoln-Straße 32, 65189 Wiesbaden

Tel.: 0611 73 77-216

Fax: 0611 73 77-200

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Landesvertretung Rheinland-Pfalz

DMP-Stützpunkt West

Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 22, 55130 Mainz

Tel.: 06131 98255 -34 und -36

Fax: 06131 832015

Internet: www.vdek.com

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

Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel

Tel.: 0561 1006-2220

Fax: 0561 1006-2394

Knappschaft

Regionaldirektion Frankfurt

Galvanistraße 31, 60486 Frankfurt

Tel.: 069 7430-1909

Fax: 069 7430-1902

Leistungserbringer:

Berufsverband der Frauenärzte e. V.
Landesverband Hessen
Dr. med. Klaus König
Landesvorsitzender Hessen
Feldbergstraße 1, 61449 Steinbach
Tel. 06171 7747
Fax 06171 86575
E-Mail: Dr.Koenig@bvf-hessen.de
Internet: www.bvf-hessen.de

Koordinationskrankenhäuser:

Frauenklinik der Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt

Direktor: Prof. Dr. med. Sven Becker

Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt
Tel : 069 6301-5115
Fax: 069 6301-6317
Internet: www.kgu.de

Hochwald Krankenhaus Bad Nauheim

Chefarzt: Dr. med. Ulrich Groh

Chaumontplatz 1, 61231 Bad Nauheim
Tel: 06032 702-207
Fax: 06032 702-140
Internet: www.gz-w.de

Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Brustzentrum Regio

Direktor: Prof. Dr. med. Uwe Wagner

Baldingerstraße, 35043 Marburg
Tel: 06421 5866-210
Fax: 06421 5866-407
Internet: www.ukgm.de

HSK Dr. Horst Schmidt Kliniken, Wiesbaden

Direktor: Prof. Dr. med. Wolfgang Weikel

Ludwig-Erhard-Straße 100, 65199 Wiesbaden
Tel: 0611 432-377
Fax: 0611 432-672
Internet: www.hsk-wiesbaden.de

Klinikum Offenbach

Chefarzt: Prof. Dr. med. Christian Jackisch

Starkenburgring 66, 63069 Offenbach

Tel: 069 8405-3850

Fax: 069 8405-4456

Internet: www.klinikum-offenbach.de

Klinikum Hanau

Chefarzt: PD. Dr. med. Thomas Müller

Leimenstraße 20, 63450 Hanau

Tel: 06181 296-2510

Fax: 06181 296-2540

Internet: www.klinikum-hanau.de

Interdisziplinäres Brustzentrum am Klinikum Kassel

Direktor: Prof. Dr. med. Thomas Dimpfl

Mönchenbergstraße 41-43, 34125 Kassel

Tel: 0561 980-3040

Fax: 0561 980-6947

Internet: www.klinikum-kassel.de

Klinikum Fulda

Direktor: PD. Dr. med. Thomas Hawighorst

Pacelliallee 4, 36043 Fulda

Tel: 0661 845-900

Fax: 0661 845-903

Internet: www.klinikum-fulda.de

Klinikum Darmstadt

Direktor: PD. Dr. med. Sven Ackermann

Grafen Straße 9, 64283 Darmstadt

Tel: 06151 107-6151

Fax: 06151 107-6249

Internet: www.klinikum-darmstadt.de

Weitere wichtige Ansprechpartner und Funktionen:

Datenstelle Swiss Post Solutions GmbH

Ursula Mayer

Teamleitung DMP
Systemformstraße 5, 83209 Prien am Chiemsee
Tel.: 08051 602-365
Fax : 08051 602-333
E-Mail: mayer.u@sps-prien.de

DMP Datenservices
Swiss Post Solutions GmbH
Michelinstrasse 132, 96103 Hallstadt
Tel.:0951 30939-0
Fax.:0951 30939-10

Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen

Andreas Funk LL.M.

Leiter Kopfstelle DMP Brustkrebs in Hessen
Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 22, 55130 Mainz
Tel. 06131 98255-25
Fax. 06131 832015
E-Mail: andreas.funk@vdek.com
E-Mail: kopfstelle.brustkrebs-hessen@vdek.com