

Zwischen
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)
und
der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,
dem BKK-Landesverband NORDWEST
zugleich für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
(SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),
der Knappschaft,
der IKK classic
handelnd für die Innungskrankenkassen, die dem Vertrag beigetreten sind,
den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

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

wird folgender 2. Nachtrag

**zum Vertrag vom 23.05.2013 über ein strukturiertes Behandlungsprogramm
(„Disease-Management-Programm“) zur integrierten Versorgung von
Brustkrebspatientinnen nach § 137f SGBV i. V. m. § 83 SGB V i.d.F. des 1.
Nachtrages vom 30.12.2013 geschlossen**

1. Inhaltsverzeichnis

Im Inhaltsverzeichnis und in diesem DMP-Vertrag Brustkrebs wird ein neuer Paragraph „§ 16a Teilnehmerverzeichnis“ aufgenommen.

2. Anlagen

Die Anlagen 5 und 6 dieses Vertrages werden wie folgt neu bezeichnet:

Anlage 5 Versorgungsinhalte gemäß der Anlage 3 DMP-A-RL i.V.m. der DMP-Richtlinie Teil B I Ziffer 1-4.

Anlage 6 Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 DMP-A-RL i.V.m. der DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5

Die folgenden Anlagen werden ausgetauscht:

Die **Anlage 2** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 2 ausgetauscht.

Die **Anlage 3** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 3 ausgetauscht.

Die **Anlage 4a** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 4a ausgetauscht.

Die **Anlage 4b** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 4b ausgetauscht.

Die **Anlage 7** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 7 ausgetauscht.

Die **Anlage 9** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 9 ausgetauscht.

3. Präambel

An den letzten Satz der Präambel wird ein neuer Satz wie folgt angefügt:

„Die vertraglichen Anpassungen des 2. Nachtrages berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) sowie die Änderung der DMP-A-RL mit Beschluss vom 19.06.2014.“

4. § 1 Ziele des Vertrages

Die Sätze 1 und 2 des § 1 werden wie folgt neu gefasst:

„Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm sowie die medizinischen Grundlagen sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV), der DMP-RL und der DMP-A-RL festgelegt. Entsprechend der Aussagen der Richtlinien gemäß § 137 f Abs. 2 SGB V sollen durch die Vertragspartner folgende Ziele erreicht werden:“

5. § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes

Der letzte Satz des Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

„Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV in und DMP-A-RL Sorge zu tragen.“

6. § 8 Leistungserbringerverzeichnis

Im dritten Satz des Abs. 2 wird die Klammer „(Excel-Format)“ ersatzlos gestrichen. Der Absatz 2a wird ersatzlos gestrichen.

7. § 11 Indikatoren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Die Absätze 3 und 4 werden wie folgt neu gefasst:

„(3) Zur Auswertung werden die in **Anlage 8** fixierten Indikatoren herangezogen.

(4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach **Anlage 8** und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern i.d.R. jährlich zu veröffentlichen.“

8. § 14 Information und Einschreibung der Versicherten

In Abs. 2 wird der Rechtsverweis „§ 28 d Abs. 1 Nr.3 RSAV“ durch den Rechtsverweis § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL ersetzt.

Abs. 7 wird wie folgt neu gefasst:

„(7) Wenn die Versicherte an mehreren der in der RSAV sowie der DMP-A-RL und DMP-RL genannten Erkrankungen leidet, kann sie an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.“

9. §16a Teilnehmerverzeichnis

Nach „**§ 16 Wechsel des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes**“ wird ein neuer „**§ 16 a Teilnehmerverzeichnis**“ eingefügt:

„§ 16a Teilnehmerverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KVH bei Bedarf eine Liste mit den Krankenversicherer-Nummern für die gemäß § 14 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken. Die Einzelheiten zum Teilnehmerverzeichnis werden in einer separaten Vereinbarung geregelt.“

10. § 18 Erst- und Folgedokumentation

Nach den Wörtern „und die Evaluation nach“ wird der Rechtsverweis „Ziffer 6 der Richtlinie Teil B I“. durch den Rechtsverweis „§ 6 DMP-A-RL“ ersetzt und nach der Klammer „(Anlage 5)“ die Wörter „und die Evaluation“ ersatzlos gestrichen.

11. § 22 Gemeinsame Einrichtung

Im Abs. 2 vierter Spiegelstrich wird der Rechtsverweis „Ziffer 6 der Richtlinie Teil B I“. durch den Rechtsverweis „§ 6 DMP-A-RL“ ersetzt.

12. § 25 Evaluation

Der „§ 25 Evaluation“ wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. von ihnen beauftragten Dritten) sowie der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.

(2) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programmes sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der Regelungen der DMP-A-RL.“

13. § 26 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgt nach Maßgabe des EBM und ist mit der mit der KVH vereinbarten Gesamtvergütung abgegolten.

Im Abs. 2 werden nach dem ersten Satz ein zweiter, dritter, vierter und fünfter Satz wie folgt neu eingefügt:

„Eine erneute Einschreibung in das DMP Brustkrebs kann unter der Voraussetzung abgerechnet werden, dass der DMP-Teilnehmer zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde gemäß einer Voraussetzung des § 28d Absatz 2 Nr. 2 a–c RSAV und eine erneute Einschreibung in das DMP Brustkrebs gemäß der RSAV und DMP-A-RL erfolgen muss. Der Arzt wird über das Ausscheiden des Versicherten informiert gemäß § 15 Absatz 10. Sofern in einem Quartal eine Erstdokumentation abgerechnet wird, kann im gleichen Quartal keine Folgedokumentation abgerechnet werden. Infolge eines Arztwechsels ist eine Folgedokumentation gemäß § 16 zu erstellen, so dass in diesem Fall nur eine Folgedokumentation vergütet wird.“

In Abs 3 wird nach der Rechtsgrundlage „RSAV“ die Wörter „in der jeweils gültigen Fassung sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung“ durch die Wörter „und DMP-A-RL“ ersetzt.

14. § 28 Kosten zur Umsetzung des Vertrages

Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

„ (3) Kosten für die nach diesem Vertrag vorgesehenen Vordrucke, Ausfüllhilfen und Informationsmaterial werden von den Krankenkassen übernommen. Den Versand und die Verteilung bzw. die Veröffentlichung in elektronischer Form übernimmt die KVH. Die Krankenkassen übermitteln elektronisch der KVH die ergänzenden Informationen (Ausfüllanleitungen) zu den Vordrucken.“

Abs. 5 wird ebenfalls neu gefasst:

„(5)Die Kostenverteilung auf die Krankenkassen entsprechend der Absätze 1 bis 3 erfolgt grundsätzlich nach Anzahl der eingeschriebenen Versicherten im Pro-gramm auf Basis der Statistik KM6 Teil 2 zum Stichtag 01.07. des Jahres in dem die Kosten entstanden sind.“

15. Inkrafttreten

Dieser Nachtrag tritt zum 01.07.2015 in Kraft.

Hamburg, den 30.06.2015

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)

.....
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

.....
BKK-Landesverband NORDWEST
zugleich für die SVLFG als LKK

.....
Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg

.....
IKK classic

.....
Verband der Ersatzkassen e. V.
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

Anlage 2 Strukturvoraussetzungen für den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt/DMP-Ansprechpartner im Brustzentrum

Strukturqualität des DMP verantwortlichen Vertragsarzt gemäß § 4 sowie des DMP- Ansprechpartners im Brustzentrum gemäß § 3 Abs. 3

Teilnahmeberechtigt an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des DMP-Vertrages Brustkrebs sind die folgend genannten Vertragsärzte:

- Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Internistische Onkologie oder mit Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung als onkologisch verantwortlicher Arzt,

welche die nachfolgenden Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen. Für die DMP verantwortlichen Vertragsärzte gemäß § 4 gilt: die Anforderungen an die Strukturqualität müssen persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllt sein.

1. Vorlage eines Nachweises ggü. der KV Hamburg der Berechtigung zum Führen der Bezeichnung „Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie“ nach der Weiterbildungsordnung

oder

2. die Vorlage eines Nachweises ggü. der KV Hamburg über die mindestens 1 jährige Tätigkeit in einem anerkannten Brustzentrum

und

mindestens halbjährliche Teilnahme an einer interdisziplinären, sektorenübergreifenden Fortbildungsveranstaltung, die von der Ärztekammer anerkannt wird

und

Teilnahme an einem von der KVH anerkannten Qualitätszirkel oder einer prä- und postoperativen Behandlungsplanung (Fallkonferenz an einem anerkannten Brustzentrum).

Die Teilnahme an einem Qualitätszirkel/Fallkonferenz kann eine Fortbildung nach Anlage 2 Nr. 3 ersetzen, solange diese interdisziplinär, sektorenübergreifend und von der Ärztekammer anerkannt waren und Fortbildungspunkte für die Teilnahme vergeben wurde. Dieses ist ebenfalls im umgekehrten Fall möglich, sollte der Arzt ausschließlich Fortbildungen besucht haben.

Anlage 3 Strukturvoraussetzungen kooperierender Vertragsärzte

Vertragsärzte, die Kooperationspartner der stationären Einrichtung sind, haben folgende Anforderungen an die Strukturqualität nachzuweisen.

Leistung	Voraussetzungen Leistungserbringer
bildgebende Diagnostik	<p>Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe / Facharzt für Radiologie / Facharzt für Diagnostische Radiologie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit spezieller Ausbildung und Erfahrung in bildgebender Mammadiagnostik und Erfüllung der fachlichen und strukturellen Voraussetzungen gemäß den Kriterien der Qualitätssicherung in der Mammographie und der Mamma-Sonographie ▪ Erbringung von 3.000 Mammographien in den vor der Antragstellung liegenden vier Quartalen ▪ Erbringung von mindestens 500 Mamma-Sonographien in den vor der Antragstellung liegenden vier Quartalen ▪ mindestens einmal jährliche Fortbildung des ärztlichen Personals zum Thema Brustkrebs-Diagnostik (z.B. Teilnahme an Qualitätszirkel, Vortragsveranstaltungen) sowie ▪ zur bildgebenden Diagnostik notwendige apparative und räumliche Ausstattung
Erstellung des histologischen Befundes	<p>Facharzt für Pathologie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit speziellen Kenntnissen in der Mammopathologie ▪ mindestens 200 Mammakarzinomdiagnosen (invasive Mammakarzinome und/oder DCIS) als Biopsie-und/oder Exzidatpräparate pro Institut bzw. Praxis in den vor der Antragstellung liegenden vier Quartalen ▪ Doppelbefundung bei Primär Diagnosen ▪ Ausstattung zur Durchführung immunhistologischer Untersuchungen ▪ Teilnahme an jährlicher Qualitätskontrolle zur

Leistung	Voraussetzungen Leistungserbringer
	<p>Immunhistochemie durch die Deutsche Gesellschaft für Pathologie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Schnellschnittdiagnostik Ergebnis innerhalb von 30 Minuten an den Operateur ▪ mindestens einmal jährliche Fortbildung des ärztlichen Personals zum Thema Brustkrebs-Diagnostik (z.B. Teilnahme an Qualitätszirkel, Vortragsveranstaltungen) ▪ zur histologischen Befundung notwendige apparative und räumliche Ausstattung

Leistung	Voraussetzungen Leistungserbringer
Durchführung der Strahlentherapie	<p>Facharzt für Strahlentherapie / Facharzt für Radiologie, Teilgebiet Strahlentherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit speziellen Kenntnissen in der Therapie des Mammakarzinoms ▪ Nachweis von strahlentherapeutischen Behandlungen der Mamma bei 75 Patientinnen in den vor der Antragstellung liegenden vier Quartalen ▪ mindestens einmal jährliche Fortbildung des ärztlichen Personals zum Thema „Brustkrebs“ (z.B. Teilnahme an Qualitätszirkel, Vortragsveranstaltungen) sowie ▪ zur Durchführung der Strahlentherapie notwendige apparative und räumliche Ausstattung
Durchführung der Chemotherapie	<p>Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Internistische Onkologie oder mit Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung als onkologisch verantwortlicher Arzt, Facharzt für Gynäkologie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mindestens einmal jährliche Fortbildung des ärztlichen Personals zum Thema Brustkrebs und Psychoonkologie (z.B. Teilnahme an Qualitätszirkel, Vortragsveranstaltungen)

Leistung	Voraussetzungen Leistungserbringer
	<p>tungen) sowie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfüllung der Teilnahmevoraussetzung an der "Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung" (einschlägig §§ 2-5) liegt der Anlage bei ▪ Behandlung von mindestens 100 Patientinnen in den vor Antragstellung liegenden vier Quartalen ▪ zur Durchführung der Chemotherapie notwendige apparative und räumliche Ausstattung
Psychotherapeutische Behandlung	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie / Facharzt für Psychotherapeutische Medizin / psychologische Psychotherapeuten

Die Vertragsärzte verpflichten sich mindestens zweimal jährlich eine Teilnahme an einer interdisziplinären, sektorenübergreifenden Fortbildungsveranstaltung, einem Qualitätszirkel oder einer prä- und postoperativen Behandlungsplanung (Fallkonferenz) zum Thema Brustkrebs zu absolvieren.

Die Erfüllung der Strukturvoraussetzungen einschließlich der Erreichung der Behandlungszahlen in den letzten 12 Monaten vor Teilnahmebeginn ist gegenüber der KVH nachzuweisen.

Anlage 4a (Teilnahmeerklärung Vertragsarzt)

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum Behandlungsprogramm Brustkrebs

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Postfach 76 06 20

22056 Hamburg

Name, Vorname

(Kassenarzstempel)

Teilnahmeerklärung am Programm Brustkrebs

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Disease-Management-Programms informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Brustkrebs im Rahmen des Vertrags zwischen der KVH und den teilnehmenden Krankenkassen nehme ich teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß Anlage 5, der Qualitätssicherung gemäß §§ 10 bis 12 und der Aufgaben gemäß §§ 3 bis 8.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, 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 dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- bei jeder Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab die freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken).
- den in der Anlage 4b (Anlage Ergänzungserklärung zur Anlage Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes) genannten bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur

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

erfüllen

- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Anlage „Ergänzungserklärung zur Anlage Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes“ nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztlichen Vereinigung in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnissen oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meiner Teilnahmedaten (Arzt- und Name, Abrechnungsnr., Praxisadresse/-Fax-Nr./E-Mail-Adresse, Teilnahmedaten von/bis, Teilnahmestatus) in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmer am Behandlungsprogramm Brustkrebs“,
- der Weitergabe des Verzeichnisses „Teilnehmer am Vertrag Brustkrebs“ an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die teilnehmenden Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß §§ 10 bis 12 unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

Die in der Anlage 4b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Namens in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmer am Behandlungsprogramm Brustkrebs“,
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das BVA und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß §§ 10 bis 12 unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist,
- ich meine Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der KVH schriftlich kündigen kann,
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
- Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden können.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Brustkrebs nehme ich teil:

persönlich

durch angestellte Ärzte (siehe Ergänzungserklärung zur Anlage Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes)

persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe Ergänzungserklärung zur Anlage Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes)

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____

Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:

a) _____ [BSNR/Anschrift]

b) _____ [BSNR/Anschrift]

c) _____ [BSNR/Anschrift]

d) _____ [BSNR/Anschrift]

e) _____ [BSNR/Anschrift]

Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages.

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden. Ich ermächtige sie insbesondere dazu,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und

2. die Dokumentationsdaten der DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5 i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkasse die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, 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.

Das Arztmanual habe ich gelesen und seinen Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragsstellers

Anlage 4b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer)

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu dem Behandlungsprogramm Brustkrebs

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Postfach 76 06 20

22056 Hamburg

Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP Brustkrebs

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

1. _____
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR]

□□□□□□

ab Datum

2. _____
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR]

□□□□□□

ab Datum

3. _____
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR]

□□□□□□

ab Datum

Datum

Unterschrift Angestellte/er

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

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

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

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

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

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

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

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

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

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

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

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

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

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

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

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

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

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

Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs

Eine Information für Patientinnen

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

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

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

Die medizinische Behandlung

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

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

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

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

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

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

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

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

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

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

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut!

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

Teilnahmevoraussetzungen

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

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

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

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

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

Technische Anlage

zur

**Übermittlung der
Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter
Behandlungsprogramme (DMP) für Brustkrebs**

Version: 01
Gültig ab: 02.04.2015

Inhalt:

0	Grundlage	3
1	Austauschformate	3
2	Dateiaufbau	3
2.1	Allgemeines.....	3
2.2	Format-Vorgabe Excel-Datei.....	4
3	Anhang 1: Schlüsseltabelle Berechtigungen	5

0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anforderungen des Bundesversicherungsamtes. Weiterentwicklungen der Anforderungen des Bundesversicherungsamtes erfordern ggf. eine Anpassung der Nutzdaten-Segmente.

In den Nutzdaten-Segmenten wird zwischen Mussfeldern („M“) und Kannfeldern („K“) unterschieden.

Die Inhalte bzw. Informationen der Mussfelder sind für die Weiterleitung und Verarbeitung von DMP-Leistungserbringerverzeichnissen unabdingbar. Sofern die Information eines Mussfeldes fehlt bzw. als fehlerhaft erkannt wird, ist von einer Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse abzusehen.

Kannfelder beinhalten gleichermaßen Informationen, die für die Weiterleitung von DMP-Dokumentationsdaten wichtig sind. Sie sind zu übermitteln, sofern sie der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorliegen. Das Fehlen von Informationen in Kannfeldern verhindert nicht die Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse.

1 Austauschformate

Die DMP-Leistungserbringerverzeichnisse sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Excel-Format (xls-Datei) zur Verfügung zu stellen.

2 Dateiaufbau

2.1 Allgemeines

In der unter 2.2 aufgeführten Tabelle wird der formale Aufbau der Excel-Datei definiert:

Unter den Spalten „Spalte“ und „Spaltenbezeichnung“ werden die zu verwendenden Überschriften in der Excel-Datei in Zeile ´1´ vorgegeben.

Die Spalte „Anz. Stell.“ Gibt die Menge der zu verwendenden Stellen vor. Es gilt, dass eine Zahl (z.B. ´5´) die erforderliche Anzahl Stellen angibt; drei Punkte und eine Zahl (z.B. ´...35´) die maximale Stellenbelegung.

Muss-Datenelemente sind in der Spalte „Feld-Art“ ´M` und Kann-Datenelemente als Feld-Art ´K` gekennzeichnet.

Die Spalte „Feld-Typ“ enthält die Vorgabe ´N´ = numerisch oder ´AN´ = alphanumerisch. Als Inhalt von numerischen Feldern (Feld-Typ ´N´) sind die Zeichen ´0´ - ´9´ zulässig. Sofern in einem Feld ein Dezimalzeichen anzugeben ist, ist dieses in der Datensatzbeschreibung aufgeführt. Als Inhalt von alphanumerischen Feldern (Feld-Typ ´AN´) sind die Zeichen ´A´ - ´Z´, ´.´, ´;´ und die Zeichen ´0´ - ´9´ zulässig.

2.2 Format-Vorgabe Excel-Datei

Spalte	Spaltenbezeichnung/ Überschrift	Anz. Stell.	FeldTyp	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
A	LANR (Lebenslange Arzt-Nummer)	9	N	M	Lebenslange Arztnummer
B	BSNR	9	N	M	Betriebsstättennummer des Arztes
C	Anrede	4	AN	M	
D	Titel	...50	AN	K	Akademischer Titel
E	Name	...40	AN	M	
F	Vorname	...40	AN	M	
G	Straße, Hausnr.	...100	AN	M	
H	PLZ	5	AN	M	Postleitzahl
I	Ort	...50	AN	M	
J	Kreis	...50	AN	M	
K	Telefon	...25	AN	M	Format: „Vorwahl/Rufnummer“
L	Fax	...25	AN	K	Format: „Vorwahl/Faxnummer“
M	E-Mail	...50	AN	K	
N	Beginn der Teilnahme	10	AN	M	Beginn der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“
O	Ende der Teilnahme	10	AN	K	Beendigung der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“ Sofern die Teilnahme am DMP beendet wurde, muss das Feld gefüllt werden.
P	Berechtigung*	...45	AN	K	Zweistelliger Schlüssel zur Angabe der Art der Berechtigung, s. Anhang 1 Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN. Bei Mehrfachnennungen ist „ als Trennzeichen ein Semikolon zu verwenden.

*Bei Ärzten mit Mehrfachnennungen zu Berechtigungen, sind diese in einer Zeile der Tabelle vorzunehmen. Als Trennzeichen ist ein Semikolon zu verwenden.

Änderungen der Berechtigungen eines Arztes, sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahme-Zeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahme-Zeitraums zu kennzeichnen. Der beendete Teilnahme-Zeitraum beinhaltet dabei die bisherige Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahme-Zeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Berechtigungen bestehen.

Anhang 1: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN

BERECHTIGUNG	Erläuterung	<i>möglich für folgende Indikationen</i>
01	Teilnahme am Strukturierten Behandlungsprogramm als koordinierender Arzt/Leistungserbringer	<i>alle</i>
02	Teilnahme am Strukturierten Behandlungsprogramm als nicht koordinierender besonders qualifizierter Arzt/Leistungserbringer	<i>alle</i>