

Zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

und

- der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
- dem BKK-Landesverband NORDWEST, handelnd für die Betriebskrankenkassen, die diesem Vertrag beigetreten sind, 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
- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse-KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

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

wird folgender Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm („Disease-Management-Programm“) zur integrierten Versorgung von Brustkrebspatientinnen nach § 137f SGBV i. V. m. § 83 SGB V geschlossen.

**Hinweis:** Übersicht der teilnehmenden Betriebskrankenkassen am Ende des Dokumentes.

---

## Inhaltsverzeichnis:

### **Präambel**

- § 1 Ziele des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich
  
- § 3 Vertragsvoraussetzungen und Aufgaben des anerkannten Brustzentrums
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes
- § 5 Teilnahmeerklärung des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 8 Leistungserbringerverzeichnis
  
- § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs
  
- § 10 Grundlage und Ziele der Qualitätssicherung
- § 11 Indikatoren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- § 12 Verstoß gegen die Anforderungen des Vertrages
  
- § 13 Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten
- § 14 Information und Einschreibung der Versicherten
- § 15 Beginn und Ende der Teilnahme der Versicherten
- § 16 Wechsel des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes
  
- § 17 Information der Leistungserbringer
  
- § 18 Erst- und Folgedokumentation § 19 Datenverwendung und -zugang
- § 20 Datenaufbewahrung und -löschung
- § 21 Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V
- § 22 Gemeinsamen Einrichtung
- § 23 Datenstelle
- § 24 Datenfluss
  
- § 25 Evaluation
  
- § 26 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen
- § 27 Vergütung stationärer Leistungen
- § 28 Kosten zur Umsetzung des Vertrages
  
- § 29 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 30 Laufzeit und Kündigung
- § 31 Schriftform
- § 32 Salvatorische Klausel

## **Anlagen:**

- Anlage 1 Strukturvoraussetzungen für Brustzentren
- Anlage 2 Strukturvoraussetzungen für den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt/  
DMP-Ansprechpartner im Brustzentrum
- Anlage 3 Strukturvoraussetzungen kooperierender Vertragsärzte
- Anlage 4 Verpflichtungserklärung des Brustzentrums, ggf. incl. der  
Kooperationspartner
- Anlage 4a Erklärung des teilnehmenden Vertragsarztes als DMP-verantwortlicher  
Vertragsarzt
- Anlage 4b Ergänzungserklärung Leistungserbringer
- Anlage 5 Versorgungsinhalte gemäß der DMP-Richtlinie Teil B I.
- Anlage 6 Dokumentationsdaten gemäß der DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5
- Anlage 7 Teilnahme-, Einwilligungserklärung und Datenschutzinformation für  
Versicherte und Patienteninformation
- Anlage 8 Qualitätssicherung (Ziele, Indikatoren und Maßnahmen)
- Anlage 9 Verzeichnis der teilnehmenden DMP-verantwortlichen Vertragsärzte
- Anlage 9a Verzeichnis der teilnehmenden Brustzentren/ DMP-  
Ansprechpartner
- Anlage 10 (Fax-) Anforderungsformular

## **PRÄAMBEL**

Jährlich erkranken ca. 50.000 Frauen an Brustkrebs. Diese Krebsart ist bei Frauen mit bösartigen Tumoren die häufigste Todesursache. Ungefähr 17.000 Frauen sterben jährlich an dieser Erkrankung. In der Behandlung von Frauen mit Brustkrebs wird zudem eine deutliche Fehlversorgung in Kombination aus Über- und Unter-versorgung vermutet (Gutachten des Sachverständigenrates 2000/2001 Band III).

In Ergänzung des aktuellen Versorgungsangebotes wird im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogrammes (Disease-Management-Programm, DMP) 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 Vertragsärzte und Brustzentren und durch eine auf den Behandlungsverlauf bezogene Dokumentation vereinbart. Den an Brustkrebs erkrankten Frauen wird besonders durch individuelle Beratung und Informationen durch die Vertragspartner die Möglichkeit gegeben, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.

Anlässlich der Änderungen des zum 01.01.2012 in-Kraft-getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) und unter Berücksichtigung der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in ihrer jeweils gültigen Fassung vereinbaren die Vertragspartner die Neufassung des Vertrages vom 31. März 2004 in der Fassung des 8. Nachtrages vom 15. Oktober 2009.

### **§ 1**

#### **Ziele des Vertrages**

Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm sowie die medizinischen Grundlagen sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) i. d. F. vom 01.07.2002 sowie diverser nachfolgender Änderungsverordnungen und den Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend der Aussagen der Richtlinie gemäß § 137 f Abs. 2 SGB V sollen durch die Vertragspartner folgende Ziele erreicht werden:

(1) Primäres Ziel dieser Vereinbarung ist die

- Verbesserung der Versorgungsqualität beim Mammakarzinom auf der Basis jeweils besten, verfügbaren evidenzbasierten Standards
- Steigerung der Lebensqualität der Patientinnen
- Erhöhung der Dauer eines rezidivfreien Überlebens
- Verringerung der brustkrebsbedingten Mortalität (langfristig gemessen)

(2) Sekundäre Ziele in der adjuvanten Situation:

- Erhöhung des Anteils brusterhaltender Therapie (BET) mit Strahlentherapie am Anteil aller (Erst-)Operationen
- Senkung des Anteils von Lokalrezidiven bei BET in Bezug zur Anzahl der Lokalrezidive
- Ausreichende Entfernung von Lymphknoten bei invasivem Tumortyp

- Optimierung der medikamentösen Therapie
- (3) Sekundäre Ziele in der metastasierten Situation
- Verlängerung des progressionsfreien Überlebens
  - Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen.

## § 2 Geltungsbereich und Geschäftsgrundlage

(1) Dieser Vertrag gilt für

1. Brustzentren mit Sitz in Hamburg, die die Voraussetzungen der **Anlage 1** erfüllen und an diesem Vertrag teilnehmen,
2. Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) im Bereich der KVH, die ihre Teilnahme erklärt haben, die Voraussetzungen nach **Anlage 2** erfüllen und eine Genehmigung erhalten haben,
3. die Behandlung von Versicherten, die sich nach Maßgabe des § 14 eingeschrieben haben, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und Versicherte einer an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse sind.

(2) Die Krankenkassen-/Verbände in Hamburg schließen zweiseitige gleichlautende Verträge mit Brustzentren in Hamburg nach § 140 b SGB V und mit der Kassenärztlichen- Vereinigung Hamburg nach § 83 SGB V ab, um eine flächendeckende Versorgung der Versicherten zu erreichen und die erforderliche interdisziplinäre, professionen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit nachhaltig zu implementieren. Die Anwendung von § 140 d SGB V wird für die in diesem Vertrag genannten zusätzlichen Vergütungen nach §§ 26 und 27 ausgeschlossen.

(3) Es gelten des Weiteren folgende Regelungen für die jeweilige Kassenart:

Im AOK-System gilt der Vertrag auch für die Behandlung von Versicherten von Krankenkassen außerhalb von Hamburg. Die anderen AOKn haben die AOK Rheinland/Hamburg mit der Wahrnehmung, der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten beauftragt und die außerbudgetäre Vergütung anerkannt.

Dieser Vertrag gilt für die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklären. Der BKK-Landesverband NORDWEST meldet die beigetretenen Betriebskrankenkassen schriftlich an die KVH. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.

Dieser Vertrag gilt auch für Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der IKK classic erklären und die Vergütungen gemäß §§ 26 bis 27 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche oder gesetzliche Vorschriften gelten. Mit der Beitrittserklärung gegenüber der IKK classic wird bzw. wurde gleichzeitig der Vertragsbeitritt gegenüber der KVH erklärt. Die IKK classic meldet die beigetretenen Innungskrankenkassen schriftlich an die KVH. Ebenso gilt dieser Vertrag für

diejenigen Innungskrankenkassen, die bereits zuvor Vertragspartner waren. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für Versicherte der beigetretenen IKK.

### § 3

#### Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des anerkannten Brustzentrums

- (1) Das nach diesem Vertrag anerkannte Brustzentrum ist in der Regel Teil einer nach § 108 SGB V zugelassenen stationären Einrichtung und kooperiert ggf. mit einer anderen stationären nach § 108 SGB V zugelassenen Einrichtung, niedergelassenen Vertragsärzten und anderen zugelassenen Leistungserbringern, um die in der **Anlage 1** genannten Strukturvoraussetzungen zu erfüllen.
- (2) Im begründeten Einzelfall kann eine Gemeinschaft von niedergelassenen Vertragsärzten mit einer nach § 108 SGB V zugelassenen stationären Einrichtung vertragliche Kooperationen eingehen, um die Strukturvoraussetzungen nach **Anlage 1** zu erfüllen. Über die Teilnahme am Vertrag entscheiden die beteiligten Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und schließen eine ergänzende Vereinbarung über Art und Dauer der Teilnahme ab.
- (3) Das anerkannte Brustzentrum benennt den Krankenkassen mindestens zwei Fachärzte (z. B. Gynäkologen, Hämatonkologen) als DMP-Ansprechpartner, die die Anforderungen nach **Anlage 2** erfüllen.
  - Diese Ärzte sind Ansprechpartner für die vom anerkannten Brustzentrum und ggf. deren Kooperationspartnern behandelten DMP-Patientinnen während deren stationären Aufenthalte.
  - In dieser Funktion nehmen sie an der interdisziplinären Planung der Behandlung und zwar sowohl der Primärtherapie als auch der Nachsorge teil.
  - Sie sind Ansprechpartner für die teilnehmenden Vertragsärzte sowie für die Krankenkassen.
    1. Sie sind verantwortlich für die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten nach § 14 und ggf. für die vollständige und plausible Erstdokumentation entsprechend der DMP-Richtlinie Teil B I, Ziffer 5 (**Anlage 6**) und Weiterleitung an die Datenstelle, sofern die Patientin nicht bereits in das Programm eingeschrieben ist.
  - Sie unterstützen die vollständige und plausible Folgedokumentation entsprechend der DMP-Richtlinie Teil B I, Ziffer 5, (**Anlage 6**), die der DMP-verantwortliche Vertragsarzt vorzunehmen hat, durch Informationsweitergabe an diesen.

(3) Zu den Aufgaben und Pflichten des anerkannten Brustzentrums gehört die Beachtung der in der DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 1 (**Anlage 5**) geregelten Versorgungsinhalte. Zu den Leistungen gehören insbesondere, soweit diese nicht von den DMP-verantwortlichen Vertragsärzten oder anderen niedergelassenen Ärzten, die die Voraussetzungen nach der DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 1 (**Anlage 5**) erfüllen, erbracht werden:

- die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14, sofern diese nicht bereits eingeschrieben sind,
- radiologische Abklärungsuntersuchung
- histopathologische Abklärung der Verdachtsdiagnose
- umfangreiche und individuelle Information der Patientin
- Erstellung des Behandlungsplans in einem interdisziplinären Konsil unter Einbeziehung der Patientin (soweit von ihr gewünscht)
- Abgabe einer Zweitmeinung (falls von der Patientin gewünscht)
- Durchführung von Hormon-, Chemo- und/oder Strahlentherapie
- Operation
- Nachkontrolle nach Ablauf eines Jahres
- Nachkontrolle im Fall der Verordnung einer Chemo- und/oder Strahlentherapie nach Ablauf von drei Jahren
- psychosoziale Beratung und Betreuung
- psychologische/psychotherapeutische Behandlung
- die zeitnahe und umfassende Weiterleitung therapierelevanter Informationen an den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt
- Individuelle Prüfung, ob eine Patientin von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann

Die Versorgungsaufträge der jeweiligen Sektoren bleiben davon unberührt.

#### § 4

#### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes**

(1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.

(2) Teilnahmeberechtigt sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Internistische Onkologie oder mit einer Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung als onkologisch verantwortlicher Arzt und MVZ, die die Anforderungen an die Qualität nach **Anlage 2** - persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach **Anlage 2** können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

(2a) 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 Vertragsarzt bzw. der Leiter

des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

(2b) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt bzw. das anstellende MVZ erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVH nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVH vom anstellenden Vertragsarzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des in der **Anlage 4b** (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) beigefügten Formulars mitgeteilt.

(3) Dabei übernehmen die teilnehmenden Vertragsärzte (im weiteren DMP-verantwortlicher Vertragsarzt) insbesondere folgende Pflichten:

1. die Beachtung der in der DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 1 (**Anlage 5**) geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der in diesem Vertrag geregelten Versorgungsaufträge und Individuelle Prüfung, ob eine Patientin von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann.
3. die Durchführung von intensiven Patientinnengesprächen,
4. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14, soweit die Versicherte noch nicht in das DMP eingeschrieben ist,
5. die Erhebung und Weiterleitung der vollständigen und plausiblen Dokumentationsdaten entsprechend der DMP-Richtlinie Teil B. I. Ziffer 5 (**Anlage 6**) an die Datenannahmestelle;
6. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10,
7. halbjährliche Teilnahme an mindestens einer interdisziplinären, sektorenübergreifenden Fortbildungsveranstaltung, die von der Ärztekammer Hamburg anerkannt wird und Teilnahme an einem von der KVH anerkannten Qualitätszirkel oder einer prä- und postoperativen interdisziplinären Behandlungsplanung (Fallkonferenz an einem anerkannten Brustzentrum),
8. bei Überweisung an einen an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt, der die Teilnahmevoraussetzungen nach **Anlage 3** erfüllt:
  - zeitnahe Übermittlung therapierelevanter Informationen an diese Leistungserbringer,
  - Einfordern therapierelevanter Informationen von diesen Leistungserbringern,
9. bei Notwendigkeit zur stationären Krankenhausbehandlung die Einweisung an ein an diesem Vertrag teilnehmendes Brustzentrum.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Vertragsarzt, gelten die Ziffern 1 – 9 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

## § 5 Teilnahmeerklärung

- (1) Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 4 gegenüber der KVH schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 4a** zur Teilnahme am Disease-Management-Programm Brustkrebs bereit. Wird die Teilnahme des Arztes am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Vertragsarztes bzw. zugelassenen MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der **Anlage 4b** beigefügten Formular (Anlage Ergänzungserklärung Leistungserbringer) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes nach erneuter Genehmigung durch die KVH kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.
- (2) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.
- (3) Als koordinierender Arzt genehmigt er mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung von der Arbeitsgemeinschaft Hamburg ohne Vollmacht in Vertretung für ihn mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg die Datenstelle wechseln möchte, bevollmächtigt der koordinierende Arzt die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, 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

- (1) Die KVH erteilt den teilnehmenden Vertragsärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn die in **Anlage 2** oder **3** genannten Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (2) Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung (GE) durch die KVH einmal kalenderjährlich. Die Prüfungen müssen bis spätestens 30.06. des Folgejahres abgeschlossen sein. Die Mitglieder der GE erhalten zu Beginn der Prüfung spätestens zum 01.04. des Jahres eine Mitteilung über die Anzahl der zu prüfenden DMP-Ärzte.

Am Ende der Prüfung zum 30.06. eines jeden Jahres erhalten die Mitglieder der GE als Ergebnis der Überprüfung der Strukturvoraussetzungen eine Liste der geprüften DMP-Ärzte mit folgenden Angaben:

- a) Widerruf der Genehmigung, ohne Angabe der Gründe
- b) Verzicht bzw. Rückgabe der Genehmigung

- c) Ruhen der Zulassung, ohne Angaben von Gründen
- d) erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt.

- (3) Brustzentren haben bei Vertragsabschluss die Erfüllung der Strukturvoraussetzungen gemäß **Anlage 1** verbindlich zu erklären (**Anlage 4**) sowie den Nachweis in Form eines der nachfolgend genannten Zertifikate vorzulegen. Als Nachweise werden von den Vertragspartnern grundsätzlich anerkannt:
- a) Das Zertifikat von ONKOZERT und die jeweiligen schriftlichen Berichte über die jährlich stattfindende Qualitätsüberprüfung,
  - b) Das Zertifikat von Eusoma über die Initial Accreditation sowie über die Full Accreditation und die jeweiligen schriftlichen Berichte über die jährlich stattfindende Qualitätsüberprüfung.
- (4) Die Überprüfung der in § 6 Abs. 2 des DMP-Vertrag Brustkrebs genannten Strukturvoraussetzungen der Brustzentren wird durch die Abteilung Qualitätssicherung der KVH (Prüfstelle) wie folgt durchgeführt: Das Zertifikat (ONKOZERT/Eusoma) der jeweiligen Zertifizierungsstelle wird der GE in Kopie von der Prüfstelle zur Verfügung gestellt. Innerhalb des zertifizierten Zeitraums gelten das Zertifikat und die Aufführung des Brustzentrums auf der Zertifizierungsliste der Zertifizierungsstelle als Nachweis. Nach Ablauf des Zertifizierungszeitraums wird das neue Zertifikat unaufgefordert binnen zwei Wochen durch das Brustzentrum der Prüfstelle vorgelegt. Sofern keine Vorlage erfolgt, wird das Brustzentrum dreimal erinnert. Wird in dem Zeitraum von acht Wochen nach Ende der Vorlagezeit des neuen Zertifikates (zwei Wochen nach Erhalt der (Re)Zertifizierung), das Zertifikat der Prüfstelle nicht vorgelegt, wird das Brustzentrum von der DMP-Teilnahme ausgeschlossen. Die Teilnahme des Brustzentrums ruht bis die Zertifizierung wieder erlangt wird.

## **§ 7**

### **Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Brustzentrums am Behandlungsprogramm beginnt mit dem Tag der Unterschrift der Vertragspartner unter den Vertrag.
- (2) Die Brustzentren können die Teilnahme an dem Vertrag schriftlich nach Maßgabe des § 30 kündigen. Die Kündigung des Brustzentrums wirkt sich dann auch für und gegen die jeweiligen Kooperationspartner aus.
- (3) Kündigt ein Brustzentrum den Vertrag, kann die Krankenkasse die hiervon betroffenen Versicherten wie auch die teilnehmenden und kooperierenden Ärzte auf weitere Einrichtungen nach § 3 aufmerksam machen.
- (4) Im Übrigen endet die Teilnahme bei Verstoß gegen die Ziele dieses Disease-Management-Programms und bei Nichterfüllung der Strukturvoraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag unter den Voraussetzungen des § 12.

- (5) Die Teilnahme des Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn.
- (6) Nach erfolgtem Widerruf der DMP-Genehmigung ist eine erneute Teilnahme des Vertragsarztes nur unter der Voraussetzung möglich, dass eine erneute Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 4a** und die Nachweise zur Erfüllung der Strukturvoraussetzung gemäß den **Anlagen 2 und 3** vollständig der KVH vorgelegt werden. Die erneute Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, wenn gleichzeitig die Nachweise der Strukturvoraussetzungen der KVH vorgelegt wurden, andernfalls mit dem Zeitpunkt der vollständigen Vorlage der erforderlichen Unterlagen. Eine rückwirkende DMP-Genehmigung kann in diesem Fall nicht erteilt werden.
- (7) Die Teilnahme am Programm endet mit dem im Bescheid genannten Datum über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVH.
- (8) Die KVH informiert die beteiligten Vertragspartner unverzüglich bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.
- (9) Der Vertragsarzt kann die Teilnahme schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist (Eingang bei der KVH) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (10) Endet die Teilnahme eines DMP-verantwortlichen Vertragsarztes an diesem Vertrag, informiert die Krankenkasse die hiervon betroffenen Versicherten über an diesem Vertrag teilnehmende Vertragsärzte, um ggf. einen Wechsel des Vertragsarztes vornehmen zu können.
- (11) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Vertragsarzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Vertragsarztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Vertragsarzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Vertragsarzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit der **Anlage 4b** (Ergänzungserklärung Leistungserbringer).
- (12) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der **Anlage 2** Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 3 Absatz 2 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

## § 8 Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden Brustzentren, die DMP-Ansprechpartner und die Kooperationspartner führen die Krankenkassen/-verbände ein Verzeichnis. Sie stellen dieses Verzeichnis den Vertragspartnern regelmäßig in elektronischer Form entsprechend **Anlage 9a** zur Verfügung.
  - (2) Über die teilnehmenden Vertragsärzte gemäß § 4 führt die KVH ein Verzeichnis „Teilnehmer am Behandlungsprogramm Brustkrebs“ nach **Anlage 9** des Vertrages. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KVH stellt dieses Verzeichnis den Vertragspartnern und der Gemeinsamen Einrichtung kontinuierlich im 14-tägigen Rhythmus in elektronischer Form (Excel-Format) entsprechend **Anlage 9** zur Verfügung.
- (2a) Das Leistungserbringerverzeichnis wird arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:
- Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
  - Postanschrift der Praxis/Einrichtung
  - Arzt- und Betriebsstättennummer und
  - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.
- (3) Die ambulanten und stationären Verzeichnisse werden dem Bundesversicherungsamt (BVA) beim Antrag auf Zulassung vorgelegt. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem Bundesversicherungsamt alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen. Auf Anforderung stellen die teilnehmenden Krankenkassen der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde diese Verzeichnisse zur Verfügung.
  - (4) Diese Teilnehmerverzeichnisse werden außerdem den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung) zur Verfügung gestellt.
  - (5) Das Teilnehmerverzeichnis kann veröffentlicht werden.

## § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der **Anlage 5** definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen den Anforderungen an die Behandlung nach der DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 1. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der

DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 1 (**Anlage 5**) unverzüglich über die unmittelbar nach Satz 1 eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung zu unterrichten. Soweit diese Anforderungen Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein. Die teilnehmenden Vertragsärzte sowie MVZ und stationären Einrichtungen/Brustzentren verpflichten sich, diese Versorgungsinhalte zu beachten.

- (1a) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs teilnehmende Versicherte gemäß der jeweils aktuellen Anlage „Versorgungsinhalte“ des DMP-Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Brustkrebs auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.
- (2) Die Aufklärung der Patientin im Sinne der DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 1 (**Anlage 5**) erfolgt über zielgerichtete Patientinneninformationen. Das erste umfassende Beratungsgespräch wird in der Regel unmittelbar nach der gesicherten Diagnose durch den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt oder den im Brustzentrum benannten DMP-Ansprechpartner geführt.

Die Informationsbausteine umfassen schwerpunktmäßig folgende Bereiche:

- a) Informationen über qualitätsgesicherte Behandlungsmaßnahmen und einzelfallbezogen in Betracht kommende Behandlungsalternativen sowie über Selbsthilfegruppen,
- b) Informationen über die am Vertrag teilnehmenden Brustzentren und ggf. deren Kooperationspartner sowie die ambulant tätigen Vertragsärzte, die die Therapie durchführen können. Dabei sollen die Strukturvoraussetzungen sowie Kooperationsregeln transparent gemacht werden.
- c) Nach der Primärtherapie erhält die Patientin Informationen über das für sie individuell sinnvolle Nachsorgekonzept inklusive geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen, psychosozialer Angebote und ggf. besondere Angebote der Krankenkassen.
- d) Über die Angebote der Krankenkassen werden die DMP-verantwortlichen Vertragsärzte und die Brustzentren ggf. von jeder Krankenkasse separat informiert. Das Brustzentrum bzw. der DMP-verantwortliche Vertragsarzt kann per Fax-Anforderungsformular (**Anlage 12**) auf Wunsch der Versicherten bei ihrer Krankenkasse Informationsmaterial für die Versicherte anfordern.

## § 10

### Grundlage und Ziele der Qualitätssicherung

Die Grundlage der Qualitätssicherung bilden die in **Anlage 8** aufgelisteten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die Bereiche:

- die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien

- die Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- die Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen DMP-Richtlinie Teil B I Ziffer 1 (**Anlage 5**),
- ,- die Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität,
- die Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß DMP-Richtlinie Teil B I Ziffer 5 (**Anlage 6**),
- die Überprüfung der aktiven Teilnahme der Versicherten

## § 11

### Indikatoren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- (1) Entsprechend DMP-Richtlinie Teil B I Ziffer 2, (**Anlage 5**) sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele gemäß **Anlage 8** zu Grunde zu legen.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:
  - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
  - Strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Vertragsärzte und Brustzentren mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
  - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
  - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebener Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in **Anlage 8** fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen, den Leistungsdaten der Krankenkassen sowie den Abrechnungsdaten der KVH ergeben.
- (4) Ergebnisse der durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in geeigneter Weise (z. B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, in der Fachpresse) regelmäßig, mindestens einmal jährlich, veröffentlicht.

## § 12

### Verstoß gegen die Anforderungen des Vertrages

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogrammes werden wirksame Maßnahmen vereinbart, die dann greifen, wenn die mit der Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogrammes beauftragten Leistungserbringer gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.

- (2) Verstößt die stationäre Einrichtung/das Brustzentrum gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden von den Krankenkassen nach eingehender Ursachenanalyse ggf. nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
- keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für Dokumentationen, die trotz Aufforderung durch die Datenstelle unvollständig oder unplausibel bleiben,
  - Aufforderung durch die Krankenkassen, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
  - zeitlich befristete Kündigung des Vertrages (z.B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte der **Anlage 5**),
  - Kündigung des Vertrages bzw. Ausschluss vom Vertrag (z.B. bei andauernder Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte der **Anlage 5**, bei bewusst falscher Dokumentation etc.).
- (3) Verstößt der Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen durch die KVH ergriffen. Der Gemeinsamen Einrichtung ist zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie kann darüber hinaus eigene Fälle zur Prüfung anmelden.
- Keine Vergütung, bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für Dokumentationen, die trotz Aufforderung der Datenstelle unvollständig oder unplausibel bleiben,
  - Aufforderung durch die KVH, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten ggf. mit Auflagen- (z. B. nicht fristgerecht bzw. keine Übersendung der Dokumentationen oder bei Nichterfüllung der medizinischen Anforderungen). Hält der Vertragsarzt trotz Aufforderung die eingegangenen Verpflichtungen nicht ein oder erfüllt er die Auflagen nicht, so kann er dauerhaft von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Vertragsarztes entscheidet die KVH im Benehmen mit den teilnehmenden Krankenkassen/Verbänden.
  - Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung,
  - Über den Ausschluss eines Vertragsarztes erteilt die KVH einen rechtsmittelfähigen Bescheid.

### § 13

#### Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte

- (1) Versicherte können freiwillig auf Basis eines akkreditierten Disease-Management-Programms ihrer Krankenkasse an der Versorgung nach dieser Vereinbarung teilnehmen. Voraussetzung für die Einschreibung ist
- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt entsprechend der DMP-Richtlinie Teil B I Ziffer 5, (**Anlage 6**) sowie

- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten und
  - die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkassen übermittelt werden und von diesen im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können gemäß der DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffern 3 und 4.2 und dass (in den Fällen des § 28 f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1) die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie die Möglichkeit der Beendigung der Teilnahme am Programm wegen fehlender Mitwirkung des Versicherten.
- (2) Patientinnen mit bereits gesichertem histopathologischen Nachweis eines Mammakarzinoms aus einem zurückliegendem Zeitraum von max. fünf Jahren nach Ende der Primärtherapie oder fünfeinhalb Jahre nach Diagnosestellung können auch an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmen. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere fünfeinhalb Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises möglich. Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.
- (3) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.

## § 14

### Information und Einschreibung der Versicherten

- (1) Die Krankenkassen informieren bei der Einschreibung ihre Versicherten durch **Anlage 7** umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms sowie durch eine Liste der beteiligten Leistungserbringer. Im Übrigen haben sie schulungsersetzende, kassenspezifische Patienteninformationen vorzuhalten, die die Patientinnen bei Bedarf anfordern können (**Anlage 10**).
- (2) DMP-verantwortliche Vertragsärzte bzw. die benannten DMP-Ansprechpartner der stationären Einrichtungen/Brustzentren informieren entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV mindestens gemäß **Anlage 7** ihre teilnahme-berechtigten Patientinnen. Diese Versicherten können die Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei dem DMP-Ansprechpartner oder dem DMP-verantwortlichen Vertragsarzt unterschreiben.
- (3) Für die Einschreibung der Versicherten in das Behandlungsprogramm müssen den teilnehmenden Krankenkassen neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung folgende Unterlagen vorliegen:

1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Ansprechpartner (Brustzentrum) oder DMP-verantwortlichen Vertragsarzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
  2. die vollständigen Daten der Erstdokumentation der DMP-Richtlinie Teil B I Ziffer 5 (**Anlage 6**) durch den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt oder den DMP-Ansprechpartner (Brustzentrum).
- (4) Die Krankenkasse kann interessierte Versicherte beraten und die Teilnahme am DMP einleiten. In diesem Fall wird die Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an teilnehmende DMP-Vertragsärzte verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und übermittelt werden können.
  - (5) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt die Versicherte auch ihren DMP-verantwortlichen Vertragsarzt. Die Einschreibung wird wirksam, wenn der gewählte Vertragsarzt nach § 4 teilnimmt bzw. als DMP-Ansprechpartner im Brustzentrum nach § 3 Abs. 3 benannt ist und die Einschreibeunterlagen an die Datenstelle nach § 23 weiterleitet. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass die Versicherte nur durch einen DMP-verantwortlichen Vertragsarzt betreut wird.
  - (6) Nachdem alle Einschreibeunterlagen entsprechend Absatz 3 der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese der Versicherten und dem DMP-verantwortlichen Vertragsarzt die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
  - (7) Wenn die Versicherte an mehreren der in der RSAV sowie der in der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung genannten Erkrankungen leidet, kann sie an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.
  - (8) Soweit eine am Disease-Management-Programm teilnehmende Versicherte einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Absatz 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.
  - (9) Die Teilnahmeerklärung an dem Behandlungsprogramm und die Freigabeerklärung der erforderlichen Daten der Versicherten erfolgt gemäß **Anlage 7** nach umfassender Information über das Behandlungsprogramm und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung.

## **§ 15**

### **Beginn und Ende der Teilnahme der Versicherten**

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Absatz 3 erstellt wurde.
- (2) Die Primärtherapie gilt nach Ablauf von sechs Monaten nach dem histologischen Nachweis des Brustkrebses als beendet.
- (3) Nach fünf Jahren Rezidivfreiheit nach Primärtherapie endet die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm.
- (4) Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere fünfeinhalb Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises möglich.
- (5) Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich.
- (6) Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.
- (7) Die Versicherte kann ihre Teilnahme jederzeit gegenüber der Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern sie keinen späteren Termin für ihr Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus.
- (8) Die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm endet weiterhin mit dem Tag der letzten Dokumentation gemäß Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I, wenn die Krankenkasse die Teilnahme der Versicherten an dem Programm nach § 28d Abs. 2 Nr. 2 beendet.
- (9) Die Teilnahme der Versicherten endet auch am Behandlungsprogramm mit dem Tag der Aufhebung der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V.
- (10) Die Krankenkasse informiert die Versicherte und den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt schriftlich über das Ausscheiden der Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

## **§ 16**

### **Wechsel des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes**

Es steht der Versicherten frei, ihren DMP-verantwortlichen Vertragsarzt zu wechseln. Der neu gewählte DMP-verantwortliche Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese an die Datenstelle nach § 23. Eine erneute Einschreibung ist nicht erforderlich.

Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines DMP-verantwortlichen Vertragsarztes.

## § 17 Information der Leistungserbringer

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVH bzw. die Brustzentren informieren die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte bzw. die Mitarbeiter des Brustzentrums sowie potenzielle Kooperationspartner umfassend über Ziele und Inhalte des Behandlungsprogramms Brustkrebs im Sinne dieses Vertrages. Hierbei werden die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Schulungen des Personals der Brustzentren sowie der teilnehmenden Vertragsärzte dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung.
- (3) Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität von teilnehmenden Vertragsärzten geforderten Fortbildungen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt. Die Teilnahme ist von den Vertragsärzten gegenüber der KVH und von den Brustzentren gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 6 nachzuweisen.

## § 18 Erst- und Folgedokumentation

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. (**Anlage 6**) aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach der DMP-Richtlinie Teil B I. (**Anlage 5**), die Festlegung der Qualitätsziele und –maßnahmen und deren Durchführung nach Ziffer 2 der DMP-Richtlinie Teil B I. (**Anlage 5**), die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Schulung der Versicherten und Vertragsärzte nach Ziffer 4 der DMP-Richtlinie Teil B I. (**Anlage 5**) und die Evaluation nach Ziffer 6 der DMP-Richtlinie Teil B I. (**Anlage 5**) und die Evaluation genutzt.
- (2) Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

## **§ 19 Datenverwendung und –zugang**

Zugang zu den an die Datenstelle gemäß § 23 und die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 21 übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen dieses Behandlungsprogramms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Gleiches gilt für die Gemeinsame Einrichtung und die Vertragspartner. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

## **§ 20 Datenaufbewahrung und –löschung**

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten (Dokumentationsdaten der DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5 (**Anlage 6**)) werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen von der Datenstelle archiviert. Die Datenstelle archiviert die Originaldokumente bzw. Datensätze fünfzehn Jahre, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr. Sie werden nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten von der Datenstelle gelöscht.

## **§ 21 Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V**

- (1) Die Vertragspartner beteiligen sich an der bestehenden Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. In der Arbeitsgemeinschaft sind die beteiligten Krankenkassen/-Verbände, die KVH und jedes vertragsschließende Brustzentrum als Mitglied vertreten. Das Nähere ist in einem gesonderten Gesellschaftervertrag geregelt (**Vereinbarung über die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V**).
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs.2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVH und die von den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildeten Gemeinsamen Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Durchführung der beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

## § 22 Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft beteiligen sich an der bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 28 f Abs. 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere ist in einem gesonderten Gesellschaftervertrag geregelt (**Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV**).
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung, also die Umsetzung der im Rahmen des „DMP-Brustkrebs-Vertrages Hamburg“ geregelten arztbezogenen Qualitätssicherungsmaßnahmen, entsprechend **Anlage 8** des DMP-Vertrages sicherzustellen. Diese umfasst insbesondere:
  - die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5 (**Anlage 6**),
  - die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 2 (**Anlage 5**) anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß der DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5 (**Anlage 6**), ,
  - die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5 (**Anlage 6**),
  - die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 6 (**Anlage 5**), ,
  - die Beratung der KVH im Hinblick auf die Teilnahme und den Ausschluss von Vertragsärzten,
  - die Überprüfung der vertraglich vereinbarten Strukturvoraussetzungen für Brustzentren und der am DMP teilnehmenden Ärzten gemäß § 6,
  - die Unterbreitung von Empfehlungen an die Vertragspartner über die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

## § 23 Datenstelle

- (1) Die beteiligten Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 21 beauftragen die Datenstelle entsprechend der gesetzlichen und vertraglichen Zuständigkeiten mit nachstehenden Aufgaben.
- (2) Der DMP-verantwortliche Arzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 4a** und das Brustzentrum gemäß **Anlage 4** im Hinblick auf die in Absatz 6 genannten Aufgaben den für ihn in Vertretung ohne Vollmacht zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der

Datenstelle geschlossenen Vertrag und beauftragt die Datenstelle mit diesen Aufgaben.

- (3) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 21 beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
- Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5 (**Anlage 6**),
  - Pseudonymisierung des Versichertenbezuges der Dokumentationsdaten gemäß DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5 (**Anlage 6**) i. S. d. § 28 f Abs. 2 RSAV,
  - Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5 (**Anlage 6**) mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KVH,
- (4) Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
- Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse
  - Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5 (**Anlage 6**),
  - Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5 (**Anlage 6** Erstdokumentation) unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle,
  - Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten Datensatzes nach DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5 (**Anlage 6** Folgedokumentation) an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.
- (5) Das Nähere zu den Absätzen 2 bis 4 regeln die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft in gesonderten Verträgen.
- (6) Die Teilnahmeerklärung des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes gemäß **Anlage 4a** und des Brustzentrum gemäß **Anlage 4** beinhaltet dessen Genehmigung für die Beauftragung der Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
- Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität
  - die Daten entsprechend der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung weiterzuleiten.

## § 24 Datenfluss

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung nach § 5 verpflichtet sich der nach § 4 teilnehmende DMP-verantwortliche Vertragsarzt und der nach § 3 Abs. 3 teilnehmende DMP-Ansprechpartner (Brustzentrum),
- die vollständige Erstdokumentation gemäß DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5 (**Anlage 6**) und
  - die vollständige Folgedokumentation gemäß DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5 (**Anlage 6**) am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Kalendertagen nach Befunderhebung an die Datenstelle per Datenträger oder per Datenfernübertragung (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes) weiterzuleiten. Zugleich

verpflichtet er sich dabei die TE/EWE des Versicherten binnen 10 Kalendertagen mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln. Der DMP-verantwortliche Vertragsarzt/DMP-Ansprechpartner (Brustzentrum) vergibt für jede Versicherte eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern (0-9) bestehen darf. Eine Fallnummer darf pro Arzt jeweils nur für eine Patientin verwendet werden.

- (2) Die Versicherte willigt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung einmalig in die Datenübermittlung schriftlich ein, einer gesonderten Einwilligung auf der Dokumentation ist nicht erforderlich. Sie erhält eine Ausfertigung der jeweils übermittelten Daten nach der DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5 (**Anlage 6**) in Schriftform.

## § 25

### Evaluation

- (1) Die für die Evaluation erforderlichen Daten für Disease-Management-Programme werden dem noch zu benennenden externen evaluierenden Institut von der Krankenkasse in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.
- (2) Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Beachtung DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 6 (**Anlage 5**) sowie der jeweils gültigen Evaluationskriterien.

## § 26

### Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

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

(2) Folgende Leistungen des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes werden zusätzlich außerhalb der Gesamtvergütung gezahlt:

1. Ausführliche Beratung und Information der Patientin, Einschreibung, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand (incl. Porto) der Unterlagen an die Datenstelle. Die Vergütung erfolgt bei fristgerechtem Vorliegen der vollständigen und plausiblen Unterlagen (Teilnahme/Einwilligungserklärung und der Erstdokumentation) **25,00 Euro (GOP 99210)**
2. Erstellung der Folgedokumentation sowie Versand (incl. Porto) an die Datenstelle. Die Vergütung erfolgt bei fristgerechtem Vorliegen der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation **15,00 Euro (GOP 99211)**
3. Ausführliche, symptomorientierte Beratung mindestens 15 Minuten einmal im Dokumentationszeitraum **7,50 Euro (GOP 99212)**

4. Gespräch zur weiterführenden Therapieplanung vor der stationären Behandlung mindestens 30 Minuten, einmal pro Krankheitsfall **15,00 Euro (GOP 99213)**
5. Gespräch zur weiterführenden Therapieplanung nach der stationären Behandlung mindestens 30 Minuten, einmal pro Krankheitsfall **15,00Euro (GOP 99214)**

- (2) Die Vergütung für die Erstdokumentation Brustkrebs (GOP-Nr.99210) ist grundsätzlich nur 1x je DMP-Teilnehmer von dem betreuenden koordinierenden Arzt abrechenbar, sofern der DMP-Teilnehmer nicht zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde. Die Folgedokumentation Brustkrebs (GOP-Nr.99211) kann je DMP-Patient von dem betreuenden koordinierenden Arzt nur entsprechend des von ihm festgelegten Dokumentationsintervalls abgerechnet werden.
- (3) Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschalen nach Abs. 2 Nr. 2 bis 5 ist eine gültige Einschreibung des Versicherten in das strukturierte Behandlungsprogramm Brustkrebs aufgrund der Vorschriften der RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung und Vergütung der in dieser Vereinbarung aufgeführten GOP setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. Soweit nur einzelne Leistungsbestandteile erbracht werden, ist eine Abrechnung und Vergütung ausgeschlossen. Die aufgeführten DMP-Pauschalen können nur abgerechnet werden, sofern im jeweiligen Quartal ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.
- (4) Bei einem „quartalsweisen Dokumentationsintervall“ muss die Dokumentation einmal je Quartal erstellt werden; pro Versicherten und Quartal wird somit höchstens eine Dokumentation vergütet. Bei einem „Dokumentationsintervall jedes zweite Quartal“ muss die Dokumentation jedes zweite Quartal erstellt werden; pro Versicherten und zwei Quartalen wird somit höchstens eine Dokumentation vergütet.
- (5) Die KVH liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten - versicherten- und arztbezogen - an die Krankenkassen. Die Übermittlung der Abrechnungsdaten erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

## **§ 27**

### **Vergütung stationärer Leistungen**

- (1) Die Vergütung stationärer Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgt nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen, d. h. nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), sofern keine abweichende Vereinbarung geschlossen wurde.

- (2) Folgende Leistungen des DMP-Ansprechpartners im Brustzentrum werden von den Krankenkassen zusätzlich vergütet: Ausführliche Beratung und Information der Patientin, Einschreibung, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand (incl. Porto) der Unterlagen an die Datenstelle. Die Vergütung erfolgt bei fristgerechtem Vorliegen der vollständigen und plausiblen Unterlagen (Teilnahme- / Einwilligungserklärung und Erstdokumentation) **25,00 Euro.**

## **§ 28**

### **Kosten zur Umsetzung des Vertrages**

- (1) Kosten der Datenstelle, die im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Dokumentationsdaten gemäß der DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 5 (**Anlage 6**) stehen, werden von den Krankenkassen übernommen. Diese werden aufwandsbezogen von der Datenstelle mit der jeweiligen Krankenkasse abgerechnet.
- (2) Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Aufgaben der ärztlichen Qualitätssicherung (inklusive anteiliger Kosten der Datenstelle) werden zur Hälfte von den Krankenkassen und je zu einem Viertel von der KVH und den in der Gemeinsamen Einrichtung beteiligten Brustzentren getragen.
- (3) Kosten für die nach diesem Vertrag vorgesehenen Vordrucke, Ausfüllhilfen und Informationsmaterial werden von den Krankenkassen übernommen. Den Versand und die Verteilung übernehmen die anderen Vertragspartner.
- (4) Kosten, die im Zusammenhang mit der Sicherstellung der qualitativen Strukturvoraussetzungen gemäß Anlagen 1 bis 3 stehen, werden von der KVH und den beteiligten Brustzentren übernommen. Die KVH und die beteiligten Brustzentren sind für die Organisation und Durchführung der Qualitätssichernden Maßnahmen zuständig.
- (5) Die Kostenverteilung auf die Krankenkassen entsprechend der Absätze 1 bis 4 erfolgt grundsätzlich nach Anzahl der eingeschriebenen Versicherten im Programm auf Basis der Statistik KM6 Teil 2 zum Stichtag 01.07. des Jahres. Eine vorläufige Aufteilung der Kosten kann als Abschlag nach Aufteilung der Versicherten der beigetretenen Krankenkassen nach der aktuellen amtlichen Statistik KM 6 erfolgen. Die endgültige Aufteilung der Kosten erfolgt nach der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten auf Basis der ersten vorliegenden aktuellen amtlichen Statistik KM 6 Teil 2 für eingeschriebene Versicherte. Sollte durch die Aufsichtsprüfung die Anzahl der eingeschriebenen Versicherten nachträglich bei einer Krankenkasse geändert werden, so erfolgt keine rückwirkende Neuberechnung und –belastung der Kosten.
- (6) Weiteres wird in den Verträgen zu §§ 21 und 22 geregelt.

## **§ 29 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz**

Die Vertragsärzte und die Brustzentren verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patientinnen bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

## **§ 30 Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01. Juli 2013 in Kraft und ersetzt den Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm („Disease-Management-Programm“) zur integrierten Versorgung von Brustkrebspatientinnen nach § 137f SGBV i. V. m. § 83 SGB V vom 31. März 2004 in der Fassung des 8. Nachtrages vom 15. Oktober 2009. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Leistungserbringer bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden. Eines Kündigungsgrundes bedarf es nicht. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Quartalsende. Dieser Vertrag kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse gekündigt werden.
- (3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung, oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich verhandelt werden. Im Übrigen gilt § 137g Abs. 2 SGB V.

## **§ 31 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.

## **§ 32 Salvatorische Klausel**

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

Hamburg, den 21.05.2013

.....  
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 1 Strukturvoraussetzungen für Brustzentren

**Die Brustzentren verpflichten sich, die folgenden Anforderungen der Eusoma-Leitlinien und/oder der S 3 Leitlinie für Mammakarzinom zu erfüllen. Die Versorgungsinhalte nach der DMP-Richtlinie Teil B I. Ziffer 1 bleiben davon unberührt:**

### **Anforderungen an operative Therapie**

- Operation von jährlich mind. 150 Frauen mit einer Neuerkrankung<sup>1</sup> ( in allen Altersgruppen und allen Krankheitsstadien), wobei pro Operateur mindestens 50 Operationen pro Jahr<sup>2</sup> erbracht werden müssen. Überweisungen zur Mitbehandlung werden nicht gezählt.
  
- Soweit stationäre Einrichtungen alleine die Operation von jährlich mind. 150 Frauen nicht nachweisen können, ist die Teilnahme an dem Vertrag in Kooperation mit einer weiteren stationären Einrichtung möglich, wobei auch in der Kooperation pro Operateur mindestens 50 Operationen pro Jahr<sup>2</sup> erbracht werden müssen und die beiden Einrichtungen gemeinsam mindestens 200 Operationen<sup>1</sup> jährlich nachweisen.
  
- Der verantwortliche Operateur muss berechtigt sein, eine der folgenden Bezeichnungen zu führen:
  - Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
  - Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit fakultativer Weiterbildung für spezielle operative Gynäkologie
  - Facharzt für Chirurgie
  - Für Brust-Rekonstruktionen auch: Facharzt für plastische Chirurgie

---

<sup>1</sup> Invasive Karzinome und /oder DCIS

<sup>2</sup> Für die Ermittlung der Zahlen gilt folgendes: Pro Patientin zählt eine Operation. Mindestens 20 Primärfälle je Operateur sollen verantwortliche 1. Assistenz bei Weiterbildungseingriffen sein. Diese Eingriffe dürfen im Sinne der o. g. Fallzahlenanforderungen nur für den 1. Assistenten gezählt werden

- Durch die festgelegte Zahl wird die systematische Schulung und Weiterbildung aller beteiligten Fachgruppen zur Sicherung einer maximalen Kompetenz der beteiligten Spezialisten gewährleistet

### **Anforderung an Onkologie/Chemotherapie**

- Nachweis von jährlich mindestens 400 onkologischen Behandlungszyklen (ambulant oder stationär, der Wunsch der Patientin sollte berücksichtigt werden.)

### **weitere Anforderungen**

- dem Personal müssen mind. angehören:
  - mindestens 2 Operateure mit o.a. Fachbezeichnung, dem Nachweis entsprechender Behandlungszahlen und mit spezieller Ausbildung in der Mammachirurgie
  - mindestens 2 Fachärzte für Radiologie mit spezieller Ausbildung und Erfahrung in bildgebender Mammadiagnostik, die die fachlichen und strukturelle Voraussetzungen gemäß Anlage 5 nachweisen können,
  - mindestens 1 Facharzt für Strahlentherapie / Facharzt für Radiologie, Schwerpunkt Strahlentherapie mit speziellen Kenntnissen in der Therapie des Mammakarzinoms gemäß Anlage 5
  - mindestens 2 Fachärzte für Pathologie mit speziellen Kenntnissen in der Mammopathologie gemäß Anlage 5
  - mindestens 1 Facharzt für innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie gemäß Anlage 5
  - mindestens 2 Krankenschwestern/Krankenpfleger mit onkologischer Zusatzausbildung bzw. langjähriger Erfahrung
  - mindestens 2 in der Mammadiagnostik qualifizierte radiologisch technische Assistentinnen/Assistenten (MTRA),

In begründeten Ausnahmefällen können Kooperationen mit niedergelassenen Vertragsärzten in den Fachgebieten Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie und Hämatologie/Onkologie erfolgen.
- mindestens zweimal jährlich Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Brustkrebs für das zuständige ärztliche Personal, das Pflegepersonal und das med. Assistenzpersonal

- mindestens einmal wöchentliche interdisziplinäre Fallbesprechungen
- Patientinnen erhalten schriftliche und umfassende mündliche Informationen über Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten
- Sicherstellung assoziierter Leistungen durch Psychologen, Psychiater, Schmerzspezialisten, Physiotherapeuten
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen
- Kooperation nach Abstimmung mit der zuständigen Krankenkasse mit komplementären Leistungserbringern (prothetische Versorgung, Hospiz etc.)
- Sicherstellung der Weitergabe von therapierelevanten Informationen an den DMP- verantwortlichen Vertragsarzt

### **Das Brustzentrum verpflichtet sich**

- zur Beschreibung der interdisziplinären, sektoren-übergreifenden Zusammenarbeit sowie
- zu entsprechender Meldung an das klinische Krebsregister und
- zur Beschreibung des internen Konzepts zum Qualitätsmanagement sowie Benennung eines Verantwortlichen für die Durchführung von QS-Maßnahmen sowie
- bei der Behandlung von DMP-Brustkrebspatientinnen die Vorgaben der jeweils gültigen Richtlinien des G-BA vorrangig zu beachten.

Die Anforderungen an die Behandlung nach Ziffer 1 der Anlage 5 gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach Inkrafttreten einer Änderung der Ziffer der Anlage 5 unverzüglich über die unmittelbar nach Satz 1 eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung zu unterrichten.

## **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

oder

3. eine Fortbildung „Brustkrebs“ mit mindestens folgenden Inhalten:

- Epidemiologische Daten zum Mammakarzinom,
- Diagnostik,
- Histologische Befunde und deren Bedeutung,
- Prognosefaktoren,
- Operative Techniken,
- Systemische Therapie,

- Strahlentherapie,
- Schmerztherapie, alternative Verfahren, supportive Therapie,
- das Aufklärungsgespräch/Patientinnenberatung/Psychosoziale Betreuung,
- Nachsorge/Rehabilitative Maßnahmen absolviert haben.

Soweit ein Vertragsarzt die Fortbildung „Brustkrebs“ zum Zeitpunkt des Antrages auf Teilnahme noch nicht, bzw. nicht vollständig absolviert hat, verpflichtet er sich mit Antragstellung, diese Strukturvoraussetzung innerhalb von einem Jahr nach Vertragsabschluss des DMP- Brustkrebs gegenüber der KVH nachzuweisen. 12 Monate nach Vertragsabschluss hat der Vertragsarzt zum Zeitpunkt des Antrages auf Teilnahme den Nachweis über die Absolvierung der o.a. Fortbildung der KVH nachzuweisen.

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"> <li>▪ mit spezieller Ausbildung und Erfahrung in bildgebener Mammadiagnostik und Erfüllung der fachlichen und strukturellen Voraussetzungen gemäß den Kriterien der Qualitätssicherung in der Mammographie und der Mamma-Sonographie</li> <li>▪ Erbringung von 3.000 Mammographien in den vor der Antragstellung liegenden vier Quartalen</li> <li>▪ Erbringung von mindestens 500 Mamma-Sonographien in den vor der Antragstellung liegenden vier Quartalen</li> <li>▪ mindestens einmal jährliche Fortbildung des ärztlichen Personals zum Thema Brustkrebs-Diagnostik (z.B. Teilnahme an Qualitätszirkel, Vortragsveranstaltungen) sowie</li> <li>▪ zur bildgebenden Diagnostik notwendige apparative und räumliche Ausstattung</li> </ul>
Erstellung des histologischen Befundes	<p>Facharzt für Pathologie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mit speziellen Kenntnissen in der Mammopathologie</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Doppelbefundung bei Primär Diagnosen</li> <li>▪ Ausstattung zur Durchführung immunhistologischer Untersuchungen</li> <li>▪ Teilnahme an jährlicher Qualitätskontrolle zur</li> </ul>

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

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

Leistung	Voraussetzungen Leistungserbringer
	tungen) sowie <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfüllung der Teilnahmevoraussetzung an der "Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung" (einschlägig §§ 2-5) liegt der Anlage bei</li> <li>▪ Behandlung von mindestens 100 Patientinnen in den vor Antragstellung liegenden vier Quartalen</li> <li>▪ zur Durchführung der Chemotherapie notwendige apparative und räumliche Ausstattung</li> </ul>
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 auf der Teilnahmeerklärung verpflichtend zu erklären und der KVH nachzuweisen.

Anlage 4 des DMP-Vertrages:

## Verpflichtungserklärung

Name des Brustzentrums/Stationäre Einrichtung:

.....

Straße:.....

PLZ:.....

Ort:.....

Ansprechpartner:.....

Telefonnummer:.....

Fax-Nummer:.....

Mail-Adresse:.....

Name der Stationären Einrichtung:

Sofern eine Kooperation mit dieser eingegangen wurde:

.....

Straße:.....

PLZ:.....

Ort:.....

Ansprechpartner:.....

Telefonnummer:.....

Fax-Nummer:.....

Mail- Adresse:.....

1. Es wird hiermit erklärt, dass die Mindestanzahl von Operationen gemäß Anlage 1 in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss erbracht wurde.

Anzahl der Operationen:.....

2. Sofern die Mindestanzahl von 200 Operationen in Kooperation mit einer anderen Einrichtung erbracht wurde.

Name des Kooperationspartners: .....

Anzahl der Operateure pro Einrichtung: .....

Anzahl der Operationen je Einrichtung: .....

3. Pro Operateur wurden mindestens 50 Operationen gemäß Anlage 1 erbracht:

Name der Operateure, Facharztbezeichnung, Name der Einrichtung und

Anzahl der Operationen:

3.1 .....

.....

.....

.....

3.2 .....

.....

.....

.....

3.3 .....

.....

.....

.....

3.4 .....

.....

.....

.....

4. Das Brustzentrum erklärt hiermit, dass jährlich mindestens 400 onkologische Behandlungszyklen erfolgten.

Anzahl der Behandlungszyklen: .....

5. Für das Brustzentrum arbeiten mindestens 2 Radiologen, die die Voraussetzungen gemäß Anlage 1 bzw. 3 erfüllen.

Name des Radiologen, Facharztbezeichnung, Anzahl der Mammographien und Mamma-Sonographien in den letzten 12 Monaten vor Vertragsschluss, Name der Einrichtung, bei Kooperation Vorlage der Kooperations-Vereinbarung:

5.1.....  
.....  
.....

5.2.....  
.....  
.....

5.3.....  
.....  
.....

5.4.....  
.....  
.....

6. Für das Brustzentrum arbeitet mindestens 1 Strahlentherapeut, der die Voraussetzungen der Anlage 1 bzw. 3 erfüllt.

Name des Strahlentherapeuten, Facharztbezeichnung und Anzahl der strahlentherapeutischen Behandlungen der Mamma in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss, Name der Einrichtung, bei Kooperation Vorlage der Kooperations-Vereinbarung:

6.1.....  
.....  
.....

6.2.....  
.....

.....  
.....

7. Für das Brustzentrum arbeiten mindestens 2 Pathologen, die die Voraussetzungen der Anlage 1 bzw. 3 erfüllen.

Name des Pathologen, Facharztbezeichnung und Anzahl der Mammakarzinomdiagnosen in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss, Name der Einrichtung, bei Kooperation Vorlage der Kooperationsvereinbarung:

7.1.....  
.....  
.....

7.2.....  
.....  
.....

7.3.....  
.....  
.....

7.4.....  
.....  
.....

8. Für das Brustzentrum arbeitet mindestens 1 Facharzt für innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie, der die Voraussetzungen der Anlage 1 bzw. 3 erfüllen.

Name des Internisten, Facharztbezeichnung und Anzahl der chemotherapeutischen Behandlung innerhalb der letzten 12 Monate vor Vertragsabschluss, Name der Einrichtung, bei Kooperation Vorlage der Kooperations-Vereinbarung:

8.1.....  
.....  
.....

8.2.....  
.....

.....  
.....

9. Im Brustzentrum arbeiten qualifizierte Krankenschwester/Krankenpfleger entsprechend Anlage 1. Der Name des Pflegepersonals und die Qualifikation werden in einer gesonderten Aufstellung beigefügt.
10. Im Brustzentrum arbeiten mindestens 2 qualifizierte MTRA entsprechend Anlage 1. Name der MTRA und Qualifikation werden in einer gesonderten Aufstellung beigefügt.
11. Das Brustzentrum benennt mindestens zwei DMP- Ansprechpartner gemäß § 3 Abs. 3, die die Voraussetzungen nach Anlage 2 erfüllen.  
Name, Facharztbezeichnung, Name der Einrichtung:
- 11.1.....  
.....
- 11.2.....  
.....
- 11.3.....  
.....
- 11.4.....  
.....
12. Das zuständige ärztliche Personal, das Pflegepersonal und das med. Assistenzpersonal haben in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss an zwei Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Brustkrebs teilgenommen.
13. Das Brustzentrum beschreibt die im Brustzentrum vorhandene bzw. mit Kooperationspartnern vereinbarte interdisziplinäre, sektoren-übergreifende Zusammenarbeit ggf. auch mit Kooperationspartnern  
in einer gesonderten Anlage. Nach Aufforderung der Gemeinsamen Einrichtung werden Art, Inhalt, Dauer und Zeitpunkt der Fortbildungsmaßnahme nachgewiesen.
14. Das Brustzentrum beschreibt das interne Konzept zum Qualitätsmanagement in einer gesonderten Anlage und benennt einen Verantwortlichen für die Durchführung von QS- Maßnahmen.

15. Das Brustzentrum bestätigt hiermit die Zertifizierung durch ONKOZERT oder Eusoma gem. § 3a, Zertifizierungsinstitut, Zertifizierungsdatum und -zeitraum, Zertifizierungsgrad, nächster Überprüfungstermin. Das Zertifikat ist als Anlage aufgeführt.

15.1.....

.....

15.2.....

.....

15.3.....

.....

15.4.....

.....

Hiermit wird bestätigt, dass die o.a. Strukturvoraussetzungen sowie die sonstigen in der Anlage 1 bzw. 2 und 3 genannten erfüllt sind. Wird nach Abschluss des Vertrages eine der Strukturvoraussetzungen nicht mehr erfüllt, so verpflichtet sich das Brustzentrum dies unverzüglich der Gemeinsamen Einrichtung anzuzeigen, zu begründen und Maßnahmen anzuzeigen, wie und wann die Voraussetzungen wieder erfüllt werden.

Wir sind mit

- der Veröffentlichung unserer Teilnahmedaten gemäß Anlage 9a des Vertrages zur integrierten Versorgung von Brustkrebspatientinnen gemäß § 140 b SGB V zwischen den Krankenkassen-/verbänden in Hamburg und dem oben genannten Brustzentrum
- der Weitergabe des Verzeichnisses gemäß Anlage 9a an die teilnehmenden Vertragsärzte, die teilnehmenden Brustkrebs-Zentren, die teilnehmenden Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und die teilnehmenden Versicherten
- der Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsbögen für die Qualitätssicherung gemäß des Vertrages zur integrierten Versorgung von Brustkrebspatientinnen gemäß § 140 b SGB V zwischen den Krankenkassen-/verbänden in Hamburg und dem oben genannten Brustzentrum

einverstanden.

Uns ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist
- wir die Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres kündigen können
- Brustkrebs-Zentren bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden können.

Mit der Verpflichtungserklärung verpflichten wir uns zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages. Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag sind wir einverstanden. Wir ermächtigen sie insbesondere dazu,

1. die von uns im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationsbögen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und die Anonymisierung des Leistungserbringerbezugs bezüglich der Dokumentationsdaten nach Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B I. im Sinne des § 28f Abs. 2 der RSAV durchzuführen und an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten

Die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes sowie Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung werden berücksichtigt.

Es wird bestätigt, dass die Mitarbeiter des/im Brustzentrum sowie die Kooperationspartnern das Arzt-Manual erhalten, bzw. eingesehen und deren Inhalt zur Kenntnis genommen haben.

Anlage 1: Beschreibung der interdisziplinären, sektorenübergreifenden Zusammenarbeit

Anlage 2: Beschreibung Qualitätsmanagement

Anlage 3: Übersicht Pflegepersonal/ MTRA

Anlage 4: Zertifikat Brustzentrum

Hamburg, .....

Unterschrift: .....

.....

.....

Name der Einrichtung:.....

Stempel

## Anlage 4a (Teilnahmeerklärung Vertragsarzt)

### Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum Behandlungsprogramm Brustkrebs

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Humboldtstr. 56

22083 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 Betriebsstättennummer, 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 Teilnahme- erklärung 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. Nebenbetriebstätte(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 erhalten und seinen Inhalt zur Kenntnis genommen.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

## Anlage 4b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer)

### Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu dem Behandlungsprogramm Brustkrebs

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Humboldtstr. 56

22083 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]                      als koord. Arzt                      als FA                      ab Datum

2. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel                      [LANR]                      [BSNR]                      als koord. Arzt                      als FA                      ab Datum

3. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel                      [LANR]                      [BSNR]                      als koord. Arzt                      als FA                      ab Datum

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

1. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel                      [LANR]                      [BSNR]                      als koord. Arzt                      als FA                      ab Datum

2. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel                      [LANR]                      [BSNR]                      als koord. Arzt                      als FA                      ab Datum

3. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel                      [LANR]                      [BSNR]                      als koord. Arzt                      als FA                      ab Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel  
Leistungserbringer

## Anlage 5

Auszug der Versorgungsinhalte aus der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach §137f Abs. 2 SGB V (DMP-Richtlinie/DMP-RL)

in der Fassung vom 16. Februar 2012

veröffentlicht im Bundesanzeiger – BAnz AT B3 vom 18. Juli 2012 in Kraft getreten am 19. Juli 2012

# Teil B - Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen

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

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

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

### 1.1 Definition des Brustkrebses

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

### 1.2 Diagnostik

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

### 1.3 Maßnahmen im Rahmen der Primärtherapie

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

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

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

- Tumortyp,
- metrische Messung der Tumorgöße,
- Lymphangiosis carcinomatosa, Gefäßeinbrüche,
- Multifokalität / Multizentrität,
- Lymphknotenstatus,
- Beurteilung der Schnittränder (Tumorinfiltration, Breite des gesunden Gewebesauemes),
- Ausdehnung des intraduktalen Tumoranteils,
- Differenzierungsgrad (Grading),
- Hormonrezeptor-Status,

- HER2/neu-Status für invasive Karzinome.

## 1.4 Therapie

### 1.4.1 Grundsätze der Therapie

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

<sup>7</sup>Die Therapie muss nach individueller Risikoabschätzung unter Berücksichtigung der medizinisch relevanten Befunde sowie der gesundheits- und krankheitsbezogenen Begleitumstände und der Lebensqualität erfolgen (z. B. Alter, Begleiterkrankungen, psychosoziale Umstände).

<sup>8</sup>Die Behandlung brustkrebserkrankter Patientinnen setzt eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation voraus. <sup>9</sup>Die Ärztin / Der Arzt informiert die Patientin in den einzelnen Phasen der Behandlung über Nutzen und Risiken der jeweils zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten.

<sup>10</sup>Im gesamten Versorgungsprozess sind Maßnahmen der psychosozialen Betreuung zu berücksichtigen.

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

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

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

### 1.4.2 Operative Therapie des Brustkrebses ohne Sonderformen

<sup>1</sup>Ziel der operativen Therapie ist die lokale Kontrolle durch vollständige Entfernung des Karzinomherdes bei gleichzeitiger Berücksichtigung des kosmetischen Ergebnisses. <sup>2</sup>Die Vollständigkeit der Entfernung ist durch eine histopathologische Untersuchung zu sichern. <sup>3</sup>Nach Exstirpation der Läsion muss eine eindeutige topographische Markierung des Gewebestückes erfolgen.

<sup>4</sup>Wenn die Resektionsränder nicht tumorfrei sind (Ziel: R0-Resektion), müssen, wo immer möglich, ergänzende operative (Nachresektion/Ablatio) oder – nach Ablatio – strahlentherapeutische Maßnahmen getroffen werden.

<sup>5</sup>Die operative Therapie des Brustkrebses ist stadienabhängig. <sup>6</sup>Sie kann sowohl organerhaltend als auch ablativ erfolgen. <sup>7</sup>Patientinnen mit lokal begrenzten Tumoren sollten in der Regel primär der operativen Therapie zugeführt werden. <sup>8</sup>Eine primäre systemische

Therapie kann durch Reduktion des Tumolvolumens die Wahrscheinlichkeit einer brusterhaltenden Operation erhöhen.

<sup>9</sup>Patientinnen mit einem lokal fortgeschrittenen Brustkrebs (T4-Tumor oder inflammatorischem Brustkrebs, siehe Ziffer I 1.4.6.2) sind nur in begründeten Ausnahmefällen primär operabel und bedürfen einer individuellen präoperativen Therapie, die medikamentöse und/oder strahlen-therapeutische Komponenten enthält.

#### 1.4.2.1 Vorgehen bei nicht tastbarem Befund

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

#### 1.4.2.2 Brusterhaltende Therapie

<sup>1</sup>Patientinnen, bei denen eine brusterhaltende Therapie auf Grund des Befundes in Frage kommt, müssen über diese Möglichkeit informiert werden, da diese in Kombination mit adjuvanter Strahlentherapie identische Überlebensraten wie die Mastektomie erzielt. <sup>2</sup>Die brusterhaltende Operation sollte - unter Berücksichtigung der Kontraindikationen - die bevorzugte Operationsmethode sein (siehe Ziffer I 1.4.2.3).

<sup>3</sup>Bei sehr ungünstigem Tumor-Brustverhältnis und daraus folgender Indikation zur Mastektomie kann auf Wunsch der Patientin sowie nach eingehender Aufklärung der Patientin eine primär systemische Therapie mit dem Ziel einer brusterhaltenden Operation durchgeführt werden.

<sup>4</sup>Die Tumorgröße, bis zu der eine brusterhaltende Operation durchgeführt werden sollte, ist nicht genau festzulegen. <sup>5</sup>Neben der Tumorgröße sind bei der Entscheidung, ob eine brusterhaltende Therapie in Frage kommt, insbesondere die Tumorausdehnung, die Relation der Tumorgröße zum Restbrustvolumen und der Wunsch der aufgeklärten Patientin zu berücksichtigen.

<sup>6</sup>Die Resektionsränder sollen bei der histopathologischen Untersuchung frei von Karzinom sein.

#### 1.4.2.3 Modifizierte radikale Mastektomie

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

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

#### 1.4.2.4 Operative Therapie der Axilla

<sup>1</sup>Die Bestimmung des histologischen Nodalstatus (pN-Status) ist Bestandteil der operativen Therapie des invasiven Mammakarzinoms. <sup>2</sup>Diese soll in der Regel (bei T1- und T2-

Tumoren) mit Hilfe der Sentinel-Lymphknoten-Entfernung erfolgen, für die eine reduzierte Morbidität im Vergleich zur Axilladisektion berichtet wird. <sup>3</sup>Bei Kontraindikationen (z. B. Tumorstadium und Multifokalität/-zentrität) gegen die Sentinel-Lymphknoten-Entfernung und bei Karzinom-positiven-Sentinel-Lymphknoten ist dagegen die Bestimmung des histologischen Nodalstatus (pN-Status) durch die konventionelle Lymphknotendisektion mit Entfernung von mindestens 10 Lymphknoten aus Level I und II indiziert. <sup>4</sup>Auch bei Patientinnen mit klinischem Verdacht auf einen Lymphknotenbefall oder Patientinnen, die eine neoadjuvante Chemotherapie erhalten haben, soll keine Sentinel-Lymphknoten-Entfernung durchgeführt werden.

<sup>5</sup>Im Rahmen der Entfernung der Sentinel-Lymphknoten sollen für die Markierung der Sentinel-Lymphknoten radioaktive Tracer (allein oder in Kombination mit Farbstoff) verwendet werden. <sup>6</sup>Als ergänzende Maßnahme wird die präoperative Durchführung einer Lymphszintigraphie empfohlen.

#### 1.4.2.5 Plastisch rekonstruktive Eingriffe

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

### 1.4.3 Strahlentherapie des Brustkrebses

#### 1.4.3.1 Strahlentherapie nach brusterhaltender Operation

<sup>1</sup>Die perkutane Strahlentherapie verbessert die lokale Tumorkontrolle und das Gesamtüberleben. <sup>2</sup>Eine homogene Nachbestrahlung des verbliebenen Brustgewebes einschließlich der angrenzenden Thoraxwand ist nach brusterhaltendem operativen Vorgehen grundsätzlich indiziert.

<sup>3</sup>Eine zusätzliche lokale Dosisaufsättigung (Boost) des Tumorbettes senkt in allen Altersgruppen die lokale Rezidivrate ohne zu einem signifikanten Überlebensvorteil zu führen.

<sup>4</sup>Bei geringem Rezidivrisiko (ältere Patientinnen) soll unter Abwägung der Vor- und Nachteile (Fibrose) über die Durchführung einer Boostbestrahlung entschieden werden.

#### 1.4.3.2 Strahlentherapie nach Mastektomie

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

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

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

#### 1.4.3.3 Strahlentherapie der Lymphabflusswege

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

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

<sup>2</sup>Bei der individuellen Entscheidungsfindung über eine Bestrahlung der Lymphabflusswege ist zwischen dem Risiko eines lokoregionären Rezidivs und dem Risiko der erhöhten

Morbidität abzuwägen.

<sup>3</sup>In der Regel wird zur Vermeidung von Lymphödemen die Axilla bei negativer Sentinel-Node-Biopsie oder nach axillärer Lymphonodektomie (d. h. Level I und II /mindestens 10 Lymphknoten) nicht bestrahlt. <sup>4</sup>Begründete Ausnahmen hierfür sind:

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

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

<sup>1</sup>Für alle Patientinnen muss nach individueller Nutzen-Risikoabwägung die Einleitung einer adjuvanten systemischen Therapie geprüft werden.

<sup>2</sup>Ob und welche adjuvante systemische Therapie begonnen wird, ist nach Aufklärung und Beratung der Patientin insbesondere im Hinblick auf Nutzen und mögliche Nebenwirkungen zu entscheiden. <sup>3</sup>Diese sollte durch eine angemessene supportive Therapie (z. B. Antiemese, Versorgung mit Perücken etc.) flankiert werden.

<sup>4</sup>Die Entscheidung über die Notwendigkeit und Art einer adjuvanten Therapie berücksichtigt die Tumorgröße, den Lymphknotenstatus, das Grading, den Hormonrezeptorstatus, den HER2/neu-Status, den Menopausenstatus, weitere Erkrankungen und das Alter als wichtigste Faktoren zur Risikoeinstufung.

<sup>5</sup>Die betroffenen Patientinnen müssen unterschiedlichen Risikogruppen zugeordnet werden.

<sup>6</sup>Zu der Gruppe mit niedrigem Risiko gehören Patientinnen, unabhängig vom Menopausenstatus, die alle der folgenden Bedingungen erfüllen müssen:

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

<sup>7</sup>Alle anderen Patientinnen haben ein erhöhtes Risiko.

<sup>8</sup>Jede Patientin mit positivem Hormonrezeptorstatus soll eine endokrine Therapie erhalten.

<sup>9</sup>Bei Patientinnen mit erhöhtem Risiko und rezeptornegativem Befund sollte eine Chemotherapie in Betracht gezogen werden. <sup>10</sup>Die Chemotherapie muss in ausreichend hoher Dosierung und ausreichend lange erfolgen.

<sup>11</sup>Bei Patientinnen mit erhöhtem Risiko und rezeptorpositivem Befund ist entweder die alleinige endokrine Therapie oder die Kombination von Chemotherapie mit endokriner Therapie zu erwägen.

<sup>12</sup>Bei Patientinnen mit HER2/neu positiven Tumoren (ab Stadium pT1c und/oder LK Befall) soll eine Behandlung mit Trastuzumab erfolgen.

<sup>13</sup>Wirksame Begleitmaßnahmen, insbesondere eine ausreichende Antiemese, sind Bestandteil der systemischen Therapie.

#### 1.4.5 Primär systemische/neoadjuvante Therapie

<sup>1</sup>Die primäre systemische Therapie, weitgehend synonym werden die Begriffe neoadjuvante Therapie oder präoperative Therapie gebraucht, beschreibt die Therapieformen, die nach der gesicherten Diagnose eines Mammakarzinoms vor einer operativen Therapie zur Anwendung kommen.

<sup>2</sup>Die primäre systemische Therapie ist die Therapie der Wahl bei inflammatorischem Mammakarzinom und weit fortgeschrittenen primär inoperablen Mammakarzinomen, ~~15~~

durch eine Tumorverkleinerung eine Operation mit tumorfreien Resektionsgrenzen erreichen zu können.

<sup>3</sup>Bei primär resektablen Tumoren, die wegen der Tumorgöße eine Mammaablatio indizieren, kann eine primäre systemische Therapie zur Reduktion des Tumolvolumens eingesetzt werden, um eine brusterhaltende Operation zu ermöglichen.

<sup>4</sup>In Sondersituationen, z. B. bei Kontraindikationen gegen eine operative Therapie, kann die primäre systemische Therapie mit dem Ziel der Tumorkontrolle zum Einsatz kommen.

<sup>5</sup>Zur Therapieauswahl der primär systemischen Therapie sind die gleichen klinischen und pathomorphologischen Befunde zu erheben (klinische Tumorgöße und Lymphknotenstatus, Grading, Hormonrezeptorstatus, HER2/neu-Status, Menopausenstatus, weitere Erkrankungen und das Alter) wie bei der adjuvanten Therapie. <sup>6</sup>Der Effekt der primär systemischen Therapie ist regelmäßig zu überwachen.

<sup>7</sup>Weitere spezifische Aspekte zur primär systemischen Therapie finden sich auch unter den Ziffern I 1.4.2, I 1.4.2.3 und I 1.4.3.2.

## 1.4.6 Vorgehen bei Sonderformen des Brustkrebses

### 1.4.6.1 Duktales Carcinoma in situ (DCIS)

<sup>1</sup>DCIS beschreibt eine heterogene Gruppe nicht invasiver, intraduktaler, karzinomatöser Gewebsveränderungen unterschiedlicher histologischer Typen mit variierendem malignen Potential und daraus resultierender Heterogenität hinsichtlich Prognose, Rezidivhäufigkeit und Progression der Erkrankung.

<sup>2</sup>Die Standardbehandlung des DCIS ist die operative Entfernung aller suspekten Herde mit histologischer Bestätigung der vollständigen Resektion. <sup>3</sup>Über die Radikalität des operativen Vorgehens ist – in Abhängigkeit von der Risikokonstellation – mit der aufgeklärten Patientin zu entscheiden.

<sup>4</sup>Bei brusterhaltender Therapie des DCIS ist in der Regel eine postoperative Strahlentherapie angezeigt. <sup>5</sup>Die Vielfalt der klinischen und morphologischen Befunde (u. a. Alter der Patientin, Tumorausdehnung, Tumorgading und Sicherheitsabstand) des DCIS muss bei der Nutzen- / Risikobewertung einer Strahlentherapie berücksichtigt werden. <sup>6</sup>Die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt soll prüfen, ob Patientinnen mit einem hormonrezeptorpositiven DCIS von einer zusätzlichen adjuvanten Tamoxifen-Therapie profitieren können. <sup>7</sup>Eine Chemotherapie und eine Trastuzumabtherapie sind nicht indiziert.

### 1.4.6.2 Lokal fortgeschrittener Brustkrebs

<sup>1</sup>Essentielle Bestandteile der Therapie des inflammatorischen und/oder primär inoperablen Brustkrebses sind die systemische Therapie, Sekundäroperation und die Strahlentherapie.

<sup>2</sup>Die therapeutische Sequenz wird durch die individuellen Gegebenheiten festgelegt.

### 1.4.6.3 Brustkrebs und Multimorbidität

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

## 1.5 Nachsorge

<sup>1</sup>Nach Abschluss der Primärbehandlung, spätestens sechs Monate nach histologischer Sicherung der Diagnose, soll die Nachsorge beginnen.

<sup>2</sup>Die Nachsorge soll vorzugsweise die physische und psychische Gesundheit sowie die psy-

chosoziale Rehabilitation unterstützen und ist nicht nur als Verlaufskontrolle oder Nachbeobachtung der Erkrankung zu verstehen.

<sup>3</sup>Ein weiteres Ziel der Nachsorge ist das frühzeitige Erkennen eines lokoregionären Rezidivs (siehe Ziffer I 1.6.1) bzw. eines kontralateralen Tumors und das Erkennen von Folgeerscheinungen der Primärtherapie.

<sup>4</sup>Die Nachsorge umfasst mindestens Anamnese, körperliche Untersuchung (einschließlich klinischer Tastuntersuchung der Thoraxwand und sämtlicher Lymphabflusswege) und Aufklärung / Information. <sup>5</sup>Sie ist symptom- und risikoorientiert zu konzipieren und den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen anzupassen.

<sup>6</sup>Die Nachsorgeuntersuchungen erfolgen in der Regel halbjährlich. <sup>7</sup>Abhängig von den Erfordernissen der Situation und der psychosozialen Betreuung hat die Patientin jederzeit die Möglichkeit, sich in ärztliche Betreuung zu begeben.

<sup>8</sup>Es sollte in der Regel mindestens einmal jährlich eine Mammographie erfolgen (nach brusterhaltender Therapie beidseits, nach Mastektomie auf der kontralateralen Seite), in bestimmten Fällen können häufigere Kontrollen notwendig werden.

<sup>9</sup>Die Dokumentation erfolgt grundsätzlich jedes zweite Quartal. <sup>10</sup>Abweichend davon können im individuellen Fall kürzere, quartalsweise Abstände gewählt werden.

### 1.5.1 Psychosoziale Betreuung

<sup>1</sup>Die psychosoziale Beratung und Betreuung der Patientinnen soll integraler Bestandteil der Nachsorge sein. <sup>2</sup>Ihr ist in diesem Rahmen ausreichend Zeit einzuräumen. <sup>3</sup>Hierzu gehört auch die Beratung über die Möglichkeiten der Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur medizinischen Rehabilitation (siehe Ziffer I 1.8).

<sup>4</sup>Die nachsorgende Ärztin / der nachsorgende Arzt soll prüfen, ob die Patientin einer weitergehenden Diagnostik und/oder Behandlung bedarf (z. B. Angststörungen, depressive Störungen). <sup>5</sup>Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

### 1.5.2 Körperliche Aktivitäten und Ernährung

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

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

## 1.6 Diagnostik und Therapie fortgeschrittener Erkrankungen

### 1.6.1 Lokalrezidive

<sup>1</sup>Lokalrezidive sind in vielen Fällen mit Aussicht auf Heilung behandelbar. <sup>2</sup>Je früher sie diagnostiziert, histologisch gesichert und behandelt werden, umso besser ist ihre Prognose. <sup>3</sup>Daher kommt der Nachsorgeuntersuchung eine besondere Bedeutung zu (siehe Ziffer I 1.5).

<sup>4</sup>Bei Auftreten eines Lokalrezidivs muss im Hinblick auf die Therapieplanung geprüft werden, ob weitere Herde oder eine Fernmetastasierung vorliegen.

### 1.6.1.1 Therapie des Lokalrezidivs

<sup>1</sup>Die Therapie intramammärer Rezidive besteht in der Regel in einer operativen Intervention.

<sup>2</sup>Die Mastektomie erzielt hierbei die beste Tumorkontrolle.

<sup>3</sup>Ein Thoraxwandrezidiv ist nach Möglichkeit operativ vollständig zu entfernen.

<sup>4</sup>Bei lokoregionärem Rezidiv nach Mastektomie sollte eine postoperative Bestrahlung durchgeführt werden, sofern es auf Grund der bisherigen Strahlenbelastung vertretbar ist.

<sup>5</sup>Darüber hinaus soll ergänzend die Notwendigkeit und Möglichkeit zusätzlicher Behandlungen (systemische endokrine und/oder chemotherapeutische Behandlungsverfahren) geprüft werden.

### 1.6.2 Fernmetastasen

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

#### 1.6.1.2 Therapie bei metastasierten Erkrankungen

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

<sup>5</sup>Eine endokrine Therapie ist bei positivem Hormonrezeptorstatus zu empfehlen.

<sup>6</sup>Eine Chemotherapie sollte unter Berücksichtigung der individuellen Risikosituation und des Therapieziels in Erwägung gezogen werden, insbesondere bei negativem Rezeptorstatus, Resistenz auf eine endokrine Therapie, schnell progredientem Verlauf, viszeralem Befall und/oder erheblichen Beschwerden. <sup>7</sup>In diesen Situationen kann eine Chemotherapie trotz ihrer Nebenwirkungen die Lebensqualität erhöhen.

<sup>8</sup>Eine Therapie mit Bisphosphonaten ist bei Patientinnen mit Knochenmetastasen indiziert.

<sup>9</sup>Bei Schmerzen, Frakturgefahr oder drohenden bzw. bereits bestehenden neurologischen Ausfällen in Folge von Knochenmetastasen kann zusätzlich eine lokale Therapie (Strahlentherapie, Operation) indiziert sein.

<sup>10</sup>Bei standardisierter immunhistologisch oder molekularbiologisch geprüfter Positivität für HER2/neu besteht die Indikation einer zielgerichteten Therapie gegen HER2/neu.

<sup>11</sup>Bei der Feststellung von Hirnmetastasen ist eine Strahlentherapie indiziert. <sup>12</sup>Eine stereotaktisch geführte Strahlentherapie wird bei einer limitierten Hirnmetastasierung in

Ergänzung zur Ganzhirnbestrahlung empfohlen. <sup>13</sup>Bei solitärer Hirnmetastase soll eine Metastasektomie erwogen werden.

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

## 1.7 Palliativmedizinische Maßnahmen

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

<sup>4</sup>Eine angemessene schmerztherapeutische Versorgung unter Berücksichtigung des Dreistufenschemas der WHO ist zu gewährleisten.

<sup>5</sup>Ziel der Schmerzbehandlung ist eine rasch eintretende und möglichst komplette Schmerzkontrolle. <sup>6</sup>Das Ansprechen der Therapie ist in angemessenen Abständen zu prüfen und ggf. sind erforderliche Umstellungen der Therapie zeitnah einzuleiten. <sup>7</sup>Nicht kontrollierbare Schmerzzustände bedürfen einer Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer ggf. innerhalb eines interdisziplinären Teams. <sup>8</sup>Insbesondere ist eine rechtzeitige und ausreichende Versorgung mit Opiaten zu gewährleisten. <sup>9</sup>Nebenwirkungen einer Therapie mit Opiaten (z. B. Obstipation) sind frühzeitig in geeigneter Weise zu behandeln.

<sup>10</sup>Durch ossäre Metastasierung bedingte Schmerzen werden durch den Einsatz von Bisphosphonaten günstig beeinflusst. <sup>11</sup>Ebenso ist der Einsatz einer Strahlentherapie bei Schmerzen durch Knochenmetastasierung zu erwägen.

## 1.8 Rehabilitation

<sup>1</sup>Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms ist individuell zu prüfen, ob eine Patientin von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann.

<sup>2</sup>Die ambulante oder stationäre Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem brustkrebserkrankte Patientinnen mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen und aufrechtzuerhalten sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. <sup>3</sup>Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch die Brustkrebserkrankung vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken.

## 1.9 Kooperation der Versorgungssektoren

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

## 2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V)<sup>1</sup>

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

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

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

<sup>5</sup>Im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme sind Maßnahmen vorzusehen, die eine Erreichung der vereinbarten Ziele unterstützen. <sup>6</sup>Ihr Einsatz kann auf im Behandlungsprogramm zu spezifizierende Gruppen von Patientinnen sowie Leistungserbringern beschränkt werden, die ein ausreichendes Verbesserungspotenzial erwarten lassen. <sup>7</sup>Hierzu gehören insbesondere:

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

<sup>8</sup>Maßnahmen im Verhältnis zu den Leistungserbringern sind entsprechend zu vereinbaren.

<sup>9</sup>Im Rahmen der Programme sind außerdem strukturierte Verfahren zur besonderen Beratung von Versicherten durch die Krankenkassen oder von ihnen beauftragten Dritten vorzusehen, deren Verlaufsdocumentation Hinweise auf mangelnde Unterstützung des strukturierten Behandlungsprozesses durch die Versicherte enthält.

<sup>10</sup>Im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme sind Regelungen zur Auswertung der für die Durchführung der Qualitätssicherung erforderlichen Daten zu treffen. <sup>11</sup>Hierbei sind sowohl die bei den Krankenkassen vorliegenden Dokumentationsdaten nach Ziffer I 5 als auch die Leistungsdaten der Krankenkassen einzubeziehen.

<sup>12</sup>Im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme sind wirksame Sanktionen vorzusehen, wenn die Partner der zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme geschlossenen Verträge gegen die im Programm festgelegten Anforderungen verstoßen.

<sup>13</sup>Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen sind regelmäßig öffentlich darzulegen.

---

<sup>1</sup> Die in den Sätzen 2 und 7 aufgeführte Qualitätssicherungsmaßnahme der Krankenkasse zur Unterstützung der aktiven Teilnahme der Versicherten ist nicht Voraussetzung für die Zulassung eines Strukturiereten Behandlungsprogramms.

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

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

#### 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

<sup>1</sup>Voraussetzung für die Einschreibung einer Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm zu Brustkrebs ist

- die schriftliche Bestätigung der histologisch gesicherten Diagnose durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt gemäß Ziffer I 1.2,
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten und
- die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

<sup>2</sup>Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahmeerklärung, dass sie im Einzelnen

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

#### 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

<sup>1</sup>Voraussetzung für die Einschreibung ist über die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen nach Ziffer I 3.1 hinaus der histologische Nachweis eines Brustkrebses oder der histologische Nachweis eines lokoregionären Rezidivs oder eine nachgewiesene Fernmetastasierung des histologisch nachgewiesenen Brustkrebses. <sup>2</sup>Die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt.

<sup>3</sup>Das alleinige Vorliegen einer nichtinvasiven lobulären Neoplasie rechtfertigt nicht die Aufnahme in strukturierte Behandlungsprogramme.

<sup>4</sup>Für die Teilnahme gelten folgende Regelungen:

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

<sup>5</sup>Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.

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

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

##### 4.1 Schulungen der Leistungserbringer

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

##### 4.2 Patientinneninformationen

<sup>1</sup>Es sind geeignete Maßnahmen der Patientinneninformation vorzusehen, die während der gesamten Behandlungskette am individuellen Bedürfnis der Patientin und an den jeweiligen Erfordernissen der Diagnostik, Therapie und Nachsorge auszurichten sind.

<sup>2</sup>Die Inanspruchnahme ist freiwillig. <sup>3</sup>Eine Nicht-Inanspruchnahme führt nicht zum Ausschluss der Patientin aus dem strukturierten Behandlungsprogramm.

<sup>4</sup>Schulungsprogramme (gem. § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V) sind für Patientinnen mit Brustkrebs nicht zielführend.

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

Die Dokumentation im Rahmen der Strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen mit Brustkrebs erfolgt nach folgenden Vorgaben:

Brustkrebs – Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung

Brustkrebs – Erstdokumentation

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
----------	-------------------------	------------

Administrative Daten

1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Kostenträger	Name der Krankenkasse
3	Name des Versicherten	Familienname, Vorname
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Krankenkassen-Nummer	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstättennummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ

Einschreibung

Mindestens eine der Zeilen 10 bis 13 muss für die Einschreibung ausgefüllt sein.		
10	Erstmanifestation des Primärtumors (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ
11	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ
12	Lokoregionäres Rezidiv (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ

13	Fernmetastasen erstmals gesichert <sup>2</sup>	TT. MM.JJJJ
----	--	-------------

Bei Einschreibung wegen eines Primärtumors/ eines kontralateralen Brustkrebses sind die Zeilen 14 bis 29 auszufüllen.  
 Bei Einschreibung wegen eines lokoregionären Rezidivs ist die Zeile 30 auszufüllen.  
 Bei Einschreibung wegen Fernmetastasen sind die Zeilen 31 bis 33 auszufüllen.

Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses

14	Betroffene Brust <sup>3</sup>	Rechts / Links / Beidseits
----	-------------------------------	----------------------------

<sup>2</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Bei Einschreibung wegen Fernmetastasen muss eines der Felder 10 bis 12 zumindest mit einer Jahreszahl ausgefüllt werden.

<sup>3</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Bei Mammakarzinom beidseits soll der prognoseleitende Tumorbefund eingetragen werden (Felder 18- 25).

15	Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen	OP geplant <sup>4</sup> / OP nicht geplant / Postoperativ
16	Art der erfolgten operativen Therapie	BET / Mastektomie / Sentinel-Lymphknoten-Biopsie / Axilläre Lymphonodektomie / Anderes Vorgehen / Keine OP (Mehrfachnennung möglich)

Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses

17	Präoperative/neoadjuvante Therapie	Ja / Nein
18	pT	X / Tis <sup>5</sup> / 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / Keine OP
19	pN	X / 0 / 1 / 2 / 3 / Keine OP
20	M	X / 0 / 1
21	Grading	1 / 2 / 3 / Unbekannt
22	Resektionsstatus	R0 / R1 / R2 / Unbekannt / Keine OP
23	Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron)	Positiv / Negativ / Unbekannt
24	HER2/neu-Status	Positiv / Negativ / Unbekannt
25	[unbesetzt]	

Behandlung des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses<sup>6</sup>

26	Strahlentherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
27	Chemotherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
28	Endokrine Therapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
29	Antikörpertherapie mit Trastuzumab	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine

<sup>4</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Im Falle einer präoperativen Einschreibung müssen die fehlenden Daten der Erstdokumentation nachgeliefert werden.

<sup>5</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Tis beinhaltet nur DCIS-Fälle.

<sup>6</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Für die Auswertung der Qualitätsindikatoren „Anteil bestrahlter Patientinnen nach brusterhaltender Therapie bei invasivem Karzinom“, „Anteil adjuvanter endokriner Therapien bei hormonrezeptorpositivem Tumor und invasivem Karzinom“ und „Anteil Patientinnen mit adjuvanter Chemotherapie von allen Patientinnen mit nodalpositivem und hormonrezeptornegativem invasivem Tumor“ werden nur die adjuvanten Therapien berücksichtigt.

Befunde und Therapie eines lokoregionären Rezidivs		
30	Andauernde oder abgeschlossene Therapie	Präoperativ / Exzision / Mastektomie / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere / Keine (Mehrfachnennung möglich)

#### Befunde und Therapie von Fernmetastasen

31	Lokalisation	Leber / Lunge / Knochen / Andere (Mehrfachnennung möglich)
32	Andauernde oder abgeschlossene Therapie	Operativ / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere / Keine (Mehrfachnennung möglich)
33	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	Ja / Nein / Kontraindikation

#### Sonstige Befunde

34	Lymphödem vorhanden	Ja / Nein
35	[unbesetzt]	
36	[unbesetzt]	
37	Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ (Optionales Feld)

#### Brustkrebs – Folgedokumentation

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
----------	-------------------------	------------

#### Administrative Daten

1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Kostenträger	Name der Krankenkasse
3	Name des Versicherten	Familienname, Vorname
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Krankenkassen-Nummer	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)

7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung erfolgte wegen	Primärtumors / Kontralateralen Brustkrebses / Lokoregionären Rezidivs / Fernmetastasen

Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors/  
kontralateralen Brustkrebses<sup>7</sup> (adjuvante Therapie)

11	Strahlentherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
12	Chemotherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
13	Endokrine Therapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
14	Antikörpertherapie mit Trastuzumab	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine

Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse

15	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ / Nein
16	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ / Nein
17	Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung)	TT.MM.JJJJ / Leber / Lunge / Knochen / Andere / Nein (Mehrfachnennung möglich)
18	Lymphödem	Ja / Nein

Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/ Fernmetastasen)<sup>8</sup>

19	Aktueller Behandlungsstatus	Vollremission / Teilremission / No change / Progress
20	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs	Präoperativ / Exzision / Mastektomie / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere / Keine (Mehrfachnennung möglich)

<sup>7</sup> Hinweis für Ausfüllanleitung: Für die Auswertung der Qualitätsindikatoren „Anteil bestrahlter Patientinnen nach brusterhaltender Therapie bei invasivem Karzinom“, „Anteil adjuvanter endokriner Therapien bei hormonrezeptorpositivem Tumor und invasivem Karzinom“ und „Anteil Patientinnen mit adjuvanter Chemotherapie von allen Patientinnen mit nodalpositivem und hormonrezeptornegativem invasivem Tumor“ werden nur die adjuvanten Therapien berücksichtigt.

<sup>8</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Zeilen 19 - 22 sind nur auszufüllen, wenn eine fortgeschrittene Erkrankung bereits besteht oder neu festgestellt wurde.

21	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie der Fernmetastasen	Operativ / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere / Keine (Mehrfachnennung möglich)
22	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	Ja / Nein / Kontraindikation
23	Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ (Optionales Feld)

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

### 6.1 Allgemeine Anforderungen an die Evaluation

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

### 6.2 Krankheitsspezifische Anforderungen an die Evaluation

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

## Anlage 6 Dokumentationsdaten gemäß der DMP-Richtlinie Tiel B I. Ziffer 5

Die Dokumentation im Rahmen der Strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen mit Brustkrebs erfolgt nach folgenden Vorgaben:

Brustkrebs – Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung

Brustkrebs – Erstdokumentation

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
----------	-------------------------	------------

Administrative Daten

1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Kostenträger	Name der Krankenkasse
3	Name des Versicherten	Familienname, Vorname
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Krankenkassen-Nummer	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstättennummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ

Einschreibung

Mindestens eine der Zeilen 10 bis 13 muss für die Einschreibung ausgefüllt sein.

10	Erstmanifestation des Primärtumors (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ
11	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ
12	Lokoregionäres Rezidiv (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ

13	Fernmetastasen erstmals gesichert <sup>2</sup>	TT. MM.JJJJ
----	--	-------------

Bei Einschreibung wegen eines Primärtumors/ eines kontralateralen Brustkrebses sind die Zeilen 14 bis 29 auszufüllen.

Bei Einschreibung wegen eines lokoregionären Rezidivs ist die Zeile 30 auszufüllen.

Bei Einschreibung wegen Fernmetastasen sind die Zeilen 31 bis 33 auszufüllen.

Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses

14	Betroffene Brust <sup>3</sup>	Rechts / Links / Beidseits
----	-------------------------------	----------------------------

<sup>2</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Bei Einschreibung wegen Fernmetastasen muss eines der Felder 10 bis 12 zumindest mit einer Jahreszahl ausgefüllt werden.

<sup>3</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Bei Mammakarzinom beidseits soll der prognoseleitende Tumorbefund eingetragen werden (Felder 18- 25).

15	Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen	OP geplant <sup>4</sup> / OP nicht geplant / Postoperativ
16	Art der erfolgten operativen Therapie	BET / Mastektomie / Sentinel-Lymphknoten-Biopsie / Axilläre Lymphonodektomie / Anderes Vorgehen / Keine OP (Mehrfachnennung möglich)

Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses

17	Präoperative/neoadjuvante Therapie	Ja / Nein
18	pT	X / Tis <sup>5</sup> / 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / Keine OP
19	pN	X / 0 / 1 / 2 / 3 / Keine OP
20	M	X / 0 / 1
21	Grading	1 / 2 / 3 / Unbekannt
22	Resektionsstatus	R0 / R1 / R2 / Unbekannt / Keine OP
23	Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron)	Positiv / Negativ / Unbekannt
24	HER2/neu-Status	Positiv / Negativ / Unbekannt
25	[unbesetzt]	

Behandlung des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses<sup>6</sup>

26	Strahlentherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
27	Chemotherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
28	Endokrine Therapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
29	Antikörpertherapie mit Trastuzumab	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine

<sup>4</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Im Falle einer präoperativen Einschreibung müssen die fehlenden Daten der Erstdokumentation nachgeliefert werden.

<sup>5</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Tis beinhaltet nur DCIS-Fälle.

<sup>6</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Für die Auswertung der Qualitätsindikatoren „Anteil bestrahlter Patientinnen nach brusterhaltender Therapie bei invasivem Karzinom“, „Anteil adjuvanter endokriner Therapien bei hormonrezeptorpositivem Tumor und invasivem Karzinom“ und „Anteil Patientinnen mit adjuvanter Chemotherapie von allen Patientinnen mit nodalpositivem und hormonrezeptornegativem invasivem Tumor“ werden nur die adjuvanten Therapien berücksichtigt.

Befunde und Therapie eines lokoregionären Rezidivs		
30	Andauernde oder abgeschlossene Therapie	Präoperativ / Exzision / Mastektomie / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere /Keine  (Mehrfachnennung möglich)
Befunde und Therapie von Fernmetastasen		
31	Lokalisation	Leber / Lunge / Knochen / Andere  (Mehrfachnennung möglich)
32	Andauernde oder abgeschlossene Therapie	Operativ / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere / Keine  (Mehrfachnennung möglich)
33	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	Ja / Nein / Kontraindikation
Sonstige Befunde		
34	Lymphödem vorhanden	Ja / Nein
35	[unbesetzt]	
36	[unbesetzt]	
37	Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ  (Optionales Feld)

Brustkrebs – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Kostenträger	Name der Krankenkasse
3	Name des Versicherten	Familienname, Vorname
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Krankenkassen-Nummer	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)

7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung erfolgte wegen	Primärtumors / Kontralateralen Brustkrebses / Lokoregionären Rezidivs / Fernmetastasen

Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors/  
kontralateralen Brustkrebses<sup>7</sup> (adjuvante Therapie)

11	Strahlentherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
12	Chemotherapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
13	Endokrine Therapie	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine
14	Antikörpertherapie mit Trastuzumab	Geplant / Andauernd / Regulär abgeschlossen / Vorzeitig beendet / Keine

Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse

15	Manifestation eines lokoregionären Rezidivs (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ / Nein
16	Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ / Nein
17	Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung)	TT.MM.JJJJ / Leber / Lunge / Knochen / Andere / Nein (Mehrfachnennung möglich)
18	Lymphödem	Ja / Nein

Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/ Fernmetastasen)<sup>8</sup>

19	Aktueller Behandlungsstatus	Vollremission / Teilremission / No change / Progress
20	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs	Präoperativ / Exzision / Mastektomie / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere / Keine (Mehrfachnennung möglich)

<sup>7</sup> Hinweis für Ausfüllanleitung: Für die Auswertung der Qualitätsindikatoren „Anteil bestrahlter Patientinnen nach brusterhaltender Therapie bei invasivem Karzinom“, „Anteil adjuvanter endokriner Therapien bei hormonrezeptorpositivem Tumor und invasivem Karzinom“ und „Anteil Patientinnen mit adjuvanter Chemotherapie von allen Patientinnen mit nodalpositivem und hormonrezeptornegativem invasivem Tumor“ werden nur die adjuvanten Therapien berücksichtigt.

<sup>8</sup> Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Zeilen 19 - 22 sind nur auszufüllen, wenn eine fortgeschrittene Erkrankung bereits besteht oder neu festgestellt wurde.

21	Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie der Fernmetastasen	Operativ / Strahlentherapie / Chemotherapie / Endokrine Therapie / Andere / Keine  (Mehrfachnennung möglich)
22	Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	Ja / Nein / Kontraindikation
23	Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ  (Optionales Feld)

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

# Erklärung Brustkrebs

## zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs

0200H

Krankenhaus-IK

Exemplar für die Datenstelle

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

### 1. Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle.
- mich mein koordinierender Arzt bzw. mein Arzt im Krankenhaus bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie.
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich in erforderlichem Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann.
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

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

### 2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

**zu 2.: Ja**, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 14.05.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="text"/>							
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_

### – vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte die oben genannte Diagnose entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung bereit ist.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="text"/>							
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

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

# Erklärung Brustkrebs

## zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs

0200H

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

### 1. Teilnahmeerklärung:

#### Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle.
- mich mein koordinierender Arzt bzw. mein Arzt im Krankenhaus bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie.
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich in erforderlichem Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann.
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

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

### 2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

**zu 2.: Ja**, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 14.05.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_

### – vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte die oben genannte Diagnose entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung bereit ist.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

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

# Erklärung Brustkrebs

## zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs

0200H

Krankenhaus-**IK**

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

### 1. Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle.
- mich mein koordinierender Arzt bzw. mein Arzt im Krankenhaus bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie.
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich in erforderlichem Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann.
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

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

### 2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

**zu 2.: Ja**, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 14.05.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

---

### – vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte die oben genannte Diagnose entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung bereit ist.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

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

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

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

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

### **Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung**

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

### **Was Ihre Krankenkasse für Sie tut!**

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

### **Teilnahmevoraussetzungen**

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- Ihre 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.***

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

## Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

- Diabetes mellitus Typ 1      oder       Diabetes mellitus Typ 2  
 Koronare Herzkrankheit  
 Asthma      oder       COPD

070AH

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

### 1. Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

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

### 2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

**zu 2.: Ja**, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="text"/>							
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_

### – vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass 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.

<input type="text"/>							
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt



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

## Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

- Diabetes mellitus Typ 1     oder      Diabetes mellitus Typ 2  
 Koronare Herzkrankheit  
 Asthma     oder      COPD

070A4

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig) 
 Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig) 
 Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

### 1. Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

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

### 2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

**zu 2.: Ja**, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

---

### – vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass 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 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 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 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 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 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) 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 Hausärzterverband) 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 strukturierter Behandlungsprogramme 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 Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

# Strukturiertes Behandlungsprogramm

## Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit 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!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei chronischen Erkrankungen sind:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma und COPD
<p><b>Vermeidung</b> von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen</li> <li>– Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können</li> <li>– von Nervenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom</li> <li>– Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung)</li> </ul> <p><b>Senkung</b> Ihres Schlaganfall- und Herzinfarkttrisikos</p>	<p><b>Senkung des Risikos</b> eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden</p> <p><b>Erhaltung</b> Ihrer Belastungsfähigkeit.</p>	<p><b>Vermeidung/Reduktion</b> von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Verschlimmerungen (z. B. durch Infekte)</li> <li>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen (bei Asthma)</li> <li>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit</li> <li>– unerwünschten Wirkungen der Therapie</li> </ul> <p><b>Normalisierung</b> (nur bei Asthma) bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität</p> <p><b>Reduktion</b> der Sterblichkeit</p>

Bitte beachten Sie, dass in den Tabellen jeweils Informationen zu allen internistischen Erkrankungen aufgeführt sind, zu denen wir strukturierte Behandlungsprogramme anbieten. Vermutlich haben Sie nur eine oder zwei dieser aufgeführten Erkrankungen.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme 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.

### Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören z. B. folgende Arzneimittel:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Insulin</li> <li>– Metformin und Glibenclamid (Diabetes mellitus Typ 2)</li> </ul> <p>bei hohem Blutdruck: Diuretika, Beta-blocker, ACE-Hemmer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten</li> <li>– ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt)</li> <li>– Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)</li> <li>– Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (z. B. ASS)</li> </ul>	<p><b>Medikamente zur Dauertherapie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Glukokortikosteroide (zum Inhalieren)</li> <li>– lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (zum Inhalieren)</li> </ul> <p>im <b>Bedarfsfall</b> zusätzlich</p> <p><b>Medikamente der Bedarfstherapie</b> (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– schnell wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)</li> <li>– kurz wirksame Anticholinergika (5- bis 17-Jährige)</li> </ul>	<p><b>Medikamente zur Dauertherapie</b> vorwiegend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika</li> <li>– lang wirksame Anticholinergika</li> </ul> <p>im Bedarfsfall zusätzlich (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin)</li> <li>– kurz wirksame Anticholinergika</li> <li>– eine Kombination aus kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika</li> </ul>

### **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. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. 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. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen (z. B. zur regelmäßigen Augenkontrolle bei Diabetes mellitus). Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

### **Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung**

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Von jeder Dokumentation erhalten Sie zu Ihrer Information einen Ausdruck. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung („Information zum Datenschutz“). Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt die Betreuung gegebenenfalls durch eine regionale Krankenkasse.

### **Wie können Sie aktiv mitwirken?**

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

### **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,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- 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 Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

### **Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei**

Ihre aktive Teilnahme 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 vom Arzt empfohlene Schu-lungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei den Krankenkassen eingegangen sind, weil beispielsweise die mit 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.

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

## Anlage 8 Qualitätssicherung

Stand 2012-10-19  
Version 3.1

### Qualitätssicherung Brustkrebs auf Grundlage des Datensatzes gemäß Teil B Ziffer I Nr. 5 DMP-RL der RSAV

QS-Ziel (RSAV)	QS-Indikator	Auslösealgorithmus	Auswertungsalgorithmus	QS-Maßnahmen
<b>1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien</b>				
<b>1.1 . Angemessener Anteil brusterhaltender Therapie bei pT1</b>	<p>Anteil der Patientinnen mit brusterhaltender Operation an allen primär operierten Patientinnen mit der Erstdiagnose histologisch gesichertes invasives Mamma-Karzinom pT1</p> <p><u>Zielwert:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zielwert <math>\geq 70\%</math> (entspricht etwa unterer BQS-Grenze 2009 und dem Zielwert der zertifizierten Brustzentren)</li> </ul>	entfällt	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der im Nenner definierten Patientinnen, bei denen in Feld 16 ED oder ED pnp (Art der erfolgten Therapie) „BET“ angegeben wurde</p> <p><u>Nenner:</u> Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen im Stadium pT1 mit Operation, d.h.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Feld 10 ED (Erstmanifestation des Primärtumors) und/oder Feld 11 ED (Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses) = TT.MM.JJJJ und Feld 12 ED (Lokoregionäres Rezidiv) und Feld 13 ED (Fernmetastasen erstmals gesichert) = „keine Angabe“ und</li> <li>- Feld 18 ED oder ED pnp (pT) = „1“ und</li> <li>- Feld 15 ED bzw. ED pnp (Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen) = „postoperativ“</li> </ul>	<p>1. Information aller LE über den Versorgungsprozess mittels Feedbackberichten durch die gemeinsame Einrichtung, mindestens einmal jährlich</p>

<p><b>1.2. Angemessener Anteil Sentinel-Lymphknoten-Biopsie</b></p>	<p>Anteil der Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie an allen Patientinnen mit Operation und Erhebung des Nodalstatus und primär invasivem Karzinom</p> <p><u>Zielwert:</u> - kein Zielwert</p>	<p>entfällt</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der im Nenner definierten Patientinnen, bei denen in Feld 16 ED oder ED pnp (Art der erfolgten Therapie) „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ angegeben wurde.</p> <p><u>Nenner:</u> Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit Operation und Erhebung des Nodalstatus bei invasivem Tumor, die keine präoperative/neoadjuvante Therapie erhielten, d.h.::</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Feld 10 ED (Erstmanifestation des Primärtumors) und/oder Feld 11 ED (Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses) = TT.MM.JJJJ und Feld 12 ED (Lokoregionäres Rezidiv) und Feld 13 ED (Fernmetastasen erstmals gesichert) = „keine Angabe“ und</li> <li>- Feld 18 ED bzw. ED pnp (pT) = „1“ oder „2“ oder „3“ oder „4“ und</li> <li>- Feld 16 ED bzw. ED pnp (Art der erfolgten operativen Therapie) = „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ oder „Axilläre Lymphonodektomie“ und</li> <li>- Feld 17 ED (Präoperative/neoadjuvante Therapie) = „Nein“</li> </ul>	<p>1. Information aller LE über den Versorgungsprozess mittels Feedbackberichten durch die gemeinsame Einrichtung, mindestens einmal jährlich</p>
---	--	-----------------	--	---

<b>1.3. Hoher Anteil an Patientinnen mit Nachbestrahlung nach brusterhaltender Therapie bei invasivem Tumor</b>	Anteil der Patientinnen mit Bestrahlung nach brusterhaltender Therapie an allen Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei invasivem Karzinom  <u>Zielwerte:</u> - nach 5 und mehr Jahren DMP-Laufzeit $\geq 80\%$	entfällt	<u>Zähler:</u> Anzahl der im Nenner definierten Patientinnen, bei denen in Feld 26 ED bzw. ED pnp (Strahlentherapie) oder in Feld 11 FD (Strahlentherapie) „Regulär abgeschlossen“ angegeben wurde  <u>Nenner:</u> Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei invasivem Tumor, d.h.: - Feld 10 ED (Erstmanifestation des Primärtumors) und/oder Feld 11 ED (Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses) = TT.MM.JJJJ und Feld 12 ED (Lokoregionäres Rezidiv) und Feld 13 ED (Fernmetastasen erstmals gesichert) = „keine Angabe“ und - Feld 16 ED bzw. ED pnp (Art der erfolgten Therapie) = „BET“ und nicht „Mastektomie“ und - Feld 18 ED bzw. ED pnp (pT) = „1“ oder „2“ oder „3“ oder „4“	1. Information aller LE über den Versorgungsprozess mittels Feedbackberichten durch die gemeinsame Einrichtung, mindestens einmal jährlich
<b>1.4. Hoher Anteil an Bestimmungen des HER2/neu-Status</b>	Anteil der Patientinnen mit HER2/neu-Bestimmung an allen Patientinnen, die mit Erstmanifestation eines Primärtumors eingeschrieben sind.  <u>Zielwerte:</u> - nach 5 und mehr Jahren DMP-Laufzeit $\geq 95\%$	entfällt	<u>Zähler:</u> Anzahl der im Nenner definierten Patientinnen, bei denen in Feld 24 ED bzw. ED pnp (HER2/neu-Status) „Positiv“ oder „Negativ“ angegeben wurde  <u>Nenner:</u> Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen, d.h. - Feld 10 ED (Erstmanifestation des Primärtumors) und/oder Feld 11 ED (Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses) = TT.MM.JJJJ und Feld 12 ED (Lokoregionäres Rezidiv) und Feld 13 ED (Fernmetastasen erstmals gesichert) = „keine Angabe“ und - Feld 15 ED bzw. ED pnp (Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen) = „postoperativ“	1. Information aller LE über den Versorgungsprozess mittels Feedbackberichten durch die gemeinsame Einrichtung, mindestens einmal jährlich

<p><b>1.5. Adäquater Anteil von Patientinnen mit einer adjuvanten Trastuzumab-Therapie bei HER2/neu-positiven Tumoren und Lymphknoten-Befall</b></p>	<p>Anteil der Patientinnen mit einer adjuvanten Trastuzumab-Therapie an allen Patientinnen mit HER2/neu-positivem Tumor und Lymphknoten-Befall</p> <p><u>Zielwert:</u> nicht definiert</p>	<p>entfällt</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der im Nenner definierten Patientinnen, bei denen in Feld 29 ED bzw. ED pnp oder Feld 14 FD (Antikörper-Therapie mit Trastuzumab) „Andauernd“ oder „Regulär abgeschlossen“ angegeben wurde</p> <p><u>Nenner:</u> Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit invasivem und HER2/neu-positivem Tumor und Lymphknotenbefall, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Feld 10 ED (Erstmanifestation des Primärtumors) und/oder Feld 11 ED (Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses) = TT.MM.JJJJ und Feld 12 ED (Lokoregionäres Rezidiv) und Feld 13 ED (Fernmetastasen erstmals gesichert) = „keine Angabe“ und</li> <li>- Feld 15 ED bzw. ED pnp (Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen) = „postoperativ“ und</li> <li>- Feld 18 ED bzw. ED pnp (pT) = „1“ oder „2“ oder „3“ oder „4“ und</li> <li>- Feld 24 ED oder ED pnp (HER2/neu-Status) = „Positiv“ und</li> <li>- Feld 19 ED oder ED pnp (pN) = „1“ oder „2“ oder „3“</li> </ul>	<p>1. Information aller LE über den Versorgungsprozess mittels Feedbackberichten durch die gemeinsame Einrichtung, mindestens einmal jährlich</p>
--	--	-----------------	--	---

<p><b>1.6. Adäquater Anteil von Patientinnen mit adjuvanter Chemotherapie bei nodalpositivem und hormonrezeptornegativem Tumor</b></p>	<p>Anteil der Patientinnen mit adjuvanter Chemotherapie an allen Patientinnen mit nodalpositivem und hormonrezeptornegativem invasivem Tumor</p> <p><u>Zielwert:</u> nicht definiert</p>	<p>entfällt</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der im Nenner definierten Patientinnen, bei denen in Feld 27 ED bzw. ED pnp oder Feld 12 FD (Chemotherapie) „Andauernd“ oder „Regulär abgeschlossen“ angegeben wurde</p> <p><u>Nenner:</u> Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit invasivem und hormonrezeptornegativem Tumor und Lymphknotenbefall, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Feld 10 ED (Erstmanifestation des Primärtumors) und/oder Feld 11 ED (Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses) = TT.MM.JJJJ und Feld 12 ED (Lokoregionäres Rezidiv) und Feld 13 ED (Fernmetastasen erstmals gesichert) = „keine Angabe“ und</li> <li>- Feld 15 ED bzw. ED pnp (Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen) = „postoperativ“ und</li> <li>- Feld 18 ED bzw. ED pnp (pT) = „1“ oder „2“ oder „3“ oder „4“ und</li> <li>- Feld 23 ED oder ED pnp (Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus) = „Negativ“ und</li> <li>- Feld 19 ED oder ED pnp (pN) = „1“ oder „2“ oder „3“</li> </ul>	<p>1. Information aller LE über den Versorgungsprozess mittels Feedbackberichten durch die gemeinsame Einrichtung, mindestens einmal jährlich</p>
--	--	-----------------	---	---

<b>1.7. Niedriger Anteil Neuauftreten eines Lymphödems</b>	Anteil der Patientinnen mit Lymphödem an allen Patientinnen mit invasivem Tumor und Operation  <u>Zielwert:</u> nicht definiert	entfällt	<u>Zähler:</u> Anzahl der im Nenner definierten Patientinnen, bei denen in Feld 34 ED (Lymphödem vorhanden) oder Feld 18 FD (Lymphödem) „Ja“ angegeben wurde  <u>Nenner:</u> Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit invasivem Tumor und Operation, d. h.: - Feld 10 ED (Erstmanifestation des Primärtumors) und/oder Feld 11 ED (Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses) = TT.MM.JJJJ und Feld 12 ED (Lokoregionäres Rezidiv) und Feld 13 ED (Fernmetastasen erstmals gesichert) = „keine Angabe“ und - Feld 18 ED bzw. ED pnp (pT) = „1“ oder „2“ oder „3“ oder „4“ und - Feld 15 ED bzw. ED pnp (Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen) = „postoperativ“	Information aller LE über den Versorgungsprozess mittels Feedbackberichten durch die gemeinsame Einrichtung, mindestens einmal jährlich
--	--	----------	---	---

## 2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie

<p><b>2.1. Adäquater Anteil von Patientinnen mit adjuvanter endokriner Therapie bei positivem Hormonrezeptorstatus</b></p>	<p>Anteil der Patientinnen mit adjuvanter endokriner Therapie an allen Patientinnen mit hormonrezeptorpositivem Tumor und invasivem Karzinom</p> <p><u>Zielwerte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nach 5 und mehr Jahren DMP-Laufzeit <math>\geq 80\%</math></li> </ul>	<p>entfällt</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der im Nenner definierten Patientinnen, bei denen in Feld 28 ED bzw. ED pnp oder Feld 13 FD (Endokrine Therapie) „Andauernd“ oder „Regulär abgeschlossen“ angegeben wurde</p> <p><u>Nenner:</u> Alle mit Primärtumor/kontralateralem Brustkrebs eingeschriebenen Patientinnen mit invasivem und hormonrezeptorpositivem Tumor, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Feld 10 ED (Erstmanifestation des Primärtumors) und/oder Feld 11 ED (Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses) = TT.MM.JJJJ und Feld 12 ED (Lokoregionäres Rezidiv) und Feld 13 ED (Fernmetastasen erstmals gesichert) = „keine Angabe“ und</li> <li>- Feld 15 ED bzw. ED pnp (Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen) = „postoperativ“ und</li> <li>- Feld 18 ED bzw. ED pnp (pT) = „1“ oder „2“ oder „3“ oder „4“ und</li> <li>- Feld 23 ED bzw. ED pnp (Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus) = „Positiv“</li> </ul>	<p>1. Information aller LE über den Versorgungsprozess mittels Feedbackberichten durch die gemeinsame Einrichtung, mindestens einmal jährlich</p>
--	--	-----------------	---	---

<p><b>2.2. Adäquater Anteil von Patientinnen mit Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen</b></p>	<p>Anteil der Patientinnen mit Bisphosphonat-Therapie an allen Patientinnen mit Knochenmetastasen</p> <p><u>Zielwert:</u></p> <p>nicht definiert</p>	<p>entfällt</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der im Nenner definierten Patientinnen, bei denen in Feld 34 ED oder Feld 22 FD (Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen) „Ja“ angegeben wurde</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patientinnen mit Angabe „Knochen“ in Feld 32 ED (Lokalisation) oder Feld 17 FD (Manifestation von Fernmetastasen)</p>	<p>1. Information aller LE über den Versorgungsprozess mittels Feedbackberichten durch die gemeinsame Einrichtung, mindestens einmal jährlich</p>
---	--	-----------------	---	---

### 3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen

<b>Optional: 3.1. Behandlung der Versicherten in einem am DMP teilnehmenden Krankenhaus</b>	Anteil der Versicherten, deren Brustoperation in einem am DMP teilnehmenden Krankenhaus durchgeführt wurde  <u>Zielwert:</u> nach 3 und mehr Jahren DMP-Laufzeit >75%	Brustoperation der Versicherten in einem nicht am DMP teilnehmenden Krankenhaus	Auswertung der Krankenhaus-IK der ED bzw. Auswertung der Krankenhausdatenbank der Krankenkasse im Hinblick auf Abrechnung der DRG der Gruppe J00 bis J29	Information durch die Krankenkasse; Information des LE
---	--	---	--	--

### 5. Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation

<b>5.1. Sicherstellung der korrekten Einschreibung</b>	Anteil nicht ausgefüllter Erstdokumentation unter allen Erstdokumentationen  <u>Zielwert:</u> 0%	Wenn der Plausibilitätstest der Felder 10-13 der ED negativ ausfällt	<u>Zähler:</u> Feld 10-13 ED = nicht plausibel  <u>Nenner:</u> Anzahl aller eingegangenen Erstdokumentationen im Berichtszeitraum	LE: Zurücksendung des Dokumentationsbogens mit der Bitte um Korrektur
--	---	--	---	---

<b>optional</b> <b>5.2. Sicherstellung von Vollständigkeit und Qualität der Dokumentation</b>	Anteil der beim ersten Eingang vollständig und korrekt ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen  <u>Zielwert:</u> - nach 3 und mehr Jahren DMP-Laufzeit 95%	Wenn nicht alle erforderlichen Datenfelder der Dokumentation korrekt ausgefüllt sind	<u>Zähler:</u> Anzahl unvollständiger und/oder inkorrekt dokumentierter Dokumentationen  <u>Nenner:</u> Anzahl aller eingegangenen Dokumentationen im Berichtszeitraum	LE: Nachforderung der fehlenden oder inkorrekten Dokumentationsparameter
--	--	--	--	--

**Anlage 9 – Verzeichnis „Teilnehmende Vertragsärzte am DMP Brustkrebs“ gemäß § 8 des Vertrages**

**Verzeichnisse der DMP-verantwortlichen Vertragsärzte**

LANR		BSNR		Vertrags- arzt/ange- stellter Arzt	Onkologische Schwerpunkt -praxen	Facharztbe- zeichnung	Titel	Name des Arztes	Vorname	Straß e	PLZ	Ort	Telefon	Beginn	Ende
LANR ab	LANR bis	BSNR ab	BSNR bis												

## Anlage 9a – Verzeichnis „Teilnehmender Brustzentren am DMP Brustkrebs“ gemäß § 8 des Vertrages (Stand 01.06.2013)

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Brustkrebs zwischen der KVH, den Krankenkassenverbänden in Hamburg und den Brustzentren

### Asklepios Brustzentrum Hamburg

IK-	Brustkrebs-Einrichtung	DMP-Ansprechpartner	Telefon E-Mail	Straße	PLZ	Ort/ Bundes- land	Beginn	Ende	Kooperationspartner
260200035	Asklepios Brustzentrum Hamburg	Frau Dr. Hofele	040-181882-1811 -	Rübenkamp 220	22291	Hamburg	01.04.04		Asklepios Klinik Altona  Gynäkologische Praxisklinik Hamburg Rübenkamp 148 Haus 24 22307 Hamburg  040/63919290

### Kooperationspartner Asklepios Brustzentrum Hamburg

Asklepios Klinik Wandsbek	Gynäkologie und Geburtshilfe [Dr. med. C. Thein]	Plastische-, Ästhetische - und Rekonstruktive Chirurgie [Dr. med. K. Müller]		
Asklepios Klinik St. Georg	Nuklearmedizin [Prof. Dr. med. B. Leisner]	Hermann-Holthusen-Institut für Strahlentherapie [PD Dr. med. M. Busch]	Plastische, Rekonstruktive und Handchirurgie [Dr. med. J. Elsner]	

## Kooperationspartner Asklepios Brustzentrum Hamburg

<b>Pathologie</b>	<b>MVZ Hanse Histologikum GmbH/ Referenzzentrum für Gynäkopathologie und Zytologie</b> [Prof. Dr. med. Th. Löning, PD Dr. Tiemann, Dr. Feyerabend, Prof. Dr. Böcker]	<b>Asklepios Klinik Nord Pathologie und Neuropathologie</b> [Prof. Dr. med. J. Gottschalk]		
<b>Radiologie/ Nuklearmedizin/ Strahlentherapie</b>	<b>Asklepios Klinik Barmbek Röntgeninstitut</b> [Prof. Dr. med. R. Brüning]	<b>Diagnostische und Interventionelle Radiologie/ Praxisgemeinschaft für Nuklearmedizin, PET-CT und molekulare Bildgebung</b> [Prof. Dr. med. Walter Gross-Fengels]	<b>Asklepios Klinik Nord Radiologie/ Neuroradiologie</b> [Dr. med. E. Malzfeldt]	<b>Röntgenpraxis</b> [Dr. med. V. Grützediek, Dr. med. S. Büchtmann]
	<b>Gemeinschaftspraxis für Strahlentherapie Hamburg - St. Georg</b> [Dr. med. D. Carstens, Dr. med. R. Bischoff, Dr. med. O. Gründel, Prof. Dr. med. S. Höcht]	<b>Strahlencentrum Hamburg</b> [PD Dr. med. F. Fehlauer, Prof. Dr. med. M.-H. Seegenschmiedt, Dr. med. Th. Schneider, Dr. med. G. Barzen]	<b>Kreiskrankenhaus Buchholz Strahlentherapie</b> [Dr. med. P. Andreas, Dr. med. U. Imgart]	<b>Röntgenpraxis am Speersort,</b> [Dr. med. R. Rückner]
<b>Ästhetisch-Plastische Chirurgie</b>	<b>Praxisklinik Colonaden</b> [Dr. med. J. Pasel, Dr. med. H. Bargmann]			
<b>Humangenetik</b>	Dr. med. E. Schäfer Fachärztin für Humangenetik			
<b>Onkologie</b>	<b>Tagesklinik Altonaer Strasse</b> [Dr. med. P. Biel, Dr. med. A. Nugent]	<b>Gynäkologische Praxisklinik Harburger Ring</b> [Dr. med. U. Garbe, Dr. med. U. Mattner Dr. med. C. Windscheid, Dr. med. P. Kressin]	<b>Asklepios Klinik Harburg Hämatologie - Onkologie</b> [Dr. med. S. Tiede]	<b>Internistische Gemeinschafts- praxis</b> [Dr. med. K. Reuter, Dr. med. T. Faak Dr. med. G. Wittkowsky]
<b>Selbsthilfe</b>	<b>KISS Hamburg Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen in Hamburg</b>	<b>Frauenseלבsthilfe nach Krebs e.V.</b>	<b>Susan G. KOMEN Deutschland e.V. Verein für die Heilung von Brustkrebs</b>	<b>mamazone Frauen und For- schung gegen Brustkrebs e.V. Regionalgruppe Hamburg</b>

## Brustzentrum des Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg

IK-	Brustkrebs-Einrichtung	DMP-Ansprechpartner	Telefon E-Mail	Straße	PLZ	Ort/ Bundes- land	Beginn	Ende	Kooperationspartner
260200331	Brustzentrum des Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg)	Prof. Dr. med. Lindner  Dr. Graubner	<a href="mailto:christoph.lindner@d-k-h.de">christoph.lindner@d-k-h.de</a> Tel. 790202500 Fax: 790202509	Hohe Weide 17	20259	Hamburg	01.05.11		Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg Hohe Weide 17 20259 Hamburg

## Kooperationspartner des Brustzentrums des Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg

Radiologie	(1) Dr. med. Anke Bittrich Dr. med. Jutta Lübbering-Schmidt Ulrike Rönck Spitaler Str. 8 20095 Hamburg Tel. 429326-0	(2) Dr. Bandick Friedlinde Krueger Dr. Schmitz Ulrich Körner Berliner Allee 40 c 22850 Norderstedt Tel. 528733-0	(3) Dr. Seel Dr. Pennemann Rahlstedter Bahnhofstr. 25 22143 Hamburg Tel. 6693470	(4) Dr. Regenfeldis Schoemaker Eppendorfer Weg 209 20253 Hamburg Tel. 4222419	(5) Ulrike Andersen Dr. Toni Birtel. Dr. Michael Kaiser Dr. Maria Schofer Schäferkampsallee 5-7 20357 Hamburg Tel. 4147700	(6) Dr. med. Matthias Waller Dr. med. Maren Lorenzen Röntgenpraxis Heegbarg Heegbarg 10 22391 Hamburg Tel. 611670-0	(7) Dr. med. Bodo Tornow Eppendorfer Baum 35 20249 Hamburg Tel. 481717	(8) Dr. Rückner/Dr. Rieser Dr. Keulers/Dr. Rohwer Dr. Blohm Speersort 8 20095 Hamburg Tel. 325 55 20
------------	--	---	---	--	---	---	--	--

## Kooperationspartner des Brustzentrums des Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg

<b>Strahlentherapie</b>	(1) Prof.Dr. Alberti Martinistr. 52 20251 Hamburg Tel. 040-42803-6140	(2) Dr. Ronald Bischoff Dr. Detlef Carstens Dr. Olaf Gründel Lohmühlenstr. 5 20099 Hamburg Tel. 1818853120	(3) Hermann-Holthusen-Institut Priv. Doz. Dr. Busch AK St. Georg Lohmühlenstr. 5 20099 Hamburg	(4) Dr. Jörg Dahle Dr. Florian Würschmidt Mörkenstr. 47 22767 Hamburg Tel. 38011130				
<b>Onkologie</b>	(1) Dr. Karl Verpoort Dr. Wolfgang Zeller Ballindamm 3 20095 Hamburg Tel. 324343	(2) Dr. Sigrun Müller-Hagen Dr. Mathias Bertram Pinneberger Str. 25 22457 Hamburg Tel. 59 35 450	(3) Dr. Ingolf von Graefe Speersort 8 20095 Hamburg Tel. 33 55 69	(4) Prof. Dr. Kleeberg & Partner Mörkenstr. 47 22767 Hamburg Tel. 380 212 60				
<b>Pathologie</b>	(1) Prof.Dr. Klaus Hamper Prof.Dr. Axel Nien-dorf Lornsenstr. 4-6 22767 Hamburg Tel. 30628400	(2) Prof.Dr. Th. Löning Dr. Jekel Dr. W. Wilczak Inst.für Gynäko-pathologie UKE Martinistr. 52 20246 Hamburg Tel. 040-42803-2536						

## DMP-Brustzentrum Süd bis 31.12.2012

IK-	Brustkrebs-Einrichtung	DMP-Ansprechpartner	Telefon E-Mail	Straße	PLZ	Ort/ Bundes- land	Beginn	Ende	Kooperationspartner Krankenhaus
Asklepios Klinik Harburg 260200079	<b>DMP- Brustzent- rum Hamburg Süd</b>	Herr Dr. med. Volker Maaßen	040 7662200 <a href="mailto:info@fachklinik-helmsweg.de">info@fachklinik-helmsweg.de</a>	Helmsweg 39	21073	Hamburg	01.04.04	31.12.2013	Asklepios Klinik Harburg Eißendorfer Pferdeweg 52 21075 Hamburg Tel. 79212341
		Herr Dr. med. Frank Lorenzen	040-1818862341 <a href="mailto:f.lorenzen@asklepios.com">f.lorenzen@asklepios.com</a> 040-79006-421	Eißendorfer Pferdeweg 52	21075	Hamburg	01.04.04		
		Frau Angela Bernhard	040-79006421 <a href="mailto:angela.bernhardt@helios-kliniken.de">angela.bernhardt@helios-kliniken.de</a> <a href="mailto:gynaekologie-mariahilf@helios-kliniken.de">gynaekologie-mariahilf@helios-kliniken.de</a>	Stader Str. 203 c	21075	Hamburg	01.04.04		
HELIOS Mariahilf Kli- nik Hamburg 260200386		Herr Dr. Markus Hermsteiner							HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg Stader Str. 203 c 21075 Hamburg Tel. 79006421

## Kooperationspartner DMP-Brustzentrum Süd bis 31.12.2012

Asklepios Klinik Wandsbek	Gynäkologie und Geburtshilfe [Dr. med. C. Thein]	Plastische-, Ästhetische - und Rekonstruktive Chirurgie [Dr. med. K. Müller]		
Asklepios Klinik St. Georg	Nuklearmedizin [Prof. Dr. med. B. Leisner]	Hermann-Holthusen-Institut für Strahlentherapie [PD Dr. med. M. Busch]	Plastische, Rekonstruktive und Handchirurgie [Dr. med. J. Elsner]	
Pathologie	MVZ Hanse Histologikum GmbH/ Referenzzentrum für Gynäkopathologie und Zytologie [Prof. Dr. med. Th. Löning, PD Dr. Tiemann, Dr. Feyerabend, Prof. Dr. Böcker]	Asklepios Klinik Nord Pathologie und Neuropathologie [Prof. Dr. med. J. Gottschalk]		

## Kooperationspartner DMP-Brustzentrum Süd bis 31.12.2012

<b>Radiologie/ Nuklearmedizin/ Strahlentherapie</b>	<b>Asklepios Klinik Barmbek Röntgeninstitut</b> [Prof. Dr. med. R. Brüning]	<b>Diagnostische und Interventionelle Radiologie/ Praxisgemeinschaft für Nuklearmedizin, PET-CT und molekulare Bildgebung</b> [Prof. Dr. med. Walter Gross-Fengels]	<b>Asklepios Klinik Nord Radiologie/ Neuroradiologie</b> [Dr. med. E. Malzfeldt]	<b>Röntgenpraxis</b> [Dr. med. V. Grützediek, Dr. med. S. Büchtmann]
	<b>Gemeinschaftspraxis für Strahlentherapie Hamburg - St. Georg</b> [Dr. med. D. Carstens, Dr. med. R. Bischoff, Dr. med. O. Gründel, Prof. Dr. med. S. Höcht]	<b>Strahlencentrum Hamburg</b> [PD Dr. med. F. Fehlauer, Prof. Dr. med. M.-H. Seegenschmiedt, Dr. med. Th. Schneider, Dr. med. G. Barzen]	<b>Kreiskrankenhaus Buchholz Strahlentherapie</b> [Dr. med. P. Andreas, Dr. med. U. Imgart]	<b>Röntgenpraxis am Speersort,</b> [Dr. med. R. Rückner]
<b>Ästhetisch-Plastische Chirurgie</b>	<b>Praxisklinik Colonaden</b> [Dr. med. J. Pasel, Dr. med. H. Bargmann]			
<b>Humangenetik</b>	Dr. med. E. Schäfer Fachärztin für Humangenetik			
<b>Onkologie</b>	<b>Tagesklinik Altonaer Strasse</b> [Dr. med. P. Biel, Dr. med. A. Nugent]	<b>Gynäkologische Praxisklinik Harburger Ring</b> [Dr. med. U. Garbe, Dr. med. U. Mattner Dr. med. C. Windscheid, Dr. med. P. Kressin]	<b>Asklepios Klinik Harburg Hämatologie - Onkologie</b> [Dr. med. S. Tiede]	<b>Internistische Gemein- schaftspraxis</b> [Dr. med. K. Reuter, Dr. med. T. Faak Dr. med. G. Wittkowsky]
<b>Selbsthilfe</b>	<b>KISS Hamburg Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen in Hamburg</b>	<b>Frauenseלבsthilfe nach Krebs e.V.</b>	<b>Susan G. KOMEN Deutschland e.V. Verein für die Heilung von Brustkrebs</b>	<b>mamazone Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V. Regionalgruppe Ham- burg</b>

## Brustzentrum HELIOS Mariahilf – Hamburg ab **01.01.2013**

IK-	Brustkrebs-Einrichtung	DMP-Ansprechpartner	Telefon E-Mail	Straße	PLZ	Ort/ Bundes- land	Beginn	Ende	Kooperationspartner Krankenhaus
HELIOS Mariahilf Kli- nik Hamburg 260200386	Brustzent- rum HELIOS Mariahilf Hamburg	Frau Angela Bernhard  Herr Dr. Markus Hermsteiner	040-79006421 <a href="mailto:angela.bernhardt@helios-kliniken.de">angela.bernhardt@helios-kliniken.de</a> <a href="mailto:gynaekologie-mariahilf@helios-kliniken.de">gynaekologie-mariahilf@helios-kliniken.de</a>	Stader Str. 203 c	21075	Hamburg	01.04.04		HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg Stader Str. 203 c 21075 Hamburg Tel. 79006421

Die Auflistung der Kooperationspartner wird aktualisiert.

## Hamburger Brust Centrum

IK-	Brustkrebs-Einrichtung	DMP-Ansprechpartner	Telefon E-Mail	Straße	PLZ	Ort/ Bundes- land	Beginn	Ende	Kooperationspartner
Marienkran- kenhaus 260200400	Hamburger Brustzent- rum (HBC)	Prof. Dr. med. Gebauer	<a href="mailto:gebauer.frauen@marienkrankehaus.org">gebauer.frauen@marienkrankehaus.org</a> Tel. 2546 – 1602	Alfredstr. 9	22087	Hamburg	01.04.04	Ab 01.01.2011 ruht Teilnahme	Marien- Krankenhaus Alfredstr. 9 22087 Hamburg Tel. 2546-1602
Albertinen Krankenhaus 260200171		Herr Dr. von Leffern Herr Dr. med. Herwig	Tel. 5588 - 2226	Süntelstr. 11a	22457	Hamburg	01.04.04		Albertinen- Krankenhaus Süntelstr. 11 a 22457 Hamburg Tel. 55882227

## Kooperationspartner Hamburger Brust Centrum

Radiologie	(1) Dr. med. Anke Bittrich Dr. med. Jutta Lübbering- Schmidt Ulrike Rönck Spitaler Str. 8 20095 Hamburg Tel. 429326-0	(2) Dr. Bandick Friedlinde Krueger Dr. Schmitz Ulrich Körner Berliner Allee 40 c 22850 Norderstedt Tel. 528733-0	(3) Dr. Seel Dr. Pennemann Rahlstedter Bahn- hofstr. 25 22143 Hamburg Tel. 6693470	(4) Dr. Regenfleidis Schoemaker Eppendorfer Weg 209 20253 Hamburg Tel. 4222419	(5) Ulrike Andersen Dr. Toni Birtel. Dr. Michael Kaiser Dr. Maria Schofer Schäferkampsallee 5-7 20357 Hamburg Tel. 4147700	(6) Dr. med. Matthias Waller Dr. med. Maren Lorenzen Röntgenpraxis Heegbarg Heegbarg 10 22391 Hamburg Tel. 611670-0	(7) Dr. med. Bodo Tornow Eppendorfer Baum 35 20249 Hamburg Tel. 481717	(8) Dr. Rückner/Dr. Rieser Dr. Keulers/Dr. Rohwer Dr. Blohm Speersort 8 20095 Hamburg Tel. 325 55 20
Strahlentherapie	(1) Prof.Dr. Alberti Martinistr. 52 20251 Hamburg Tel. 040-42803- 6140	(2) Dr. Ronald Bi- schoff Dr. Detlef Carstens Dr. Olaf Gründel Lohmühlenstr. 5 20099 Hamburg Tel. 1818853120	(3) Hermann- Holthusen-Institut Priv. Doz. Dr. Busch AK St. Georg Lohmühlenstr. 5 20099 Hamburg	(4) Dr. Jörg Dahle Dr. Florian Wür- schmidt Mörkenstr. 47 22767 Hamburg Tel. 38011130				

## Kooperationspartner Hamburger Brustzentrum

<b>Onkologie</b>	(1) Dr. Karl Verpoort Dr. Wolfgang Zeller Ballindamm 3 20095 Hamburg Tel. 324343	(2) Dr. Sigrun Müller- Hagen Dr. Mathias Bert- ram Pinneberger Str. 25 22457 Hamburg Tel. 59 35 450	(3) Dr. Ingolf von Graefe Speersort 8 20095 Hamburg Tel. 33 55 69	(4) Prof. Dr. Kleeberg & Partner Mörkenstr. 47 22767 Hamburg Tel. 380 212 60				
<b>Pathologie</b>	(1) Prof.Dr. Klaus Hamper Prof.Dr. Axel Nien- dorf Lornsenstr. 4-6 22767 Hamburg Tel. 30628400	(2) Prof.Dr. Th. Löning Dr. Jekel Dr. W. Wilczak Inst.für Gynäko- pathologie UKE Martinistr. 52 20246 Hamburg Tel. 040-42803- 2536						

## Mammazentrum Hamburg

IK-	Brustkrebs-Einrichtung	DMP-Ansprechpartner	Telefon E-Mail	Straße	PLZ	Ort/ Bundes- land	Beginn	Ende	Kooperationspartner
Krankenhaus Jerusalem 260200375	<b>Mamma- zentrum Hamburg</b>	<p>Prof. Dr. med. Eckhard Goepel</p> <p>Dr. Timm Schlotfeldt</p> <p>Priv. Doz. Dr. med. Kay Friedrichs</p> <p>Prof. Dr. med. Scheidel</p> <p>Prof. Dr. med. M. Carstensen</p>	<p><a href="mailto:goepel@mammazentrum.eu">goepel@mammazentrum.eu</a> 040-44190-554</p> <p><a href="mailto:schlotfeldt@mammazentrum.eu">schlotfeldt@mammazentrum.eu</a></p> <p><a href="mailto:friedrichs@mammazentrum.eu">friedrichs@mammazentrum.eu</a></p> <p><a href="mailto:scheidel@mammazentrum.eu">scheidel@mammazentrum.eu</a></p> <p><a href="mailto:carstensen@mammazentrum.eu">carstensen@mammazentrum.eu</a></p>	Moorkamp 2-6	20257	Hamburg	01.04.04		<p><b>Brustklinik Jerusalem-Krankenhaus Hamburg Moorkamp 2-6 20357 Hamburg</b></p>

## Kooperationspartner Mammazentrum Hamburg

Radiologie	<p>(1) Dr. med. Anke Bittrich Dr. med. Jutta Lübbering-Schmidt Ulrike Rönck Spitaler Str. 8 20095 Hamburg Tel. 429326-0</p>	<p>(2) Dr. med. R. Rückner Speersort 8 20095 Hamburg Tel. 325552-0</p>	<p>(3) Ulrike Andersen Dr. Toni Birtel Dr. Michael Kaiser Dr. Maria Schofer Dr. Dana Schrader PD Dr. Jörn Lorenzen Schäferkampsallee 5-7 20357 Hamburg Tel. 4147700</p>	<p>(4) Dr. Seel Dr. Pennemann Rahlstedter Bahnhofstr. 25 22143 Hamburg Tel. 6693470</p>
------------	---	--	---	---

## Kooperationspartner Mammazentrum Hamburg

Strahlentherapie	(1) Dr. Jörg Dahle Dr. Florian Würschmidt Mörkenstr. 47 22767 Hamburg Tel. 38011130	(2) Dr. Ronald Bischoff Dr. Detlef Carstens Dr. Olaf Gründel Lohmühlenstr. 5 20099 Hamburg Tel. 1818853120	(3) Dr. med. A. Krüll Strahlentherapie Martinistr. 52 20246 Hamburg Tel. 040-42803-5425  )	(4) Strahlenzentrum Hamburg Prof. Dr. Michael Seegenschmidt Langenhorner Chaussee 369 22419 Hamburg (Langenhorn) Tel. 040-24424580
Pathologie	(1) Prof. Dr. Axel Niendorf Dr. Sylvia Brockmöller Dr. Annegret Debus Dr. Schulz-Bischof Dr. Rebolledo Godoy Prof. Kastendieck Dr. Bollweg Lornsenstr. 4-6 22767 Hamburg Tel. 30628400			
Onkologie	1) Dr. med. Engel Prof. Dr. med. Kleeberg Mörkenstr. 47-79 22767 Hamburg Tel. 380212-60	(2) Prof. Dr. med. Susanna Hegewisch-Becker Eppendorfer Landstr. 42 20249 Hamburg Tel. 4602001	(3) Dr. med. Verpoort Dr. med. Zeller Ballindamm 3 20095 Hamburg Tel. 35717770  (4) Dr. Wierecky Speersort 8 20095 Hamburg Tel. 335560 (Onkologie)	(5) Dr. Ingolf von Graefe Speersort 8 200095 Hamburg Tel. 335569

## Brustzentrum am UKE

IK-	Brustkrebs-Einrichtung	DMP-Ansprechpartner	Telefon E-Mail	Straße	PLZ	Ort/ Bundes- land	Beginn	Ende	Kooperationspartner
UKE 260200013	<b>Brustzent- rum am UKE</b>	Frau Dr. med. Ursula Scholz  Herr Prof. Dr. F. Jänicke	040 7410 - 52510 <a href="mailto:Frauenklinik@uke.uni-hamburg.de">Frauenklinik@uke.uni-hamburg.de</a>	Martinistr. 52	20246	Hamburg	01.04.04		<b>Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) Martinistr. 52 20246 Hamburg</b>

## Kooperationspartner Brustzentrum am UKE

<b>Radiologie/Strahlentherapie</b>	(1) Dr. Seel Dr. Pennemann Rahlstedter Bahnhofstr. 25 22143 Hamburg Tel. 6693470  (Radiologie)	(2) Dr. med. A. Krüll Strahlentherapie Martinistr. 52 20246 Hamburg Tel. 040-42803-5425  (Strahlentherapie)
------------------------------------	---	--

# (Fax-)Anforderungsformular

## Strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) für Brustkrebs

---

### Name der Krankenkasse

*(Bitte verwenden Sie ausschließlich die Ihnen zur Verfügung gestellten Faxnummern)*

#### ERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN:

Ja, ich bin damit einverstanden, dass Sie mir Informationsmaterial zum Thema Brustkrebs zusenden.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

KV-Nr.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Patientin

---

Unterschrift / Stempel Arzt / Krankenhaus

**Teilnehmende BKKn**

**Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Brustkrebs für die Region Hamburg**

**Stand: 29.05.2012**

Haupt-IK	Kassenname	Straße	PLZ	Ort	
103121013	atlas BKK ahlmann	Am Kaffee-Quartier 3	28217	Bremen	
108534160	Audi BKK	Ettinger Str. 70	85057	Ingolstadt	
109938503	Bahn-BKK	Franklinstr. 54	60486	Frankfurt am Main	
103725342	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Gütersloh	
102122660	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen	
108591499	BKK A.T.U.	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen	
103525909	BKK Achenbach-Buschhütten	Siegener Str. 152	57223	Kreuztal	
108029306	BKK advita	Mainzer Straße 5	55232	Alzey	
104127692	BKK Alp plus	Zweifallerstr. 130	52224	Stolberg	
101532301	BKK Beiersdorf AG	Unnastr. 20	20253	Hamburg	
103524101	BKK BJB	Werler Str. 1	59755	Arnsberg	
105330157	BKK Braun Gillette	Westerbachstr. 23A	61476	Kronberg	
105530422	BKK B. Braun Melsungen AG	Grüne Str. 1	34212	Melsungen	
104424794	BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	Friedrich-Wilhelm-Str. 82-84	47051	Duisburg	
103525567	BKK der SIEMAG	Wiesenstr. 30	57271	Hilchenbach	
105928809	BKK der Thüringer Energieversorgung	Schwerborner Str. 33	99086	Erfurt	
104224634	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 47	40212	Düsseldorf	
103724294	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld	
103724249	BKK DürkoppAdler	Potsdamer Str. 190	33719	Bielefeld	
109139915	BKK ESSANELLE	Wiesenstr. 70B	40459	Düsseldorf	
104125509	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Str. 62	52525	Heinsberg	
102429648	BKK EWE	Staulinie 16-17	26122	Oldenburg	
102122557	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte	
103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler Str. 11	28237	Bremen	
103724272	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstr. 49	33649	Bielefeld	
105530364	BKK HENSCHEL Plus	Josef-Fischer-Str. 10	34127	Kassel	
103725547	BKK Herford Minden Ravensberg	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford	
105530331	BKK Herkules	Fünffensterstr. 5	34117	Kassel	
103524522	BKK Hoesch	Kirchderner Str. 47-49	44145	Dortmund	
105830539	BKK IHV	Äppelallee 27	65203	Wiesbaden	
108633433	BKK Kassana	Karolinenplatz 2	80333	München	
108934142	BKK KRONES	Bayerwaldstr. 2 L	93073	Neutraubling	
105830517	BKK Linde	Abraham-Lincoln-Str. 18	65189	Wiesbaden	
103726081	BKK Melitta Plus	Marienstr. 122	32425	Minden	
105230076	BKK Merck	Frankfurter Str. 133	64293	Darmstadt	
103725364	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Gütersloh	
101520087	BKK MOBIL OIL	Burggrafstr. 1	29221	Celle	
106431652	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen	
101520181	BKK PHOENIX	Harburger Ring 10	21073	Hamburg	
105723301	BKK PricewaterhouseCoopers	Rotenburger Str. 15	34212	Melsungen	
101931440	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter	
102131240	BKK RWE	Welfenallee 32	29225	Celle	
101922757	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter	
108030775	BKK VBU	Lindenstr. 67	10969	Berlin	
103526615	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte	
109939003	BKK VerbundPlus	Bismarckring 64	88400	Biberach	
103523440	BKK VICTORIA - D.A.S.	Fischerstr. 8	40477	Düsseldorf	
104526376	BKK vor Ort	Universitätsstr. 47	44789	Bochum	
105734543	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstr. 19	34212	Melsungen	ab sofort
105530126	BKK Werra-Meissner	Straßburger Str. 5	37269	Eschwege	
108036577	BKK Würth	Gartenstr. 11	74653	Künzelsau	
107829563	BKK ZF & Partner	Am Wöllershof 12	56068	Koblenz	
109034270	BMW BKK	Mengkofener Str. 6	84130	Dingolfing	
102122557	Bosch BKK	Kruppstr. 19	70469	Stuttgart	
103523440	Continentale BKK	Röntgenstraße 24-26	22335	Hamburg	
108030775	Daimler BKK		28178	Bremen	
106329225	Debeka BKK	Ferdinand-Sauerbruch-Str. 18	56073	Koblenz	
109939003	Deutsche BKK	Willy-Brandt-Platz 8	38439	Wolfsburg	
104926702	Die Bergische BKK	Heresbachstr. 29	42719	Solingen	
102129930	Energie BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover	
105732324	Ernst & Young BKK	Rotenburger Str. 16	34212	Melsungen	
101520329	ESSO BKK	Osterbekstraße 90a	22083	Hamburg	
103724238	Heimat Krankenkasse	Herforder Str. 23	33602	Bielefeld	
108428980	HypoVereinsbank BKK	Arnulfstr. 27	80335	München	
108035612	mhplus BKK	Franckstr. 8	71636	Ludwigsburg	

104491707	Novitas BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg	
106492393	pronova BKK	Brunckstr. 47	67063	Ludwigshafen	
105823040	R+V BKK	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden	
104124029	SAINT-GOBAIN BKK	Bismarckstr. 149	52066	Aachen	
105330168	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg	
108433248	SBK	Heimeranstr. 31-33	80339	München	
107536262	Schwenninger BKK		78044	Villingen-Schwenningen	
101320032	SECURVITA BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg	
101520147	Shell BKK/LIFE	Suhrenkamp 59	22335	Hamburg	
108833505	SKD BKK	Schultesstr. 19 A	97421	Schweinfurt	
102137985	TUI BKK	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover	
104926494	Vaillant BKK	Bahnhofstr. 15	42879	Remscheid	
105330191	Vereinigte BKK	Westendstr. 21	60325	Frankfurt	
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen	