

Vereinbarung

über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V bei
Brustkrebs in Baden-Württemberg auf der Grundlage des § 83 SGB V
(Vereinbarung DMP Brustkrebs)

zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg,
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

- nachfolgend „KVBW“ genannt -

und der
AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung,
Presselstraße 19, 70191 Stuttgart

den
Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin,
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg,
Christophstraße 7, 70178 Stuttgart,

dem
BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg,
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim

der
IKK classic,
Geschäftsstelle Dresden, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als **Landwirtschaftliche Krankenkasse**,
Vogelrainstraße 25, 70199 Stuttgart

der
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München, Friedrichstraße 19, 80801 München,

- nachfolgend „Verbände“ genannt -

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen	5
Präambel	6
Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich	
§ 1 Ziele der Vereinbarung	6
§ 2 Geltungsbereich	7
Abschnitt II – Einbindung von Krankenhäusern und Krankenhausärzten, Teilnahme von Ärzten	
§ 3 Einbindung von Krankenhäusern und Krankenhausärzten	7
§ 4 Teilnahme der Leistungserbringer	8
§ 5 Verzeichnisse der an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer	8
§ 6 Beginn und Ende der Teilnahme am DMP	9
§ 7 Wahl des DMP-Arztes	9
§ 8 Aufgaben des DMP-Arztes	9
§ 9 Ermächtigung von Krankenhausärzten	10
Abschnitt III – Versorgungsinhalte	
§ 10 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs	11
Abschnitt IV – Qualitätssicherung	
§ 11 Grundlagen und Ziele	11
§ 12 Maßnahmen und Indikatoren	11
§ 13 Durchführung der Qualitätssicherung	12
§ 14 Information und Fortbildung der Ärzte	12
§ 15 Vertragsmaßnahmen	13
Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung des Versicherten	
§ 16 Teilnahmevoraussetzungen	13
§ 17 Information und Einschreibung	14
§ 18 Teilnahme- und Einwilligungserklärung	14
§ 19 Beginn und Ende der Teilnahme	15
§ 20 Wechsel des DMP-Arztes	15
§ 21 Versichertenverzeichnis	15
§ 22 Information der Versicherten	16

Abschnitt VI – Arbeitsgemeinschaft/Datenannahme- und -verarbeitungsstelle/

Gemeinsame Einrichtung

§ 23	Bildung einer Arbeitsgemeinschaft	16
§ 24	Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft	16
§ 25	Datenstelle	16
§ 26	Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	17
§ 27	Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	17

Abschnitt VII – Datenfluss und Datenverwendung

§ 28	Erst- und Folgedokumentation	18
§ 29	Datenverwendung	18
§ 30	Datenzugang	19
§ 31	Datenaufbewahrung und -löschung	19

Abschnitt VIII - Evaluation

§ 32	Evaluation	19
------	-------------------	-----------

Abschnitt IX – Vergütung und Abrechnung

§ 33	Vergütung und Abrechnung	20
------	---------------------------------	-----------

Abschnitt X – Sonstige Bestimmungen

§ 34	Weitere Aufgaben und Verpflichtungen	20
§ 35	Haftung	20
§ 36	Laufzeit und Kündigung	20
§ 37	Salvatorische Klausel	21

Anlagenverzeichnis

Anlage 1		22
Strukturqualität teilnahme- und mitwirkungsberechtigter Leistungserbringer		
Anlage 2		26
Dokumentationen (DMP-A-RL Anlage 4)		
Anlage 3a		31
Versorgungsinhalte (DMP-A-RL Anlage 3)		
Anlage 3b		47
Versorgungsweg DMP Brustkrebs		
Anlage 3c		49
Psychosoziale Versorgung		

Anlage 4 Qualitätssicherung Brustkrebs	59
Anlage 5a Teilnahme- und Einwilligungserklärung Brustkrebs	68
Anlage 5b Patientinneninformation zum Datenschutz	69
Anlage 6 Patientinneninformation zum DMP Brustkrebs	71
Anlage 7 Antrag des Arztes auf Genehmigung zur Teilnahme	73
Anlage 8 Leistungserbringerverzeichnis	77

Erläuterungen

„Aus Gründen der Lesbarkeit wird die männliche Form genutzt (z.B. „der Arzt“), es ist selbstverständlich auch die weibliche Form (z.B. „die Ärztin“ oder „die Patientin“) damit gemeint. Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

§§	Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diese Vereinbarung
Arzt	Der am DMP Brustkrebs teilnehmende und mitwirkende Vertragsarzt, Medizinische Versorgungszentren, ärztlich geleitete Einrichtungen nach § 117 SGB V (Hochschulambulanzen) und ermächtigter Arzt, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbringen
Arzt, angestellter	Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Absatz 9 SGB V bzw. § 95 Absatz 1 SGB V
Arzt, anstellender	Arzt, der berechtigt ist, einen Arzt i.S. des § 95 Absatz 9 SGB V bzw. § 95 Absatz 1 SGB V anzustellen
Arzt, koordinierender	Gleichbedeutend mit DMP-Arzt
Arzt, Vertragsarzt	Arzt, der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und berechtigt ist, weitere Ärzte anzustellen
Arbeitsgemeinschaft	Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V i.S.v. §§ 23, 24
BVA	Bundesversicherungsamt
BWKG	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.
Datenstelle	Datenannahme- und -verarbeitungsstelle nach § 25
DMP	Disease-Management-Programm
DMP-A-RL	Richtlinie des G-BA zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V
DMP-Arzt	Arzt im Sinne des § 4 i.V.m. § 7 dieser Vereinbarung, sowie bei diesem angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbringen
Dokumentationen/ Dokumentationsdaten	Erst- und Folgedokumentationen mit den in der Anlage 4 der DMP-A-RL aufgeführten Daten
Facharzt	Facharzt ist ein qualifizierter Facharzt i.S.v. § 4
DS-GVO	Datenschutz-Grundverordnung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss nach § 91 SGB V
Gemeinsame Einrichtung	Gemeinsame Einrichtung nach § 28f Absatz 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV i.S.v. §§ 26, 27
Krankenhaus	Einrichtung i.S. des § 3
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Leistungserbringer	Ärzte sowie angestellte Ärzte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
RSAV	Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung
SGB V	Sozialgesetzbuch Teil fünf
SGB X	Sozialgesetzbuch Teil zehn
Versicherte	Versicherte sind weiblich
Vertragsarzt	Arzt, der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und berechtigt ist, weitere Ärzte anzustellen

Präambel

Die Behandlung von Frauen mit Brustkrebs soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden - DMP - genannt) nach § 137f SGB V erfolgen. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Regelungen der DMP-A-RL und der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet. Dies gilt jedoch frühestens mit dem Zeitpunkt, an dem die Regelungen im entsprechenden DMP-Vertrag umgesetzt werden. Dies gilt grundsätzlich auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Brustkrebs auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten. Daher schließen die Verbände und die KVBW folgende Vereinbarung auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung eines DMP für versicherte Frauen mit Brustkrebs.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Durchführung des Programms, insbesondere die Regelungen zur Erfassung, Übermittlung und Nutzung von Behandlungsdaten so zu gestalten sind, dass die Vertrauensbeziehung zwischen Patientin und Arzt nicht beeinträchtigt wird. Zur Gewährleistung des Vertrauensschutzes erfolgt die Durchführung und Steuerung des Programms sowie die Qualitätssicherung im Programm soweit wie möglich auf Grundlage pseudonymisierter Daten. Die Nutzung versichertenbezogener Daten durch die Krankenkassen erfolgt ausschließlich in dem durch die RSAV, den DMP-A-RL und den Bestimmungen dieser Vereinbarung festgelegten Umfang.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL bis einschließlich ihrer 8. Änderung (Beschlussfassung vom 20.04.2017). Dieser Vertrag tritt zum 01.10.2018 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt den Vertrag der am 01.07.2013 in Kraft getreten ist. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Vertragsärzte bzw. Einschreibung der Versicherten mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist nicht notwendig.

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

§ I Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP Brustkrebs in Baden-Württemberg. Über dieses Behandlungsprogramm soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten, Krankenhäusern, den weiteren Leistungserbringern sowie den Partnern dieser Vereinbarung und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung von Versicherten mit Brustkrebs gewährleistet werden.
- (2) Darüber hinaus soll die Patientin durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen angeregt werden, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und die in Absatz 3 genannten Ziele zu erreichen.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an das DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung festgelegt.
- (4) Dabei soll die Behandlung der Krankheit insbesondere
 1. nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz erfolgen,
 2. den diagnosebezogenen Therapiezielen entsprechen und, soweit medizinisch sinnvoll und möglich, auf der Grundlage individueller und aktueller Informationen und Zielvereinbarungen mit der eingeschriebenen Versicherten erfolgen,

3. bei der Kooperation der Versorgungsebenen die Vorgaben für eine qualitätsorientierte und effiziente Versorgung beachten,
4. umfassende Nachsorge, insbesondere im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation,
5. das frühzeitige Erkennen eines lokoregionären Rezidivs bzw. eines kontralateralen Tumors,
6. die Unterstützung der Patientin in der Umsetzung der empfohlenen und vereinbarten Therapie und
7. die Einleitung geeigneter vorbeugender Maßnahmen sowie das frühzeitige Erkennen von Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Therapie.

§ 2 Geltungsbereich

Grundlage dieser Vereinbarung ist insbesondere die RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Anlagen dieser Vereinbarung, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich der Anlage 3 und 4 der DMP-A-RL.

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 1. Ärzte, welche die Voraussetzungen nach § 4 Absatz 1 dieser Vereinbarung – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen und nach Maßgabe des § 4 Absatz 1 und 2 ihre Teilnahme bzw. ihre Mitwirkung erklärt haben.
 2. die vertragsschließenden Krankenkassen und die von den vertragsschließenden Verbänden vertretenen Krankenkassen und deren Versicherte bei der Behandlung und Betreuung der Versicherten im DMP.
- (2) Der Vereinbarung können weitere AOKen beitreten, sofern sie erklären, dass sie die Finanzierungsregelungen (im Rahmen des Fremdkassenausgleiches) anerkennen. Die KVBW informiert die teilnehmenden Vertragsärzte. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für die beigetretenen AOKen. Die Durchführung des Programms erfolgt für die beigetretenen AOKen durch die AOK Baden-Württemberg.
- (3) Für Versicherte weiterer IKKs, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, erfolgt die Durchführung des Programms durch die versichernde IKK.

Abschnitt II Einbindung von Krankenhäusern und Krankenhausärzten, Teilnahme von Ärzten

§ 3 Einbindung von Krankenhäusern und Krankenhausärzten

Die Einbindung von Krankenhäusern und Krankenhausärzten bei der Versorgung von Frauen mit Brustkrebs nach dieser Vereinbarung wird in einer gesonderten Vereinbarung zwischen den Verbänden und der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) geregelt.

§ 4 Teilnahme der Leistungserbringer

- (1) Zur Teilnahme als DMP-Arzt berechtigt sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und fachärztlich tätigen Internisten, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen und dies gegenüber der KVBW nachweisen. Krankenhausärzte haben bei Antragstellung eine Bescheinigung des Krankenhausträgers vorzulegen, dass sie von diesem als DMP-Arzt ihrer Einrichtung bestimmt sind. Änderungen oder Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen sind der KVBW unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (2) Auf Wunsch der Versicherten kann ein an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V teilnehmender Vertragsarzt koordinierende Funktion des in Absatz 1 genannten DMP-Arztes übernehmen. Hierzu bedarf es bei Erfüllung der Anforderungen nach Anlage 1 einer schriftlichen Genehmigung zur Teilnahme am DMP Brustkrebs durch die KVBW. In diesen Fällen übernimmt der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt die Aufgaben nach § 8 dieser Vereinbarung.
- (3) Der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt beantragt bei der KVBW die Genehmigung zur Teilnahme am DMP Brustkrebs nach § 4 Absatz 1 oder 3 (DMP-Arzt) sowie den in Anlage 1 § 1 (Strukturqualität) dieser Vereinbarung weiter genannten Qualifikationen schriftlich. Der Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung gemäß Anlage 7 wird in der jeweils aktuellen Fassung auf der Homepage der KVBW veröffentlicht.
- (4) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag nach Absatz 4 bestätigt der anstellende Arzt (bzw. der Leiter des MVZ), dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (5) Sollen Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt (bzw. der Leiter des MVZ) die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KVBW nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVBW vom anstellenden Arzt (bzw. dem Leiter des MVZ) unverzüglich schriftlich mitgeteilt.

§ 5 Verzeichnis der an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Leistungserbringer gem. § 4 führt die KVBW ein Verzeichnis.
- (2) Die KVBW stellt ein Verzeichnis gemäß Anlage 8 den Datenstellen regelmäßig in elektronischer Form im XML-Format zur Verfügung. Die Datenstellen übermitteln dieses Verzeichnis im Excel-Format den Verbänden mit Ausnahme der SVLFG. Die BWKG und die SVLFG erhalten das Verzeichnis im Excel-Format direkt von der KVBW.
- (3) Das Leistungserbringerverzeichnis (Anlage 8) umfasst insbesondere arztbezogen folgende Inhalte:
 - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbracht werden,
 - lebenslange Arzt- und Betriebsstättennummer und
 - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.

- (4) Das Leistungserbringerverzeichnis (Anlage 8) wird außerdem seitens der KVBW den DMP-Ärzten und bei Bedarf seitens der Krankenkassen den teilnehmenden und teilnahmeinteressierten Versicherten zur Verfügung gestellt.
- (5) Die Krankenkassen stellen das Leistungserbringerverzeichnis (Anlage 8) in aktualisierter Form dem BVA und der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde auf Anforderung zur Verfügung. Ungeachtet von Satz 1, werden dem BVA alle 5 Jahre die Leistungserbringerverzeichnisse in aktualisierter Form vorgelegt.
- (6) Die Vertragspartner sind berechtigt, das Leistungserbringerverzeichnis (Anlage 8) zu veröffentlichen und im Internet bereitzustellen, sofern die Zustimmung des Arztes zur Internetveröffentlichung vorliegt.

§ 6

Beginn und Ende der Teilnahme am DMP

- (1) Die Teilnahme des Arztes nach § 4 Absatz 1 oder Absatz 3 beginnt vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme mit dem Tag des Eingangs des Antrages bei der KVBW. Die Teilnahme wird schriftlich genehmigt.
- (2) Der DMP-Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVBW kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Endet die Teilnahme eines DMP-Arztes, können die Krankenkassen die hiervon betroffenen Versicherten auf weitere DMP-Ärzte aufmerksam machen, um ihnen den Wechsel des DMP-Arztes zu ermöglichen.
- (4) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet mit dem Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Die Teilnahme am DMP ruht während des Ruhens der Zulassung.
- (5) Die Teilnahme am DMP endet ferner mit dem rechtskräftigen Widerruf der Genehmigung durch die KVBW, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen.
- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 (Strukturqualität teilnahme- und mitwirkungsberechtigter Leistungserbringer/Krankenhausärzte) näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung und Dokumentation im DMP berechtigt. Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in der Betriebsstätte erlischt dessen Genehmigung.

§ 7

Wahl des DMP-Arztes

- (1) Die teilnahmeberechtigte Versicherte wählt für die Dauer der Primärtherapie ihren DMP-Arzt. Bei der Information/Beratung der Versicherten durch die beteiligten Leistungserbringer und Krankenkassen ist der Versorgungsweg gemäß Anlage 3b dieser Vereinbarung zu beachten.
- (2) Für die Zeit der Nachsorge ist die Patientin bei der Wahl des DMP-Arztes auf niedergelassene Ärzte nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 beschränkt.

§ 8

Aufgaben des DMP-Arztes

Zu den Aufgaben des DMP-Arztes gehören insbesondere:

- (1) die Erbringung der im Rahmen seiner gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung für die Behandlung der eingeschriebenen Patientinnen notwendigen Leistungen unter Beachtung der in der DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,

- (2) die Einweisungsempfehlung an Patientinnen mit histologisch gesicherter Brustkrebsdiagnose an gemäß § 3 eingebundene Krankenhäuser,
- (3) die Information, Beratung und Erstellung der Einschreibeunterlagen gemäß § 17 unter Beachtung des § 3 der DMP-A-RL sowie zum Versorgungsweg der Patientinnen nach der Anlage 3 b dieser Vereinbarung,
- (4) die beleghafte Erstellung und Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie die Übermittlung der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend der Anlage 4 der DMP-A-RL nach dem Abschnitt V und VI bis zum 5. des Folgemonats an die Datenstelle nach § 25. Die Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.
- (5) die Übermittlung des Datensatzes nach § 28 f Abs. 2 Nr. 1a) RSAV versicherten- und leistungserbringerbezogen spätestens innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die jeweilige Krankenkasse (oder an von ihr beauftragte Datenstelle) und die Arbeitsgemeinschaft (oder an von ihr beauftragte Datenstelle).
- (6) die Vergabe einer nur einmal zu vergebenden DMP-Fallnummer nach seiner Wahl für jede Versicherte, die aus maximal sieben Zeichen bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für eine Patientin verwendet werden,
- (7) die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der in der DMP-A-RL Anlage 3 Nummer 1.9 geregelten Versorgungsinhalte,
- (8) die Teilnahme an interdisziplinären Tumorkonferenzen und Fortbildungsveranstaltungen gemäß Anlage 1,
- (9) die Beachtung der vereinbarten Qualitätsziele gemäß § 11,
- (10) die Überweisung an andere Leistungserbringer, Veranlassung von Leistungen oder Verordnung von Krankenhausbehandlung im Rahmen dieser Vereinbarung und die damit verbundene Übermittlung von therapierelevanten Informationen (z. B. medikamentöse Therapie) und die Dokumentation entsprechender Informationen anderer Leistungserbringer, sofern die Patientin dem zustimmt,
- (11) die individuelle Prüfung, ob die Patientin von einer Rehabilitationsmaßnahme profitieren kann.
- (12) die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der DMP-Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Nummern 1-12 entsprechend. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL und 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.

§ 9 Ermächtigung von Krankenhausärzten

Soweit bestehende Ermächtigungen für die auf der Grundlage der gemäß § 3 getroffenen Vereinbarung benannten DMP-Ärzte sowie gemäß § 4 Absatz 2 mitwirkenden Krankenhausärzte nicht ausreichen, schließen die Krankenkassen unter Beachtung der Qualifikationsanforderungen gemäß Anlage 1 ergänzende Verträge zur Sicherstellung der ambulanten Therapieoptionen mit teilnehmenden Krankenhäusern.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 10

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs

Die medizinischen Anforderungen sind in den Anlagen 3 a bis c definiert und Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Inhalte entsprechenden Anforderungen nach Anlage 3 der DMP-A-RL und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieser Vereinbarung (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Absatz 2 SGB V, über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Die teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich durch ihren Antrag auf Teilnahme gemäß § 4 insbesondere, diese Versorgungsinhalte zu beachten.

Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 11

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die gemäß der Anlage 4 zu dieser Vereinbarung genannten Ziele. Hierzu gehört insbesondere der Bereich:

- Einhaltung der Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien gemäß der DMP-A-RL Anlage 3

Zur Auswertung der in Anlage 4 dieser Vereinbarung fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogen pseudonymisierte Dokumentationsdaten nach Anlage 4 der DMP-A-RL einzubeziehen.

§ 12

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind die in der Anlage 4 dieser Vereinbarung benannten Maßnahmen und Indikatoren zur Qualitätssicherung zugrunde zu legen. Über die Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner in der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 26 dieser Vereinbarung.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere entsprechend § 2 DMP-A-RL:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierte Dokumentationsdaten für die DMP-Ärzte nach § 4 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer,
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

§ 13 **Durchführung der Qualitätssicherung**

- (1) Die Datenstellen gemäß § 25 sichern mit der Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität die Qualität der Dokumentation und übernehmen mit der Nachforderung fehlender oder unplausibler Dokumentationsdaten eine Erinnerungsfunktion gegenüber den dokumentierenden DMP-Ärzten.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung nach § 26 führt auf Basis der ihr gemäß § 25 Absatz 2, Nummer 4 übermittelten Dokumentationsdaten nach Maßgabe der Anlage 4 und § 27 dieser Vereinbarung Qualitätssicherungsmaßnahmen durch.
- (3) Die Krankenkassen
 1. erinnern die eingeschriebenen Versicherten anhand schriftlicher Information an notwendige Nachsorge- und Behandlungstermine, wenn der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme in den von der zuständigen Datenstelle gemäß § 25 Absatz 3 Nr. 4 und Nr. 5 an die Krankenkasse gemeldeten Daten fehlen,
 2. berichten der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 26 in regelmäßigen Abständen über die Ergebnisse der Erinnerungsmaßnahmen und berücksichtigen die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Maßnahmen.
- (4) Die KVBW
 1. wertet unbeschadet der Regelungen zur Qualitätssicherung im DMP Brustkrebs gemäß Absatz 2 die ihr gemäß § 25 Absatz 2 Nr. 4 übermittelten Dokumentationsdaten arztbezogen aus und setzt daraus resultierende arztindividuelle Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungsqualität um,
 2. berichtet der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 26 in regelmäßigen Abständen über diese Qualitätssicherung und berücksichtigt die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.
- (5) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 4 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 14 **Information und Fortbildung der Leistungserbringer**

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVBW informieren die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer umfassend über Ziele und Inhalte des Behandlungsprogramms Brustkrebs gemäß der jeweils gültigen DMP-A-RL und RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die zu verwendenden Informationsmaterialien stimmen die Vertragspartner ab.
- (2) Die in Anlage 1 § 1 formulierten Fortbildungsmaßnahmen für die DMP-Ärzte dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele.
- (3) Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab.
- (4) Die Vertragspartner definieren nach Beratung in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 26 bedarfsorientiert weitere Anforderungen an die für das DMP relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Ärzte.
- (5) Die Fortbildungsmaßnahmen erfolgen gemäß den Inhalten der jeweils gültigen Fassung der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung.

- (6) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVBW nachzuweisen.

§ 15 Vertragsmaßnahmen

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannte Vertragsverstöße der DMP-Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Verletzen die nach § 4 teilnehmenden Ärzte die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen, erfolgen im Einzelfall die nachstehenden Maßnahmen:
- keine Vergütung für unvollständige, unplausible oder nicht fristgerecht übermittelte Dokumentationen,
 - Aufforderung durch die KVBW zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen, ggf. Angebot eines Beratungsgespräches durch die KVBW (z.B. bei fortgesetzter nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
 - bei weiteren nachgewiesenen Verletzungen der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen, auf begründeten Antrag eines Vertragspartners, Widerruf der Teilnahmegenehmigung des Arztes durch die KVBW (Ausschluss).

Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 16 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß den Bestimmungen dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern die allgemeinen Einschreibekriterien des § 3 DMP-A-RL erfüllt sind:
1. die schriftliche Bestätigung der histologisch gesicherten Diagnose gemäß Anlage 3 Nummer 1.2 DMP-A-RL durch den DMP-Arzt.
 2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten.
 3. 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.
 4. die umfassende, auch schriftliche Information, dass in den Fällen des § 28f Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder einen von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihrer Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.
- (2) Nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose endet die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv bzw. kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere zehn Jahre ab dem Zeitpunkt der jeweiligen

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

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

§ 17

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkasse wird ihre Versicherten entsprechend § 28d Absatz 1 Nr. 3 RSAV und § 3 Absatz 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch eine Patientinneninformation (Anlage 6) umfassend über das DMP informieren. Die Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- (2) Die DMP-Ärzte informieren entsprechend § 28d Absatz 1 Nr. 3 RSAV und § 3 Absatz 1 DMP-A-RL unter Berücksichtigung des Versorgungsweges gemäß Anlagen 3 b diejenigen ihrer Patientinnen, die nach § 16 teilnehmen können; der DMP-Arzt soll dabei auf die Möglichkeit der Information und Aufklärung über die Einschreibung und weitere unterstützende Maßnahmen bei der Krankenkasse verweisen. Die Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 18 bei einem DMP-Arzt oder einem zugelassenen MVZ einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung der Versicherten in das DMP ist auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 18 die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Arzt notwendig.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt die Versicherte ihren DMP-Arzt bzw. ihr zugelassenes MVZ. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte DMP-Arzt bzw. das zugelassene MVZ an dieser Vereinbarung teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 4 der DMP-A-RL an die jeweils zuständige Datenstelle nach § 25 weiterleitet. Kann bei präoperativer Einschreibung die Erstdokumentation nicht vollständig ausgefüllt werden, wird dies innerhalb von vier Wochen nach erfolgter Operation nachgeholt, indem in der postoperativen Dokumentation in den Feldern 10 bis 13 keine Angaben gemacht werden. Die Krankenkasse stellt sicher, dass die Versicherte sich nur bei einem DMP-Arzt bzw. MVZ einschreibt.
- (5) Die Versicherte kann auch bei der Krankenkasse die Teilnahme- und Einwilligungserklärung für das DMP abgeben. In diesem Fall wird die Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an den von ihr gewählten DMP-Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 4 erstellt werden können.
- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 und 4 bei der Krankenkasse vorliegen, bestätigt die Krankenkasse der Versicherten und dem DMP-Arzt schriftlich die Teilnahme der Versicherten an dem DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wenn die Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL und 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.

§ 18

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 28d Absatz 1 Nr. 3 RSAV sowie § 3 Absatz 1 DMP-A-RL und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung gemäß Anlage 5b (Patienteninformation zum Datenschutz) erklärt sich die Versicherte zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt in die Übermittlung ihrer personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

§ 19 Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am DMP beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 17 Absatz 6 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 17 Absatz 3 und 4 plausibel und fristgerecht erstellt wurde.
- (2) Die Versicherte kann ihre Teilnahme jederzeit gegenüber der Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern sie keinen späteren Termin für ihr Ausscheiden bestimmt, mit dem Tag des Zugangs der Kündigungserklärung aus dem DMP aus.
- (3) Die Teilnahme der Versicherten am DMP Brustkrebs endet weiterhin mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation bei Wegfall der Einschreibe-/Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 28d Absatz 2 Nr. 2 RSAV, wenn
 - die Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt.
 - zwei aufeinander folgende Dokumentationen gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL nicht vollständig, plausibel oder fristgerecht (Übermittlungsfrist: §28 f Abs. 2 Nr. 1a RSAV in Verbindung mit § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV) an die zuständige Datenstelle übermittelt wurden.
 - Die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm endet weiterhin mit dem Tag der letzten Dokumentation gemäß Anlage 4 der DMP-A-RL bei Wegfall der Einschreibe-/Teilnahmevoraussetzungen.

Die Teilnahme der Versicherten endet insbesondere mit dem Tag

- der Aufhebung der Zulassung nach § 137g Absatz 3 SGB V
 - des Zugangs des Widerrufs bei der Krankenkasse bei Widerruf der Einwilligungserklärung
 - des Kassenwechsels (Ausnahme: Liegt eine Unterbrechung der Zugehörigkeit der Versicherten zu einer Krankenkasse vor, die sich über nicht mehr als sechs Monate erstreckt, kann ihre Teilnahme am Programm aufgrund einer Folgedokumentation nach Anlage 4 der DMP-A-RL fortgesetzt werden. Während der Unterbrechungszeit gilt § 28d Absatz 2 Nr. 2 RSAV entsprechend)
- (4) Die Krankenkasse informiert die Versicherte, den DMP-Arzt und die zuständige Datenstelle gemäß § 25 unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden der Versicherten aus dem DMP.

§ 20 Wechsel des DMP-Arztes

Es steht der Versicherten - unbeschadet § 7 Absatz 2 - frei, ihren DMP- Arzt zu wechseln. Der neu gewählte DMP-Arzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 25. Der bisherige DMP-Arzt ist verpflichtet, dem neuen DMP-Arzt unverzüglich nach Bekanntwerden des Wechsels die therapie-relevanten Informationen und die bisherigen Dokumentationsdaten zu übergeben, sofern die Versicherte ihre Zustimmung hierfür erteilt. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines DMP-Arztes.

§ 21 Versichertenverzeichnis

Die Krankenkasse übermittelt der KVBW bei Bedarf in elektronischer Form eine Liste mit den Krankenversicherernummern für die gemäß § 17 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

§ 22 Information der Versicherten

Die Krankenkasse informiert anhand einer Patientinneninformation ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.

Abschnitt VI Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung

§ 23 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Partner dieser Vereinbarung bilden zusammen mit der BWKG eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 24 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Absatz 2 RSAV insbesondere die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 4 DMP-A-RL zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVBW und die nach § 26 gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X und Art. 28 DS-GVO die Datenstelle gemäß § 28 mit der Durchführung der in Absatz 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 25 Datenstelle

- (1) Die Vertragspartner verständigen sich über zuständige Datenstellen.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 23 beauftragt die zuständigen Datenstellen mit folgenden Aufgaben:
 1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
 3. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 DMP-A-RL und
 4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nach § 26 und die KVBW.
- (3) Die Krankenkassen beauftragen die zuständigen Datenstellen mit folgenden Aufgaben:
 1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,

3. Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle,
 4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL Anlage 4 unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.
- (4) Der DMP-Arzt beauftragt die zuständigen Datenstellen mit folgenden Aufgaben:
1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 DMP-A-RL an die Arbeitsgemeinschaft und an die jeweilige Krankenkasse.
- (5) Zur Erfüllung der in § 25 Absatz 4 genannten Aufgaben genehmigt der DMP-Arzt mit seiner Unterschrift auf dem Antrag nach § 4 Absatz 4 die mit den zuständigen Datenstellen geschlossenen Verträge.
- (6) Das Nähere zu § 25 Absatz 2 und 3 wird mit den zuständigen Datenstellen in gesonderten Verträgen nach § 80 SGB X geregelt. Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich darauf, dass die Gemeinsame Einrichtung die zuständigen Datenstellen zu einem späteren Zeitpunkt mit noch zu bestimmenden Aufgaben der Datenaufbereitung beauftragen kann. Wird eine entsprechende Beauftragung vorgenommen, ist der hierzu nach § 80 SGB X notwendige Vertrag dem BVA unverzüglich zu übermitteln.

§ 26

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Partner dieser Vereinbarung bilden zusammen mit der BWKG eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 27

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat neben den Vertragsmaßnahmen gemäß § 15 Absatz 1 die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die Qualitätssicherung des Programmablaufes zur Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele gemäß der Anlage 3 Nummer 2 DMP-A-RL durchzuführen. Dies umfasst insbesondere:
1. die arztbezogene Aufbereitung der Dokumentationsdaten nach der Anlage 4 DMP-A-RL in einer für die Verlaufsbeurteilung des Programms geeigneten Form,
 2. die Rückmeldung an die beteiligten Leistungserbringer über die arztbezogenen Ergebnisse der Auswertung der Dokumentationsdaten,
 3. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 3 Nummer 2 DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten und der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 4 DMP-A-RL,
 4. die regelmäßige Bewertung der Umsetzung des Vertrages anhand der aufbereiteten Daten insbesondere unter der Fragestellung, ob die Dokumentationsqualität ausreichend ist, die Anforderungen an die Behandlung von den Vertragsärzten/ermächtigten Krankenhausärzten beachtet werden und die aktive Teilnahme der Versicherten ausreicht,
 5. die Entgegennahme der regelmäßigen Berichte der KVBW und der jeweiligen Krankenkasse über die Ergebnisse der arztbezogenen Qualitätssicherung sowie der arzt- und versichertenbezogenen Erinnerungsmaßnahmen,
 6. die Pseudonymisierung des Arztbezuges und die Übermittlung der Daten zur Evaluation gemäß § 6 DMP-A-RL sowie der jeweils gültigen Evaluationskriterien,

7. die Formulierung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Erinnerungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen,
 8. die Übermittlung der Daten zur Evaluation nach § 28g RSAV und § 6 DMP-A-RL.
- (2) Darüber hinaus obliegt der Gemeinsamen Einrichtung die Beschlussfassung zur Verwendung von bewerteten Leistungsdaten der Krankenkasse ohne Versichertenbezug für weitere Auswertungen, insbesondere zu individuellen medizinischen Auffälligkeiten. Die Krankenkasse stellt hierzu die verfügbaren erforderlichen Daten bereit.

Abschnitt VII

Datenfluss und Datenverwendung

§ 28

Erst- und Folgedokumentation

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in Anlage 4 DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung, die Schulung der Versicherten und Vertragsärzte und die Evaluation genutzt. Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Für die präoperative Einschreibung ist eine Erstdokumentation i.S. des § 17 Absatz 4 ausreichend. Die weiteren erforderlichen Daten der Erstdokumentation sind innerhalb von 4 Wochen nach der Operation nachzureichen.
- (3) Zusammen mit der in der Anlage 3 Nummer 1.5 DMP-A-RL vorgesehenen Nachsorgeuntersuchung ist eine Folgedokumentation zu erstellen. Die Nachsorge erfolgt nach Anlage 3 DMP-A-RL in der Regel in den ersten 3 Jahren vierteljährlich, im vierten und fünften Jahr halbjährlich, danach jährlich. Abweichend davon können im individuellen Fall kürzere, quartalsweise Untersuchungsintervalle gewählt werden.
- (4) Die Übermittlung elektronischer Dokumentationen wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 29

Datenverwendung

- (1) Die nach § 25 Absatz 3 an die Krankenkasse weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze nach der Anlage 4 DMP-A-RL werden von der Krankenkasse nur für folgende Zwecke genutzt:
 1. schriftliche Information von Versicherten nach § 22,
 2. schriftliche Information von Versicherten nach § 13 Absatz 3 zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Arztbesuche zur Erstellung der Folgedokumentation,
 3. ergänzende Information der Versicherten über die Krankheit und deren Zusammenhänge und Folgen und
 4. Beendigung der Teilnahme gemäß § 28 d Absatz 2 Nr. 2 der RSAV.
- (2) Die Maßnahmen nach Absatz 1 erfolgen unter Beachtung folgender Regelungen:
 1. Maßnahmen der Krankenkasse ohne Benehmen mit dem DMP-Arzt
 - allgemeine Information (Broschüren) über Brustkrebs
 - Beendigung der Teilnahme gemäß § 28d Absatz 2 Nr. 2 der RSAV

2. Maßnahmen der Krankenkasse im Benehmen mit dem DMP-Arzt
 - Erinnerung an einen Arztbesuch
 - Erstellung eines Rehabilitationsplanes nach dem SGB IX
 - individuelle Beratung über weitere Leistungen auf Initiative der Krankenkassen
- (3) Die Regelungen zur Datenverwendung gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des DMP bis zum Ende der in § 31 genannten Aufbewahrungsfrist.

§ 30 Datenzugang

Zugang zu den an die Arbeitsgemeinschaft oder Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten. Gleiches gilt für den Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, die KVBW sowie die Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten.

§ 31 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von der Arbeitsgemeinschaft oder der Datenstelle gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V archiviert bzw. vernichtet. Dabei sind die datenschutzrechtlichen Regelungen zur Archivierung von Daten zu beachten. Die vollständige Löschung der Daten ist den Vertragspartnern in geeigneter Weise zu belegen.

Gleiches gilt für Daten, die an die Gemeinsame Einrichtung, die KVBW, sowie die Krankenkassen, übermittelt werden. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung des Vertrages.

Abschnitt VIII Evaluation

§ 32 Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Absatz 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Beachtung des § 6 DMP-A-RL der sowie der jeweils gültigen Evaluationskriterien.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden den externen evaluierenden Instituten von der Gemeinsamen Einrichtung, der Arbeitsgemeinschaft nach § 26 sowie den Krankenkassen in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt. Die Bewertung der strukturierten Behandlungsprogramme hat sich zumindest zu erstrecken auf die Strukturqualität, die Prozessqualität, die Ergebnisqualität und die Wirkungen auf die Kosten der Versorgung gemäß § 6 DMP-A-RL.
- (3) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten der Anlage 4 DMP-A-RL, die Abrechnungsdaten der KVBW gemäß § 295 Absatz 2 Satz 3 SGB V, die Daten zur Lebensqualitätsbefragung und die Abrechnungs- und Leistungsdaten der jeweiligen Krankenkasse.

Abschnitt IX Vergütung und Abrechnung

§ 33 Vergütung und Abrechnung

Die Vergütung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen sowie weiterer im Zusammenhang mit dem DMP stehender Leistungen und Kosten werden in gesonderten Vereinbarungen geregelt.

Abschnitt X Sonstige Bestimmungen

§ 34 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die Datenübermittlung gemäß § 295 Absatz 2 Satz 3 SGB V erfolgt gemäß den dazu getroffenen Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die für Prüfzwecke im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ggf. angeforderten Unterlagen werden von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.
- (3) Die Vertragspartner beachten für die Datenverarbeitung die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO, dem Bundesdatenschutzgesetz, dem Landesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch.

§ 35 Haftung

Eine Haftung der KVBW für etwaige der Krankenkasse im Rahmen des Risikostrukturausgleichs entstehende Nachteile ist ausgeschlossen.

§ 36 Laufzeit und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2018 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt den Vertrag der am 01.07.2013 in Kraft getreten ist. Ein erneuter Antrag der Ärzte auf Teilnahme bzw. eine erneute Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass Vertragsänderungen oder Anpassungen des hier geregelten DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der DMP-A-RL und 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 bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Absatz 2 SGB V, vorgenommen werden.
- (3) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung oder Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms durch das BVA, kann die Vereinbarung mit einer Frist von zwei Wochen zum Ende eines Kalendermonats von jedem Vertragspartner gekündigt werden. Die Vertragspartner prüfen, ob eine Anschlussregelung getroffen werden kann.

§ 37 Salvatorische Klausel

- (1) Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Vertragspartner verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung und der sonstigen rechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

- (2) Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen und sonstigen rechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.

Anlage 1: Strukturqualität teilnahme- und mitwirkungsberechtigter Leistungserbringer

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

§ 1 Strukturqualität teilnahmeberechtigter Leistungserbringer

(1) Zur Teilnahme als DMP-Arzt gemäß § 4 Absatz 1 der Vereinbarung DMP Brustkrebs sind Leistungserbringer berechtigt, die folgende Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen:

1. Ärzte mit der Berechtigung zum Führen der **Gebietsbezeichnung Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe** müssen die folgenden Voraussetzungen persönlich (gilt zwingend für Krankenhausärzte) oder durch angestellte Ärzte erfüllen:

- Teilnahme an einer halbtägigen **Einführungsveranstaltung** (med. Inhalte gemäß der Anlage 3 Ziffer 1 der DMP-A-RL, Information zu psychosozialer Diagnostik, insbesondere HADS¹, und Gesprächsführung);
alternativ: Kenntnissnahme des Arzt-/ **Praxismanuals**,
- Mindestens einmal im Jahr Teilnahme an einer **interdisziplinären Tumorkonferenz**, bei der psychoonkologische Fragestellungen berücksichtigt werden. Die Konferenz muss die Anforderungen der Landesärztekammer Baden-Württemberg zur Anerkennung als Fortbildungsmaßnahme erfüllen oder an einem nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Brustzentrum abgehalten werden.
- Der DMP-Arzt nimmt einmal im Jahr an einer von der Landesärztekammer anerkannten Fortbildungsmaßnahme zu psychoonkologischen Fragestellungen teil. Diese Veranstaltung kann durch den Nachweis der Teilnahme an einer von der LÄK anerkannten Balintgruppe ersetzt werden.
- Einmal in zwei Jahren Teilnahme an einer **spezifischen Fortbildungsveranstaltung** zum Thema Brustkrebs (z. B. Konsensuskonferenz). Die Veranstaltung muss von der Landesärztekammer Baden-Württemberg zertifiziert sein. Qualitativ vergleichbare, im Ausland (Schweiz, Österreich, Italien) absolvierte Fortbildungsveranstaltungen werden anerkannt.
- Nachweis **psychosozialer Kompetenz** gemäß Absatz 4

2. Fachärztlich tätige niedergelassene **Internisten oder Fachärzte für Innere Medizin** an Krankenhäusern mit der Berechtigung zum Führen der **Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Internistische Onkologie**

oder

¹ „HADS“ steht für Hospital Anxiety and Depression Scale; Fragebogen, der zum Einsatz kommt, um das Ausmaß der Ängstlichkeit / Depressivität der Patientin zu erfassen

fachärztlich tätige niedergelassene **Internisten oder Fachärzte für Innere Medizin** an Krankenhäusern, die die **fachliche Qualifikation zur Erbringung der intravasalen zytostatischen Chemotherapie** entsprechend § 3 der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten („Onkologie-Vereinbarung“, Anlage 7 Bundesmantelverträge) besitzen

und die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

Teilnahme an einer halbtägigen **Einführungsveranstaltung** (med. Inhalte gemäß der Anlage 3 Ziffer 1 der DMP-A-RL, Information zu psychosozialer Diagnostik, insbesondere HADS, und Gesprächsführung);
alternativ: Kenntnisnahme des Arzt-/**Praxismanuals**,

- Mindestens einmal im Jahr Teilnahme an einer **interdisziplinären Tumorkonferenz**, bei der psychoonkologische Fragestellungen berücksichtigt werden. Die Konferenz muss die Anforderungen der Landesärztekammer Baden-Württemberg zur Anerkennung als Fortbildungsmaßnahme erfüllen oder an einem nach den Kriterien der DKG zertifizierten Brustzentrum abgehalten werden.
- Der DMP-Arzt nimmt einmal im Jahr an einer von der Landesärztekammer anerkannten Fortbildungsmaßnahme zu psychoonkologischen Fragestellungen teil. Diese Veranstaltung kann durch den Nachweis der Teilnahme an einer von der LÄK anerkannten Balintgruppe ersetzt werden.
- Einmal in zwei Jahren Teilnahme an einer **spezifischen Fortbildungsveranstaltung** zum Thema Brustkrebs (z.B. Konsensuskonferenz). Die Veranstaltung muss von der Landesärztekammer Baden-Württemberg zertifiziert sein. Qualitativ vergleichbare, im Ausland (Schweiz, Österreich, Italien) absolvierte Fortbildungsveranstaltungen werden anerkannt.
- Nachweis **psychosozialer Kompetenz** gemäß Absatz 4.

3. An der **hausärztlichen Versorgung** gemäß § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmende Vertragsärzte, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Teilnahme an einer eintägigen **Einführungsveranstaltung** (Vertragsinhalte, medizinische Inhalte gemäß der Anlage 3 Ziffer 1 der DMP-A-RL, Information zu psychosozialer Versorgung und Psychoonkologischer Betreuung, Informationen zum aktuellen Stand der Diagnostik und Therapie des Brustkrebs),
- Kenntnisnahme des Arzt-/**Praxismanuals**,
- Mindestens einmal im Jahr Teilnahme an einer **interdisziplinären Tumorkonferenz**, bei der psychoonkologische Fragestellungen berücksichtigt werden. Die Konferenz muss die Anforderungen der Landesärztekammer Baden-Württemberg zur Anerkennung als Fortbildungsmaßnahme erfüllen oder an einem nach den Kriterien der DKG zertifizierten Brustzentrum abgehalten werden.

- Der DMP-Arzt nimmt einmal im Jahr an einer von der Landesärztekammer anerkannten Fortbildungsmaßnahme zu psychoonkologischen Fragestellungen teil. Diese Veranstaltung kann durch den Nachweis der Teilnahme an einer von der LÄK anerkannten Balintgruppe ersetzt werden.
 - Einmal in zwei Jahren Teilnahme an einer **spezifischen Fortbildungsveranstaltung** zum Thema Brustkrebs (z. B. Konsensuskonferenz). Die Veranstaltung muss von der Landesärztekammer Baden-Württemberg zertifiziert sein. Qualitativ vergleichbare, im Ausland (Schweiz, Österreich, Italien) absolvierte Fortbildungsveranstaltungen werden anerkannt.
 - Nachweis psychosozialer Kompetenz gemäß Absatz 4
- (2) Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.
- (3) Die Krankenhausärzte müssen darüber hinaus von einem Krankenhaus nach § 3 der Vereinbarung DMP Brustkrebs als DMP-Arzt benannt sein.
- (4) Nachweis psychosozialer Kompetenz durch DMP-Ärzte.

Der Nachweis psychosozialer Kompetenz gilt als erbracht, wenn der DMP-Arzt an der Einführungsveranstaltung gemäß § 1 Absatz 1 Nummer 1-3 teilgenommen bzw. der Arzt nach § 1 Absatz 1 Nummer 1 und 2 alternativ das Arzt-/Praxismanual zur Kenntnis genommen hat

und

Informationen zu folgenden Punkten erhalten hat:

- Rahmenbedingungen häuslicher Pflege in sozialrechtlicher Hinsicht
- vorhandene Pflegedienste im Umfeld der Patientin
- Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Umfeld der Patientin
- Hilfsmittelversorgung im Umfeld der Patientin
- Möglichkeiten der ambulanten und stationären Rehabilitation
- Kontakte zu Selbsthilfegruppen, Krankenkassen

§ 2 Strukturqualität mitwirkungsberechtigter Leistungserbringer

Radiologie	Facharzt für Diagnostische Radiologie Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Berechtigung zur Durchführung von Mammographien
Chemotherapie	Fachärzte, die die fachliche Qualifikation zur Erbringung der intravasalen zytostatischen Chemotherapie entsprechend § 3 Onkologie-Vereinbarung besitzen
Psychotherapie	Vertragsärzte/Krankenhausärzte und Vertragspsychotherapeuten/Krankenhauspsychotherapeuten, die folgende Voraussetzungen erfüllen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte für Psychotherapeutische Medizin ▪ Ärzte für Psychiatrie, Psychotherapie ▪ Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse ▪ psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach der Prüfungs- und Ausbildungsverordnung

Anlage 2: Dokumentationen

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

Auszug aus der Anlage 4 DMP-A-RL

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

Brustkrebs – Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Nachname, Vorname
3	Geburtsdatum der/ des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträgername	Name der Krankenkasse
5	Kostenträgerkennung	9 bzw. 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
Einschreibung		
Mindestens eine der Zeilen 10 bis 13 muss für die Einschreibung ausgefüllt sein.		
10	Primärtumor Datum der histologischen Sicherung	TT.MM.JJJJ
11	Kontralateraler Brustkrebs Datum der histologischen Sicherung	TT.MM.JJJJ
12	Lokoregionäres Rezidiv Datum der histologischen Sicherung	TT.MM.JJJJ
13	Femmetastasen Datum der diagnostischen Sicherung von Femmetastasen ¹	TT.MM.JJJJ

¹ Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Bei Einschreibung wegen Femmetastasen muss eines der Felder 10 bis 12-zumindest mit einer Jahreszahl ausgefüllt werden.

Bei Einschreibung wegen eines Primärtumors/ eines kontralateralen Brustkrebses sind die Zeilen 14 bis 23 auszufüllen.		
Bei Einschreibung wegen Fernmetastasen sind die Zeilen 24 und 25 auszufüllen.		
Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses		
14	Operative Therapie	BET / Mastektomie / Sentinel-Lymphknoten-Biopsie / Axilläre Lymphonodektomie / Anderes Vorgehen / OP geplant ² / OP nicht geplant (Mehrfachnennung möglich)
Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses		
15	TNM-Klassifizierung	(p) Pathologisch (postoperativ) / (c) Klinisch / (yp) Pathologisch (postoperativ) nach neoadjuvanter Therapie
16	T	X / Tis ³ / 0 / 1 / 2 / 3 / 4
17	N	X / 0 / 1 / 2 / 3
18	M	0 / 1
19	Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron (gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) ⁴	Positiv / Negativ / Unbekannt
Behandlung des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses		
20	Aktuelle adjuvante endokrine Therapie ⁵	Aromataseinhibitoren / Tamoxifen / Andere / Keine / Endokrine Therapie geplant
21	Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie ⁶	Nein / nicht belastend / mäßig belastend / stark belastend / nicht erfragt
22	Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie ⁷	Vor dem abgeschlossenen 5. Jahr abgebrochen / Regulär nach fünf Jahren abgeschlossen / Aktuell andauernd, seit weniger als 5 Jahren / Aktuell andauernd, Fortführung über fünf Jahre hinaus / Keine endokrine Therapie durchgeführt
23	Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund ⁸	Auffällig/Unauffällig/Unbekannt
Befunde und Therapie von Fernmetastasen		

² Hinweis für Ausfüllanleitung: Im Falle einer präoperativen Einschreibung müssen die fehlenden Daten der Erstdokumentation nachgeliefert werden.

³ Hinweis für Ausfüllanleitung: Tis beinhaltet nur DCIS-Fälle.

⁴ Hinweis für Ausfüllanleitung: Verweis auf Remmele et al. 1987

⁵ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Nur bei positivem Hormonrezeptorstatus auszufüllen

⁶ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Nur bei endokriner Therapie auszufüllen

⁷ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Nur bei positivem Hormonrezeptorstatus auszufüllen

⁸ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Nur bei AI-Therapie auszufüllen

24	Lokalisation von Fernmetastasen	Knochen / viszeral / ZNS / Andere (Mehrfachnennung möglich)
25	Therapie bei Knochenmetastasen ⁹	a) Bisphosphonate: Ja / Nein / Kontraindikation b) Denosumab: Ja / Nein / Kontraindikation
Sonstige Befunde		
26	Symptomatisches Lymphödem	Ja, Kompressionsamstrumpftherapie erforderlich / Ja, keine Kompressionsamstrumpftherapie erforderlich / Nein
27	Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgegeben	Ja/ Nein
28	Z. n. besonders kardiotoxischer Tumorthherapie ¹⁰	Anthrazykline (Doxorubicin, Epirubicin)/ Trastuzumab/ linksthorakale Bestrahlung/ Unbekannt/ Nein
29	Körpergröße	cm
30	Körpergewicht	kg

⁹ Hinweis für die **Ausfüllanleitung**: nur bei Knochenmetastasen (Feld 25) auszufüllen

¹⁰ Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Im Falle aktuell noch laufender Therapien sind diese ebenfalls zu dokumentieren.

Brustkrebs – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Nachname, Vorname
3	Geburtsdatum der/ des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträgername	Name der Krankenkasse
5	Kostenträgerkennung	9 bzw. 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 (adjuvante Therapie)		
11	Aktuelle adjuvante endokrine Therapie ¹¹	Aromataseinhibitor / Tamoxifen / Andere / Keine / Endokrine Therapie geplant
12	Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie ¹²	Nein / nicht belastend / mäßig belastend / stark belastend / nicht erfragt
13	Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie seit der letzten Dokumentation ¹³	Vor dem abgeschlossenen 5. Jahr abgebrochen / Regulär nach fünf Jahren abgeschlossen / Aktuell andauernd, seit weniger als fünf Jahren / Aktuell andauernd, Fortführung über fünf Jahre hinaus / Keine endokrine Therapie durchgeführt
14	Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund	Auffällig/Unauffällig/Unbekannt
Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse		

¹¹ Hinweis für die **Ausfüllanleitung**: nur bei positivem Hormonrezeptorstatus auszufüllen

¹² Hinweis für die **Ausfüllanleitung**: nur bei endokriner Therapie auszufüllen

¹³ Hinweis für die **Ausfüllanleitung**: nur bei positivem Hormonrezeptorstatus auszufüllen

15	Lokoregionäres Rezidiv (Datum der histologischen Sicherung)	TT.MM.JJJJ / Nein
16	Kontralateraler Brustkrebs (Datum der histologischen Sicherung)	TT.MM.JJJJ / Nein
17	Lokalisation von Fernmetastasen (Datum der diagnostischen Sicherung von Fernmetastasen)	TT.MM.JJJJ / Knochen / viszeral / ZNS / Andere / Nein (Mehrfachnennung möglich)
18	Biopsische Sicherung der viszeralen Metastasen ¹⁴	Ja / nein / geplant
19	Symptomatisches Lymphödem	Ja, Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich / Ja, keine Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich / Nein
Sonstige Befunde		
20	Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgegeben	Ja/ Nein
21	Z. n. besonders kardiotoxischer Tumortherapie ¹⁵	Anthrazykline (Doxorubicin, Epirubicin)/ Trastuzumab/ linksthorakale Bestrahlung/ Unbekannt/ Nein
22	Körpergröße	cm
23	Körpergewicht	kg
Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/ Fernmetastasen) ¹⁶		
24	Therapie bei Knochenmetastasen	a) Bisphosphonate: Ja / Nein / Kontraindikation b) Denosumab: Ja / Nein / Kontraindikation

¹⁴ Hinweis für die **Ausfüllanleitung**: nur bei viszeralen Metastasen (Feld 18) auszufüllen

¹⁵ Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Im Falle aktuell noch laufender Therapien sind diese ebenfalls zu dokumentieren.

¹⁶ Hinweis für **Ausfüllanleitung**: Zeile-25 sind nur auszufüllen, wenn eine fortgeschrittene Erkrankung bereits besteht oder neu festgestellt wurde.

Anlage 3a: Versorgungsinhalte

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

Auszug aus der Anlage 3 DMP-A-RL

Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen mit Brustkrebs

- 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

Beim Brustkrebs handelt es sich um eine von der Brustdrüse ausgehende bösartige Neubildung. 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.

1.3 Maßnahmen im Rahmen der Primärtherapie

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.

Die Notwendigkeit einer perioperativen Suche nach Fernmetastasen hängt von der zu erwartenden Wahrscheinlichkeit ihres Vorhandenseins und ihrer Bedeutung für die weitere Therapieplanung ab. Es sind grundsätzlich alle erhobenen diagnostischen Vorbefunde zu nutzen. Zur definitiven Therapieplanung gehört eine eingehende Überprüfung der vorhandenen und der noch zu erhebenden pathomorphologischen Befunde. Insbesondere folgende Inhalte der Befundung sind zu fordern:

- Tumortyp,
- metrische Messung der Tumorgroße,
- Lymphangiosis carcinomatosa, Gefäßeinbrüche,
- Multifokalität / Multizentrität,
- Lymphknotenstatus,
- Beurteilung der Schnittländer (Tumorinfiltration, Breite des gesunden Gewebesauemes),
- Ausdehnung des intraduktalen Tumoranteils,
- Differenzierungsgrad (Grading),
- Hormonrezeptorstatus,
- HER2-Status für invasive Karzinome.

1.4 Therapie

1.4.1 Grundsätze der Therapie

Vor Beginn der definitiven Therapie muss mit der Patientin ausführlich über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen gesprochen werden. Bei den operativen Verfahren müssen organerhaltende und ablative Verfahren, ebenso wie die Möglichkeit der Rekonstruktion, dargestellt werden. Der Patientin ist eine angemessene Zeit für die Entscheidungsfindung einzuräumen. Die Entscheidungsfindung sollte für jeden Behandlungsschritt in Diskussion mit der aufgeklärten Patientin erfolgen. 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. Auf die Möglichkeiten der Unterstützung durch die Selbsthilfe und spezielle Beratungseinrichtungen soll hingewiesen werden, entsprechende Kontaktadressen sollen zur Verfügung gestellt werden.

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).

Die Behandlung brustkrebserkrankter Patientinnen setzt eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation voraus. Bei Erstdiagnose des dukalen Carcinoma in situ (DCIS) oder des invasiven Mammakarzinoms sowie bei Rezidiv und/oder neu aufgetretener Metastasierung sollte patientenbezogen die Therapie interdisziplinär geklärt werden.

Die Ärztin / der Arzt informiert die Patientin in den einzelnen Phasen der Behandlung über Nutzen und Risiken der jeweils zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten.

Die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer hereditären Komponente soll anamnestisch überprüft werden. Sofern sich Hinweise dafür ergeben, soll die Patientin auf die Möglichkeit einer entsprechend speziell qualifizierten Beratung hingewiesen werden.

Frauen im gebärfähigen Alter sollen über die Notwendigkeit der Kontrazeption während der Therapie und über die möglichen Auswirkungen der systemischen Therapie auf die Fertilität informiert werden.

Besteht der Wunsch nach fertilitätserhaltenden Maßnahmen, soll die Patientin frühzeitig auf die Möglichkeit einer entsprechend fachlich qualifizierten Beratung hingewiesen werden.

Im gesamten Versorgungsprozess sind Maßnahmen der psychosozialen Betreuung zu berücksichtigen.

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

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

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

1.4.2 Operative Therapie des Brustkrebses ohne Sonderformen

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

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

Die operative Therapie kann sowohl organerhaltend als auch ablativ erfolgen (siehe 1.4.2.2 und 1.4.2.3).

Patientinnen mit lokal begrenzten Tumoren sollen der operativen Therapie zugeführt werden. Bei Indikation zu einer tumorspezifischen Systemtherapie soll geprüft werden, ob diese vor oder nach einer Operation erfolgen kann. Eine primäre systemische Therapie kann durch Reduktion des Tumorzvolumens die Wahrscheinlichkeit einer brusterhaltenden Operation erhöhen. Patientinnen mit einem lokal fortgeschrittenen Brustkrebs (T4-Tumor oder inflammatorischem Brustkrebs, siehe Nummer 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

Ist eine karzinomatöse Läsion nicht tastbar, muss sie durch eine präoperative Markierung lokalisiert und anhand dieser Lokalisation exstirpiert werden. 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

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. Die brusterhaltende Operation sollte - unter Berücksichtigung der Kontraindikationen - die bevorzugte Operationsmethode sein (siehe Nummer 1.4.2.3).

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, sofern der Tumor für eine primär systemische Therapie geeignet ist.

Neben der Tumorgöße sind bei der Entscheidung, ob eine brusterhaltende Therapie in Frage kommt, insbesondere die Tumorausdehnung, die Relation der Tumorgöße zum Restbrustvolumen und der Wunsch der aufgeklärten Patientin zu berücksichtigen.

Die Resektionsränder sollen bei der histopathologischen Untersuchung frei von Karzinom sein (R0).

1.4.2.3 Mastektomie

Die Mastektomie wird immer dann durchgeführt, wenn ein brusterhaltendes Vorgehen nicht möglich ist. Sie ist indiziert bei:

- inkompletter Entfernung des Tumors (inkl. intraduktale Komponente), auch nach Nachresektion,
- inflammatorischem Mammakarzinom nach Vorbehandlung,
- bestehendem Wunsch nach plastisch- chirurgischer Wiederherstellung des Körperbildes, wenn die Mastektomie die geeignetere Voraussetzung für ein kosmetisch zufriedenstellendes Ergebnis darstellt,
- klinischen Kontraindikationen zur Nachbestrahlung nach brusterhaltender Therapie.

Bei Multizentrität steht die Indikation zur Mastektomie im Vordergrund.

Die Mastektomie ist auch möglich auf Grund der Entscheidung der Patientin nach erfolgter angemessener Aufklärung.

Die Patientin ist im Falle der Mastektomie präoperativ über die Möglichkeiten der Wiederherstellung des Körperbildes zu beraten (vgl. Nummer 1.4.2.5).

Die Entscheidung über die Art des Mastektomieverfahrens soll die onkologische Sicherheit in der jeweiligen Indikation beachten.

1.4.2.4 Operative Eingriffe im Bereich der Axilla

Die Bestimmung des histologischen Nodalstatus (pN-Status) ist Bestandteil des weiteren therapeutischen Vorgehens beim invasiven Mammakarzinom.

Art und Umfang des operativen Eingriffes (Sentinel-Lymphknoten-Entfernung, konventionelle Lymphknotendisektion) werden anhand der Befunde zum Nodalstatus und, sofern indiziert, anhand der Art der systemischen Chemotherapie (adjuvant/neoadjuvant) entschieden. Bei konventioneller Lymphknotendisektion werden mindestens 10 Lymphknoten aus Level I/II entfernt.

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

1.4.2.5 Plastisch rekonstruktive Eingriffe

Plastisch-rekonstruktive Eingriffe sind im Rahmen des Primäreingriffes oder zu einem späteren Zeitpunkt möglich. 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

Die perkutane Strahlentherapie verbessert die lokale Tumorkontrolle und das Gesamtüberleben. Eine homogene Nachbestrahlung des verbliebenen Brustgewebes einschließlich der angrenzenden Thoraxwand ist nach brusterhaltendem operativen Vorgehen grundsätzlich indiziert. Eine zusätzliche lokale Dosisaufsättigung (Boost) des Tumorbettes senkt in allen Altersgruppen die lokale Rezidivrate ohne zu einem signifikanten Überlebensvorteil zu führen.

Bei älteren Patientinnen mit geringem Rezidivrisiko soll unter Abwägung der Vor- und Nachteile über die Durchführung einer Boostbestrahlung entschieden werden. Bei älteren Patientinnen mit geringem Rezidivrisiko, die eine adjuvante endokrine Therapie erhalten, kann unter Berücksichtigung der Vor- und Nachteile der Verzicht auf eine perkutane Bestrahlung erwogen werden.

Das Konzept zur adjuvanten Strahlentherapie, insbesondere bei geplantem Einsatz einer hypofraktionierten Strahlentherapie versus einer konventionell fraktionierten Strahlentherapie, ist patientenbezogen interdisziplinär festzulegen.

Bei Wahl einer Hypofraktionierung sollte ein in Studien geprüftes Fraktionierungsschema verwendet werden.

1.4.3.2 Strahlentherapie nach Mastektomie

Eine postoperative Radiotherapie der Thoraxwand senkt das Risiko eines lokoregionären Rezidivs und verbessert das Gesamtüberleben bei Patientinnen mit hohem Lokalrezidivrisiko. 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).

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

Bei der individuellen Entscheidungsfindung über eine Bestrahlung der Lymphabflusswege ist zwischen dem Risiko eines lokoregionären Rezidivs und dem Risiko der erhöhten Morbidität abzuwägen.

Eine Indikation für eine Bestrahlung der Axilla besteht nur bei makroskopischem Resttumor in der Axilla (R2).

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.

Bei ein bis drei befallenen axillären Lymphknoten ist die Entscheidung zur Radiotherapie unter Berücksichtigung der individuellen Risikofaktoren zu fällen.

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

Für alle Patientinnen muss nach individueller Nutzen-Risikoabwägung die Einleitung einer adjuvanten systemischen Therapie geprüft werden.

Die Entscheidung über die Empfehlung einer adjuvanten Therapie richtet sich nach den individuell vorliegenden prognostischen und prädiktiven Faktoren. Dazu gehören insbesondere das Grading und ggf. weitere tumorspezifische Kriterien z. B. Proliferationsfaktoren, die in ihrer Bedeutung als prognostische Marker international kontrovers diskutiert werden, der Hormonrezeptorstatus, der HER2-Status, die Tumorgroße, der Lymphknotenstatus, und der Menopausenstatus. Alter und Komorbidität sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Die betroffenen Patientinnen müssen unterschiedlichen Risikogruppen zugeordnet werden.

Zu der Gruppe mit niedrigem Risiko gehören Patientinnen, unabhängig vom Menopausenstatus, die alle die folgenden Bedingungen erfüllen müssen:

- Patientinnen mit 35 Jahren oder älter,
- Tumordurchmesser ≤ 2 cm,

- Grading I,
- positiver Hormonrezeptorstatus (Östrogen- und/oder Progesteronrezeptor),
- negativer HER2-Status,
- negativer Lymphknotenstatus.

Alle anderen Patientinnen haben ein erhöhtes Risiko.

Jede Patientin mit positivem Hormonrezeptorstatus soll eine endokrine Therapie erhalten.

Bei Patientinnen mit erhöhtem Risiko und rezeptornegativem Befund sollte eine Chemotherapie in Betracht gezogen werden. Die Chemotherapie muss in ausreichend hoher Dosierung und ausreichend lange erfolgen.

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

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

Wirksame Begleitmaßnahmen, insbesondere eine ausreichende Antiemese, sind Bestandteil der systemischen Therapie.

1.4.4.1 Differenzierter Einsatz der endokrinen Therapie

Jede Patientin mit positivem Hormonrezeptorstatus soll eine endokrine Therapie erhalten, die mindestens fünf Jahre fortgeführt wird. Zum Einsatz kommen für das jeweilige Anwendungsgebiet geprüfte und zugelassene Wirkstoffe unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen sowie individueller Risiken und Komorbiditäten.

In Abhängigkeit vom Menopausenstatus sollen folgende Therapieregime angeboten werden:

I. Für die ersten 5 Jahre der Therapie:

Bei prä- und perimenopausalem Status:

Tamoxifen für 5 Jahre

Bei postmenopausalem Status:

Folgende Therapieregime sind einsetzbar:

- Sequentielle Therapie für 5 Jahre (Tamoxifen gefolgt von Aromataseinhibitor bzw. Aromataseinhibitor gefolgt von Tamoxifen),
- Tamoxifen für 5 Jahre,
- Aromataseinhibitor für 5 Jahre.

Sofern aufgrund von Nebenwirkungen, Änderungen der individuellen Risikokonstellation bzw. Auftreten von Komorbiditäten die Fortführung der vereinbarten Therapie nicht möglich ist, sollte ein Wechsel auf eine andere endokrine Therapie (Tamoxifen oder Aromataseinhibitor) vor einem endgültigen Abbruch der Therapie in Erwägung gezogen werden.

II. Erweiterte endokrine Therapie

Eine Fortführung der endokrinen adjuvanten Therapie über 5 Jahre hinaus für bis zu 10 Jahre Gesamttherapiedauer sollte auf Basis einer individuellen Nutzen- Risiko- Abwägung erfolgen.

Bei weiterhin prä- oder perimenopausalem Status:

Angebot der Fortführung der Tamoxifentherapie bis zur Komplettierung von 10 Jahren Gesamttherapiedauer.

Bei postmenopausalem Status

Angebot der Fortführung der Tamoxifentherapie für weitere 5 Jahre oder der Wechsel auf einen Aromataseinhibitor.

Zum Langzeitmanagement der endokrinen Therapie siehe auch Nummer 1.5.2.1 und 1.5.3.

1.4.5 Primäre systemische/neoadjuvante Therapie

Die primäre systemische Therapie, weitgehend synonym neoadjuvante Therapie, beschreibt die Therapieformen, die nach der gesicherten Diagnose eines Mammakarzinoms vor einer operativen Therapie zur Anwendung kommen.

Zur Wahl der primär systemischen Therapie sind die gleichen klinischen und pathomorphologischen Befunde zu erheben wie bei der adjuvanten Therapie (vgl. Nummer 1.4.4). Der Effekt der primär systemischen Therapie ist regelmäßig zu überwachen.

Die primäre systemische Therapie ist die Therapie der Wahl bei inflammatorischem Mammakarzinom und weit fortgeschrittenen primär inoperablen Mammakarzinomen, um durch eine Tumorverkleinerung eine Operation mit tumorfreien Resektionsgrenzen erreichen zu können.

Bei primär resektablen Tumoren, die wegen der Tumorgroße eine Mammaablatio indizieren, kann eine primäre systemische Therapie zur Reduktion des Tumolvolumens eingesetzt werden, um eine brusterhaltende Operation zu ermöglichen.

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

Weitere spezifische Aspekte zur primären systemischen Therapie finden sich auch unter den Nummern 1.4.2, 1.4.2.3 und 1.4.3.2.

1.4.6 Vorgehen bei Sonderformen des Brustkrebses

1.4.6.1 Duktales Carcinoma in situ (DCIS)

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.

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

Die brusterhaltende Operation des DCIS wird ohne Operation der Axilla durchgeführt. Eine Sentinel-Lymphknoten-Entnahme soll im Falle der medizinischen Indikation zur Mastektomie wegen DCIS durchgeführt werden.

Bei brusterhaltender Therapie des DCIS ist in der Regel eine postoperative Strahlentherapie angezeigt. Die Vielfalt der klinischen und morphologischen Befunde (u. a. Alter der Patientin, Tumorausdehnung, Tumorgrading und Sicherheitsabstand) des DCIS muss bei der Nutzen- / Risikobewertung einer Strahlentherapie berücksichtigt werden.

Die postoperative Therapie mit Tamoxifen bei Östrogenrezeptor-positivem DCIS reduziert das Auftreten von DCIS- Rezidiven und von kontralateralen invasiven Karzinomen, sie hat jedoch keinen Einfluss auf die Mortalität.

Die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt soll individuell unter Abwägung von Nutzen und Risiken prüfen, ob Patientinnen mit einem hormonrezeptorpositiven DCIS von einer

zusätzlichen adjuvanten Tamoxifen-Therapie profitieren können. Eine Chemotherapie und eine Trastuzumabtherapie sind nicht indiziert.

1.4.6.2 Lokal fortgeschrittener Brustkrebs

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

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

Die Nachsorge soll vorzugsweise die physische und psychische Gesundheit sowie die psychosoziale Rehabilitation unterstützen und ist nicht nur als Verlaufskontrolle oder Nachbeobachtung der Erkrankung zu verstehen. Sie ist symptom- und risikoorientiert zu konzipieren und den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen anzupassen.

Weitere Ziele der Nachsorge sind:

- das frühzeitige Erkennen eines lokoregionären Rezidivs (siehe Nummer 1.6.1) bzw. eines kontralateralen Tumors,
- die Unterstützung der Patientin in der Umsetzung der empfohlenen und vereinbarten Therapie und
- die Einleitung geeigneter vorbeugender Maßnahmen sowie das frühzeitige Erkennen von Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Therapie.

Die Nachsorgeuntersuchungen erfolgen in der Regel in den ersten drei Jahren vierteljährlich, sowie im vierten und fünften Jahr halbjährlich, danach jährlich.

Abhängig von den Erfordernissen der Situation und der psychosozialen Betreuung kann eine häufigere ärztliche Betreuung stattfinden.

Die Dokumentation im Rahmen dieser Richtlinie erfolgt bei Patientinnen mit Einschreibung aufgrund eines Primärtumors, eines lokoregionären Rezidivs oder eines kontralateralen Brustkrebses innerhalb der ersten fünf Jahre nach histologischer Sicherung mindestens jedes zweite Quartal.

Tritt innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren nach histologischer Sicherung kein neues Ereignis (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) auf, erfolgt die Dokumentation ab dem sechsten Jahr mindestens jedes vierte Quartal. Bei Auftreten eines neuen Ereignisses (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) erfolgt die Dokumentation innerhalb der nachfolgenden fünf Jahre nach histologischer Sicherung des jeweils neu aufgetretenen Ereignisses mindestens jedes zweite Quartal.

Abweichend davon werden Patientinnen mit Einschreibung wegen Fernmetastasen oder im Verlauf einer bestehenden Teilnahme auftretender Fernmetastasen über den gesamten Teilnehmungszeitraum ab der diagnostischen Sicherung der Fernmetastasen mindestens jedes zweite Quartal dokumentiert.

Bei allen teilnehmenden Patientinnen können im individuellen Fall kürzere Abstände gewählt werden.

Die Nachsorge umfasst mindestens Anamnese, körperliche Untersuchung (einschließlich Untersuchung der Mammae, der Thoraxwand und der lokoregionalen Lymphabflusswege) und Information/Beratung/Aufklärung. Dies umfasst auch das Ansprechen des Themas „Sexualität“.

Es sollte in der Regel einmal jährlich eine Mammographie erfolgen (nach brusterhaltender Therapie beidseits, nach Mastektomie auf der kontralateralen Seite), in bestimmten Fällen können häufigere Kontrollen notwendig werden. Der zusätzliche Einsatz einer Mammasonographie kann begründet sein.

1.5.1 Psychosomatische, psychosoziale und psychische Aspekte

Psychosomatische und/oder psychosoziale Probleme können nach der Diagnose Brustkrebs auftreten, sie sind bekannte Folgen der Diagnosestellung und Therapie. Die psychosoziale Exploration, Beratung und Betreuung der Patientinnen soll integraler Bestandteil der Nachsorge sein. Ihr ist in diesem Rahmen ausreichend Zeit einzuräumen. Hierzu gehört auch die Beratung über die Möglichkeiten der Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur medizinischen Rehabilitation (siehe Nummer 1.8).

Die nachsorgende Ärztin / der nachsorgende Arzt soll prüfen, ob die Patientin einer weitergehenden Diagnostik und/oder Behandlung bedarf. Bei Verdacht auf eine psychische Komorbidität (z. B. Angststörungen, Depression) soll die weitere Diagnostik und Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

1.5.2 Unterstützung bei der Langzeittherapie

1.5.2.1 Endokrine Therapie

Die adjuvante systemische endokrine Therapie wird gem. Nummer 1.4.4.1 durchgeführt. Da es sich um eine langfristig angelegte Therapie handelt, ist die stetige Motivation der Patientin zur konsequenten Fortführung der Therapie ein wesentlicher Bestandteil der Nachsorge. Verträglichkeit und Nebenwirkungen sowie ggf. bestehende Umsetzungsbarrieren und individuelle Risikokonstellationen sind zu beachten und regelmäßig zu erfassen. Bei relevanten Veränderungen ist die differenzierte Auswahl der zur endokrinen Therapie eingesetzten Wirkstoffe gem. Nummer 1.4.4.1 zu überprüfen.

1.5.2.2 Andere zielgerichtete Therapien

Die Besonderheiten einer adjuvanten zielgerichteten Therapie bei Patientinnen mit HER2-positivem Mammakarzinom hinsichtlich Therapiedurchführung und -kontrolle (z. B. regelmäßige Überprüfungen der Herzfunktion bei Trastuzumab-Therapie) sind auch bei Einsatz in der Phase der Nachsorge zu beachten (vgl. auch Nummer 1.5.3.3).

1.5.3 Neben- und Folgewirkungen der Therapien

Mögliche Neben- und Folgewirkungen der Therapie, die im Rahmen der Nachsorge auftreten können, sind zu beachten. Dabei sind insbesondere bestehende Begleiterkrankungen und Komedikationen zu berücksichtigen.

Die Patientinnen sollen regelmäßig zu geeigneten Maßnahmen der Eigenverantwortung zur Vorbeugung und Reduktion von Folgestörungen angeregt werden.

Zu prüfen ist, ob weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen zur Vorbeugung und/oder Behandlung von Neben- und/oder Folgewirkungen der Therapie erforderlich sind.

Relevante Folgestörungen können u. a. die Osteoporose, das klimakterische Syndrom, die Kardiotoxizität sowie das Lymphödem sein.

1.5.3.1 Osteoporose

Das Risiko der Entwicklung einer Osteoporose wird beeinflusst durch verschiedene Faktoren, insbesondere Alter und endokrine Therapien, hier vor allem die Behandlung mit Aromataseinhibitoren. Generelle Empfehlungen zur Vorbeugung sind insbesondere körperliche Aktivität, ausreichende Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr sowie Verzicht auf Rauchen.

Bei Beginn einer Therapie mit Aromataseinhibitoren soll eine Osteodensitometrie mittels einer zentralen DXA durchgeführt werden, sofern eine medikamentöse Therapie der Osteoporose beabsichtigt ist.

Bei allen anderen Patientinnen ist die Indikation für eine zentrale DXA in Abhängigkeit von konkreten anamnestischen und klinischen Befunden zu erwägen, hierzu zählt insbesondere auch die durch die Brustkrebs-spezifische Therapie induzierte prämatüre Menopause. Voraussetzung ist auch hier eine beabsichtigte spezifische medikamentöse Osteoporosetherapie.

Zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung kann die Osteodensitometrie mittels zentraler DXA frühestens nach 5 Jahren wiederholt werden, es sei denn, dass aufgrund besonderer therapierelevanter anamnestischer und klinischer Befunde eine frühere Untersuchung geboten ist.

1.5.3.2 Klimakterisches Syndrom

Durch die brustkrebspezifische Therapie können klimakterische Beschwerden ausgelöst oder aggraviert werden. Dazu gehören z.B. Hitzewallungen, Schweißausbrüche und/oder organische Veränderungen im Sinne eines urogenitalen Menopause-Syndroms. Sie können individuell unterschiedlich auftreten und werden symptomorientiert behandelt. Eine systemische Hormonersatztherapie wird nicht empfohlen.

1.5.3.3 Kardiotoxizität

Da kardiale Neben- und/oder Folgewirkungen insbesondere bei Behandlungen mit anti-HER2-gerichteten Wirkstoffen oder Chemotherapie (insbesondere mit Anthrazyklinen) sowie nach Strahlentherapie möglich sind, soll die behandelnde Ärztin/ der behandelnde Arzt auf klinische Symptome einer kardialen Beeinträchtigung, wie Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit oder Herzinsuffizienz (z.B. Dyspnoe, Ödeme, Tachykardie) achten. Dies ist angezeigt insbesondere während der Behandlung, aber auch nach dieser. Die erforderlichen kardiologischen Kontrollen sind zu beachten. Bei Beschwerden sind die Patientinnen weitergehenden diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen durch geeignete Leistungserbringer zuzuführen.

1.5.3.4 Lymphödem

Da nach der lokalen Therapie des Brustkrebses ein Lymphödem auftreten kann, sollen die Patientinnen über die Risiken und die Möglichkeiten der Erkennung, die Prophylaxe und die Behandlung eines sekundären Lymphödems aufgeklärt werden. Symptome eines

Lymphödems sollten regelmäßig erfasst und bei Bedarf eine frühzeitige Behandlung durch geeignete Leistungserbringer veranlasst werden.

1.5.4 Körperliche Aktivitäten und Ernährung

Körperliche Aktivität und Sport wirken sich positiv auf die Bewältigung des Krankheitserlebens aus. Sport und körperliche Aktivität wirken auch dem Fatigue-Syndrom (Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, Zunahme der kognitiven Defizite, Motivationsverlust, Reizbarkeit) entgegen. Daher soll die behandelnde Ärztin/ der behandelnde Arzt regelmäßig empfehlen, dass die Patientin in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen der körperlichen Aktivität ergreift. Krafttraining mit dem betroffenen Arm führt nicht zu einem erhöhten Risiko für die Entstehung eines Lymphödems auf der betroffenen Seite. Ob sportliche Aktivitäten die Prognose der Erkrankung beeinflussen, ist nicht mit ausreichender Evidenz geklärt.

Eine gesunde ausgewogene Ernährung nach den Empfehlungen der WHO ist prinzipiell für jede Patientin empfehlenswert, darüber hinaus gibt es keine ausreichende Evidenz für die Wirksamkeit spezieller Diäten auf den Krankheitsverlauf von Patientinnen mit Brustkrebs.

Die behandelnde Ärztin/ der behandelnde Arzt soll die Patientin darauf hinweisen, Übergewicht zu vermeiden.

1.6 Diagnostik und Therapie fortgeschrittener Erkrankungen

1.6.1 Lokalrezidive

Lokalrezidive sind in vielen Fällen mit Aussicht auf Heilung behandelbar. Je früher sie diagnostiziert, histologisch gesichert und behandelt werden, umso besser ist ihre Prognose. Daher kommt der Nachsorgeuntersuchung eine besondere Bedeutung zu (siehe Nummer 1.5).

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

Die Therapie intramammärer Rezidive besteht in der Regel in einer operativen Intervention. Die Mastektomie erzielt hierbei die beste Tumorkontrolle.

Ein Thoraxwandrezidiv ist nach Möglichkeit operativ vollständig zu entfernen (R0 Resektion).

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

Darüber hinaus soll bei allen Rezidiven 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. Erstmals aufgetretene Fernmetastasen, insbesondere viszerale Fernmetastasen sollen, wann immer möglich und therapie relevant, zur (erneuten) Bestimmung des Hormonrezeptorstatus und HER-2-Status histologisch gesichert werden. Im weiteren Verlauf der Erkrankung kann eine nochmalige histologische Sicherung sinnvoll sein.

1.6.2.1 Therapie bei metastasierten Erkrankungen

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

Eine endokrine Therapie ist bei positivem Hormonrezeptorstatus zu empfehlen.

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. In diesen Situationen kann eine Chemotherapie trotz ihrer Nebenwirkungen die Lebensqualität erhöhen.

Eine Therapie mit Bisphosphonaten oder gegebenenfalls Denosumab ist bei Patientinnen mit Knochenmetastasen indiziert. Bei Schmerzen, Frakturgefahr oder drohenden bzw. bereits bestehenden neurologischen Ausfällen in Folge von Knochenmetastasen kann zusätzlich eine lokale Therapie (Strahlentherapie, Operation) indiziert sein.

Bei standardisierter immunhistologisch oder molekularbiologisch geprüfter Positivität für HER2 besteht die Indikation einer entsprechenden zielgerichteten Therapie.

Bei der Feststellung von Hirnmetastasen sollte eine interdisziplinäre Abstimmung unter Einbeziehung von Neurochirurgen und Strahlentherapeuten erfolgen. Es soll geprüft werden, welche lokalen Therapiemaßnahmen (neurochirurgische Operation und/oder Strahlentherapie (Ganzhirnbestrahlung und/oder stereotaktisch geführte Strahlentherapie)) indiziert sind.

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

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. Sie soll allen Patientinnen mit weit fortgeschrittener Erkrankung angeboten werden. Es ist zu prüfen, ob und wann eine ambulante oder stationäre Behandlung und/oder Pflege angebracht ist.

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

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

Durch ossäre Metastasierung bedingte Schmerzen werden durch den Einsatz von Bisphosphonaten günstig beeinflusst. Ebenso ist der Einsatz einer Strahlentherapie bei Schmerzen durch Knochenmetastasierung zu erwägen.

1.8 Rehabilitation

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms ist individuell zu prüfen, ob eine Patientin von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann.

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. Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch die Brustkrebserkrankung vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken.

1.9 Kooperation der Versorgungssektoren

Das Behandlungskonzept muss eine interdisziplinäre, professionen- und sektorenübergreifende Betreuung in qualifizierten Einrichtungen mit dem notwendigen logistischen Hintergrund gewährleisten. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein. 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)

Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt.

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Lfd. Nr.	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Hoher Anteil von Patientinnen, bei denen das Ausmaß der Nebenwirkungen der adjuvanten endokrinen Therapie regelmäßig erfragt wurde	Anteil der Patientinnen, bei denen das Ausmaß der Nebenwirkungen der adjuvanten endokrinen Therapie im Dokumentationszeitraum erfragt wurde, bezogen auf alle Patientinnen mit adjuvanter endokriner Therapie

2	Hoher Anteil von Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus, die eine adjuvante endokrine Therapie fortgeführt haben	<p>a) Anteil der Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus, die aktuell eine adjuvante endokrine Therapie erhalten, bezogen auf alle Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus</p> <p>b) Anteil der Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus und adjuvanter endokriner Therapie, die die Therapie mindestens fünf Jahre fortgeführt haben, bezogen auf alle Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus und adjuvanter endokriner Therapie</p>
3	Hoher Anteil von Patientinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose, bei denen das Ergebnis einer zentralen DXA bekannt ist	Anteil von Patientinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose mit bekanntem zentralen DXA-Befund, bezogen auf alle Patientinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose
4	Aufmerksamkeit hinsichtlich möglicher individueller Nebenwirkungen und Spätfolgen der tumorspezifischen Therapie	Anteil von Patientinnen, bei denen bekannt ist, ob eine kardiotoxische Tumortherapie mit linksthorakaler Bestrahlung, Anthrazyklinen und/oder Trastuzumab stattgefunden hat bezogen auf alle Patientinnen
5	Niedriger Anteil von Patientinnen mit einem symptomatischen Lymphödem (z. B. Schwellung, Funktionseinschränkung) des Armes	Anteil von Patientinnen mit einem symptomatischen Lymphödem (z. B. Schwellung, Funktionseinschränkung) des Armes, bezogen auf alle Patientinnen nach operativer Therapie
6	Hoher Anteil von Patientinnen, die eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training erhalten	Anteil der Patientinnen, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training gegeben wurde, bezogen auf alle Patientinnen
7	Hoher Anteil von Patientinnen, mit BMI > 30, die eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training erhalten	Anteil der Patientinnen, mit BMI > 30, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training gegeben wurde, bezogen auf alle Patientinnen mit BMI > 30
8	Adäquater Anteil von Patientinnen mit Bisphosphonat oder Denosumab-Therapie bei Knochenmetastasen	Anteil der Patientinnen mit Bisphosphonat oder Denosumab-Therapie bezogen auf alle Patientinnen mit Knochenmetastasen

9	Hoher Anteil von Patientinnen mit bioptischer Sicherung bei erstmaligem Auftreten viszeraler Fernmetastasierung	Anteil der Patientinnen mit bioptischer Sicherung viszeraler Fernmetastasierung, bezogen auf alle Patientinnen mit erstmaligem Auftreten viszeraler Fernmetastasen
---	---	--

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

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser Richtlinie geregelt.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Voraussetzung für die Einschreibung ist über die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen nach Nummer 3.1 hinaus die histologische Sicherung eines Brustkrebses oder die histologische Sicherung eines lokoregionären Rezidivs oder eine nachgewiesene Fernmetastasierung des histologisch nachgewiesenen Brustkrebses. Die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt.

Das alleinige Vorliegen einer nichtinvasiven lobulären Neoplasie rechtfertigt nicht die Aufnahme in strukturierte Behandlungsprogramme.

Für die Teilnahme gelten folgende Regelungen:

- Nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose endet die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm.
- Tritt ein lokoregionäres Rezidiv bzw. kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere zehn Jahre ab dem Zeitpunkt der jeweiligen histologischen Sicherung möglich.
- Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich.

Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.

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

Die Anforderungen an die Schulungen sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Die Anforderungen an die Schulungen der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt. Schwerpunkte der Schulungen sollten insbesondere auf den Gebieten der Therapieplanung, -adhärenz und der nachsorgenden Betreuung liegen.

4.2 Patientinneninformationen

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.

Die Inanspruchnahme ist freiwillig. Eine Nicht-Inanspruchnahme führt nicht zum Ausschluss der Patientin aus dem strukturierten Behandlungsprogramm.

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

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

Für die Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nummer 1 DMP-A-RL sind mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten:

- a. Patientinnen mit einem persistierenden symptomatischen Lymphödem, inklusive Patientinnen bei denen eine Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich ist
- b. Durchführung der adjuvanten endokrinen Therapie bei Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus und adjuvanter endokriner Therapie über mindestens 5 Jahre
- c. BMI
- d. Biopsische Sicherung bei erstmalig aufgetretenen viszeralen Fernmetastasen
- e. rezidivfreies Überleben
- f. Gesamtüberleben

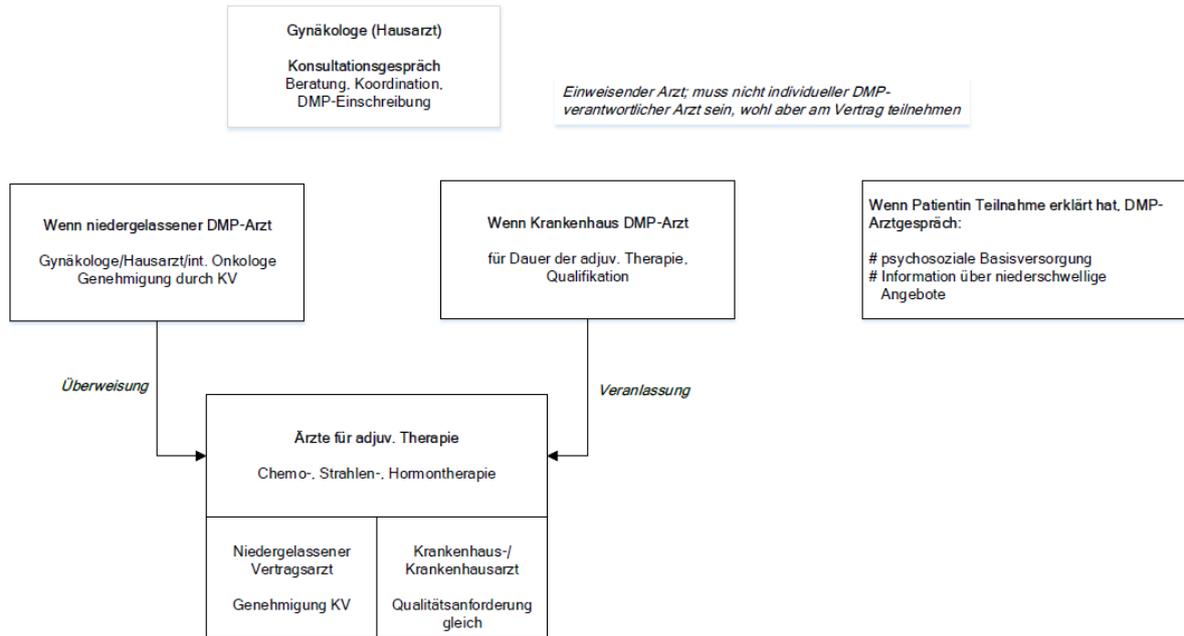
Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie ist aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter festgelegt.

Abweichend von § 6 Abs. 3 Nr. 2 beginnt der Evaluationszeitraum mit Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V und endet der Evaluationszeitraum für den erstmalig zu erstellenden Bericht am 31.12.2020. "

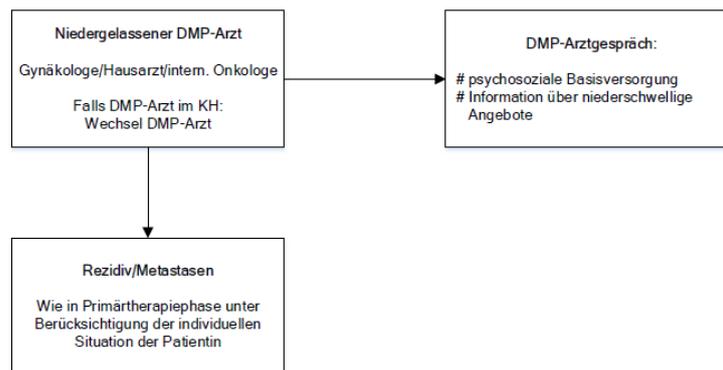
Anlage 3b: Versorgungsweg DMP Brustkrebs (Basierend auf Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft und Deutschen Gesellschaft für Senologie)

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

Weiter Primärtherapiephase



3. Nachsorgephase



Anlage 3c: Psychosoziale Versorgung

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

1 Grundsätze

- 1.1** Gemäß der Anlage 3 Ziffer 1.4 der DMP-A-RL sind im gesamten Versorgungsprozess Maßnahmen der psychosozialen Betreuung zu berücksichtigen und durchzuführen. Die nachfolgend beschriebenen Maßnahmen sind an die individuelle Situation der Versicherten anzupassen.
- 1.2** Der DMP-Arzt führt die psychosoziale Basisbetreuung durch. Er koordiniert weitere psychosoziale Maßnahmen individuell und patientenzentriert in allen Phasen der Diagnostik und Behandlung.
- 1.3** Die Versicherte hat darüber hinaus die Möglichkeit, niederschwellige psychosoziale Angebote ihrer Krankenkasse zu nutzen und erhält Informationen.
- 1.4** Frauen im gebärfähigen Alter sollen über die Notwendigkeit der Kontrazeption während der Therapie und über die möglichen Auswirkungen der systemischen Therapie auf die Fertilität informiert werden. Besteht der Wunsch nach fertilitätserhaltenden Maßnahmen, soll die Patientin frühzeitig auf die Möglichkeit einer entsprechend fachlich qualifizierten Beratung hingewiesen werden.
- 1.5** Die Versicherte soll bei der Langzeittherapie verstärkt unterstützt werden (Endokrine Therapie, andere adjuvanten zielgerichteten Therapie, Neben- und Folgewirkungen der Therapien, Osteoporose, Klimakterisches Syndrom, Kardiotoxizität, Lymphödem).

2 Inhalte der psychosozialen Betreuung

Die psychosoziale Betreuung gliedert sich in die nachfolgend beschriebenen strukturierten psychosozialen Versorgungskategorien:

- Psychosoziale Basisversorgung als obligatorische Maßnahme,
- flankierende Maßnahmen in Form von niederschweligen, strukturierten Beratungs- und Unterstützungsangeboten,
- Veranlassung von psychotherapeutischer Versorgung.

2.1 Psychosoziale Basisversorgung

2.1.1 Gesprächsbaustein 1 (*nach histologischer Diagnosesicherung*)

Es erfolgt:

- die somatische und psychosoziale Anamneseerhebung,
- die Darstellung des somatischen Vorgehens unter Berücksichtigung der Anlage 3a Versorgungsinhalte der DMP-Vereinbarung,

- die Information zur frühzeitigen Einbindung von psychosozialen Hilfsmaßnahmen einschließlich flankierender Hilfsmaßnahmen,
- gegebenenfalls die Durchführung des psychometrischen Screening-Verfahrens (HADS-Test¹).

2.1.2 Gesprächsbaustein 2 (*präoperativ*)

Präoperativ erfolgt ein Gespräch über die Behandlungsverfahren in operativer, lokaler und systemischer Hinsicht mit zusätzlicher Erörterung der jeweiligen Auswirkungen auf die psychosoziale Befindlichkeit und das Körpererleben,

- Auswahl des Therapieverfahrens unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände;
- gegebenenfalls Durchführung des psychometrischen Screening-Verfahrens (HADS-Test).

2.1.3 Gesprächsbaustein 3 (*postoperativ*)

Die Auswahl des Therapieverfahrens muss nach individueller Risikoabschätzung unter Berücksichtigung der relevanten Begleitumstände und der Lebensqualität erfolgen.

Nach Festlegung aller therapeutischen Behandlungsschritte erfolgen

- Informationen zu den niederschweligen, strukturierten Beratungs- und Unterstützungsangeboten,
- die Einleitung gezielter unterstützender Hilfsmaßnahmen (z.B. zur Physiotherapie, Hilfsmittelversorgung),
- Beratung zur Lebensführung bei adjuvanter Therapie (Strahlen-, Chemo-, Antikörper- und/oder Hormontherapie),
- Beratung zur familiären und beruflichen Situation sowie zur sozialrechtlichen Versorgung und zur Gesundheitsförderung,
- gegebenenfalls Durchführung des psychometrischen Screening-Verfahrens (HADS-Test).

2.1.4 Gesprächsbaustein 4 (*Nachsorge*)

In der Nachsorgephase

- wird ein individueller Nachsorgeplan in somatischer und psychosozialer Hinsicht erstellt,
- der Versicherten werden die unterstützenden Möglichkeiten und Beratungsangebote zur sozialen, familiären und beruflichen Rehabilitation, zu den Selbsthilfegruppen, zur Selbstuntersuchung aufgezeigt,

¹ „HADS“ steht für Hospital Anxiety and Depression Scale; Fragebogen, der zum Einsatz kommt, um das Ausmaß der Ängstlichkeit/Depressivität der Patientin zu erfassen

- Informationen zu ambulanten und stationären Heilverfahren und zu den niederschweligen, strukturierten Beratungs- und Unterstützungsangeboten gegeben.

2.2 Flankierende Maßnahmen in Form von niederschweligen, strukturierten Beratungs- und Unterstützungsangeboten

Ergänzend zur psychosozialen Basisversorgung können die Krankenkassen/ Verbände den in das DMP eingeschriebenen Versicherten weitere unterstützende Angebote im Hinblick auf eine verbesserte Krankheitsbewältigung zur Verfügung stellen oder zugänglich machen.

In Betracht kommen folgende Maßnahmen:

- Psychoedukative Angebote (z. B. Entspannungskurse; Ernährungsberatung)
- sozialarbeiterische Interventionen
- Selbsthilfegruppen

Die DMP-Ärzte erhalten von den Krankenkassen eine Übersicht über die Angebote und informieren die Versicherten hierüber. Die Inanspruchnahme der Angebote durch die Versicherte ist freiwillig.

2.3 Psychotherapeutische Versorgung

2.3.1 Der DMP-Arzt informiert die Versicherte über die in Ziffer 2.3.2 genannten psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen. Er überweist die Versicherte bei Vorliegen nachstehender Indikation an einen nach der DMP-Vereinbarung qualifizierten psychologischen/ärztlichen Psychotherapeuten:

- wenn das Screening nach Ziffer 2.1.1 bis 2.1.3 einen auffälligen Wert ergibt
- die Versicherte äußert den Wunsch, psychotherapeutische Hilfestellung in Anspruch nehmen zu wollen (Abklärungsdiagnostik)
- Depressive Störungen (ICD-10 F32-34)
- Angststörungen (ICD-10 F40-41)
- Stress- und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43)
- Somatoforme Störungen (ICD-10 F45)
- Essstörungen (ICD-10 F50)
- Suizidalität

2.3.2 Die psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen im Rahmen des DMP-Brustkrebs umfassen folgende Leistungsinhalte:

- Durchführung psychotherapeutischer Leistungen nach den Psychotherapie Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen.
- Detaillierte inhaltliche Ausführungen können dem nachfolgenden Grundlagenpapier zur psychosozialen Versorgung entnommen werden.

3. Grundlagen der psychosozialen Versorgung bei Brustkrebs

Rahmenbedingungen

Vielerorts ist das psychosoziale Versorgungsangebot noch unzureichend mit der onkologischen Behandlung vernetzt. Die psychosoziale Betreuung erfordert kommunikative Kompetenzen und eine erhöhte diagnostische Aufmerksamkeit gegenüber psychischen Konflikten und Belastungssituationen bei den Patientinnen und ihren Angehörigen. Der zuständige DMP-Arzt koordiniert und berät daher nicht nur zu der medizinischen, sondern auch zu der psychosozialen Betreuung individuell und begleitend zu allen Phasen der Diagnostik und Behandlung.

Diagnose- und therapiebegleitend werden drei verschiedene strukturierte psychosoziale Versorgungskategorien grundlegend unterschieden:

- Psychosoziale Basisversorgung durch den verantwortlichen DMP-Arzt
- Niederschwellige strukturierte Beratungs- und Unterstützungsangebote
- Psychotherapeutische Weiterversorgung

3.1 Grundlagen psychosozialer Basisversorgung durch den verantwortlichen DMP-Arzt

Gespräch I nach histologischer Diagnosesicherung:

Somatische und psychosoziale Anamneseerhebung mit Darstellung des somatischen Vorgehens möglichst zweizeitig mit ausreichendem Zeitfenster für Informationen zu den niederschweligen, strukturierten Beratungs- und Unterstützungsangeboten zur frühzeitigen Einbindung psychosozialer Hilfsmaßnahmen. Insbesondere Ängste sollen individuell erörtert und lösungsorientiert besprochen werden, gegebenenfalls Durchführung des psychometrischen Screening-Verfahrens mit Einleitung psychotherapeutischer Weiterversorgung bei hoher psychologischer Belastung.

Gespräch II präoperativ:

Darstellung der Vor- und Nachteile von ein- und zweizeitigem Vorgehen und der unterschiedlichen Operationsverfahren (Brusterhaltung, Rekonstruktion, Mastektomie) sowie deren Auswirkungen auf die Lebensqualität und das Körpererleben. Benennung alternativer Behandlungsverfahren in operativer, lokaler und systemischer Hinsicht mit zusätzlicher Erörterung der jeweiligen Auswirkungen auf die psychosoziale Befindlichkeit. Auswahl des Therapieverfahrens nicht nur nach somatischen Aspekten, sondern auch unter Berücksichtigung der relevanten Begleitumstände und Lebensqualität (Alter, Begleiterkrankungen, psychosoziale Umstände).

Gespräch III postoperativ:

Festlegung aller therapeutischen Behandlungsschritte mit Informationen zu den niederschweligen, strukturierten Beratungs- und Unterstützungsangeboten mit Einleitung gezielter unterstützender Hilfsmaßnahmen zur Physiotherapie, Hilfsmittelversorgung sowie zur familiären und beruflichen sozialrechtlichen Versorgung und zur Gesundheitsförderung.

Gespräch IV Nachsorge oder Versorgung bei Metastasierung:

Erstellung eines individuellen Nachsorge- und Versorgungsplans in somatischer und psychosozialer Hinsicht mit Benennung von unterstützenden Möglichkeiten zur sozialen, familiären und beruflichen Rehabilitation, zu den Selbsthilfegruppen, zur Selbstuntersuchung sowie zu ambulanten und stationären Heilverfahren einschließlich der Informationen zu den niederschweligen, strukturierten Beratungs- und Unterstützungsangeboten zugeschnitten auf die persönliche Lebens- und Krankheitssituation.

Bei Metastasierung soll die Lebensqualität bestmöglich erhalten werden, so dass neben der Linderung körperlicher Beschwerden auch die psychosoziale Versorgung im Austausch mit den Angehörigen und dem sozialen Bezugssystem im Mittelpunkt steht einschließlich Beratungen in Bezug auf die Schmerztherapie und palliativmedizinische Versorgungsmöglichkeiten.

3.2. Niederschwellige, strukturierte Beratungs- und Unterstützungsangebote

Niederschwellige strukturierte Beratungs- und Unterstützungsangebote haben das Ziel, patientinnenzentriert diagnosebezogen und therapiebegleitend Ängste zu mindern, die Lebensqualität zu erhöhen und die psychosoziale Versorgung zu verbessern sowie Störungen bei der Krankheitsbewältigung vorzubeugen.

3.2.1 Psychoedukative Unterstützung

Psychoedukative Maßnahmen dienen der Vermittlung von Informationen und Fertigkeiten zur Krankheitsbewältigung und Gesundheitsförderung.

Ziele

- Reduktion von Hilflosigkeit und situativen Ängsten durch Beseitigung von Informationsdefiziten
- Stärkung der Entscheidungskompetenz im Behandlungsverlauf, auch durch Erläuterung häufig vorkommender psychosozialer Probleme
- Modifikation des Gesundheitsverhaltens

Durchführung

- Vermittlung von prozeduraler und sensorischer Information zu den Behandlungsverfahren und deren Folgen für die Lebensqualität, Krankheitsbewältigung und das Körpererleben
- Stärkung der Entscheidungskompetenz im Behandlungsverlauf auch im Sinne von Prävention und Früherkennung
- Beratung und Anleitung zu gesundheitlicher Lebensführung und Stressmanagement

3.2.2 Supportiv-psychoonkologische Interventionen

Supportiv-psychoonkologische Interventionen fördern die individuelle psychische Verarbeitung der durch Krankheit und ihre Behandlung ausgelösten somatischen, psychischen und sozialen Belastungen. Sie beugen der Entstehung sekundärer psychischer Probleme vor.

Ziele

- Erkennen und Abbauen psychosozialer Belastungen
- Förderung vorhandener Ressourcen bei der Krankheitsverarbeitung und Vermittlung emotionaler Unterstützung
- Verbesserung der Compliance und Therapieverträglichkeit

Durchführung

- Anamnese, Diagnostik und Modifikation dysfunktionaler Krankheitsverarbeitungsmodi
- Krisenintervention
- Symptomorientierte psychologische Interventionen (wie zur Schmerzbewältigung, Reduktion von Therapie-Nebenwirkungen)
- Begleitung in der Palliativ-Phase

3.2.3 Sozialarbeiterische Interventionen

Sozialarbeiterische Interventionen dienen der Unterstützung und der Einleitung persönlich zugeschnittener Hilfen, die die Integration und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen.

Ziele

- Erarbeitung alltagspraktischer Lösungen
- Stärkung der persönlichen Ressourcen und (Wieder-) Herstellung der Handlungsfähigkeit
- Informationen über Dienste des Gesundheitswesens und über sozialrechtliche Möglichkeiten
- Analyse und Erschließung sozialer Ressourcen und Klärung des notwendigen Hilfebedarfs sowie Sicherung der wirtschaftlichen Eigenständigkeit

Durchführung

- soziales Case-Management
- Erschließung sozialer und finanzieller Hilfen
- umfassende Rehabilitationsberatung gemäß SGB IX einschließlich Hilfsmittelversorgung
- Sicherung der Pflege und der häuslichen Versorgung

3.2.4 Selbsthilfegruppen

Die Selbsthilfe ergänzt die Arbeit des professionellen Versorgungssystems auf der emotionalen und seelischen Ebene zur Prävention und Bewältigung der Krankheitsfolgen von Betroffenen für Betroffene.

Ziele

- Begleitung und menschliche Zuwendung, Überwindung von Isolation durch gegenseitige Unterstützung
- Entwicklung und Erprobung von Bewältigungsmethoden in der Gruppe
- Nutzung des Erfahrungswissens über den Umgang mit der Krankheit und den gemeinsamen Lebensproblemen. Steigerung der Kompetenz in eigener Sache und Interessenvertretung in der Öffentlichkeit

3.3 Psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung durch die Fachtherapeuten

Die psychosoziale Betreuung erfordert eine erhöhte diagnostische Aufmerksamkeit gegenüber psychischen Konflikten und Belastungssituationen bei den Patientinnen und ihren Angehörigen. Es ist zu prüfen, ob die Patientin eine weitergehende Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer bedarf. Zu diesem Zweck kann ein standardisiertes psychometrisches Screening-Verfahren (HADS) prätherapeutisch diagnose- und therapiebegleitend eingesetzt werden, das frühzeitig die psychische Morbidität hinsichtlich Ängstlichkeit und Depressivität abbildet. Die Darstellung des Screenings und den daraus folgenden Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen soll vor allem prätherapeutisch als selbstverständlicher Teil der Gesamtbehandlung erfolgen.

Bei folgenden spezifischen Indikationen für eine psychoonkologisch-psychotherapeutische Behandlung ist im Rahmen des DMP-Brustkrebs von Seiten des DMP-Arztes gegenüber der Patientin eine Empfehlung auszusprechen, den psychoonkologisch-psychotherapeutischen Versorgungspfad in Anspruch zu nehmen:

Aktiv geäußerter Wunsch der Patientin (Abklärungsdiagnostik), psychotherapeutische Hilfestellung in Anspruch nehmen zu wollen, Depressive Störungen (ICD-10 F32-34), Angststörungen (ICD-10 F40-41), Stress- und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43), Somatoforme Störungen (ICD-10 F45), Essstörungen (ICD-10 F50), Suizidalität

Das psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgungsangebot im Rahmen des DMP-Brustkrebs umfasst folgende Leistungsinhalte:

- Psychoonkologische Anamnese und Differentialdiagnostik
- Psychoonkologisch-psychotherapeutische Kurzzeitinterventionen (Einzel und in Gruppen)
- Psychotherapieverfahren gemäß den Psychotherapie-Richtlinien (Einzel und in Gruppen)

Bei gegebener Indikation berät der zuständige DMP-Arzt die Patientin über stationäre und ambulante psychoonkologisch-psychotherapeutische Behandlungsangebote und motiviert sie zu einer frühzeitigen Inanspruchnahme.

Literatur psychosoziale Versorgung Brustkrebs

- Andrykowski, M.A., Cordova, M.J., Studts, J.L. & Miller, T.W. (1998).** Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: prevalence of diagnosis and use of the PTSD checklist civilian version (PLC-C) as a screening instrument. *J Consult Clin Psychol*, **66**, 586-590
- Carroll B.T.; Kathol; R.G.; Noyes; R. (1993):** Screening for depression and anxiety in cancer patients using the hospital Anxiety and Depression Scale. *Gen Hosp Psychiatry*; **15**, 69-74.
- Chambless, D. & Hollon, S. (1998).** Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol*, **66**, 7-18.
- Cunningham, A.J., Edmonds, C., Phillips, C., Soots, K., Hedley, D. & Lockwood, G. (2000).** A prospective, longitudinal study of the relationship of psychological work to duration of survival in patients with metastatic cancer. *Psycho-Oncology*, **9**, 323-339.
- Edelman, S., Bell, D.R. & Kidman, A. (1999a).** A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, **8**, 295-305.
- Edgar, L., Rosberger, Z. & Collet JP. (2001).** Lessons learned: outcomes and methodology of a coping skills intervention trial comparing individual and group formats for patients with cancer. *Int J Psychiatry Med*.**31**:289-304.
- Fawzy, F. (1995).** A short-term psychoeducational intervention for patients newly diagnosed with cancer. *Support care cancer*, **3**, 235-238.
- Fogarty, L., Curbow, B., Wingard, J., McDonnell, I.K. & Somerfield, M. (1999).** Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *J Clin Oncol.*, **17**, 371-9
- Goodwin, P., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H., Drysdale, E., Hundley, M., Chochinov, H. & al., e. (2001).** The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med*, **345**, 1719-26.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J.D., Watson, M., Robertson, B., Mason, A., Rowde, L., Law, M.G. & Bliss, J.M. (1992).** Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomized trial. *BMJ*, **304**, 675 -680.
- Ganz, P.A., Desmond, K.A., Belin, T.R., Meyerowitz, B.E. & Rowland, J.H. (1999).** Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, **17**,2371.
- Groenvold, M., Fayers, P., Sprangers, M., Bjorner, J., Klee, M. & Aaronson, N. (1999).** Anxiety and depression in breast cancer patients at low risk of recurrence compared with the general population: a valid comparison? *J Clin Epidemiol*, **52**, 523-530.
- Helgeson, V.S., Cohen, S., Schulz, R. & Yasko, J. (1999).** Education and peer discussion group interventions and adjustment to breast cancer. *Arch Gen Psychiatry*, **56**, 340-347.
- Hürny, C., Bernhard, J., Coates, A.S., Castiglione, M., Peterson, H., Gelber, R. & et.al. (1996).** Impact of adjuvant therapy on quality of life in women with node-positive operable breast cancer. *Lancet*, **347**, 1279-84.
- Kaufmann, M. & Ernst, B. (2000).** Ergebnisse der CAWAC-Umfrage in Deutschland: Was Frauen mit Krebs erfahren, empfinden, wissen und vermissen. .
- Keller, M., Henrich, G., Sellschopp, A. & Beutel, M. (1996).** Between distress and support: spouses of cancer patients. In *Cancer and the Family*, Baider, L., Cooper, C.L. & Kaplan De Nour, A. (eds) pp. 187-223. Wiley & Sons: Chichester, New York.

- Kiss, A.** (1995). Psychosocial/psychotherapeutic interventions in cancer patients: consensus statement, Flims 1995. *Support Care Cancer*, **3**, 270-271
- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J. & Law, M.** (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, **7**, 218-228.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C. & Gottheil, E.** (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, **Oct. 14.**, 888 - 892.
- McQuellon, R., Wells, M., Hoffman, S., Craven, B., Russell, G., Cruz, J., Hurt, G. & al., e.** (1998). Reducing distress in cancer patients with an orientation program. *Psycho-Oncology*, **7**, 207-217.
- Montgomery, C., Lydon, A. & Lloyd, K.** (1999). Psychological distress among cancer patients and informed consent. *J Psychosom Res*, **46**, 241-245
- Northouse, L.L., Templin, T., Mood, D. & Oberst, M.** (1998). Couples' adjustment to breast cancer and benign breast disease: a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*, **7**, 37-48.
- Payne, D.K., Hoffman, R.G., Theodoulou, M., Dosik, M. & Massie, M.J.** (1999). Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychosomatics*, **40**, 64-69.
- Pruitt, B.T., Waligora-Serafin, B., MCCahon, T., Byrd, G., Besselmann, L., Kelly, G.M., Drake, D.A. & Cuellar, D.** (1993). An educational intervention for newly-diagnosed cancer patients undergoing radiotherapy. *Psycho-Oncology*, **2**, 55-62.
- Roter, D., Hall, J., Kern, D., Barker, L., Cole, K. & Roca, R.** (1995). Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Int Med*, **155**, 1877-1884
- Schain, W.S., d'Angelo, T.M., Dunn, M.E., Lichter, A.S. & Pierce, L.J.** (1994). Mastectomy versus conservative surgery and radiation therapy - psychosocial consequences. *Cancer*, **73**, 1221-1228
- White; D. Leach; C.; Sims; R.; Cottrell; D** (1999): Validation of the HADS in Adolescents. *Brit J Psychiatry*. **175**; 452-4.

Anlage 4: Qualitätssicherung

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

Version 4 Stand 06-07-2018

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

Gültig ab 01.10.2018

Teil 1

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

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 4. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt.

Anlage 4: Qualitätssicherung

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V

bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

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

Anlage 4: Qualitätssicherung

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V

bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

	<p>b) Anteil der Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus und adjuvanter endokriner Therapie, die die Therapie mindestens fünf Jahre fortgeführt haben, bezogen auf alle Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus und adjuvanter endokriner Therapie</p> <p>Zielwert: 75%</p>	<p>ODER</p> <p>[Feld 19 ED (Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) = „Unbekannt“ UND Feld 19 ED pnp (Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) = „Positiv“]</p> <p>UND NICHT</p> <p>[[Feld 20 ED ODER Feld 11 FD (aktuelle adjuvante endokrine Therapie) = „Endokrine Therapie geplant“]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 22 ED ODER Feld 13 FD (Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie) = „Regulär nach fünf Jahren abgeschlossen“]</p> <p>Zu b) <u>Zähler:</u> Anzahl an Patientinnen mit</p> <p>Feld 19 ED (Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) = „Positiv“</p> <p>UND Feld 20 ED ODER Feld 11 FD (aktuelle adjuvante endokrine Therapie) = „Aromataseinhibitoren“ UND/ODER „Tamoxifen“ UND/ODER „Andere“</p> <p>UND Feld 22 ED ODER Feld 13 FD (Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie) = „Regulär nach fünf Jahren abgeschlossen“ ODER „Aktuell</p>		
--	---	---	--	--

Anlage 4: Qualitätssicherung

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V

bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

		<p>andauernd, Fortführung über fünf Jahre hinaus“</p> <p><u>Nenner:</u> Anzahl an Patientinnen mit</p> <p>[Feld 19 ED (Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) = „Positiv“</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 19 ED (Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) = „Unbekannt“ UND Feld 19 ED pnp (Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) = „Positiv“]]</p> <p>UND</p> <p>[Feld 20 ED ODER Feld 11 FD (aktuelle adjuvante endokrine Therapie) = „Aromataseinhibitoren“ ODER „Tamoxifen“ ODER „Andere“ ODER „Keine“]</p> <p>UND NICHT</p> <p>[Feld 22 ED (Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie) ODER Feld 13 FD = (Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie seit der letzten Dokumentation) = „Aktuell andauernd, seit weniger als fünf Jahren“ ODER „Keine endokrine Therapie durchgeführt“]</p>		
--	--	--	--	--

Anlage 4: Qualitätssicherung

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V

bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

<p>III. Hoher Anteil von Patientinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose, bei denen das Ergebnis einer zentralen DXA bekannt ist</p>	<p>Anteil von Patientinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose mit bekanntem zentralen DXA-Befund, bezogen auf alle Patientinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose</p> <p>Zielwert: nicht festgelegt</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl an Patientinnen mit Feld 20 ED ODER Feld 11 FD (aktuelle adjuvante endokrine Therapie) = „Aromataseinhibitoren“</p> <p>UND</p> <p>Anzahl an Patientinnen mit Feld 23 ED ODER Feld 14 FD (Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund) = „Auffällig“ ODER „Unauffällig“</p> <p><u>Nenner:</u> Anzahl an Patientinnen mit Feld 20 ED ODER Feld 11 FD (aktuelle adjuvante endokrine Therapie) = „Aromataseinhibitoren“</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>
<p>IV. Aufmerksamkeit hinsichtlich möglicher individueller Nebenwirkungen und Spätfolgen der tumorspezifischen Therapie</p>	<p>Anteil von Patientinnen, bei denen bekannt ist, ob eine kardiotoxische Tumorthherapie mit linksthorakaler Bestrahlung, Anthrazyklinen und/oder Trastuzumab stattgefunden hat bezogen auf alle Patientinnen</p> <p>Zielwert: 90%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl an Patientinnen mit Feld 28 ED ODER Feld 21 FD (Z. n. besonders kardiotoxischer Tumorthherapie) = „Anthrazykline (Doxorubicin, Epirubicin)“ UND/ODER „Trastuzumab“ UND/ODER „linksthorakale Bestrahlung“ ODER „Nein“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patientinnen</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>

Anlage 4: Qualitätssicherung

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V

bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

<p>V. Niedriger Anteil von Patientinnen mit einem symptomatischen Lymphödem (z. B. Schwellung, Funktionseinschränkung) des Armes</p>	<p>Anteil von Patientinnen mit einem symptomatischen Lymphödem (z. B. Schwellung, Funktionseinschränkung) des Armes, bezogen auf alle Patientinnen nach operativer Therapie</p> <p>Zielwert: 30%</p>	<p><u>Zähler:</u></p> <p>Anzahl der Patientinnen mit Feld 26 ED ODER Feld 19 FD (Symptomatisches Lymphödem) = „Ja, Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich“ ODER „Ja, keine Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich“</p> <p><u>Nenner:</u></p> <p>Alle Patientinnen mit Feld 14 ED ODER Feld 14 ED pnp (Operative Therapie) = „BET“ UND/ODER „Mastektomie“ UND/ODER „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ UND/ODER „Axilläre Lymphonodektomie“ UND/ODER „Anderes Vorgehen“</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>
<p>VI. Hoher Anteil von Patientinnen, die eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training erhalten</p>	<p>Anteil der Patientinnen, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training gegeben wurde, bezogen auf alle Patientinnen</p> <p>Zielwert: 75%</p>	<p><u>Zähler:</u></p> <p>Anzahl der Patientinnen mit Feld 27 ED ODER Feld 20 FD (Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgegeben) = „Ja“</p> <p><u>Nenner:</u></p> <p>Alle Patientinnen</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>

Anlage 4: Qualitätssicherung

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V

bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

<p>VII. Hoher Anteil von Patientinnen, mit BMI > 30, die eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training erhalten</p>	<p>Anteil der Patientinnen, mit BMI > 30, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training gegeben wurde, bezogen auf alle Patientinnen mit BMI > 30</p> <p>Zielwert: 90%</p>	<p><u>Zähler:</u></p> <p>Anzahl der Patientinnen mit BMI* >30 aus ED¹ oder FD¹</p> <p>UND Anzahl der Patientinnen mit</p> <p>Feld 27 ED ODER Feld 20 FD (Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgegeben) = „Ja“¹</p> <p><u>Nenner:</u></p> <p>Anzahl der Patientinnen mit BMI >30*</p> <p>*BMI errechnet sich aus [Feld 23 FD (Körpergewicht) / Feld 22 FD (Körpergröße/100 zum Quadrat]</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 30 ED (Körpergewicht) / Feld 29 ED (Körpergröße)/100 zum Quadrat]</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>
--	--	--	--	--

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

Anlage 4: Qualitätssicherung

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V

bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

<p>VIII. Adäquater Anteil von Patientinnen mit Bisphosphonat oder Denosumab-Therapie bei Knochenmetastasen</p>	<p>Anteil der Patientinnen mit Bisphosphonat oder Denosumab-Therapie an allen Patientinnen mit Knochenmetastasen</p> <p>Zielwert: 85%</p>	<p><u>Zähler:</u></p> <p>Alle Patientinnen mit</p> <p>[Feld 25 a) ED ODER Feld 24 a) FD (Therapie bei Knochenmetastasen - Bisphosphonate) = „Ja“]</p> <p>UND/ODER</p> <p>[Feld 25 b) ED ODER Feld 24 b) FD (Therapie bei Knochenmetastasen - Denosumab) = „Ja“]</p> <p><u>Nenner:</u></p> <p>Alle Patientinnen mit</p> <p>[Feld 24 ED ODER mindestens 1 x Feld 17 der aktuellen oder aller vorhergehenden FD (Lokalisation von Fernmetastasen) = „Knochen“]</p> <p>UND NICHT</p> <p>[[Feld 25 a) ED ODER Feld 24 a) FD (Therapie bei Knochenmetastasen - Bisphosphonate) = „Kontraindikation“]</p> <p>UND</p> <p>[Feld 25 b) ED ODER Feld 24 b) FD (Therapie bei Knochenmetastasen - Denosumab) = „Kontraindikation“]</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>
--	---	---	--	--

Anlage 4: Qualitätssicherung

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V

bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

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

Legende:

Erstdokumentation (ED)

Folgedokumentation (FD)

Anlage 5a: Teilnahme- und Einwilligungserklärung Brustkrebs

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

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

Erklärung Brustkrebs zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs

020E4

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.

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

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

2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

Unterschrift des Versicherten

bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– 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

25.05.2018 D60VO Brustkrebs

Anlage 5b: Patientinneninformation zum Datenschutz

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

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 Welche Daten werden erhoben?

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

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

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

3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet werden.

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

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

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet. Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

3.1 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 im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

Anlage 5b: Patientinneninformation zum Datenschutz

3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

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

3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

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

3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen 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.

3.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

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

Anlage 6: Patientinneninformation zum DMP Brustkrebs

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

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. sollte die brusterhaltende Operation – unter Berücksichtigung der Kontraindikationen – die bevorzugte Operationsmethode sein,
- 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 in den ersten drei Jahren vierteljährlich, im vierten und fünften Jahr halbjährlich und anschließend jährlich mindestens eine körperliche Untersuchung. Einmal jährlich findet die Röntgenuntersuchung der Brust statt. Die Nachsorge 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. Die in den Gesprächen gegebenen Informationen sollen Sie in die Lage versetzen, stärker

Anlage 6: Patientinneninformation zum DMP Brustkrebs

aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken. Auch in der Nachsorgezeit führt Ihr koordinierender Arzt abhängig von Ihrer individuellen Situation mindestens viertel-, halb- bzw. jährlich ein zusätzliches Beratungsgespräch mit Ihnen, in dem er Ihren persönlichen 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). 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.

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 sogenannte histologische Sicherung liegt bei Ihnen nicht länger als zehn 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 zehn Jahre nach der histologischen Sicherung des Brustkrebses 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.

Anlage 7: Antrag des Arztes auf Genehmigung zur Teilnahme

Bitte verwenden Sie zur Antragstellung das ausfüllbare PDF unter www.kvbawue.de/genuehmigungspflichtige-leistungen/ > DMP

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Absender/Stempel

Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Brustkrebs auf der Grundlage des § 83 SGB V zwischen der KV Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), dem BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg, der KNAPPSCHAFT, der IKK classic sowie den durch den Verband der Ersatzkassen (vdek) vertretenen Krankenkassen (Vereinbarung DMP Brustkrebs)

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragstellung oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- sich als bereits zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:
<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage, Leistungen gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung erbringen und abrechnen zu dürfen.

I. Teilnahme als DMP-Arzt

gem. § 4 Abs. 1 und Anlage 1 § 1 der Vereinbarung

Ich erfülle folgende Voraussetzungen:

(Nachweise sind entsprechend beizufügen, sofern sie der KVBW nicht vorliegen.)

- Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Fachärztlich tätiger Internist
 - mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Internistische Onkologie

oder

- mit fachlicher Qualifikation zur Erbringung der intravasalen zytostatischen Chemotherapie gemäß § 3 der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten („Onkologie-Vereinbarung“, Anlage 7 Bundesmantelverträge)
- Hausarzt nach § 73 Abs.1a SGB V (Zulassung als Arzt, Allgemeinarzt, Praktischer Arzt, hausärztlich tätiger Internist)
 - **zusätzliche Voraussetzung** für den **Hausarzt** (gem. § 4 Abs. 1 und Anlage 1 § 1 Abs. 1 Nr. 3): Teilnahme an einer eintägigen Einführungsveranstaltung (Vertragsinhalte, med. Inhalte gem. der Anlage 3 Ziffer 1 der DMP-A-RL; Information zu psychosozialer Versorgung und psychoonkologischer Betreuung, Informationen zum aktuellen Stand der Diagnostik und Therapie des Brustkrebs)

A. Fortbildungen

Für die Teilnahme als DMP-Arzt besteht die Verpflichtung im Rahmen des DMP Brustkrebs an Fortbildungen teilzunehmen:

- mindestens einmal im Jahr Teilnahme an einer interdisziplinären Tumorkonferenz, bei der psychoonkologische Fragenstellungen berücksichtigt werden. Die Konferenz muss die Anforderung der Landesärztekammer Baden-Württemberg zur Anerkennung als Fortbildungsmaßnahme erfüllen oder an einem nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Brustzentrum abgehalten werden.
- einmal in zwei Jahren Teilnahme an einer spezifischen Fortbildungsveranstaltung zum Thema Brustkrebs (z.B. Konsensuskonferenz). Die Veranstaltung muss von der Landesärztekammer Baden-Württemberg zertifiziert sein. Qualitativ vergleichbare, im Ausland (Schweiz, Österreich, Italien) absolvierte Fortbildungsveranstaltungen werden anerkannt.

- einmal im Jahr Teilnahme an einer von der LÄK anerkannten Fortbildungsmaßnahme zu psychoonkologischen Fragestellungen oder Teilnahme an einer von der LÄK anerkannten Balintgruppe.

B. Erklärungen/Beauftragungen/Aufgaben

B.1 Kenntnisnahme Arztmanual/Praxismanual

Das Arztmanual/Praxismanual finden Sie auf unserer Homepage (www.kvbawue.de) unter:

www.kvbawue.de → Praxis → Qualitätssicherung → Genehmigungspflichtige Leistungen → DMP Brustkrebs

Mit der Teilnahme an der Vereinbarung des DMP Brustkrebs nehmen Sie auch die Inhalte des Arztmanuals/Praxismanuals zur Kenntnis.

B.2 Beauftragung Datenstellen

Mit meiner Unterschrift auf dem Antrag lasse ich die mit den zuständigen Datenstellen geschlossenen Verträge zur Erfüllung der in § 25 Abs. 4 genannten Aufgaben gegen mich gelten.

Zusätzlich stimme ich der Veröffentlichung meiner Daten im Leistungserbringerverzeichnis zu.

B.3 Zu den **Aufgaben des DMP-Arztes** gehören insbesondere (gem. § 8 Vereinbarung DMP Brustkrebs):

- die Erbringung der im Rahmen seiner gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung für die Behandlung der eingeschriebenen Patientinnen notwendigen Leistungen unter Beachtung der in der DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,
- die Einweisungsempfehlung an Patientinnen mit histologisch gesicherter Brustkrebsdiagnose an gemäß § 3 Vereinbarung DMP Brustkrebs eingebundene Krankenhäuser,
- die Information, Beratung und Erstellung der Einschreibeunterlagen gemäß § 17 der Vereinbarung DMP Brustkrebs unter Beachtung des § 3 der DMP-A-RL sowie zum Versorgungsweg der Patientinnen nach der Anlage 3b Vereinbarung DMP Brustkrebs,
- die beleghafte Erstellung und Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie die Übermittlung der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechen der Anlage 4 der DMP-A-RL bis zum 5. des Folgemonats an die Datenstelle nach § 25 der Vereinbarung DMP Brustkrebs. Die Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.
- die Übermittlung des Datensatzes nach § 28 f Abs. 2 Nr. 1a) RSAV versicherten- und leistungserbringerbezogen spätestens innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die jeweilige Krankenkasse (oder an von ihr beauftragte Datenstelle) und die Arbeitsgemeinschaft (oder an von ihr beauftragte Datenstelle).
- die Vergabe einer nur einmal zu vergebenden DMP-Fallnummer nach seiner Wahl für jede Versicherte, die aus maximal sieben Zeichen bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für eine Patientin verwendet werden,
- die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der in der DMP-A-RL Anlage 3 Nummer 1.9 geregelten Versorgungsinhalte,
- die Beachtung der vereinbarten Qualitätsziele gemäß § 11 der Vereinbarung DMP Brustkrebs,
- die Überweisung an andere Leistungserbringer, Veranlassung von Leistungen oder Verordnung von Krankenhausbehandlung im Rahmen dieser Vereinbarung und die damit verbundene Übermittlung von therapie-relevanten Informationen (z. B. medikamentöse Therapie) und die Dokumentation entsprechender Informationen anderer Leistungserbringer, sofern die Patientin dem zustimmt,

- die individuelle Prüfung, ob die Patientin von einer Rehabilitationsmaßnahme profitieren kann.
- die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der DMP-Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die oben unter A (Fortbildungen) und B (Erklärungen/Beauftragungen/Aufgaben) aufgeführten Punkte entsprechend.

B.4 Zu den Aufgaben des anstellenden Arztes gehören insbesondere:

- Angestellten Ärzten, die in der/den Betriebsstätte(n) Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die Informationen zum DMP zukommen zu lassen,
- sicherzustellen, dass die angestellten Ärzte gleichermaßen die Verpflichtungen zur ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht, sowie zur Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeitung und Nutzung) personenbezogener Daten, der Datensicherheit und Weitergabe der Patientendaten an Dritte, erfüllen,
- die Erbringung des Nachweises gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, dass die angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen,
- die unverzügliche, schriftliche Information der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg im Falle der Beendigung eines Angestelltenverhältnisses.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut

Anlage 8: Leistungserbringerverzeichnis

zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei
Brustkrebs in Baden-Württemberg (Vereinbarung DMP Brustkrebs) in Kraft ab 01.10.2018

LANR	BSNR/ NBSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort	Kreis	Telefon- nummer	DMP-Arzt ab	DMP-Arzt bis