

**Vertrag  
zur Durchführung des**

**strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V**

**Brustkrebs  
zwischen**

**der AOK Mecklenburg-Vorpommern – Die Gesundheitskasse.,  
auch handelnd für die Seekasse,  
dem BKK-Landesverband NORD,  
der Knappschaft – Verwaltungsstelle Hannover,  
dem IKK-Landesverband Nord  
(mit Wirkung für die Innungskrankenkasse Mecklenburg-Vorpommern),  
Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland  
(handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung),  
dem Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V. (VdAK),  
dem Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V. (AEV),  
- vertreten durch die VdAK/AEV Landesvertretung M-V -  
(handelnd für seine Mitglieds-kassen)  
(im folgenden Krankenkassen/-verbände genannt)**

**und**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern  
(im folgenden KV MV genannt)**

**auf der Grundlage des § 83 SGB V**

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Präambel**

#### **Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich**

- § 1 Ziele des Vertrages
- § 2 Grundlage und Geltungsbereich

#### **Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer**

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungssektors
- § 5 Teilnahmeverfahren der Leistungserbringer
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen der Leistungserbringer
- § 7 Beginn und Ende der Teilnahme der Leistungserbringer
- § 8 Leistungserbringerverzeichnisse

#### **Abschnitt III - Versorgungsinhalte**

- § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs

#### **Abschnitt IV - Qualitätssicherung**

- § 10 Grundlage und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12 Nichteinhaltung bzw. Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen

#### **Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

- § 13 Teilnahmevoraussetzungen
- § 14 Information und Einschreibung
- § 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten
- § 16 Beginn und Ende der Teilnahme der Versicherten
- § 17 Wechsel des DMP-verantwortlichen Krankenhaus- bzw. Vertragsarztes
- § 18 Versichertenverzeichnis

#### **Abschnitt VI - Schulungen und Information**

- § 19 Leistungserbringer
- § 20 Versicherte

## **Abschnitt VII - Übermittlung der Dokumentation an die beauftragte Datenstelle und deren Aufgaben**

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

## **Abschnitt VIII - Datenfluss zu den Krankenkassen, der KV MV und der Gemeinsamen Einrichtung**

- § 26 Datenfluss zu den Krankenkassen, der KV MV und der Gemeinsamen Einrichtung
- § 27 Datenzugang
- § 28 Datenaufbewahrung und -löschung

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

- § 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft
- § 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung
- § 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

## **Abschnitt X – Evaluation**

- § 33 Evaluation

## **Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung**

- § 34 Vertragsärztliche Leistungen
- § 35 Sondervergütung
- § 36 Aufteilung der Kosten

## **Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen**

- § 37 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 38 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 39 Laufzeit und Kündigung
- § 40 Schriftform
- § 41 Salvatorische Klausel

## **Begriffsdefinition**

„§§“ Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i.S.d. § 29.

„BVA“ ist das Bundesversicherungsamt.

„Datenstelle“ ist eine solche i.S.d. § 21.

„DMP“ ist das Disease-Management-Programm.

„DMP-verantwortlicher Krankenhausarzt“ ist jener, welcher die DMP-Aufgaben im stationären Versorgungssektor wahrnimmt.

„DMP-verantwortlicher Vertragsarzt“ ist jener, welcher die DMP-Aufgaben im ambulanten Versorgungssektor wahrnimmt.

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i.S.d. § 31.

„Prädestinierte stationäre Einrichtungen“ sind stationäre Einrichtungen, welche die Strukturqualität nach Anlage 1 erfüllen.

„RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der jeweils geltenden Fassung.

„Stationäre Einrichtungen“ sind Krankenhäuser bzw. kooperierende Krankenhäuser.

„Versicherte“ können ausschließlich weibliche Versicherte sein.

„Vertragsärzte“ sind Vertragsärzte und Vertragsärztinnen.

## Präambel

Die Vertragspartner vereinbaren aufgrund der Anpassungen an die 12. und 13. RSA-Änderungsverordnung folgende Neufassung der bisherigen Regelungen aus dem Vertrag vom 25.10.2004 unter Einbeziehung der Protokollnotizen vom 25.10.2004 sowie vom 30.05.2005:

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme genannt) nach § 137 f SGB V, die auf der Risikostrukturausgleichsverordnung (im Folgenden RSAV genannt) in der jeweils geltenden Fassung beruhen, optimiert werden.

Bundesweit erkranken jährlich etwa 46.000 Frauen neu an Brustkrebs. Diese Krebserkrankung ist der häufigste bösartige Tumor bei Frauen in den industrialisierten Ländern. Die mit dem Krankheitsbild verbundenen gesundheitlichen Auswirkungen führen zu einer erheblichen Reduzierung der Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung der Betroffenen. Die Überlebensrate liegt nach 10 Jahren knapp über 50 %.

Mit der Implementierung eines DMP soll eine sektorenübergreifende, auf evidenzbasierten medizinischen Inhalten beruhende, strukturierte Versorgung der an Brustkrebs erkrankten Patientinnen über die verschiedenen Krankheitsstadien hinweg, erreicht werden. Die Ausrichtung der Versorgungsangebote soll an den Bedürfnissen der betroffenen Frauen und deren Familienangehörigen orientiert sein.

Durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Betreuung der Patientinnen sowie eine individuelle Therapie kann die Lebensqualität deutlich erhöht werden. Den an Brustkrebs erkrankten Patientinnen wird besonders durch individuelle Beratung und Informationen die Möglichkeit gegeben, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.

Der Vertrag gewährleistet eine qualitätsorientierte Begleitung der Patientinnen durch die am DMP teilnehmenden Krankenhäuser und Vertragsärzte. Dabei wird eine sektorübergreifende Versorgung in stationären Einrichtungen sowie im ambulanten Bereich sichergestellt. Krankheits- und Behandlungsverlauf werden von den teilnehmenden stationären Einrichtungen und Vertragsärzten in definierten Abständen dokumentiert, um die Versorgungsqualität sicherzustellen. Dabei unterstützen die Krankenkassen die aktive Teilnahme der Versicherten am DMP Brustkrebs.

Der DMP-verantwortliche Krankenhausarzt spielt während der Primärtherapie eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses Disease-Management-Programms unbeschadet der darüber hinausgehenden Koordinierungsfunktion des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarztes.

## **Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich**

### **§ 1**

#### **Ziele des Vertrages**

Ziel des Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Brustkrebs, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen, um die Versorgung der Patientinnen zu optimieren. Die beteiligten Krankenhäuser, die Vertragsärzte und die Krankenkassen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten hin.

Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV festgelegt. Entsprechend der Aussagen der Anlage 3 der RSAV sollen durch die Vertragspartner die folgenden Ziele erreicht werden:

1. die Patientinnen, bezogen auf ihren Krankheitsfall und unter angemessener Berücksichtigung ihres Lebensumfeldes, während des Behandlungsprozesses zu begleiten und sie durch gezielte, patientinnenorientierte, qualitativ gesicherte Informationen aufzuklären. Die Informationen sollen die Patientinnen in die Lage versetzen, selbst stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken,
2. Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen,
3. Verbesserung des operativen Standards insbesondere im Hinblick auf eine nachhaltige Senkung der Anzahl der Brustamputationen,
4. Verbesserung der Standards der adjuvanten Therapie durch Anwendung der in § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte,
5. Hilfestellung durch ein strukturiertes Begleitungs- und Beratungsangebot im psychosozialen Bereich, um Auswirkungen und Folgezustände im Zusammenhang mit der Krebserkrankung zu lindern, damit Patientinnen die individuell empfundene Gefährdung ihrer Gesundheit besser verarbeiten können,
6. eine umfassende Nachsorge, insbesondere im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation, unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der erkrankten Versicherten.

### **§ 2**

#### **Grundlage und Geltungsbereich**

- (1) Grundlage dieses Vertrages ist die RSAV in der jeweils geltenden Fassung der Verordnung zur Änderung der RSAV. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, sind die Anlagen 3, 4a und 4b der RSAV. Sollten aufgrund von Änderungsverordnungen der RSAV oder aufgrund von Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Abs. 1 SGB V inhaltlich Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen. Näheres regelt hierzu § 39.

- (2) Dieser Vertrag gilt für
1. Vertragsärzte in der Region der KV MV, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben,
  2.
    - a) die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben oder
    - b) die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch eine am Vertrag teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KGMV und die KV MV darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären gegenüber der KGMV und der KV MV, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 35 anerkennen. Die KGMV informiert die teilnehmenden Krankenhäuser. Die KV MV informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (3) Dieser Vertrag gilt für die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK LV NORD ihren Beitritt erklärt haben.
- (4) Dieser Vertrag gilt auch für Innungskrankenkassen außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns, die ihren Beitritt gegenüber der KV MV und der IKK Mecklenburg-Vorpommern erklären und die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 35 anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche Regelungen oder gesetzliche Vorschriften gelten. Die KV MV informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (5) Die Vergütungen im Falle des Absatzes 2 Nr. 2b erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

## **Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer**

### **§ 3**

#### **Teilnahmevoraussetzungen des stationären Versorgungssektors**

- (1) Die Teilnahme der Krankenhäuser (im folgenden „stationäre Einrichtung“ genannt) an am DMP Brustkrebs ist freiwillig.
- (2) Die Teilnahme der stationären Einrichtungen am DMP Brustkrebs wird in einen Ergänzungsvertrag zu diesem Vertrag, der durch die Vertragspartner mit der KGMV geschlossen wird, geregelt. Dem Ergänzungsvertrag können stationäre Einrichtungen beitreten und somit am DMP Brustkrebs teilnehmen.
- (3) Teilnahmeberechtigt sind stationäre Einrichtungen, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage 1 bzw. 2 erfüllen.
- (4) Stationäre Einrichtungen, welche die Anforderung an die Strukturqualität nach Anlage 1 erfüllen, werden als „prädestinierte stationäre Einrichtung“ bezeichnet. Stationäre Einrichtungen, die im Rahmen eines Kooperationsvertrages (siehe Mustervertrag Anlage 7) an

diesem Vertrag teilnehmen und nach dessen Abschluss nicht die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1, jedoch die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 erfüllen, werden als „kooperierende stationäre Einrichtungen“ bezeichnet.

#### **§ 4**

##### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungssektors**

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte und ermächtigten Ärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte:

- Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und inter-nistische Onkologie,
- „onkologisch verantwortliche Ärzte“ im Sinne der Onkologie-Vereinbarung der Kran-kenkassen,

soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 3 erfüllen.

- (3) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 verantwortlichen Vertragsärzte und ermächtigten Ärz-te (beide im folgenden DMP-verantwortlicher Vertragsarzt genannt) gehören insbesonde-re:
  1. die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
  2. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer nach dem SGB V, unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
  3. die Durchführung von intensivierten Patientinnengesprächen nach Abschnitt III,
  4. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der vollständigen und plausiblen Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII dieses Vertrages,
  5. nach erfolgter Einschreibung der Hinweis an die Versicherte auf das Anforderungs-formular der an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen gemäß Anlage 18 zur Anforderung von weiteren Informationen zum Thema „Brustkrebs“ und Weiterleitung dieses Formulars an die jeweilige Krankenkasse,
  6. die vollständige und plausible Dokumentation entsprechend der Anlage 4a/4b der RSAV; soweit diese nicht ausreichend ausgefüllt weitergeleitet wurde, die nachträgliche Ergänzung fehlender Parameter,
  7. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall er-forderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

8. die stationäre Einweisung unter Berücksichtigung der individuellen Patientinneninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur an stationäre Einrichtungen, die im Rahmen von § 3 dieses Vertrages am DMP Brustkrebs teilnehmen,
9. die Überweisung per Auftragsleistung an andere, auch nicht an diesem Vertrag teilnehmende, Vertragsärzte/ -(psychologische)- Psychotherapeuten entsprechend der Anlage 4 zur weiterführenden Diagnostik und Therapie,
10. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
  - therapierelevante Informationen entsprechend § 9 zu übermitteln,
  - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern.

## **§ 5**

### **Teilnahmeverfahren der Leistungserbringer**

Der Vertragsarzt erklärt sich schriftlich gegenüber der KV MV auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 8 bereit, am DMP Brustkrebs teilzunehmen. Er genehmigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung den von der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 29 ohne Vollmacht in Vertretung für ihn mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 29 dieses Vertrages und die Krankenkasse im Rahmen des Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der Arzt die Arbeitsgemeinschaft nach § 29, in seinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Er wird dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt des Vertrags zu informieren.

## **§ 6**

### **Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen der Leistungserbringer**

Die KV MV prüft die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen des antragstellenden Vertragsarztes entsprechend der Strukturqualität gemäß Anlage 3 und entscheidet über die Teilnahme des Vertragsarztes. Die Entscheidung ist dem Arzt schriftlich mitzuteilen.

## **§ 7**

### **Beginn und Ende der Teilnahme von Leistungserbringern**

Für teilnehmende DMP-verantwortliche Vertragsärzte gilt Folgendes:

1. Die Teilnahme des Vertragsarztes am DMP Brustkrebs beginnt mit dem Tag der Erteilung der schriftlichen Genehmigung durch die KV MV.
2. Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KV MV zum Ende des Quartals kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.

3. Endet die Teilnahme eines DMP-verantwortlichen Vertragsarztes am DMP Brustkrebs, können die Krankenkassen den hiervon betroffenen Versicherten das Vertragsärzterverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen.
4. Die Teilnahme am DMP Brustkrebs endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. das Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KV MV.
5. Die Teilnahme des Vertragsarztes endet bei Wegfall der Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage 3.
6. Die Teilnahme eines Vertragsarztes am DMP Brustkrebs kann bei Verstoß gegen die vertraglichen Pflichten entsprechend § 12 durch die KV MV beendet werden.
7. Die KV MV informiert die Krankenkassen/-verbände und die KGMV über den Beginn bzw. das Ende der Teilnahme eines Vertragsarztes am DMP Brustkrebs.

## **§ 8**

### **Leistungserbringerverzeichnisse**

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen stationären Einrichtungen gemäß § 3 führen die Krankenkassen/-verbände ein Verzeichnis. Die Krankenkassen/-verbände stellen dieses Verzeichnis der KV MV und der beauftragten Datenstelle nach § 21 mit jeder Änderung insbesondere zu Eintritt und Austritt oder einer Änderung des Institutionskennzeichens in elektronischer Form entsprechend der Anlage 9 Verzeichnis „Teilnehmende stationäre Einrichtungen am DMP Brustkrebs“ unverzüglich zur Verfügung.
- (2) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen DMP-verantwortlichen Vertragsärzte gemäß § 4 führt die KV MV ein Verzeichnis. Die KV MV stellt dieses Verzeichnis den Krankenkassen/-verbänden, der KGMV, den beteiligten DMP-verantwortlichen Vertragsärzten gemäß § 4 und der beauftragten Datenstelle nach § 21 mit jeder Änderung insbesondere zu Eintritt und Austritt der Ärzte oder einer Änderung der Arztnummer in elektronischer Form entsprechend der Anlage 10 Verzeichnis „Teilnehmende Vertragsärzte am DMP Brustkrebs“ unverzüglich zur Verfügung.
- (3) Die Verzeichnisse über stationäre Einrichtungen und teilnehmende DMP-verantwortliche Vertragsärzte stellen die Krankenkassen/-verbände dem BVA nach erfolgter Akkreditierung auf Anforderung zur Verfügung.
- (4) Weiterhin werden die Verzeichnisse über teilnehmende stationäre Einrichtungen und teilnehmende DMP-verantwortliche Vertragsärzte folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
  1. den am DMP Brustkrebs teilnehmenden stationären Einrichtungen,
  2. den am DMP Brustkrebs teilnehmenden DMP-verantwortlichen Vertragsärzten und
  3. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung.
- (5) Die Leistungserbringerverzeichnisse können zudem veröffentlicht werden.

## **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

### **§ 9**

#### **Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs**

- (1) Die Medizinischen Anforderungen nach Absatz 2, die die Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die Medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 11 „Versorgungsinhalte“ definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen der Anlage 3 der RSAV. Die teilnehmenden stationären Einrichtungen bzw. DMP-verantwortlichen Vertragsärzte verpflichten sich insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten.
- (3) Die Aufklärung der Patientin im Sinne der Anlage 3 der RSAV durch den DMP-verantwortlichen Krankenhausarzt bzw. DMP-verantwortlichen Vertragsarzt erfolgt über intensivierete Patientinnengespräche und zielgerichtete Patientinneninformationen. Als Grundlage dienen die nachstehend beschriebenen Informationsbausteine. Die Informationsbausteine umfassen schwerpunktmäßig folgende Bereiche:
  - a) Informationen über qualitätsgesicherte Behandlungsmaßnahmen und einzelfallbezogen in Betracht kommende Behandlungsalternativen,
  - b) Informationen über die am Vertrag teilnehmenden stationären Einrichtungen bzw. kooperierenden stationären Einrichtungen, die die Therapie durchführen können. Die Qualitätsmerkmale sowie Kooperationsregeln müssen der Patientin transparent gemacht werden,
  - c) Informationen über das für die Patientin individuell sinnvolle Nachsorgekonzept inklusive geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen, Selbsthilfegruppen, psychosozialer Angebote.
- (4) Die jeweiligen Inhalte der durchzuführenden Gespräche ergeben sich aus der Anlage 16.

## **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

### **§ 10**

#### **Grundlage und Ziele**

Als Grundlage der Qualitätssicherung sind in Anlage 12 „Qualitätssicherung“ relevante Ziele, die durch die Qualitätssicherung angestrebt werden, vereinbart. Hierzu gehören insbesondere die Bereiche:

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (einschließlich Therapieempfehlungen),

2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer 1.8 der Anlage 11 „Versorgungsinhalte“
4. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität nach den Anlagen 1 bis 3,
5. Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß Ziffer 2 der Anlage 11 „Versorgungsinhalte“ und
6. die aktive Teilnahme der Versicherten.

## § 11

### Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von Ziffer 2 der Anlage 3 RSAV sind im Rahmen dieses DMP Brustkrebs Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 12 „Qualitätssicherung“ zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:
  1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
  2. strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die teilnehmenden stationären Einrichtungen und DMP-verantwortlichen Vertragsärzte nach §§ 3 und 4 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
  3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
  4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Im Hinblick auf die Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten entsprechend Anlage 12 „Qualitätssicherung“ durch die Krankenkassen werden die Krankenkassen Informationen versenden, wenn von der Versicherten notwendige Termine nicht wahrgenommen worden sind.  
  
Vor der aktiven Kontaktaufnahme seitens der Krankenkasse zur Versicherten erfolgt eine Rücksprache mit dem DMP-verantwortlichen Vertragsarzt, ob eine Kontaktaufnahme aufgrund des Gesundheitszustandes der Patientin für unbedenklich gehalten wird.
- (4) Die Krankenkassen führen aufgrund der besonderen psychischen Belastung der an Brustkrebs erkrankten Versicherten keine individuelle Beratung der eingeschriebenen Versicherten auf der Grundlage der versichertenbezogenen Datensätze der Anlage 4 b der RSAV durch. Sollte eine individuelle Beratung auf Wunsch der Versicherten erfolgen,

wird der DMP-verantwortlichen Krankenhausarzt bzw. der DMP-verantwortliche Vertragsarzt hierüber informiert, wenn die Versicherte dem zustimmt.

- (5) Zur Auswertung werden die in Anlage 12 „Qualitätssicherung“ fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen, den Leistungsdaten der Krankenkassen sowie den Abrechnungsdaten der KV MV ergeben.
- (6) Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in geeigneter Weise (z.B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, in der Fachpresse) regelmäßig, mindestens einmal jährlich, öffentlich dargelegt.

## **§ 12**

### **Wegfall bzw. Nichteinhaltung der Teilnahmevoraussetzungen**

Verletzen die nach § 4 teilnehmenden DMP-verantwortlichen Vertragsärzte die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, erfolgen im Einzelfall die nachstehenden Maßnahmen:

1. Keine Vergütung von Dokumentationen erfolgt, sofern trotz eingeleiteten Korrekturvorgangs durch die Datenstelle gemäß § 21 unvollständige, unplausible bzw. verspätete Dokumentationen vorliegen. Ggf. erfolgt eine nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen. Hierzu bedarf es einer schriftlichen Mitteilung an den jeweiligen DMP-verantwortlichen Vertragsarzt.
2. Aufforderung durch die KV MV zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen.
3. Bei weiteren, nachgewiesenen Verletzungen der sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, auf begründeten Antrag der Krankenkassen/-verbände, Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KV MV.

## **Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

### **§ 13**

#### **Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:

- 
- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt entsprechend Ziffer 32 der Anlage 3 zur RSAV,
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten
- die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer

Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkassen übermittelt werden und von diesen im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass 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 Möglichkeit der Beendigung der Teilnahme am Programm wegen fehlender Mitwirkung der Versicherten.

- (2) Patientinnen mit bereits gesichertem histologischen Nachweis eines Brustkrebs aus einem zurückliegenden Zeitraum von max. 5 Jahren nach Abschluss der Primärtherapie können auch an der Versorgung gemäß dieses Vertrages teilnehmen.
- (3) Tritt ein lokoregionäres Rezidiv / kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere fünfzehn Monate 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.
- (4) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.

## **§ 14**

### **Information und Einschreibung**

- (1) DMP-verantwortliche Vertragsärzte, die gemäß §§ 3 und 4 dieses Vertrages teilnehmen, informieren entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV ihre teilnahmeberechtigten Patientinnen. Diese Versicherten können die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei dem DMP-verantwortlichen Vertragsarzt unterschreiben. Die Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.

Zur Anforderung von zusätzlichem Informationsmaterial unterzeichnet die Versicherte bei Bedarf das Anforderungsformular gemäß Anlage 18 „Anforderungsformular Informationen“. Der DMP-verantwortliche Vertragsarzt leitet dieses unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse weiter.

- (2) Die am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte ihre Versicherten entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Anlage 13 „Patientenmerkblatt“ sowie durch eine Liste der beteiligten Leistungserbringer umfassend über das Behandlungsprogramm informieren.
- (3) Für die Einschreibung der Versicherten in das DMP Brustkrebs müssen den teilnehmenden Krankenkassen neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 dieses Vertrages folgende Unterlagen vorliegen:
  1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den behandelnden DMP-verantwortlichen Vertragsarzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15,
  2. die vollständigen und plausiblen Daten der Einschreibekriterien (Zeile 1 – 13 der Erstdokumentation der Anlage 17 „Dokumentationsbogen 4a/ b“ mit Versicherten- und Leistungserbringerbezug) durch den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt,

3. die vollständigen und plausiblen Daten der Erstdokumentation (Zeile 14 ff. der Erstdokumentation der Anlage 17 „Dokumentationsbogen 4a/ b“ mit Versicherungsbezug) durch den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP Brustkrebs wählt die Versicherte auch ihren DMP-verantwortlichen Vertragsarzt. Die Einschreibung wird wirksam, wenn der gewählte Arzt nach § 3 oder nach § 4 an dem Vertrag teilnimmt und die Einschreibeunterlagen an die Datenstelle entsprechend § 23 weiterleitet. Die Krankenkasse stellt sicher, dass die Versicherte nur durch einen DMP-verantwortlichen Arzt betreut wird.
- (5) Die Versicherte kann sich auch bei ihrer Krankenkasse für das DMP Brustkrebs anmelden. In diesem Fall wird die Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an einen von ihr gewählten DMP-verantwortlichen Vertragsarzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 geliefert werden.
- (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 DMP Brustkrebs unter Angabe des Eintrittsdatums. Die Versicherte erhält zudem unverzüglich eine Krankenversicherungskarte mit DMP-Kennzeichnung und wird aufgefordert, ihre alte Krankenversicherungskarte unverzüglich der Krankenkasse zur Verfügung zu stellen.
- (7) Wenn die Versicherte an mehreren der in der RSAV genannten Erkrankungen leidet, kann sie an verschiedenen Disease-Management-Programmen teilnehmen.

## **§ 15**

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten**

Nach umfassender Information über das DMP Brustkrebs entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung (vgl. Anlage 14 „Datenschutzinformation“) erklärt sich die Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 15 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ zur Teilnahme an dem DMP Brustkrebs und zur Freigabe der erforderlichen Daten bereit.

## **§ 16**

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

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am DMP Brustkrebs beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 6 dieses Vertrages mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Absatz 3 erstellt wurde.
- (2) Die Teilnahme endet nach fünf Jahren Rezidivfreiheit nach Primärtherapie (5,5 Jahre Rezidivfreiheit nach histologischer Sicherung der Diagnose Brustkrebs).
- (3) Die Versicherte kann ihre Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern sie keinen späteren Termin für ihr Ausscheiden bestimmt, mit Zugang des Kündigungsschreibens aus dem DMP Brustkrebs bei der Krankenkasse aus.

- (4) Die Krankenkasse beendet die Teilnahme der Versicherten bei Vorliegen einer der in § 28 d Abs. 2 Nr. 2 RSAV genannten Tatbestände mit Wirkung zu dem Datum der letzten Dokumentation.
- (5) Die Krankenkasse informiert die Versicherte und den DMP-verantwortlichen Krankenhausarzt bzw. DMP-verantwortlichen Vertragsarzt unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden der Versicherten aus dem DMP Brustkrebs. Die Versicherte erhält zudem unverzüglich eine Krankenversicherungskarte ohne DMP-Kennzeichnung und wird aufgefordert, ihre alte Krankenversicherungskarte unverzüglich der Krankenkasse zur Verfügung zu stellen.
- (6) Die Teilnahme der Versicherten endet mit dem Tag, an dem die Zulassung des Programms nach § 28 g Abs. 5 RSAV endet.

## **§ 17**

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

Es steht der Versicherten frei, ihren DMP-verantwortlichen Vertragsarzt nach § 4 zu wechseln. Hierfür unterschreibt die Versicherte bei ihrem neuen DMP-verantwortlichen Vertragsarzt erneut die Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 15 und kreuzt „Arzt-Wechsel“ an. Der neu gewählte DMP-verantwortliche Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese zusammen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung entsprechend § 23 an die Datenstelle nach § 21. Nach Eingang der vollständigen Unterlagen bei der zuständigen Krankenkasse wird auch der DMP-verantwortliche Vertragsarzt über den Wechsel von der Krankenkasse informiert. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines DMP-verantwortlichen Vertragsarztes. Die DMP-verantwortlichen Vertragsärzte verpflichten sich, bei einem Arztwechsel der Versicherten dem neuen DMP-verantwortlichen Vertragsarzt eine Kopie der Behandlungsunterlagen und der Dokumentationsbögen auszuhandigen. Dazu ist das Einholen des Einverständnisses der Patientin durch den neuen DMP-verantwortlichen Arzt notwendig.

## **§ 18**

### **Versichertenverzeichnis**

Die Krankenkassen übermitteln der KV MV bei Bedarf eine Liste mit den Krankenversicherten-Nummern für die gemäß § 14 dieses Vertrages eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

## **Abschnitt VI – Schulungen und Informationen**

## **§ 19**

### **Leistungserbringer**

- (1) Die Krankenkassen/-verbände und die KV MV informieren die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gemäß § 4 dieses Vertrages umfassend über Ziele und Inhalte des DMP Brustkrebs. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen dargestellt. Die DMP-verantwortlichen Vertragsärzte bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen im Beitrittsvertrag bzw. auf der Teilnahmeerklärung dieses Vertrages.
- (2) Schulungen der DMP-verantwortlichen Vertragsärzte nach § 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die KV MV definiert Anforderungen an die DMP Brustkrebs relevanten regelmäßigen Fortbildungen.
- (3) Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität gemäß Anlage 1 bis 3 geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt.

## **§ 20**

### **Versicherte**

Die Krankenkassen informieren anhand der Patientinneninformation, bestehend aus dem Merkblatt, der Datenschutzhinweise und der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (siehe Anlagen 13 bis 15) ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP Brustkrebs. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.

## **Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an beauftragte Datenstelle und deren Aufgaben**

## **§ 21**

### **Datenstelle**

- (1) Die Vertragspartner, die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 29 und die Gemeinsame Einrichtung gemäß § 31 beauftragen einen Dritten als Datenstelle.
- (2) Die Datenstelle übernimmt zur Vereinfachung des Verfahrens insbesondere die Entgegennahme, Erfassung, Pseudonymisierung und Weiterleitung der Daten gemäß der RSAV im Auftrag der Vertragspartner unter Berücksichtigung des § 80 SGB X:
  - a) der DMP-verantwortliche Vertragsarzt gemäß § 4 genehmigt mit seiner Unterschrift im Beitrittsvertrag bzw. in der Teilnahmeerklärung einen bereits geschlossenen Vertrag mit einer Datenstelle oder bevollmächtigt die Arbeitsgemeinschaft über den Bei-

trittsvertrag bzw. über die Teilnahmeerklärung in seiner Vertretung mit der Datenstelle einen Vertrag zur Regelung der folgenden Sachverhalte zu schließen:

1. die Prüfung der erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
2. die Nachforderung fehlender, unvollständiger oder unplausibler Dokumentationsbögen unmittelbar nach Prüfung der Dokumentation,
3. die Trennung in die Dokumentationen gemäß Anlage 4a und 4b der RSAV,
4. die Anonymisierung des Arztbezuges in der von der Datenstelle erfassten 4b Dokumentationsdaten der Erstdokumentation (Zeile 14ff.) sowie der Folgedokumentation,
5. die Übermittlung der Daten gemäß § 28 f Abs. 1 und 2 RSAV

b) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:

1. Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4a der RSAV,
2. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß § 28f Abs. 2 Ziff. 1 der RSAV,
3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß § 28f Abs. 2 Ziff. 4 der RSAV an die KV MV und die gemeinsame Einrichtung.

c) Die Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:

1. Entgegennahme, ggf. Bearbeitung und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen der Versicherten,
2. Entgegennahme, Erfassung und Archivierung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4b der RSAV,
3. Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 4b-Datensatzes (Zeilen 1-13) der Erstdokumentation gemäß RSAV mit Versicherten- und Arztbezug an die Krankenkassen,
4. Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 4b-Datensatzes (Zeilen 14ff) der Erstdokumentation gemäß RSAV mit Versicherten- aber ohne Arztbezug an die Krankenkassen,
5. Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 4b-Datensatzes der Folgedokumentation gemäß RSAV mit Versicherten- aber ohne Arztbezug an die Krankenkassen,

d) Die KV MV beauftragt die Datenstelle mit folgender Aufgabe:

Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 4a-Datensatzes der RSAV mit Arzt- und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KV MV.

- e) Die gemeinsame Einrichtung nach § 31 beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Weiterleitung der von der Datenstelle erfassten 4a-Datensätze der RSAV mit Arzt- und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung für die Weitergabe der Daten im Rahmen der Qualitätssicherung und Evaluation des Programms,
  2. Pseudonymisierung des Arztbezugs der Dokumentationsdaten gemäß § 28 f Abs. 2 Ziff. 4 RSAV,
  3. Aufbereitung und Weitergabe aggregierter Daten für Berichte im Rahmen der Programmsteuerung.
- (3) Die KV MV teilt dem DMP-verantwortlichen Vertragsarzt gemäß § 4 Name und Anschrift der Datenstelle mit.
- (4) Nach Erhalt der Mitteilung übermittelt der DMP-verantwortliche Vertragsarzt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 17 an die Datenstelle.

## **§ 22**

### **Erst- und Folgedokumentation**

Die Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 17 – Dokumentationsbogen 4a/b dieses Vertrages aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach § 28 b RSAV, die Festlegung der Qualitätsziele und –maßnahmen und deren Durchführung nach § 28 c RSAV, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28 d RSAV, die Schulung der Leistungserbringer nach § 28 e RSAV und die Evaluation nach § 28 g RSAV genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

## **§ 23**

### **Datenfluss zur Datenstelle**

- (1) Durch die Teilnahmeerklärung (Anlage 8 des Vertrages) verpflichtet sich der DMP-verantwortliche Vertragsarzt nach § 4 dazu,
1. bei Ersteinschreibung der Versicherten oder bei Wechsel des DMP-verantwortlichen Arztes die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 an die Datenstelle weiterzuleiten.
  2. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 17 – Dokumentationsbogen 4a/b dieses Vertrages mit Versicherten und Leistungserbringerbezug zum Ende der Kalenderwoche, spätestens jedoch binnen 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle weiterzuleiten.
  3. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 17 – Dokumentationsbogen 4a/b dieses Vertrages zum Ende der Kalenderwoche, spätestens jedoch binnen 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle weiterzuleiten.

Der DMP-verantwortliche Vertragsarzt gemäß § 3 kann seine vertragliche Verpflichtung zur Dokumentation auch in Form einer beleglosen Dokumentation erfüllen. Um ein standardisiertes Verfahren der Datenübermittlung zu gewährleisten, sollte der DMP-verantwortliche Vertragsarzt gemäß § 3 für die beleglose Dokumentation eine von der KBV im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen zertifizierte Software verwenden. Solange die elektronische Signatur noch nicht eingesetzt werden kann, hat der DMP-verantwortliche Vertragsarzt spätestens innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums das Datum der Erstellung der Erst- und Folgedokumentation schriftlich zu bestätigen. Näheres ist im Datenstellenvertrag geregelt.

Für die Zeit bis zur Einführung von eDMP (einschließlich Versandliste) verbleibt in jedem Fall ein weiterer Ausdruck, der vom DMP-verantwortlichen Vertragsarzt unterschrieben wurde, beim DMP-verantwortlichen Vertragsarzt. Dieser Ausdruck ist sieben Jahre beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr in der Arztpraxis aufzubewahren. Im Rahmen einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die jeweilige Prüfbehörde stellt der DMP-verantwortliche Vertragsarzt auf Anforderung das Dokument der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung; nach Abschluss der Prüfung erhält er das Dokument zurück.

- (2) Der DMP-verantwortliche Vertragsarzt vergibt für jede Versicherte eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach ihrer Wahl, die aus maximal sieben Ziffern („0“-„9“) bestehen darf (Empfehlung fortlaufende Nummerierung). Eine Fallnummer darf jeweils nur für eine Versicherte verwendet werden.
- (3) Die Versicherte willigt gemäß Anlage 15 einmalig in die Datenübermittlung schriftlich ein und wird schriftlich über die nach § 28f Abs. 2 Nummern 1 und 2 RSAV übermittelten Daten unterrichtet. Sie erhält eine Ausfertigung des Dokumentationsbogens. Im Falle einer elektronischen Übermittlung erhält die Versicherte einen Ausdruck der übermittelten Daten.

## **§ 24**

### **Datenzugang**

Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 21 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

## **§ 25**

### **Datenaufbewahrung und -löschung**

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten (Dokumentationsdaten 4b der RSAV) werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen von der Datenstelle gelöscht. Die Datenstelle archiviert die Originaldokumente des Datensatzes 4a bzw. 4b Daten bis zum Ablauf des siebten auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahres, und vernichtet diese nach Ablauf dieser Frist. Das Weitere regelt der Vertrag mit der Datenstelle.

## **Abschnitt VIII – Datenfluss zu den Krankenkassen, der KV MV und der Gemeinsamen Einrichtung**

### **§ 26**

#### **Datenfluss zu den Krankenkassen, der KV MV und der Gemeinsamen Einrichtung**

- (1) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteinschreibung oder bei Wechsel des DMP-verantwortlichen Vertrags- bzw. Krankenhausarztes die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten, sowie bei Ersteinschreibung den von der Datenstelle erfassten 4b-Datensatz, Zeilen 1 – 13 (Erstdokumentation) der RSAV mit Versicherten- und Arztbezug an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr benannte Stelle.
- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteinschreibung den erfassten 4b-Datensatz, Zeilen 14 – ff (Erstdokumentation) bzw. bei Wechsel des betreuenden DMP-Arztes den erfassten 4b - Datensatz (Folgedokumentation) mit Versichertenbezug aber ohne Arztbezug an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr benannte Stelle.
- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation den erfassten 4b-Datensatz (Folgedokumentation) der RSAV mit Versichertenbezug aber ohne Arztbezug an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr benannte Stelle.
- (4) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten 4a mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KV MV und die Gemeinsame Einrichtung.

### **§ 27**

#### **Datenzugang**

Zugang zu den an die Krankenkassen, KV MV und gemeinsame Einrichtung übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb des Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

### **§ 28**

#### **Datenaufbewahrung und-löschung**

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten und Dokumente werden von den Krankenkassen, der KV MV und der gemeinsamen Einrichtung sieben Jahre, beginnend mit dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist gelöscht bzw. vernichtet.

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

### **§ 29**

#### **Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

### **§ 30**

#### **Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 RSAV die Aufgabe, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die KV MV und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 12 „Qualitätssicherung“ auf Grundlage der Dokumentationsdaten nach Anlage 17 „Dokumentationsbogen 4a/4b“ weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat die Aufgabe, auf Verlangen eines jeden Vertragspartners, der Mitglied der Arbeitsgemeinschaft ist, den Versichertenbezug wiederherzustellen, wenn dies im Einzelfall für die Erfüllung seiner jeweiligen Aufgabe zur Prüfung der Qualität der im Rahmen dieses DMP Brustkrebs erbrachten ärztlichen Leistungen oder zur Sicherstellung der Vollständigkeit und Plausibilität der auf Grundlage der Dokumentationsdaten 4a der RSAV erstellten Dokumentationen erforderlich ist.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in den Abs. 1 und 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

### **§ 31**

#### **Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung**

Die Vertragspartner bilden eine gemeinsame Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Nr. 4 RSAV. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt. Dieser muss insbesondere festlegen, dass den aufsichtsführenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung nach § 25 SVHV (Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung) und § 274 SGB V zuerkannt wird.

## § 32

### Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 12 „Qualitätssicherung“, durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
1. die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten 4a der RSAV,
  2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß RSAV anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten 4a der RSAV,
  3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten 4a der RSAV,
  4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 28g RSAV,
  5. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß Anlage 12 „Qualitätssicherung“.
  6. die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen der antragstellenden stationären Einrichtung entsprechend der Strukturqualität gemäß Anlage 1 und 2, Beschlussfassung über die Teilnahmemöglichkeit sowie Bekanntgabe des Beschlusses an die Antragsteller und an die Krankenkassen /-verbände,
  7. jährliche Überprüfung der Strukturvoraussetzungen der teilnehmenden stationären Einrichtungen und unverzügliche Information an die Krankenkassen /-verbände über die Ergebnisse.
- (2) Die gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in § 21 genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

### Abschnitt X – Evaluation

## § 33

### Evaluation

- (1) Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung des § 28 g RSAV sowie der Vorgaben des Bundesversicherungsamts. Für die gemäß Anlage 1 Ziff. 5 der RSAV vorgesehene Stichprobenbefragung werden die Krankenkassen ein Adressmittlungsverfahren vorsehen.

- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen und der gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.
- (3) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten, die Abrechnungsdaten der KV MV gemäß § 295 Abs. 2 Satz 1 und 4 SGB V und die Leistungsdaten der Krankenkassen.

## **Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung**

### **§ 34**

#### **Vertragsärztliche Leistungen**

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind mit der in der Gesamtvergütungsvereinbarung mit der KV MV definierten Kopfpauschalvergütung abgegolten, soweit im folgenden keine abweichende Regelung getroffen wird.

## § 35

### Sondervergütung

- (1) Die von den teilnehmenden stationären Einrichtungen und den DMP-verantwortlichen Vertragsärzten darüber hinaus erbrachten Leistungen werden nach dieser Vereinbarung außerbudgetär wie folgt vergütet:
1. Information, Beratung, Einschreibung und Koordination der Versicherten sowie Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation und Teilnahme- und Einwilligungserklärung und Versand der entsprechenden Unterlagen  
€ 15 keine GOP
  2. Aufgrund der besonderen Anforderungen, die die Vertragspartner an die teilnehmenden stationären Einrichtungen und DMP-verantwortlichen Vertragsärzte, insbesondere im Hinblick auf die individuelle Patientinnenberatung, die fachliche Qualifikation und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den am Behandlungsprozess Beteiligten stellen, werden die Beratungsgespräche wie folgt vergütet:
    - a) Gespräch (einmal je Krankheitsfall) vor der stationären Aufnahme und/oder nach histologischer Sicherung der Diagnose (Dauer ca. 30 Minuten)  
€ 30 GOP 99501
    - b) Gespräch (einmal je Krankheitsfall) nach der stationären Behandlung (Dauer ca. 30 Minuten)  
€ 30 GOP 99502
    - c) Begleitgespräch/einmal je Quartal ohne Folgedokumentation (Dauer ca. 15 Minuten)  
€ 12,50 GOP 99503
    - d) Begleitgespräch/einmal je Quartal einschließlich Erstellung und Versand der Folgedokumentation; Dokumentationszeitraum 6 Monate (Dauer ca. 15 Minuten)  
€ 17,50 keine GOP

Die Abrechnung und Vergütung der vorgenannten GOP-Ziffern setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. Im Falle der Erstellung und des Versandes von Dokumentationen ist die Leistungserbringung dann als vollständig anzusehen, wenn die Dokumentation fristgerecht, vollständig und plausibel bei der Datenstelle eingegangen ist.

Die Abrechnung der GOP-Ziffer (d) schließt eine Abrechnung der GOP-Ziffer (c) aus.

- (2) Zur Vermeidung von Doppelabrechnungen sind die teilnehmenden stationären Einrichtungen und DMP-verantwortlichen Vertragsärzte verpflichtet, vor einer Einschreibung und Abrechnung der Sondervergütung nach Absatz Nr. 1 sich durch Rückfrage bei der Versicherten zu vergewissern, dass nicht bereits eine Einschreibung in einem DMP Brustkrebs vorgenommen wurde.

- (3) Für die teilnehmenden stationären Einrichtungen erfolgt die Abrechnung der GOP-Ziffern nach Absatz 1 Nr. 1 und 2 direkt mit der Krankenkasse. Die stationäre Einrichtung erstellt dazu eine Rechnung gemäß der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V in Verbindung mit den Regelungen des Landesvertrages gemäß § 112 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V in Mecklenburg-Vorpommern. Soweit möglich werden die Vergütungsbeiträge für Gesprächs- und Dokumentationsleistungen in die Rechnung für die Erbringung der Hauptleistung aufgenommen.

Die stationäre Einrichtung dokumentiert die Erbringung der Gesprächsleistungen in den Krankenakten. Für gemäß Abs. 4 nicht nachgewiesene Dokumentationsleistungen und zu Unrecht abgerechnete Gesprächsleistungen steht der Krankenkasse ein Rückforderungsrecht für bereits gezahlte Sondervergütungen zu.

- (4) Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal je teilnehmender stationärer Einrichtung und je DMP-verantwortlichem Vertragsarzt einen Nachweis der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen unter Angabe der Versichertennummer und übermittelt das Ergebnis getrennt an die jeweiligen teilnehmenden stationären Einrichtungen beziehungsweise an die KV MV bis zum dritten Werktag des Folgequartals. Die Krankenkasse erhält von der Datenstelle monatlich die Anzahl der vertragskonformen und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen unter Angabe der Versichertennummer.
- (5) Die KVMV stellt sicher, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber DMP-verantwortlichen Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen gesondert herausgestellt werden.
- (6) Die Bestimmungen zur Vergütung und Abrechnung werden bei Änderung des EBM, sofern sie diesen Vertragsinhalt und ggf. ergänzende Vereinbarungen tangieren, unverzüglich angepasst. Die notwendigen Neuregelungen zur Vergütung gelten zeitgleich mit Wirkung des Inkrafttretens der entsprechenden Änderung des EBM.

## **§ 36**

### **Aufteilung der Kosten**

- (1) Kosten der Datenstelle im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentation gemäß § 21 werden aufwandsbezogen von der Datenstelle mit der jeweiligen Krankenkasse abgerechnet. Hierunter fallen auch die Aufwendungen im Zusammenhang mit den Daten nach Anlage 4a / 4b RSAV.
- (2) Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Aufgaben der ärztlichen Qualitätssicherung werden von den Vertragspartnern gemeinschaftlich getragen. Näheres wird in der Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung geregelt.
- (3) Kosten für Informationsmaterialien werden von den am Vertrag beteiligten Krankenkassen /-verbänden übernommen. Die Kosten für Einführungsveranstaltungen der DMP-verantwortliche Vertragsärzte werden von der KV MV übernommen.
- (4) Kosten der Arbeitsgemeinschaft nach § 29 werden in der Vereinbarung über die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft geregelt.
- (5) Kosten der Gemeinsamen Einrichtung nach § 31 werden in der Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung geregelt.

- (6) Die Kostenaufteilung zwischen den Krankenkassen erfolgt nach der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten. Die endgültige Abrechnung (Spitzabrechnung) erfolgt zum 31.12. eines Jahres.

Die Anzahl der zum 31.12. eingeschriebenen Versicherten je Kasse muss von der Datenstelle an die vertragsschließenden Krankenkassen /-verbände gemeldet werden. Zur Kontrolle der Einschreibung werden die vollständig erfassten Erstdokumentationen zugrunde gelegt. Die Krankenkassen melden die DMP-Beendigungen (z.B. wegen Tod, Austritt aus dem Programm usw.) umgehend an die Datenstelle.

Sollte durch eine Aufsichtsprüfung der DMP-Versichertenbestand nachträglich bei einer Kasse geändert werden, ist eine nachträgliche Rückabwicklung (Änderung) der Umlage nicht vorgesehen.

Bis zur Feststellung des endgültigen Rechnungsergebnisses können Abschlagszahlungen nach Aufteilung der Versicherten der beigetretenen Krankenkassen nach aktuellen amtlichen Statistik KM 6 erfolgen. Sobald in der amtlichen Statistik KM 6 die prozentualen Anteile der eingeschriebenen Versicherten ausgewiesen werden, sind diese die Bezugsgrößen für die Kostenaufteilung.

## **Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen**

### **§ 37**

#### **Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz**

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafgesetzbuch muss gewährleistet sein.
- (2) Die DMP-verantwortlichen Vertragsärzte verpflichten sich untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) 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 Versichertenaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

### **§ 38**

#### **Weitere Aufgaben und Verpflichtungen**

- (1) Die KV MV liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte die für das DMP Brustkrebs erforderlichen Abrechnungsdaten mit pseudonymisierter Arztnummer versichertenbezogen an die Krankenkassen.

- (2) Sofern die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 29, auf Verlangen eines jeden Vertragspartners, der Mitglied der Arbeitsgemeinschaft ist, den Versichertenbezug der Dokumentationsdaten 4a der RSAV wiederherzustellen, wenn dies im Einzelfall für die Erfüllung seiner jeweiligen Aufgabe zur Prüfung der Qualität der im Rahmen des DMP Brustkrebs erbrachten vertragsärztlichen Leistungen erforderlich ist, gibt die KV MV der Arbeitsgemeinschaft den Arzt bekannt.
- (3) Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

## **§ 39**

### **Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am Tage der Unterzeichnung in Kraft und endet spätestens mit Ablauf des Zulassungsbescheides durch das BVA. Spätestens 6 Monate vor Vertragsende verständigen sich die Vertragspartner, ob und in welcher Form das DMP Brustkrebs zur erneuten Akkreditierung vorgelegt wird.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP Brustkrebs, die infolge einer nachfolgenden RSA-ÄndVO, einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich vorgenommen werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 28 b Abs. 3 und 4 RSAV sind zu beachten.
- (3) Bei erneuter Akkreditierung gilt dieser Vertrag für den Zulassungszeitraum weiter. Eine erneute Einschreibung der Leistungserbringer und Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme oder der Nichtakkreditierung des Programms durch das BVA, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zu Quartalsende gekündigt werden.
- (5) Die Regelungen dieses Vertrages zum Datenfluss (Abschnitte VII bis IX) im Rahmen des DMP Brustkrebs sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.

## **§ 40**

### **Schriftform**

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

## **§ 41**

### **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 Bestimmung durch Regelungen ersetzt, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.

Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Anlagen

Schwerin, den 19.06.2006

---

Kassenärztliche Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern

---

AOK Mecklenburg-Vorpommern  
Die Gesundheitskasse.

---

BKK-Landesverband NORD

---

Knappschaft  
VST Hannover

---

IKK Landesverband Nord

---

LKK Mittel- und Ostdeutschland,  
handelnd als LV

---

Verband der Angestellten-  
Krankenkassen e.V.  
Landesvertretung Mecklenburg-  
Vorpommern  
Leiter der Landesvertretung

---

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband  
e.V. M-V  
Landesvertretung Mecklenburg-  
Vorpommern  
Leiter der Landesvertretung

## Übersicht Anlagen

- Anlage 1**     **Strukturqualität für prädestinierte stationäre Einrichtungen**
- Anlage 2**     **Strukturqualität für kooperierende stationäre Einrichtungen**
- Anlage 3**     **Strukturqualität vertragsärztlicher Versorgungssektor**
- Anlage 4**     **Strukturqualität bei Auftragsleistung**
- Anlage 5**     **Antrag auf Teilnahme der prädestinierten stationären Einrichtung bzw. der kooperierenden stationären Einrichtung**
- Anlage 6**     **Beitrittsvertrag der stationären Einrichtung**
- Anlage 7**     **Kooperationsvereinbarung zwischen stationären Einrichtungen**
- Anlage 8**     **Teilnahmeerklärung Vertragsärzte**
- Anlage 9**     **Verzeichnis „Teilnehmende stationäre Einrichtungen am DMP Brustkrebs“**
- Anlage 10**    **Verzeichnis „Teilnehmende Vertragsärzte am DMP Brustkrebs“**
- Anlage 11**    **Versorgungsinhalte in der Fassung der 13. RSA-ÄndVO**
- Anlage 12**    **Qualitätssicherung in der Fassung vom xx.xx.2006**
- Anlage 13**    **Patientinnenmerkblatt Stand 01.02.2006**
- Anlage 14**    **Datenschutzinformation Stand 01.02.2006**
- Anlage 15**    **Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte Stand 01.02.2006**
- Anlage 16**    **Inhalte der Gesprächsleistungen**
- Anlage 17**    **Dokumentationsbogen 4a/b in der Fassung der 13. RSA-ÄndVO**
- Anlage 18**    **Anforderungsformular Informationen**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

# Erst-Dokumentation Brustkrebs

Blatt 1  
Original für die  
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

**Arztstempel** (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

021A4

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

## Einschreibung *Mindestens eines der 4 folgenden Felder muss für die Einschreibung ausgefüllt sein.*

<b>Erstmanifestation Primärtumor</b> (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Lokoregionäres Rezidiv</b> (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Manifestation kontralateraler Brustkrebs</b> (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Fernmetastasen erstmals gesichert</b> (Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## Anamnese und Behandlungsstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

<b>Betroffene Brust</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Rechts	<input checked="" type="checkbox"/> Links	<input checked="" type="checkbox"/> Beidseits
<b>Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt?</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Stanzbiopsie	<input checked="" type="checkbox"/> Vakuumunterstützte Mammabiopsie	<input checked="" type="checkbox"/> Offene Biopsie
	<input checked="" type="checkbox"/> Sonographie	<input checked="" type="checkbox"/> Andere	<input checked="" type="checkbox"/> Mammographie
<b>Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen</b>	<input checked="" type="checkbox"/> OP geplant	<input checked="" type="checkbox"/> OP nicht geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Postoperativ
<b>Art der erfolgten operativen Therapie</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> BET	<input checked="" type="checkbox"/> Mastektomie	<input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
	<input checked="" type="checkbox"/> Axilläre Lymphonodektomie	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes Vorgehen	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP

## Aktueller Befundstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

<b>pT</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Tis	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP
<b>pN</b>		<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3		<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP
<b>M</b>		<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1				<input checked="" type="checkbox"/> X	
<b>Grading</b>			<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3		<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt	
<b>Resektionsstatus</b>		<input checked="" type="checkbox"/> R0	<input checked="" type="checkbox"/> R1	<input checked="" type="checkbox"/> R2		<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP	
<b>Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Positiv		<input checked="" type="checkbox"/> Negativ		<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt		
<b>Anzahl der entfernten Lymphknoten</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Keine	<input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten		<input checked="" type="checkbox"/> <10	<input checked="" type="checkbox"/> ≥10			
<b>Anzahl der befallenen Lymphknoten</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Keine	<input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten negativ		<input checked="" type="checkbox"/> 1-3	<input checked="" type="checkbox"/> ≥4	<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt		

## Behandlung Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

<b>Strahlentherapie</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Andauernd	<input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
<b>Chemotherapie</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Andauernd	<input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
<b>Endokrine Therapie</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Andauernd	<input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input checked="" type="checkbox"/> Keine

## Befunde und Therapie lokoregionäres Rezidiv

<b>Lokalisation</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Intramammär	<input checked="" type="checkbox"/> Thoraxwand	<input checked="" type="checkbox"/> Axilla
<b>Andauernde oder abgeschlossene Therapie</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Präoperativ	<input checked="" type="checkbox"/> Exzision	<input checked="" type="checkbox"/> Mastektomie
	<input checked="" type="checkbox"/> Chemotherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Endokrine Therapie	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes Vorgehen
			<input checked="" type="checkbox"/> Strahlentherapie
			<input checked="" type="checkbox"/> Keine

## Befunde und Therapie Fernmetastasen

<b>Lokalisation</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Leber	<input checked="" type="checkbox"/> Lunge	<input checked="" type="checkbox"/> Knochen	<input checked="" type="checkbox"/> Andere
<b>Therapie</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Operativ	<input checked="" type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Chemotherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Endokrine Therapie
			<input checked="" type="checkbox"/> Andere	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
<b>Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	

## Sonstige Beratung und Behandlung

<b>Lymphödem</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	
<b>Systematische Tumorschmerztherapie</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Nicht erforderlich
<b>Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Abgelehnt

**Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung**

(optionales Feld)

**Datum**

Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

# Erst-Dokumentation Brustkrebs

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

**Arztstempel** (bitte auch auf Blatt 1 und 3)

021A4

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

**Einschreibung** *Mindestens eines der 4 folgenden Felder muss für die Einschreibung ausgefüllt sein.*

<b>Erstmanifestation Primärtumor</b> (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Lokoregionäres Rezidiv</b> (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Manifestation kontralateraler Brustkrebs</b> (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Fernmetastasen erstmals gesichert</b> (Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Anamnese und Behandlungsstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs**

**Betroffene Brust**  Rechts  Links  Beidseits

**Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt?** (Mehrfachnennungen möglich)  Stanzbiopsie  Vakuumunterstützte Mammabiopsie  Offene Biopsie  Mammographie  Sonographie  Andere

**Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen**  OP geplant  OP nicht geplant  Postoperativ

**Art der erfolgten operativen Therapie** (Mehrfachnennungen möglich)  BET  Mastektomie  Sentinel-Lymphknoten-Biopsie  Axilläre Lymphonodektomie  Anderes Vorgehen  Keine OP

**Aktueller Befundstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs**

**pT**  Tis  0  1  2  3  4  X  Keine OP

**pN**  0  1  2  3  X  Keine OP

**M**  0  1  X

**Grading**  1  2  3  Unbekannt

**Resektionsstatus**  R0  R1  R2  Unbekannt  Keine OP

**Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron)**  Positiv  Negativ  Unbekannt

**Anzahl der entfernten Lymphknoten** (Mehrfachnennungen möglich)  Keine  Sentinel-Lymphknoten  <10  ≥10

**Anzahl der befallenen Lymphknoten** (Mehrfachnennungen möglich)  Keine  Sentinel-Lymphknoten negativ  1-3  ≥4  Unbekannt

**Behandlung Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs**

**Strahlentherapie**  Geplant  Andauernd  Regulär abgeschlossen  Vorzeitig beendet  Keine

**Chemotherapie**  Geplant  Andauernd  Regulär abgeschlossen  Vorzeitig beendet  Keine

**Endokrine Therapie**  Geplant  Andauernd  Regulär abgeschlossen  Vorzeitig beendet  Keine

**Befunde und Therapie lokoregionäres Rezidiv**

**Lokalisation** (Mehrfachnennungen möglich)  Intramammär  Thoraxwand  Axilla

**Andauernde oder abgeschlossene Therapie** (Mehrfachnennungen möglich)  Präoperativ  Exzision  Mastektomie  Strahlentherapie  Chemotherapie  Endokrine Therapie  Anderes Vorgehen  Keine

**Befunde und Therapie Fernmetastasen**

**Lokalisation** (Mehrfachnennungen möglich)  Leber  Lunge  Knochen  Andere

**Therapie** (Mehrfachnennungen möglich)  Operativ  Strahlentherapie  Chemotherapie  Endokrine Therapie  Andere  Keine

**Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen**  Ja  Nein  Kontraindikation

**Sonstige Beratung und Behandlung**

**Lymphödem**  Ja  Nein

**Systematische Tumorschmerztherapie**  Ja  Nein  Nicht erforderlich

**Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt**  Ja  Nein  Abgelehnt

**Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung**  
         
(optionales Feld)

**Datum**

Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

# Erst-Dokumentation Brustkrebs

Blatt 3  
Durchschrift für den  
Versicherten

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

**Arztstempel** (bitte auch auf Blatt 1 und 2)

021A4

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

## Einschreibung *Mindestens eines der 4 folgenden Felder muss für die Einschreibung ausgefüllt sein.*

<b>Erstmanifestation Primärtumor</b> (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Lokoregionäres Rezidiv</b> (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Manifestation kontralateraler Brustkrebs</b> (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Fernmetastasen erstmals gesichert</b> (Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## Anamnese und Behandlungsstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

<b>Betroffene Brust</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Rechts	<input checked="" type="checkbox"/> Links	<input checked="" type="checkbox"/> Beidseits
<b>Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt?</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Stanzbiopsie	<input checked="" type="checkbox"/> Vakuumunterstützte Mammabiopsie	<input checked="" type="checkbox"/> Offene Biopsie
	<input checked="" type="checkbox"/> Sonographie	<input checked="" type="checkbox"/> Andere	<input checked="" type="checkbox"/> Mammographie
<b>Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen</b>	<input checked="" type="checkbox"/> OP geplant	<input checked="" type="checkbox"/> OP nicht geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Postoperativ
<b>Art der erfolgten operativen Therapie</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> BET	<input checked="" type="checkbox"/> Mastektomie	<input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
	<input checked="" type="checkbox"/> Axilläre Lymphonodektomie	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes Vorgehen	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP

## Aktueller Befundstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

<b>pT</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Tis	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP
<b>pN</b>		<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3		<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP
<b>M</b>		<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1				<input checked="" type="checkbox"/> X	
<b>Grading</b>			<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3		<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt	
<b>Resektionsstatus</b>		<input checked="" type="checkbox"/> R0	<input checked="" type="checkbox"/> R1	<input checked="" type="checkbox"/> R2		<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP	
<b>Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Positiv		<input checked="" type="checkbox"/> Negativ		<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt		
<b>Anzahl der entfernten Lymphknoten</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Keine	<input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten		<input checked="" type="checkbox"/> <10	<input checked="" type="checkbox"/> ≥10			
<b>Anzahl der befallenen Lymphknoten</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Keine	<input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten negativ		<input checked="" type="checkbox"/> 1-3	<input checked="" type="checkbox"/> ≥4	<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt		

## Behandlung Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

<b>Strahlentherapie</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Andauernd	<input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
<b>Chemotherapie</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Andauernd	<input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
<b>Endokrine Therapie</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Andauernd	<input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input checked="" type="checkbox"/> Keine

## Befunde und Therapie lokoregionäres Rezidiv

<b>Lokalisation</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Intramammär	<input checked="" type="checkbox"/> Thoraxwand	<input checked="" type="checkbox"/> Axilla
<b>Andauernde oder abgeschlossene Therapie</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Präoperativ	<input checked="" type="checkbox"/> Exzision	<input checked="" type="checkbox"/> Mastektomie
	<input checked="" type="checkbox"/> Chemotherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Endokrine Therapie	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes Vorgehen
			<input checked="" type="checkbox"/> Strahlentherapie
			<input checked="" type="checkbox"/> Keine

## Befunde und Therapie Fernmetastasen

<b>Lokalisation</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Leber	<input checked="" type="checkbox"/> Lunge	<input checked="" type="checkbox"/> Knochen	<input checked="" type="checkbox"/> Andere
<b>Therapie</b> (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Operativ	<input checked="" type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Chemotherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Endokrine Therapie
			<input checked="" type="checkbox"/> Andere	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
<b>Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	

## Sonstige Beratung und Behandlung

<b>Lymphödem</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	
<b>Systematische Tumorschmerztherapie</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Nicht erforderlich
<b>Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Abgelehnt

**Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung**

(optionales Feld)

**Datum**

Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

# Folge-Dokumentation Brustkrebs

Blatt 1  
Original für die  
Datenannahmestelle

Arztwechsel DMP-Fallnummer

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

022A4

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

## Einschreibung erfolgte wegen

- Primärtumor  Lokoregionäres Rezidiv  
 Kontralateraler Brustkrebs  Fernmetastasen

## Behandlungsstatus nach operativer Therapie Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

- Adjuvante Therapie abgeschlossen**  Ja  Nein
- Strahlentherapie**  Geplant  Andauernd  Regulär abgeschlossen  Vorzeitig beendet  Keine
- Chemotherapie**  Geplant  Andauernd  Regulär abgeschlossen  Vorzeitig beendet  Keine
- Endokrine Therapie**  Geplant  Andauernd  Regulär abgeschlossen  Vorzeitig beendet  Keine

## Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse

- Manifestation lokoregionäres Rezidiv**  
(Datum histologischer Nachweis)  T  T  M  M  J  J  J  J oder  Nein  
 Intramammär  Thoraxwand  Axilla
- Manifestation kontralateraler Brustkrebs**  
(Datum histologischer Nachweis)  T  T  M  M  J  J  J  J oder  Nein
- Manifestation von Fernmetastasen**  
(Datum der Diagnosesicherung)  
(Mehrfachnennungen möglich)  T  T  M  M  J  J  J  J oder  Nein  
 Leber  Lunge  Knochen  Andere
- Lymphödem**  Ja  Nein

## Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/Fernmetastasen)

- Aktueller Behandlungsstatus**  Vollremission  Teilremission  No change  Progress
- Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs**  
(Mehrfachnennungen möglich)  Präoperativ  Exzision  Mastektomie  Strahlentherapie  
 Chemotherapie  Endokrine Therapie  Anderes Vorgehen  Keine
- Therapie der Fernmetastasen**  
(Mehrfachnennungen möglich)  Operativ  Strahlentherapie  Chemotherapie  Endokrine Therapie  Andere  Keine
- Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen**  Ja  Nein  Kontraindikation

## Sonstige Beratung und Behandlung

- Systematische Tumorschmerztherapie**  Ja  Nein  Nicht erforderlich
- Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt**  Ja  Nein  Nicht erforderlich
- Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt**  Ja  Nein  Abgelehnt

Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung

T  T  M  M  J  J  J  J  
(optionales Feld)

Datum

T  T  M  M  J  J  J  J

Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

# Folge-Dokumentation Brustkrebs

Blatt 2  
Durchschrift für den  
ausstellenden Arzt

Arztwechsel

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

**Arztstempel** (bitte auch auf Blatt 1 und 3)

022A4

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

## Einschreibung erfolgte wegen

Primärtumor

Lokoregionäres Rezidiv

Kontralateraler Brustkrebs

Fernmetastasen

## Behandlungsstatus nach operativer Therapie Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

Adjuvante Therapie abgeschlossen  Ja  Nein

Strahlentherapie  Geplant  Andauernd  Regulär abgeschlossen  Vorzeitig beendet  Keine

Chemotherapie  Geplant  Andauernd  Regulär abgeschlossen  Vorzeitig beendet  Keine

Endokrine Therapie  Geplant  Andauernd  Regulär abgeschlossen  Vorzeitig beendet  Keine

## Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse

Manifestation lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis)         oder  Nein

Intramammär  Thoraxwand  Axilla

Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis)         oder  Nein

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

Leber  Lunge  Knochen  Andere

Lymphödem  Ja  Nein

## Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/Fernmetastasen)

Aktueller Behandlungsstatus  Vollremission  Teilremission  No change  Progress

Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs (Mehrfachnennungen möglich)  Präoperativ  Exzision  Mastektomie  Strahlentherapie  Chemotherapie  Endokrine Therapie  Anderes Vorgehen  Keine

Therapie der Fernmetastasen (Mehrfachnennungen möglich)  Operativ  Strahlentherapie  Chemotherapie  Endokrine Therapie  Andere  Keine

Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen  Ja  Nein  Kontraindikation

## Sonstige Beratung und Behandlung

Systematische Tumorschmerztherapie  Ja  Nein  Nicht erforderlich

Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt  Ja  Nein  Nicht erforderlich

Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt  Ja  Nein  Abgelehnt

Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

Datum

Unterschrift des Arztes

