

VERTRAG

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

dem BKK-Landesverband NORDWEST

– handelnd für die Betriebskrankenkassen –

der IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

als Landwirtschaftliche Krankenkasse

der KNAPPSCHAFT

den Ersatzkassen in Nordrhein:

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

(nachstehend Krankenkassen/-verbände genannt)

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

– vertreten durch den Vorstand –

(nachstehend KV Nordrhein genannt)

über ein

strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V

zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung

von Versicherten mit Brustkrebs

Inhaltsverzeichnis

Übersicht Anlagen

Erläuterungen/Abkürzungen

Präambel

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele des Vertrages	6
§ 2 Geltungsbereich.....	6

Abschnitt II Teilnahme der Ärzte

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungsbereichs	7
§ 4 Stationärer Versorgungsbereich	11
§ 5 Teilnahmeerklärung Ärzte.....	12
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen	12
§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme	13
§ 8 Ärzteverzeichnis	13

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 9 Medizinische Anforderungen an das DMP Brustkrebs	14
--	----

Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 10 Grundlagen und Ziele	15
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren.....	16
§ 12 Vertragsmaßnahmen	16

Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen	18
§ 14 Information und Einschreibung	19
§ 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung.....	20
§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme.....	20
§ 17 Wechsel des koordinierenden Arztes.....	21
§ 18 Teilnehmerverzeichnis.....	22

Abschnitt VI Fortbildungen und Informationen

§ 19 Fortbildung der Ärzte.....	22
§ 20 Information der Versicherten.....	23

Abschnitt VII Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung

§ 21 Arbeitsgemeinschaft und deren Aufgaben	23
§ 22 Datenstelle.....	24
§ 23 Gemeinsame Einrichtung und deren Aufgaben	25

Abschnitt VIII Datenfluss und Datenverwendung

§ 24 Erst- und Folgedokumentation	26
§ 25 Datenfluss.....	26
§ 26 Datenzugang	27
§ 27 Datenaufbewahrung und –löschung	28

Abschnitt IX Evaluation

§ 28 Evaluation	28
-----------------------	----

Abschnitt X Vergütung und Abrechnung

§ 29 Vergütung und Abrechnung	29
-------------------------------------	----

Abschnitt XI Sonstige Bestimmungen

§ 30 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen.....	29
--	----

§ 31 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz	29
--	----

§ 32 Laufzeit und Kündigung	30
-----------------------------------	----

§ 33 Schriftform	30
------------------------	----

§ 34 Salvatorische Klausel.....	31
---------------------------------	----

Übersicht Anlagen

Anlage 1	Strukturvoraussetzungen für Ärzte nach § 3 Absatz 2
Anlage 2	unbesetzt
Anlage 3	Teilnahmeerklärung Ärzte
Anlage 4	Gespräch vor der stationären Behandlung/Gespräch nach der stationären Behandlung/Begleitgespräche
Anlage 5	Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation und Patientinneninformation (Stand 06.05.2020)
Anlage 6	Qualitätssicherung (Stand: 15.07.2024)
Anlage 7	Ärzteverzeichnis DMP Brustkrebs (Stand 26.06.2019)
Anlage 8	Ablaufbeschreibung der Einschreibung

Erläuterungen/Abkürzungen

- „Ärzte“ sind an diesem Programm teilnehmende Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren und ermächtigte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen
- „Angestellter Arzt“ ist ein Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGB V
- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen
- „Ärztlicher Leiter“ des Medizinischen Versorgungszentrums ist ein nach § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V im Medizinischen Versorgungszentrum tätiger Arzt oder angestellter Arzt
- „BAS“ ist das Bundesamt für soziale Sicherung
- „DMP“ ist das Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie
- „Dokumentationsdaten“ sind Daten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL
- „DS-GVO“ ist die Europäische Datenschutz-Grundverordnung
- „ED bzw. FD“ sind die Erst- bzw. Folgedokumentation („Dokumentationsdaten“)
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V
- „KGNW“ ist die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.
- „Krankenhäuser“ sind Einrichtungen i. S. d. § 4
- „KV Nordrhein“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- „MVZ“ ist das medizinische Versorgungszentrum
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung
- „TE/EWE“ ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- „Versicherte“ sind weibliche Versicherte

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

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Vorschriften / Paragraphen, Abschnitte und Anlagen ohne weitere Bezugnahme auf einen konkreten Vertrag beziehen sich auf diesen Vertrag.

Präambel

Brustkrebs (Mammakarzinom, Diagnosecode C50) war im Jahr 2020 mit etwa 30,5 Prozent aller Krebsneuerkrankungen die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Seit den 1980er Jahren hat sich dabei die Zahl der Neuerkrankungen fast verdoppelt. So erkrankten 2020 etwa 70.550 Frauen jährlich neu an Brustkrebs, dies entspricht einer altersstandardisierten Rate von 113 je 100.000 Frauen, während diese Rate 1980 in Deutschland bei ca. 68 lag. Ungefähr 18.400 Frauen verstarben 2020 an dieser Erkrankung. Als mögliche Vorstufe des Brustkrebses traten bei etwa 6.000 Frauen in-situ Karzinome auf. Trotz medizinischer Fortschritte in Diagnostik und Therapie ist die Diagnose Brustkrebs für die Frau eine besondere Belastung und für die Medizin eine Herausforderung.

Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) wird eine interdisziplinäre, berufs- und sektorenübergreifende Behandlung in einer integrierten Versorgungsform mit dem notwendigen logistischen Hintergrund gewährleistet. Daneben wird im Rahmen des nachfolgend beschriebenen Vertrages eine patientinnen- und qualitätsorientierte Begleitung der Frauen durch die an der Behandlung beteiligten Ärzte und durch eine auf den Behandlungsverlauf bezogene Dokumentation vereinbart; angestrebt wird die Erstellung einer bereichsübergreifenden Längsschnittdokumentation.

Die Patientinnen sollen wirksam dabei unterstützt werden, empfohlene und häufig jahrelang andauernde Therapien einzuhalten und mit deren oft belastenden Neben- und Folgewirkungen besser umzugehen. Das DMP zielt darauf ab, Folgeerkrankungen zu vermeiden sowie psychosomatische, psychische und psychosoziale Aspekte der Langzeittherapie stärker zu berücksichtigen.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.10.2023 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Ziel des Vertrages ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP Brustkrebs im Bereich der KV Nordrhein. Über dieses DMP soll unter Beachtung der nach § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte 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, gewährleistet werden, um die Versorgung der Patientinnen zu optimieren. Der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe als koordinierender Arzt und das beteiligte Brustzentrum spielen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses DMPs.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Brustkrebs sowie die medizinischen Grundlagen ergeben sich aus der DMP-A-RL sowie der RSAV. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die am Programm teilnehmenden Versicherten die Therapie gemäß Nummer 1.4 der Anlage 3 DMP-A-RL an.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt für
 1. Ärzte in der Region der KV Nordrhein, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben,
 2. die Behandlung von Versicherten, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V dieses Vertrages eingeschrieben haben,
 3. 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 die Krankenkasse mit der Krankenkasse der Versicherten geregelt und die KV Nordrhein darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären, dass sie die außer-

budgetären Vergütungen gemäß § 29 anerkennen. Die KV Nordrhein informiert hierüber die teilnehmenden Ärzte. Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 SGB V bleibt unberührt.

- (2) Die Vergütungen im Falle des Abs. 1 Nr. 3 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (3) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV sowie die DMP-A-RL.

Abschnitt II Teilnahme der Ärzte

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungsbereichs (koordinierender Arzt)

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die persönlich oder durch angestellte Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 erfüllen.
- (3) Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 können Ärzte auch durch angestellte Ärzte sicherstellen.
- (4) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 6. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen ist der KV Nordrhein unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.
- (5) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des anstellenden MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber

der KV Nordrhein nach. Das Ende des Anstellungsverhältnisses oder der Leistungserbringung des angestellten Arztes im Rahmen dieses Vertrages wird der KV Nordrhein vom anstellenden Arzt bzw. vom ärztlichen Leiter des anstellenden MVZ unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitgeteilt.

(6) Zu den Aufgaben der nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten Ärzte gehören insbesondere:

1. die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Durchführung und Koordination der Behandlung der Versicherten unter Wahrnehmung folgender Aufgaben

2.1 Einschreibung der Versicherten nach der Diagnosesicherung und vor der Operation einschließlich:

2.1.1 der Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gem. § 14 sowie Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationsdaten (TE/EWE und ED) nach den Abschnitten VII und VIII dieses Vertrages innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle. Es ist zu gewährleisten, dass die gültige TE/EWE spätestens zusammen mit der Erstdokumentation an die Datenstelle weitergeleitet wird. Die Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten,

2.1.2 der vollständigen Dokumentationsdaten entsprechend der Anlage 4 der DMP-A-RL (ED und FD); soweit diese nicht ausreichend ausgefüllt weitergeleitet wurde, die nachträgliche Ergänzung fehlender Parameter auf Anforderung,

2.1.3 der Durchführung eines intensivierten Patientinnengesprächs vor und nach der stationären Behandlung, sowie im weiteren Verlauf Durchführung der Begleitgespräche nach Abschnitt III i. V. m. Anlage 4 dieses Vertrages,

2.1.4 der Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

- 2.1.5 der Überweisung per Auftragsleistung an andere, auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte / (psychologische) Psychotherapeuten zur weiterführenden Diagnostik und Therapie gemäß Nummer 1.9 der Anlage 3 DMP-A-RL,
 - 2.1.6 der stationären Einweisung an Brustzentren, die gemäß § 4 dieses Vertrages am DMP Brustkrebs teilnehmen, unter Berücksichtigung der individuellen Patientinneninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur. Im Zusammenhang mit der stationären Einweisung ist auf der Einweisung zu vermerken, dass die Versicherte bereits in das DMP Brustkrebs eingeschrieben wurde,
 - 2.1.7 der Übermittlung bzw. Einforderung therapierelevanter Informationen bei Überweisung an andere Leistungserbringer.
- 2.2 Weiterbetreuung der Versicherten nach Beendigung der Primärtherapie und vorheriger Koordination durch das Brustzentrum einschließlich:
- 2.2.1 der Durchführung des hierfür erforderlichen Arztwechsels gemäß § 17 einschließlich der Erstellung der FD,
 - 2.2.2 der vollständigen Dokumentationsdaten entsprechend der Anlage 4 der DMP-A-RL im weiteren Verlauf (FD); soweit diese nicht ausreichend ausgefüllt weitergeleitet wurde, die nachträgliche Ergänzung fehlender Parameter auf Anforderung,
 - 2.2.3 der Durchführung eines intensivierten Patientinnengesprächs nach der stationären Behandlung¹ sowie im weiteren Verlauf Durchführung der Begleitgespräche nach Abschnitt III i. V. m. Anlage 4,
 - 2.2.4 der Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 - 2.2.5 der Überweisung per Auftragsleistung an andere, auch nicht an diesem Vertrag teilnehmende, Ärzte / (psychologische) Psychotherapeuten zur weiterführenden Diagnostik und Therapie gemäß Nummer 1.9 der Anlage 3 DMP-A-RL,

¹ Ggf. noch vor Beendigung der Primärtherapie

- 2.2.6 der stationären Einweisung an Brustzentren, die gemäß § 4 dieses Vertrages am DMP Brustkrebs teilnehmen, unter Berücksichtigung der individuellen Patientinneninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur. Im Zusammenhang mit der stationären Einweisung ist auf der Einweisung zu vermerken, dass die Versicherte bereits in das DMP Brustkrebs eingeschrieben wurde,
 - 2.2.7 der Übermittlung bzw. Einforderung therapierelevanter Informationen bei Überweisung an andere Leistungserbringer.
- 2.3 Einschreibung der Versicherten in der Nachsorgephase einschließlich:
- 2.3.1 der Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gem. § 14 sowie Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationsdaten (TE/EWE und ED) nach den Abschnitten VII und VIII dieses Vertrages,
 - 2.3.2 der vollständigen Dokumentationsdaten entsprechend der Anlage 4 der DMP-A-RL (ED- und FD); soweit diese nicht ausreichend ausgefüllt weitergeleitet wurde, die nachträgliche Ergänzung fehlender Parameter auf Anforderung,
 - 2.3.3 der Durchführung eines intensivierten Patientinnengesprächs nach der stationären Behandlung² sowie im weiteren Verlauf Durchführung der Begleitgespräche nach Abschnitt III,
 - 2.3.4 der Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 - 2.3.5 der Überweisung per Auftragsleistung an andere, auch nicht an diesem Vertrag teilnehmende, Ärzte / (psychologische) Psychotherapeuten zur weiterführenden Diagnostik und Therapie gemäß Nummer 1.9 der Anlage 3 DMP-A-RL,
 - 2.3.6 der stationären Einweisung an Brustzentren, die gemäß § 4 dieses Vertrages am DMP Brustkrebs teilnehmen, unter Berücksichtigung der individuellen Patientinneninteressen und der regionalen Ver-

² Ggf. noch vor Beendigung der Primärtherapie

sorgungsstruktur. Im Zusammenhang mit der stationären Einweisung ist auf der Einweisung zu vermerken, dass die Versicherte bereits in das DMP Brustkrebs eingeschrieben wurde,

2.3.7 der Übermittlung bzw. Einforderung therapierelevanter Informationen bei Überweisung an andere Leistungserbringer.

3. Zu den Einschreibeprozessen s. auch *Anlage 8*.
 4. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-3 entsprechend. Der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des anstellenden MVZ hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL Sorge zu tragen.
- (7) In Ausnahmefällen, insbesondere auf Wunsch der Versicherten, kann der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt nach § 73 Abs. 1a SGB V die koordinierende Funktion des in Abs. 2 genannten Arztes übernehmen. Hierzu bedarf es einer gesonderten Bestätigung der Qualifikation gemäß Anlage 1, sowie einer Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag durch die KV Nordrhein. In diesen besonderen Fällen übernimmt der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt die Aufgaben nach Abs. 7. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach *Anlage 1* können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

§ 4

Stationärer Versorgungsbereich

- (1) Zur Sicherstellung der stationären Versorgung schließen die Krankenkassen gesonderte Verträge mit stationären Einrichtungen, die vom Land Nordrhein-Westfalen als Operationsstandort eines Brustzentrums benannt sind und definierte Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen.

Die Brustzentren können für die primäre Behandlungsphase die Koordination der Versicherten übernehmen und in dieser Phase deren Einschreibung veranlassen sowie die vollständige ED erstellen.

§ 5

Teilnahmeerklärung Ärzte

- (1) Der Arzt nach § 3 erklärt gegenüber der KV Nordrhein schriftlich oder elektronisch auf der in der *Anlage 3* zu diesem Vertrag beigefügten Erklärung seine Teilnahme am DMP.
- (2) Wird die Teilnahme des Arztes am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Vertragsarztes neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 3 beigefügten Formular unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KV Nordrhein kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden. Mit der Antragstellung legt der Arzt dar, dass er persönlich oder durch angestellte Ärzte die Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 1 erfüllt.
- (3) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.
- (4) Als Arzt genehmigt er mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung den von der Arbeitsgemeinschaft ohne Vollmacht in Vertretung für ihn mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der Arzt die Arbeitsgemeinschaft, in seinem Namen einen Vertrag mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Er wird in diesem Fall unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

Die KV Nordrhein prüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß der *Anlage 1* und erteilt bei Erfüllung schriftlich die erforderliche Genehmigung.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Ärzte gemäß § 3 am DMP beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag des Eingangs des Antrags gemäß Anlage 3 bei der KV Nordrhein. Die Teilnahme wird schriftlich oder elektronisch durch die KV Nordrhein bestätigt.
- (2) Der Arzt kann seine Teilnahme schriftlich oder elektronisch gegenüber der KV Nordrhein zum Ende des Quartals kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet mit dem Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Die Teilnahme an diesem Vertrag ruht während des Ruhens der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet ferner mit dem rechtskräftigen Widerruf der Genehmigung durch die KV Nordrhein, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen.
- (5) Endet die Teilnahme des Arztes (nach § 3), können die Krankenkassen, die hiervon betroffenen Versicherten auf andere am DMP Brustkrebs teilnehmende Ärzte aufmerksam machen, um gegebenenfalls einen Arztwechsel gemäß § 17 zu ermöglichen.

§ 8

Ärzteverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 7 führt die KV Nordrhein ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und/oder in MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP Brustkrebs erbringen. Die KV Nordrhein stellt dieses Verzeichnis den teilnehmenden Krankenkassen/-verbänden, der Gemeinsamen Einrichtung nach § 22 und der KGNW regelmäßig in elektronischer Form, z. B. als Excel-Datei, entsprechend der Anlage 7 Verfügung.
- (2) Über die am DMP Brustkrebs teilnehmenden Krankenhäuser nach § 4 führen die Krankenkassen bzw. deren Verbände ein Verzeichnis. Sie stellen die Verzeichnisse der Gemeinsamen Einrichtung, der KGNW und der KV Nordrhein in elektronischer Form (z. B. als Excel-Datei) mit jeder Änderung zur Verfügung.

- (3) Die Verzeichnisse nach Absätzen 1 und 2 stellen die Krankenkassen/-verbände dem BAS alle fünf Jahre und auf Anforderung in aktualisierter Form zur Verfügung.
- (4) Weiterhin werden die Verzeichnisse auf Anforderung folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
1. den am Vertrag teilnehmenden Ärzten durch die KV Nordrhein und den teilnehmenden Krankenhäusern durch die KGNW,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, insbesondere bei Neueinschreibung durch die jeweilige Krankenkasse,
 3. den am DMP Brustkrebs teilnehmenden Krankenhäusern durch die KGNW,
 4. den zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweilige Krankenkasse,
 5. der Datenstelle nach § 21 durch die KV Nordrhein.
- (5) Diese Verzeichnisse können mit Zustimmung der Ärzte und sonstigen Leistungserbringer veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung Ärzte erteilt.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das DMP Brustkrebs

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 3 der DMP-A-RL definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Ärzte werden nach einer Änderung der Anlage 3 der DMP-A-RL unverzüglich über die geänderten Anforderungen an die medizinische Behandlung von der KV Nordrhein unterrichtet. Die teilnehmenden Ärzte sind zur Beachtung dieser Versorgungsinhalte verpflichtet. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, hat der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des anstellenden MVZ für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL Sorge zu tragen. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

(2) Die Aufklärung der Patientin im Sinne der Anlage 3 DMP-A-RL erfolgt gemäß § 3 Abs. 7 durch den koordinierenden Arzt über intensivierete Patientinnengespräche und zielgerichtete Patientinneninformationen. Als Grundlage dienen die nachstehend beschriebenen Informationsbausteine. Die Informationsbausteine umfassen schwerpunktmäßig folgende Bereiche:

- a) Informationen über qualitätsgesicherte Behandlungsmaßnahmen und einzel-fallbezogen in Betracht kommende Behandlungsalternativen einschließlich deren Chancen und Risiken,
- b) Informationen über die am Programm teilnehmenden Brustzentren. 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 4.

(3) Die Vertragspartner stimmen überein, dass die teilnehmenden Ärzte an diesem DMP für Brustkrebs teilnehmende Versicherte, gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten, behandeln und beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Brustkrebs auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in Anlage 6 „Qualitätssicherung“ genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137 f Abs. 2, Satz 2 Nr. 1 und der Anlage 3 DMP-A-RL,
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten, wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren gemäß Nummer 1.9 der Anlage 3 DMP-A-RL,

- Einhaltung der im Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß § 3,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Entsprechend des § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP die Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 6 zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen. Über Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:
 - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
 - strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten an die nach § 3 teilnehmenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; dazu kann auch die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln gehören,
 - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte, und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung der in Anlage 6 fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL einzubeziehen.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 12

Vertragsmaßnahmen

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms greifen Maßnahmen, wenn die am Vertrag teilnehmenden Ärzte gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen. Verletzen die nach § 3 teilnehmenden Ärzte die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, erfolgen im Einzelfall die nachstehenden Maßnahmen:

- keine Vergütung für unvollständige, inplausible oder nicht fristgerecht übermittelte Dokumentationen,
 - schriftliche Aufforderung durch die KV Nordrhein zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen; ggf. Angebot eines Beratungsgespräches durch die KV Nordrhein (z. B. bei fortgesetzter nicht fristgerechter bzw. fehlender Übersendung der Dokumentationen),
 - Widerruf der Teilnahmegenehmigung des Arztes durch die KV Nordrhein bei weiteren nachgewiesenen Verstößen gegen die sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten auf begründeten Antrag eines Vertragspartners.
- (2) Disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie Schadensersatzansprüche bleiben unberührt.

Abschnitt V
Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, sofern die nachfolgenden Einschreibekriterien gemäß Anlage § 3 und Anlage 3 der DMP-A-RL erfüllt sind
- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend gemäß Anlage 3, Nummer 1.2 der DMP-A-RL,
 - die schriftliche oder elektronische Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
 - die schriftliche oder elektronische Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten,
 - als spezielle Regelung für die Einschreibung gilt die histologische Sicherung eines Brustkrebses oder die histologische Sicherung eines lokoregionären Rezidivs oder eine nachgewiesene Fernmetastasierung des histologisch nachgewiesenen Brustkrebses. Die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt.
- (2) Das alleinige Vorliegen einer nichtinvasiven lobulären Neoplasie rechtfertigt nicht die Aufnahme in das DMP Brustkrebs.
- (3) Nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose endet die Teilnahme am DMP. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv bzw. kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am DMP auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere zehn Jahre ab dem Zeitpunkt der jeweiligen histologischen Sicherung möglich. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv / kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich. Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.
- (4) Patientinnen mit bereits gesichertem histologischen Nachweis eines Mamma-Karzinoms / lokoregionären Rezidivs aus einem zurückliegendem Zeitraum von

max. zehn Jahren nach Abschluss der Primärtherapie können auch an der Versorgung gemäß dieses Vertrages teilnehmen. Der teilnehmende Arzt soll sich bei Patientinnen, deren Erkrankung ihm erst in der Nachsorgephase bekannt wird, nach der Teilnahme an dem DMP erkundigen und gegebenenfalls die Einschreibung veranlassen.

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

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) Der koordinierende Arzt nach § 3 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.
- (2) Die am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der koordinierenden Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise umfassend über das Behandlungsprogramm informieren.
- (3) Bei einer Einschreibung im ambulanten Bereich informiert der koordinierende Arzt entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV die teilnahmeberechtigte Patientin. In der Anlage 8 sind die verschiedenen Einschreibungsmöglichkeiten im ambulanten und stationären Bereich näher beschrieben.
- (4) Für die Einschreibung der Versicherten in das DMP sind, neben der TE/EWE, gemäß § 15 dieses Vertrages folgende Unterlagen notwendig:
1. die schriftliche Bestätigung der histologisch gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt auf der TE/EWE gemäß § 15,
 2. die vollständigen Daten der ED gemäß der Anlage 4 DMP-A-RL des koordinierenden Arztes.
- (5) Mit der Einschreibung in das DMP wählt die Versicherte ihren koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 an die Datenstelle entsprechend § 22 weitergeleitet hat.
- (6) Die Versicherte kann auch bei ihrer Krankenkasse in ihre Teilnahme am DMP einwilligen. In diesem Fall wird die Versicherte nach der Unterzeichnung der TE/EWE

von der Krankenkasse an einen am Vertrag teilnehmenden Arzt oder Krankenhäuser verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und weitergeleitet werden.

- (7) Nachdem alle Einschreibeunterlagen entsprechend Abs. 4 der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese der Versicherten und dem koordinierenden Arzt die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (8) Wenn die Versicherte die Einschreibekriterien mehrerer der in der DMP-A-RL des G-BA genannten Erkrankungen erfüllt, kann sie an verschiedenen DMP teilnehmen, sofern diese sich nicht ausschließen.
- (9) Wechselt eine am DMP teilnehmende Versicherte die Krankenkasse und möchte weiterhin am Programm teilnehmen, sind die nach Abs. 4 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich die Versicherte mit der TE/EWE (*Anlage 5*) zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt schriftlich oder elektronisch in die damit verbundene Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am DMP ist freiwillig und beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 7 dieses Vertrages, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 4 erstellt wurde. Die Krankenkasse informiert die am Programm Beteiligten über den Beginn gem. § 24 Abs. 2 Nr. 3 RSAV.
- (2) Nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose endet die Teilnahme grds. am DMP. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv bzw. kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am DMP auf, ist ein Verbleiben im DMP für weitere zehn Jahre ab dem Zeitpunkt

der jeweiligen histologischen Sicherung möglich. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am DMP auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich. Patientinnen mit Fernmetastasen können dauerhaft am DMP teilnehmen.

- (3) Die Teilnahme der Versicherten endet außerdem mit dem Tag
1. der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 2. des Zugangs der Kündigung bei ihrer Krankenkasse, sofern sie in dieser keinen späteren Termin für ihr Ausscheiden bestimmt,
 3. des Zugangs des Widerrufs der TE/EWE durch die Versicherte bei der Krankenkasse,
 4. des Kassenwechsels,
 5. der letzten Dokumentation gemäß Anlage 4 DMP-A-RL, wenn die Krankenkasse die Teilnahme der Versicherten an dem Programm nach § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV beendet, weil
 - die Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt,
 - zwei aufeinanderfolgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach den Richtlinien des G-BA nach § 137f des SGB V nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a) RSAV genannten Frist übermittelt worden sind.
- (4) Die Krankenkasse informiert die Versicherte und den koordinierenden Arzt unverzüglich schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden der Versicherten aus dem DMP gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 3 RSAV.
- (5) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.

§ 17

Wechsel des koordinierenden Arztes

Es steht der Versicherten frei, ihren koordinierenden Arzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die FD und sendet diese innerhalb der in § 3 Abs. 7 genannten Fristen an die Datenstelle gemäß § 21 Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes. Der bisherige koordinierende

Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

Ein Arztwechsel liegt auch dann vor, wenn die Patientin zuvor im Brustzentrum eingeschrieben war und für die weitere Behandlung und Betreuung einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt gemäß § 3 als koordinierenden Arzt wählt.

§ 18

Teilnehmerverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KV Nordrhein (bei Bedarf) eine Liste für die gemäß § 14 dieses Vertrages eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken. Nähere Details zu Art, Umfang und Verwendungszweck werden in einer separaten Vereinbarung von den Vertragspartnern geregelt.

Abschnitt VI

Fortbildungen und Informationen

§ 19

Fortbildung der Ärzte

- (1) Die Vertragspartner informieren die gemäß § 3 teilnahmeberechtigten Ärzte umfassend über Ziele und Inhalte des DMP Brustkrebs. Hierbei werden auch die Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte bzw. der ärztliche Leiter des anstellenden MVZ bestätigen den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen der teilnahmeberechtigten Ärzte nach § 3 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele.
- (3) Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, ab.
- (4) Die Vertragspartner definieren nach Beratung in der Gemeinsamen Einrichtung gem. § 23 zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung (z. B. Qualitätszirkel) teilnahmeberechtigter Ärzte.

- (5) Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind entsprechend § 3 gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen.
- (6) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 20

Information der Versicherten

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme insbesondere durch die Patientinneninformation nach Anlage 5. Hierbei werden auch die vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge, die geltenden Therapieempfehlungen sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung und die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten transparent dargestellt.
- (2) Die Inanspruchnahme von Patientinneninformationen ist freiwillig. Eine Nicht-Inanspruchnahme führt nicht zum Ausschluss der Patientin aus dem strukturierten Behandlungsprogramm.

Abschnitt VII

Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung

§ 21

Arbeitsgemeinschaft und deren Aufgaben

- (1) Die Vertragspartner und die KGNW haben eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 1 SGB V gebildet. Das Nähere wird in einem Beschluss der Gesellschafterversammlung geregelt.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 Nr. 1a und 1c RSAV die Aufgabe, den bei ihr eingehenden Datensatz versichertenbezogen zu pseudonymi-

sieren und ihn dann an die KV Nordrhein und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 6 weiterzuleiten.

- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 22

Datenstelle

- (1) Die Vertragspartner verständigen sich auf eine gemeinsame Datenstelle.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 21 dieses Vertrages beauftragt die Datenstelle zur:
1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
 3. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL,
 4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KV Nordrhein.
- (3) Die Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger und unplausibler Angaben,
 3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 DMP-A-RL unmittelbar an die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen,
 4. Entgegennahme und unmittelbare Weiterleitung der TE/EWE an die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen.
- (4) Der koordinierende Arzt beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,

2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL an die die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen.
- (5) Zur Erfüllung der in Absatz 4 genannten Aufgaben erkennt der koordinierende Arzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 die mit der Datenstelle geschlossenen Verträge an.
- (6) Das Nähere zu den Absätzen 2 und 3 wird mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X, geregelt.

§ 23

Gemeinsame Einrichtung und deren Aufgaben

- 1) Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft nach § 20 haben die Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gegründet. Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung um die Aufgaben aus diesem Vertrag. Das Nähere wird in einem Beschluss der Gesellschafterversammlung geregelt.
- 2) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 6 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
 - die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL,
 - die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten Anlage 4 der DMP-A- RL,
 - die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL,
 - die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 6 DMP-A-RL
 - die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Abschnitt VIII

Datenfluss und Datenverwendung

§ 24

Erst- und Folgedokumentation

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationsdaten umfassen nur die in Anlage 4 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für
 - die Behandlung,
 - die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung,
 - die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 Abs. 1 RSAV,
 - die Schulung der Ärzte und
 - die Evaluation unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelung des § 6 der DMP- A-RL genutzt.
- (2) Die teilnehmenden Ärzte werden nach einer Änderung der Anlage 3 der DMP-A- RL unverzüglich über die geänderten Anforderungen von der KV Nordrhein unterrichtet. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (3) Der Arzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 4 DMP-A-RL entsprechend den Regelungen in Nummer 1.5 der Anlage 3 DMP-AL-RL fest, welches Dokumentationsintervall (halbjährlich oder häufiger oder jährlich) für die jeweilige Versicherte maßgeblich ist.

§ 25

Datenfluss

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Arzt, die vollständige ED/FD gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums auf elektronischem Weg an die Datenstelle weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die TE/EWE des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose – von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben – zusammen mit der Erstdokumentation binnen 10 Tagen nach Befunderhebung an die Datenstelle zu übermitteln. Die Übermittlung versicherten- und arztbezogener Daten auf elektronischem Weg entsprechend der

DMP-A-RL an die beauftragte Datenstelle ist nur möglich, sofern die eingesetzte Software von der Prüfstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifiziert worden ist und dieses der KV Nordrhein angezeigt ist.

- (2) Im Rahmen seiner Dokumentationspflicht hat der koordinierende Arzt bei Übermittlung der versicherten- und arztbezogenen Daten eine Sicherungskopie zu erstellen und aufzubewahren.
- (3) Der koordinierende Arzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Versicherten verwendet werden.
- (4) Die Datensätze sind vor dem Versand zu verschlüsseln und werden auf elektronischem Weg bei der Datenstelle eingereicht. Die Datensätze können per Datenträger (ausgenommen Diskette), Datenfernübertragung oder per E-Mail bei der Datenstelle eingereicht werden. Beschädigte Datenträger und unvollständige Dateien können nicht verarbeitet werden. Die Datenstelle fordert in diesem Fall den Arzt zur Neulieferung der entsprechenden Daten auf.
- (5) Die Datenstelle übermittelt bei der ED/FD die Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (6) Die Versicherte willigt gemäß Anlage 5 einmalig in die Datenübermittlung schriftlich oder elektronisch ein und wird schriftlich vom koordinierenden Arzt über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Sie erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 26

Datenzugang

Zugang zu den an die Arbeitsgemeinschaft oder Datenstelle, Gemeinsame Einrichtung, KV Nordrhein und an die berechtigten datenannehmenden Stellen der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 27

Datenaufbewahrung und –löschung

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

Abschnitt IX

Evaluation

§ 28

Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 DMP-A-RL.
- (2) Die zur Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen und der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Abschnitt X
Vergütung und Abrechnung

§ 29
Vergütung und Abrechnung

Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen für eingeschriebene Versicherte im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages werden in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

Abschnitt XI
Sonstige Bestimmungen

§ 30
Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

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

§ 31
Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafgesetzbuch ist sicherzustellen.
- (2) Die am Vertrag teilnehmenden Ärzte verpflichten sich untereinander sowie gegenüber anderen Ärzten und Patienten bei ihrer Tätigkeit, die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten.
- (3) Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 32

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2024 in Kraft und ersetzt den am 01.10.2018 in Kraft getretenen Vertrag.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, der DMP-A-RL des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der gesetzlichen Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V oder zu vorgegebenen Stichtagen vorgenommen werden. Über Änderungen werden die teilnehmenden Ärzte in geeigneter Form informiert.
- (3) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung des Programms gelten die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Ärzte und Versicherten weiter. Eine erneute Einschreibung der Ärzte und der Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.
- (5) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der DMP bzw. bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung durch das BAS, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- (6) Ordentliche und außerordentliche Kündigung bedürfen der Schriftform.

§ 33

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.

§ 34

Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, oder sollte dieser Vertrag eine Regelungslücke enthalten, so berührt das nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieses Vertrages. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Regelungslücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragspartner gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt bedacht hätten.
- (2) Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der sonstigen rechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Anlage 1

zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Brustkrebs

Strukturqualität der Ärzte gemäß § 3 Absatz 2

1. Ärzte nach § 3 Absatz 2 müssen nachfolgende Qualifikationen – persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen und gegenüber der KV Nordrhein nachweisen:
 - **Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**sowie
 - Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Brustkrebs mit insgesamt 12 Punkten
 - und regelmäßige – mindestens einmal jährliche – Teilnahme
 - entweder an Qualitätszirkeln,
 - oder an einer durch die Ärztekammer Nordrhein zertifizierten Fortbildungsveranstaltung zum Thema Brustkrebs.
2. Diese Regelung gilt für einen angestellten Arzt entsprechend, wenn die oben genannten Strukturvoraussetzungen durch ihn erfüllt werden sollen.
3. Des Weiteren können Vertragsärzte bzw. in Medizinischen Versorgungszentren vertragsärztlich tätige Ärzte, die gemäß § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, in Ausnahmefällen die Funktion des koordinierenden Arztes i.S.d. § 3 Abs. 8 übernehmen, sofern die Fortbildungsqualifikationen nach Nr. 1 erfüllt werden.

KV Nordrhein
 Abteilung Qualitätssicherung
 40182 Düsseldorf

Telefax: (0211) 5970-33209
 E-Mail: DMP-Brustkrebs@kvno.de

**Teilnahmeerklärung des Arztes zu dem
 strukturierten Behandlungsprogramm (DMP)
 Brustkrebs nach § 137f SGB V**

Der Antrag wird gestellt für:

Titel	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Gebietsbezeichnung	
LANR	
BSNR	
Zugelassen oder ange- stellt oder persönlich er- mächtigt seit/ab	
Anstellung bei:	
Geplante Aufnahme der Tätigkeit	

Kontaktdaten der Praxis:

Straße und Hausnummer	
PLZ/Ort	
Telefon	
Fax:	
E-Mail:	

Teilnahmeerklärung zu dem DMP-Brustkrebs

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Brustkrebs informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Die Arzt-Informationsmedien habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen. Das auf der Homepage der KV Nordrhein zum jeweiligen DMP eingestellte DMP-Arztmanual habe ich zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 9 des DMP-Vertrages, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben gemäß § 3 des Abschnitts II.

Ich weiß, dass die Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Patientin und mir unterschrieben sein muss, bevor ich die Erstdokumentation erstelle und - am besten zusammen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung - an die Datenstelle weiterleite.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des Disease-Management-Programms, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den Vorschriften des Strafgesetzbuches gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften nach der DS-GVO und besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten TE/EWE die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung der Patientin einhole, die Patientin ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken).

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift im „Ärzteverzeichnis“,
- der Weitergabe des Ärzteverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS) bzw. die Landesprüfungsstellen, die KGNW und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

Teilnahmeerklärung zu dem DMP-Brustkrebs

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres,
2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
3. teilnehmende Leistungserbringer bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 des DMP-Vertrages sanktioniert werden.

Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle nach § 22 des DMP-Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 4 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen i. S. d. § 25 Absatz 2 RSAV weiterzuleiten.

Ich habe mich über den genauen Vertragsinhalt informiert. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift des/der
anstellenden Arztes/Ärztin
bzw. des ärztlichen Lei-
ters/Leiterin des MVZ/

Arztstempel:

Ort, Datum

Unterschrift des/der
angestellten Arztes/Ärztin

Anlage 4

Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Brustkrebs

Zur besseren Übersichtlichkeit sind die für alle Gespräche gültigen Rahmenbedingungen als erstes aufgeführt, danach folgen die unterschiedlichen Inhalte der Gespräche.

Rahmenbedingungen

- Die Patientin soll die Möglichkeit erhalten, die Gesprächsinhalte mitzuschreiben.
- Die Patientin soll das Angebot erhalten, jederzeit in die eigenen Unterlagen Einsicht nehmen zu können.
- Die Gespräche sollen, wenn möglich, mit Partner/Angehörigen/Person des Vertrauens geführt werden.
- Die Patientin erhält den Hinweis, dass die Möglichkeit der Einholung einer Zweitmeinung besteht.
- Durch die Aufklärung über Nutzen und Risiken der jeweils zur Verfügung stehenden Behandlungsalternativen erhält die Patientin die Möglichkeit, über ihre Behandlung mitzuentcheiden.
- Die individuelle psychosoziale Situation muss berücksichtigt werden.
- Die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung wird geprüft.
- Es erfolgt die Weitergabe des Informationsmaterials zum DMP Brustkrebs.
- Die Patientin erhält Hinweise auf die individuellen Informationsangebote der einzelnen Krankenkassen, soweit den beteiligten Vertragsärzten diese bekannt sind.

Inhalte

Erstes Intensivberatungsgespräch

1. Klärung der Verdachtsdiagnose, differenzierte Abklärungsdiagnostik
 - Darstellung des Ablaufes bis zur endgültigen Diagnose und diesen Weg kurzfristig organisieren, um der Patientin die Zeit der Unsicherheit abzukürzen
 - Das Intervall zwischen Erstbefundung und notwendigen apparativen sowie diagnostischen Zusatzmaßnahmen muss auf ein zeitliches Minimum reduziert werden
 - Frauen im gebärfähigen Alter sollen über die Notwendigkeit der Kontrazeption während der Therapie und über die möglichen Auswirkungen der systemischen Therapie auf die Fertilität informiert werden

2. OP-Verfahren
 - Darstellung von Vor- bzw. Nachteilen und Risiken der unterschiedlichen Operationsverfahren
 - Einzeitiges/zweizeitiges Vorgehen
 - Präoperative Herdmarkierung
 - Brusterhaltende Therapie / modifizierte radikale Mastektomie / Mastektomie
 - Axilläre Lymphonodektomie / Sentinel node Biopsie
 - Möglichkeiten des Wiederaufbaus primär/sekundär

3. Staging
 - Notwendigkeit der Staging Untersuchungen

4. Klinikauswahl
 - Vereinbarung eines Termins mit einem am Vertrag teilnehmenden Krankenhaus; Ausnahme: Wunsch der Patientin

5. Darstellung der Grundzüge der Adjuvanten Therapiemaßnahmen
– *nur bei vorliegender Histologie* -
- Chemotherapie/ Hormontherapie/ Strahlentherapie/Antikörpertherapie
 - Zeitdauer-/ablauf der Therapie

Zweites Intensivberatungsgespräch

1. Adjuvante Therapie
 - Prognosefaktoren
 - Notwendigkeit der Chemotherapie/ Hormontherapie/ Strahlentherapie/Antikörpertherapie
 - Zeitdauer-/ablauf der Therapie
 - Nebenwirkungen / Komplikationen der Therapie
 - Überlebensdaten

2. Physiotherapie/ Hilfsmittelversorgung
 - Lymphdrainage erforderlich, Krankengymnastik notwendig?
 - Tipps zur Hautpflege erforderlich?
 - Prothesenversorgung korrekt?
 - Versorgung mit prothesengerechten Büstenhaltern, Miedern etc. erfolgt?

3. Kurs zu Entspannungstechniken (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) notwendig?

4. Grundlagen der gesunden Lebensführung in Bezug auf Brustkrebs darstellen

5. Hinweis auf Selbsthilfegruppen

Gespräche im Rahmen der Nachsorge

1. Informationen über die individuelle Nachsorge / Nachsorgeplan
 - Anamnese/ klinische Untersuchung
 - Mammographie veranlassen
 - weitere diagnostische Maßnahmen bei spezifischem Beschwerdebild veranlassen und gegebenenfalls Therapiemaßnahmen einleiten
 - Anleitung der Patientin zur Selbstuntersuchung und Selbstbeobachtung
 - Psychosoziale Beratung, ggf. Prüfung einer weitergehenden Diagnostik

2. Physiotherapie/ Hilfsmittelversorgung
 - Lymphdrainage erforderlich? Krankengymnastik notwendig?
 - Prothesenversorgung korrekt?
 - Versorgung mit prothesengerechten Büstenhaltern, Miedern, Perücken, Kompressionsarmstrümpfen etc. erfolgt?

3. Kurs zu Entspannungstechniken (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) notwendig?

4. Grundlagen der gesunden Lebensführung in Bezug auf Brustkrebs darstellen

5. Hinweis auf Selbsthilfegruppen

6. ambulante oder stationäre Heilverfahren ggf. veranlassen

7. berufliche Rehabilitation

8. Unterstützung bei der Langzeittherapie (Endokrine Therapie, andere adjuvante zielgerichtete Therapien, Neben- und Folgewirkungen der Therapie, Osteoporose, Klimakterisches Syndrom, Kardiotoxizität, Lymphödem)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



Exemplar für die Datenstelle

070EH

Krankenhaus-IK

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Rücken-schmerz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzhinformaton aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



Exemplar für den Arzt

070EH

Krankenhaus-IK

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Rücken-schmerz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzzinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der oben genannten Diagnose(n) teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

--	--

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



070EH

Krankenhaus-IK

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Rücken-schmerz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzhinweise aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patientinnen und Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt einen Ausdruck dieser Dokumentation und können somit nachvollziehen, welche Ihrer Daten an die im Weiteren beschriebenen Stellen übermittelt werden.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

- Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und der Ärztin/des Arztes)
- Angaben, aufgrund welcher Erkrankung Sie eingeschrieben werden
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. Körpergröße, Blutdruck, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, von Ihnen gewünschte Informationen zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung, Angaben zu erfolgten Überweisungen oder Einweisungen in ein Krankenhaus)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Angaben zu Medikamenten, die Sie einnehmen
- ggf. Angaben zu Schulungen, die Sie im Rahmen des DMP absolvieren können.

3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrer koordinierenden Ärztin/Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet 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 und nur pseudonymisiert an eine Gemeinsame Einrichtung zur Qualitätssicherung 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. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

3.1 Was geschieht bei der Ärztin/dem Arzt mit den Daten?

Ihre Ärztin/Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihre Ärztin/Ihr Arzt im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt die von Ihrer Ärztin/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 ggf. von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmerinnen und 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) 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 und an die mit der Evaluation

beauftragte Institution 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.

3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

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

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärztinnen und 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. Ihre Ärztin/Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

3.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Zu diesem Zwecke übermitteln die Krankenkasse und von ihr beauftragte Dritte die pseudonymisierten Daten an diese Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Strukturiertes Behandlungsprogramm

Eine Information für Patientinnen und Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm – DMP) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, gut mit Ihrer Krankheit und mit eventuellen krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Was macht DMP zu einer besonderen Versorgungsform?

Chronische Erkrankungen stellen Sie und die an Ihrer Behandlung Beteiligten vor besondere Herausforderungen. Diese umfassen insbesondere die

- Erhaltung oder Verbesserung Ihrer Lebensqualität,
- Vermeidung einer Verschlechterung Ihrer Erkrankung,
- Vermeidung des Auftretens von Komplikationen,
- Vermeidung von Folge- und Begleiterkrankungen,
- Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen der Therapie.

Dafür bietet Ihre Krankenkasse die besondere Versorgung durch ein strukturiertes Behandlungsprogramm an, über das wir Sie nachfolgend informieren möchten. Das Programm Ihrer Krankenkasse umfasst:

- **Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft,**
- **Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und**
- **aktive Mitwirkung durch Sie,**
- **Koordination Ihrer Behandlung,**
- **kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten,**
- **aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse.**

Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft

Das Wissen in der Medizin wächst täglich. Im Rahmen der Behandlungsprogramme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf aktuellen gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet und überprüfen diese regelmäßig auf Aktualität. Damit unterliegen die Programme hohen Qualitätsanforderungen. Es werden nur solche medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen sowie Verfahren empfohlen, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen sind. Diese sollen im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig zur Anwendung kommen. Die Anforderungen an die Behandlungsprogramme sind im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) und insbesondere in der DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt.

Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und aktive Mitwirkung durch Sie

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Das Programm sieht vor, dass Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihr oder ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Ihre betreuende Ärztin oder Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen empfehlen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen sowie Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen.

Ihr Arzt oder Ihre Ärztin wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen. Sie legen gemeinsam mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele fest und wirken aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mit.

Das Programm sieht insbesondere regelmäßige Wiedervorstellungstermine vor. Nehmen Sie diese wahr und tragen Sie damit aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Zur Unterstützung Ihrer Selbstmanagementkompetenz dient die regelmäßige Dokumentation.

Koordination Ihrer Behandlung

Die von Ihnen gewählte Ärztin oder der von Ihnen gewählte Arzt koordiniert die Programmdurchführung und berät und unterstützt Sie in allen Fragen. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass diese Ärztin bzw. dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren, deren Inhalte und Abstände fest geregelt sind. Sie bzw. er überprüft auch anhand festgelegter Kriterien, ob und welche Spezialisten oder Einrichtungen, die ebenfalls am Pro-

gramm teilnehmen, hinzugezogen werden sollen und veranlasst eine erforderliche Mit- und Weiterbehandlung. Sie bzw. er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärztinnen oder Fachärzten und Therapeutinnen oder Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten sichert die Qualität

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihre koordinierende Ärztin bzw. Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Die Dokumentation dient einerseits als Grundlage der Qualitätssicherung der Ärztinnen und Ärzte. Sie ermöglicht Ihrer Krankenkasse andererseits, Ihnen anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zu unterbreiten (siehe auch „Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse“). Darüber hinaus bildet die Dokumentation die Grundlage für die wissenschaftliche Auswertung für die Weiterentwicklung der Programme. Von jeder Dokumentation erhalten Sie einen Ausdruck, den Sie sowohl für Ihr Selbstmanagement als auch als ergänzende Information für Ihre mit- und weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte nutzen können.

Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz).

Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zum Programm. Dazu erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse insbesondere zu Beginn der Teilnahme nochmals spezifische Informationen zu Ihrer Erkrankung. Im weiteren Verlauf Ihrer Teilnahme stellt Ihnen Ihre Krankenkasse anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zur Verfügung. 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 Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder die Praxis Ihrer Ärztin bzw. Ihres Arztes in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt ggf. die Betreuung im Programm durch die beauftragte regionale Krankenkasse dieser Kassenart.

Was sind die Teilnahmevoraussetzungen für das Behandlungsprogramm?

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen eine koordinierende Ärztin oder einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme am Programm und Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Ausgenommen hiervon sind die gleichzeitige Teilnahme an den unterschiedlichen DMP für

- Koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz,
- Asthma bronchiale und COPD,
- Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2.

Ihre Teilnahme am Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Mitwirkung ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können Sie auch jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Sofern Sie am DMP Brustkrebs teilnehmen, endet Ihre Teilnahme automatisch, wenn zehn Jahre nach der histologischen Sicherung des Brustkrebses keine Wiedererkrankung mehr aufgetreten ist. Beim Vorliegen von Fernmetastasen können Sie dauerhaft im Programm verbleiben.

Ihre Krankenkasse und Ihre koordinierende Ärztin oder Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Anlage 6

Qualitätssicherung

Version 5.1 Stand 15.07.2024

Qualitätssicherung Brustkrebs auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 4 der DMP-A-RL

Gültig ab 01.10.2024

Teil 1

Bestandteil des arztbezogenen Feedbacks sowie der die Vertragsregion betreffenden gemeinsamen und kassenunabhängigen Qualitätsberichterstattung

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 4 der DMP-A-RL. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt. Die Angabe „Berichtszeitraum“ ist in dieser Anlage als ein Zeitraum von sechs Monaten definiert.

Bei der Anforderung „ED xx ODER FD xx (*Feldnennung*)“ muss immer auf die jeweils aktuelle Dokumentation zugegriffen werden. Wenn die aktuelle Dokumentation die Erstdokumentation (ED) ist, muss auf das Feld ED xx zugegriffen werden, wenn die aktuelle Dokumentation eine Folgedokumentation (FD) ist, muss auf das Feld FD xx (*Feldnennung*) zugegriffen werden. Die „*Feldnennung*“ ist überwiegend in beiden Fällen dieselbe. Die Differenzierung zwischen „ED xx ODER FD xx“ ist notwendig, weil sich trotz identischer „*Feldnennung*“ die laufende Nummer zwischen ED und FD unterscheidet. (Beispiel: Feld 21 ED ODER Feld 12 FD (*Feldnennung*: Nebenwirkungen der adjuvanten endokrinen Therapie))

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen, bei denen das Ausmaß der Nebenwirkungen der adjuvanten endokrinen Therapie regelmäßig erfragt wurden	<p>Anteil der Teilnehmerinnen, bei denen das Ausmaß der Nebenwirkungen der adjuvanten endokrinen Therapie im Dokumentationszeitraum erfragt wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen mit adjuvanter endokriner Therapie</p> <p>Zielwert: 95%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen mit</p> <p>Feld 21 ED ODER Feld 12 FD (Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie) = „Nein“ ODER „Nicht belastend“ ODER „Mäßig belastend“ ODER „Stark belastend“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen mit</p> <p>Feld 20 ED ODER Feld 11 FD (Aktuelle adjuvante endokrine Therapie) = „Aromataseinhibitoren“ UND/ODER „Tamoxifen“ UND/ODER „Andere“</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
II. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus, die eine adjuvante endokrine Therapie fortgeführt haben	<p>a) Anteil der Teilnehmerinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus, die aktuell eine adjuvante endokrine Therapie erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus</p> <p>Zielwert: 95%</p>	<p>Zu a) <u>Zähler:</u> Anzahl an Teilnehmerinnen mit</p> <p>[Feld 19 ED (Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) = „Positiv“</p> <p>ODER</p> <p>Feld 19 ED pnp (Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) = „Positiv“]</p> <p>UND</p> <p>Feld 20 ED ODER Feld 11 FD (Aktuelle adjuvante endokrine Therapie) =</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

	<p>b) Anteil der Teilnehmerinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus und adjuvanter endokriner Therapie, die die Therapie mindestens fünf Jahre fortgeführt haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus und</p>	<p>„Aromataseinhibitoren“ UND/ODER „Tamoxifen“ UND/ODER „Andere“</p> <p><u>Nenner:</u> Anzahl an Teilnehmerinnen mit</p> <p>[Feld 19 ED (Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) = „Positiv“</p> <p>ODER</p> <p>Feld 19 ED pnp (Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) = „Positiv“]</p> <p>UND NICHT</p> <p>[[Feld 20 ED ODER Feld 11 FD (Aktuelle adjuvante endokrine Therapie) = „Endokrine Therapie geplant“]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 22 ED (Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie) ODER Feld 13 FD (Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie seit der letzten Dokumentation) = „Regulär nach 5 Jahren abgeschlossen“]]</p> <p>Zu b) <u>Zähler:</u> Anzahl an Teilnehmerinnen mit</p> <p>Feld 19 ED (Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron (gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) = „Positiv“</p> <p>ODER</p>		
--	---	--	--	--

	<p>adjuvanter endokriner Therapie</p> <p>Zielwert: 75%</p>	<p>Feld 19 ED pnp (Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) = „Positiv“]</p> <p>UND</p> <p>Feld 20 ED ODER Feld 11 FD (Aktuelle adjuvante endokrine Therapie) = „Aromataseinhibitoren“ UND/ODER „Tamoxifen“ UND/ODER „Andere“ UND/ODER „Keine“</p> <p>UND</p> <p>Feld 22 ED (Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie) ODER Feld 13 FD (Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie seit der letzten Dokumentation) = „Regulär nach 5 Jahren abgeschlossen“ ODER „Aktuell andauernd, Fortführung über 5 Jahre hinaus“</p> <p><u>Nenner:</u> Anzahl an Teilnehmerinnen mit</p> <p>[Feld 19 ED (Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron (gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) = „Positiv“</p> <p>ODER</p> <p>Feld 19 ED pnp (Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) = „Positiv“]</p> <p>UND</p> <p>[Feld 20 ED ODER Feld 11 FD (Aktuelle adjuvante endokrine Therapie) = „Aromataseinhibitoren“ UND/ODER</p>		
--	--	---	--	--

		<p>„Tamoxifen“ UND/ODER „Andere“ UND/ODER „Keine“]</p> <p>UND NICHT</p> <p>[Feld 22 ED (Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie) ODER Feld 13 FD = (Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie seit der letzten Dokumentation) = „Aktuell andauernd, seit weniger als 5 Jahren“ ODER „Keine endokrine Therapie durchgeführt“]</p>		
<p>III. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose, bei denen das Ergebnis einer zentralen DXA bekannt ist</p>	<p>Anteil von Teilnehmerinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose mit bekanntem zentralen DXA-Befund, bezogen auf alle Teilnehmerinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose</p> <p>Zielwert: nicht festgelegt</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl an Teilnehmerinnen mit Feld 20 ED ODER Feld 11 FD (Aktuelle adjuvante endokrine Therapie) = „Aromataseinhibitoren“</p> <p>UND</p> <p>r Feld 23 ED ODER Feld 14 FD (Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund) = „Auffällig“ ODER „Unauffällig“</p> <p><u>Nenner:</u> Anzahl an Teilnehmerinnen mit Feld 20 ED ODER Feld 11 FD (Aktuelle adjuvante endokrine Therapie) = „Aromataseinhibitoren“</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>

<p>IV. Aufmerksamkeit hinsichtlich möglicher individueller Nebenwirkungen und Spätfolgen der tumorspezifischen Therapie</p>	<p>Anteil von Teilnehmerinnen, bei denen bekannt ist, ob eine kardiotoxische Tumortherapie mit linksthorakaler Bestrahlung, Anthrazyklinen und/oder Anti-HER2-Substanzen stattgefunden hat bezogen auf alle Patientinnen</p> <p>Zielwert: 90%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl an Teilnehmerinnen mit</p> <p>Feld 28 ED ODER Feld 21 FD (Z. n. besonders kardiotoxischer Tumortherapie) = „Anthrazykline (Doxorubicin, Epirubicin)“ UND/ODER „Anti-HER2-Substanzen“ UND/ODER „linksthorakale Bestrahlung“ ODER „Nein“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>
<p>V. Niedriger Anteil von Teilnehmerinnen mit einem symptomatischen Lymphödem (z. B. Schwellung, Funktionseinschränkung) des Armes</p>	<p>Anteil von Teilnehmerinnen mit einem symptomatischen Lymphödem (z. B. Schwellung, Funktionseinschränkung) des Armes, bezogen auf alle Teilnehmerinnennach operativer Therapie</p> <p>Zielwert: 30%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen mit</p> <p>Feld 26 ED ODER Feld 19 FD (Symptomatisches Lymphödem) = „Ja, Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich“ ODER „Ja, keine Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen mit</p> <p>Feld 14 ED ODER Feld 14 ED pnp (Operative Therapie) = „BET“ UND/ODER „Mastektomie“ UND/ODER „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ UND/ODER „Axilläre Lymphonodektomie“ UND/ODER „Anderes Vorgehen“</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>

<p>VI. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen, die eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training erhalten</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training gegeben wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen</p> <p>Zielwert: 75%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen mit Feld 27 ED ODER Feld 20 FD (Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgegeben) = „Ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>
---	---	--	--	--

<p>VII. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen, mit BMI > 30, die eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training erhalten</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen, mit BMI > 30, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training gegeben wurde, bezogen auf alle Teilnehmerinnen mit BMI > 30</p> <p>Zielwert: 90%</p>	<p><u>Zähler:</u></p> <p>Anzahl der Teilnehmerinnen mit BMI* >30 aus ED¹ oder FD¹</p> <p>UND r</p> <p>Feld 27 ED ODER Feld 20 FD (Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgegeben) = „Ja“¹</p> <p><u>Nenner:</u></p> <p>Anzahl der Teilnehmerinnen mit BMI >30*</p> <p>*BMI errechnet sich aus [Feld 23 FD (Körpergewicht) / Feld 22 FD (Körpergröße) zum Quadrat]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 30 ED (Körpergewicht) / Feld 29 ED (Körpergröße zum Quadrat)]</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>
---	--	---	--	--

¹ Es ist jeweils ausschließlich die Aktuellste (also die zuletzt gültig vorliegend Dokumentation) zu betrachten.

<p>VIII. Adäquater Anteil von Teilnehmerinnen mit Bisphosphonat oder Denosumab-Therapie bei erstmaligem Auftreten von Knochenmetastasen</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen mit Bisphosphonat oder Denosumab-Therapie bezogen auf alle Teilnehmerinnen mit erstmaligem Auftreten von Knochenmetastasen</p> <p>Zielwert: 75%</p>	<p><u>Zähler:</u></p> <p>Alle Teilnehmerinnen mit</p> <p>[Feld 24 a) FD (Therapie bei Knochenmetastasen - Bisphosphonate) = „Ja“]</p> <p>UND/ODER</p> <p>[Feld 24 b) FD (Therapie bei Knochenmetastasen - Denosumab) = „Ja“]</p> <p><u>Nenner:</u></p> <p>Alle Teilnehmerinnen mit</p> <p>[Feld 17 eFD (Lokalisation von Fernmetastasen) = „Knochen“]</p> <p>UND NICHT</p> <p>[[Feld 24 a) FD (Therapie bei Knochenmetastasen - Bisphosphonate) = „Kontraindikation“]</p> <p>UND</p> <p>[Feld 24 b) FD (Therapie bei Knochenmetastasen - Denosumab) = „Kontraindikation“]]</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>
---	---	--	--	--

<p>IX. Adäquater Anteil von Teilnehmerinnen mit bioptischer Sicherung bei erstmaligem Auftreten viszeraler Fernmetastasierung</p>	<p>Anteil der Teilnehmerinnen mit bioptischer Sicherung viszeraler Fernmetastasierung, bezogen auf alle Teilnehmerinnen mit erstmaligem Auftreten viszeraler Fernmetastasen</p> <p>Zielwert: nicht festgelegt</p>	<p><u>Zähler:</u></p> <p>Alle Teilnehmerinnen mit Feld 18 FD (Bioptische Sicherung der viszeralen Metastasen) = „Ja“</p> <p><u>Nenner:</u></p> <p>Alle Teilnehmerinnen mit</p> <p>[Feld 17 FD (Lokalisation von Fernmetastasen) = „viszeral“</p> <p>UND NICHT</p> <p>Feld 17 FD (Lokalisation von Fernmetastasen) = „viszeral“ in mindestens einer der vorangehenden FD vor der aktuellen FD]</p> <p>UND NICHT</p> <p>Feld 18 FD (Bioptische Sicherung der viszeralen Metastasen) = „geplant“</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>
---	---	--	--	--

Anlage 7 - Ärzteverzeichnis DMP Brustkrebs

Mindestanforderungen zur Erstellung des Ärzteverzeichnisses strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Brustkrebs (ambulanter Versorgungsbereich)

Gültig ab: 01.10.2024

Stand: 26.06.2019

Versorgungsebenen (Keine Angabe erforderlich)

Die Angabe zur ärztlichen Qualifikation ist im DMP Brustkrebs derzeit nicht vorgesehen.

Berechtigungen (nur Einfachnennung möglich)

01 = Arzt koordiniert

02 = Arzt koordiniert nicht *

* Diese Angabe kann im DMP Brustkrebs nur erfolgen, sofern sie vertraglich vereinbart ist.

Hinweise zur Angabe der Berechtigungen

- Es ist der Berechtigungsschlüssel „01“ oder – sofern vertraglich vereinbart – „02“ anzugeben.
- Zusätzliche Angaben für Schulungsberechtigungen (Mehrfachnennungen) sind im DMP Brustkrebs nicht vorgesehen und daher nicht zulässig.

LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis**	Beginn der Teilnahme*	Ende der Teilnahme*	Versorgungsebene	Berechtigung*

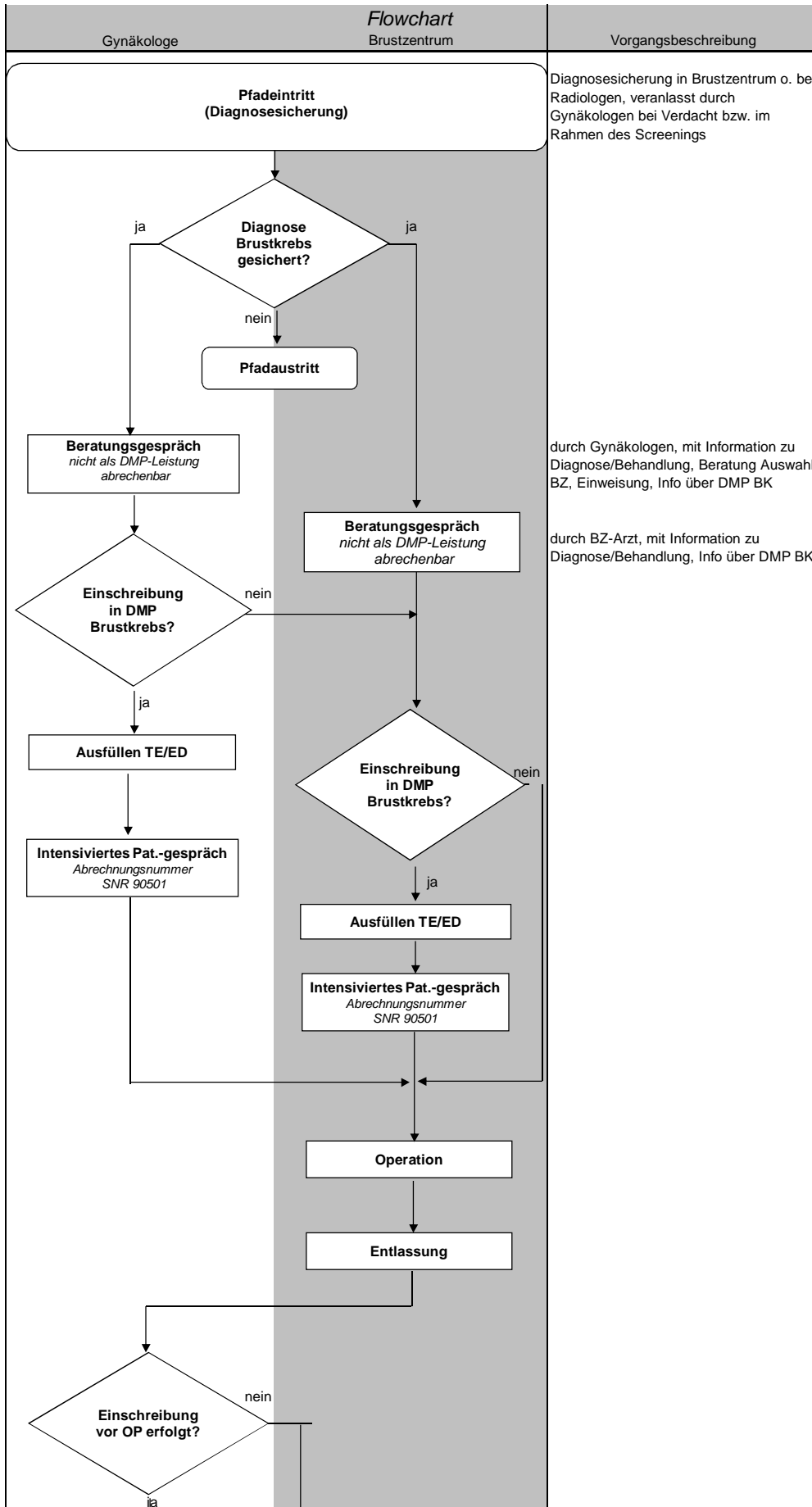
* Die Änderung der Berechtigung eines Arztes, ist durch die Beendigung des bisherigen Teilnahme-Zeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahme-Zeitraums zu kennzeichnen.

Der beendete Teilnahmezeitraum beinhaltet dabei die bisherige Berechtigung. Der neue Teilnahmezeitraum beinhaltet die Änderung der Berechtigung.

** Bei kreisfreien Städten erfolgt die Angabe „kreisfrei“ oder die erneute Benennung der Stadt.

Die zusätzlichen Angaben „Telefon“, „Fax“ und „E-Mail“ sind keine Pflichtangaben im Sinne der Mindestanforderungen, daher werden sie in diesem Muster nicht aufgeführt. Die Angaben können nach der Angabe „Kreis“ ergänzt werden (vgl. Technische Anlage zur Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme).

Anlage 9 zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Brustkrebs



Anlage 9 zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Brustkrebs

