

**Vertrag zur Durchführung des  
strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V  
zur Verbesserung der Versorgungssituation  
von Brustkrebspatientinnen  
(DMP Brustkrebs)**

unter Berücksichtigung des 1. Nachtrages vom 29.03.2006, des 2. Nachtrages vom 28.06.2006  
des 3. Nachtrages vom 02.02.2007, des 4. Nachtrages vom 25.09.2007, des 5. Nachtrages vom 21.10.2008,  
des 6. Nachtrages vom 26.06.2009, des 7. Nachtrages vom 12.08.2009,  
des 8. Nachtrages vom 10.07.2013, des 9. Nachtrages vom 23.08.2013,  
der ergänzenden Erklärungen vom 12.05.2015 und 28.09.2017,  
des 10. Nachtrages vom 24.05.2018 und des 11. Nachtrages vom 25.09.2018

zwischen der  
**Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB)**  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

sowie der  
**AOK Nordost - Die Gesundheitskasse (AOK)**  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -  
(handelnd als Landesverband)

**den nachfolgend benannten 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)  
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg

dem  
**BKK Landesverband Mitte (BKK)**  
Eintrachtweg 19  
30173 Hannover

der  
**IKK Brandenburg und Berlin (IKK)**  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -  
(handelnd als Landesverband)

der  
**KNAPPSCHAFT**  
Regionaldirektion Cottbus  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

und der  
**Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)**  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

(nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt)

im Benehmen mit der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V. (LKB)

# Inhaltsverzeichnis

## Präambel

### Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziele des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich

### Abschnitt II - Teilnahme der Vertragsärzte

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der Vertragsärzte
- § 4 Krankenhäuser
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Bestätigung der Teilnahme
- § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 8 Verzeichnisse der Vertragsärzte und Krankenhäuser

### Abschnitt III - Versorgungsinhalte

- § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Brustkrebs

### Abschnitt IV - Qualitätssicherung

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12 Regulierung von Vertragsverstößen

### Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Patientin

- § 13 Teilnahmevoraussetzungen
- § 14 Information und Einschreibung
- § 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 16 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 17 Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes
- § 17a Phasenbezogener Wechsel der Betreuung zwischen vertragsärztlichem und stationärem Versorgungsbereich
- § 18 Versichertenverzeichnis

### Abschnitt VI - Schulung und Informationen

- § 19 Teilnahmeberechtigte Vertragsärzte
- § 20 Versicherte

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

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

#### Abschnitt VIII - Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVBB und zur Gemeinsamen Einrichtung

- § 26 Datenfluss
- § 27 Datenzugang
- § 28 Datenaufbewahrung und -löschung

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

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

#### Abschnitt X - Evaluation

- § 33 Evaluation

#### Abschnitt XI - Finanzierung, Vergütung und Abrechnung

- § 34 Finanzierung, Vergütung und Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen

#### Abschnitt XII - Sonstige Bestimmungen

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

#### Anlagen

## **Präambel**

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung der Frau. Jährlich erkranken derzeit über 70.000 Frauen in Deutschland neu an Brustkrebs. Trotz medizinischer Fortschritte in Diagnostik und Therapie ist die Diagnose Brustkrebs für die Frau eine besondere Belastung und für die Medizin eine Herausforderung.

In Ergänzung des aktuellen Versorgungsangebots wird im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm (DMP)) eine interdisziplinäre, berufs- und sektorenübergreifende Behandlung mit dem notwendigen logistischen Hintergrund gewährleistet. Durch diesen Vertrag wird eine qualitätsorientierte Begleitung der Patientinnen durch die am DMP teilnehmenden Vertragsärzte<sup>1</sup> gewährleistet.

Den an Brustkrebs erkrankten Frauen wird besonders durch individuelle Beratung und Informationen die Möglichkeit gegeben, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.

## **Abschnitt I**

### **Ziele, Geltungsbereich**

#### **§ 1**

#### **Ziele des Vertrages**

- (1) Ziel des Vertrages ist unter Beachtung der nach Abschnitt III dieses Vertrages geltenden Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der weiblichen Versicherten mit Brustkrebs (nachfolgend als Patientin bezeichnet), insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Ärzte, Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen, um die Versorgung zu optimieren. Der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe spielt als betreuender Arzt bei der Umsetzung des Disease-Management-Programmes eine zentrale Rolle. Die Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Patientinnen am DMP Brustkrebs im Land Brandenburg hin.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm sowie die medizinischen Grundlagen sind insbesondere in Anlage 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Zusammenführung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie, DMP-A-RL) vom 20.03.2014 in der Fassung vom 17.11.2017 festgelegt. Entsprechend der Anlage 3 der DMP-A-RL streben die Partner dieses Vertrages folgende Ziele an:
  1. Senkung der brustkrebsbedingten Mortalität;
  2. Begleitung der Patientin, bezogen auf ihren Krankheitsfall und unter angemessener Berücksichtigung ihres Lebensumfeldes, während des Behandlungsprozesses und ihre Aufklärung durch gezielte, patientenorientierte, qualitativ gesicherte Informationen. Die Informationen sollen die Patientin in die Lage versetzen, selbst stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken;
  3. Verbesserung und Erhalt der Lebensqualität der Patientin;
  4. Verbesserung des operativen Standards, insbesondere im Hinblick auf eine nachhaltige Senkung der Anzahl der Brustamputationen durch Erhöhung des Anteils brusterhaltender Operationen, wenn die medizinische Indikation besteht;

---

<sup>1</sup> Vertragsärzte sind sowohl Vertragsärztinnen als auch Vertragsärzte. Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die weiblich Form verzichtet.

5. Verbesserung des Standards der adjuvanten Therapie durch Anwendung der in Anlage „Versorgungsinhalte“ dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte;
6. Hilfestellung durch ein an die individuelle Situation der Patientin angepasstes strukturiertes Unterstützungs- und Beratungsangebot im psychosozialen Bereich;
7. Eine umfassende Nachsorge entsprechend Ziffer 1.5 der Anlage „Versorgungsinhalte“, insbesondere im Hinblick auf
  - die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation,
  - das frühzeitige Erkennen eines lokoregionären Rezidivs bzw. eines kontralateralen Tumors und
  - die Unterstützung der Patientin in der Umsetzung der empfohlenen und vereinbarten Therapie und
  - Einleitung geeigneter vorbeugender Maßnahmen sowie das frühzeitige Erkennen von Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Therapieunter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Patientin.

## § 2 Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt für im Bereich der KVBB niedergelassene Ärzte, bei niedergelassenen Ärzten gem. § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV angestellte Ärzte, Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren gemäß § 95 SGB V, Ärzte in Einrichtungen gem. § 105 SGB V; ermächtigte Ärzte, soweit die Ermächtigung für die gynäkologische Grundversorgung bereits erteilt ist, sowie Ärzte gem. § 24 Abs. 3 Satz 6 Ärzte-ZV (nachfolgend als Vertragsärzte bezeichnet), die nach Maßgabe des Abschnitts II die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und ihre Teilnahme erklärt haben.
- (2) Der Vertrag gilt für die Betreuung von
  1. Versicherten der AOK Nordost,

Der Vertrag kann auch für die Versicherten weiterer AOK-Regionen gelten, sofern die zuständige AOK gegenüber den Vertragspartnern erklärt, dass sie die Inhalte des vorliegenden Vertrages anerkennt. Dafür muss die beitretende AOK spätestens vier Wochen vor dem Wirksamwerden jeweils eine Beitrittserklärung gegenüber den Vertragspartnern abgegeben haben. Ein Beitritt ist jeweils nur zum Quartalsbeginn möglich. Für die Versicherten der beitretenden Krankenkasse gelten die Regelungen dieses DMP-Vertrages. Über den Beitritt informiert die KVBB die teilnehmenden Vertragsärzte
  2. IKK-Versicherten mit Wohnsitz im Land Brandenburg,

Der Vertrag kann auch für IKK-Versicherte mit Wohnsitz außerhalb Brandenburgs gelten, sofern die zuständige Krankenkasse bzw. der zuständige Landesverband gegenüber den Vertragspartnern erklärt, dass sie bzw. er die Inhalte des vorliegenden Vertrages, die jeweilige Krankenkasse für alle ihre Versicherten bzw. der jeweilige Landesverband für alle Versicherten der entsprechenden Kassenart in seinem Zuständigkeitsbereich, anerkennt. Dafür muss die zuständige Krankenkasse bzw. der zuständige Landesverband spätestens vier Wochen vor dem Wirksamwerden eine Beitrittserklärung gegenüber den Vertragspartnern abgegeben haben. Die Beitrittserklärung kann mit gleicher Frist auch gegenüber dem jeweiligen teilnehmenden Landesverband im Land Brandenburg erfolgen. In diesem Fall sind die Vertragspartner durch den Landesverband im Land Brandenburg unter Beifügung der entsprechenden Beitritts- und Anerkennungserklärungen spätestens drei Wochen vor Quartalsbeginn zu informieren.

Ein Beitritt ist jeweils nur zum Quartalsbeginn möglich. Für die Versicherten der beitretenden Krankenkasse bzw. des beitretenden Landesverbandes gelten die Regelungen dieses DMP-Vertrages. Über den Beitritt informiert die KVBB die teilnehmenden Vertragsärzte.

3. bundesweit Versicherten der Ersatzkassen, der BKKn, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse und der KNAPPSCHAFT,

die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.

(3) Grundlage dieses Vertrages sind die, DMP-A-RL und die Risikostrukturausgleichsverordnung in der Fassung der Artikel 1d und 1e des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) vom 04.04.2017 (im Folgenden RSAV) sowie deren Folgeverordnungen. Die Anlagen dieses Vertrages, welche die Versorgungsinhalte und die Dokumentation betreffen, entsprechen den Anlagen 3 und 4 der DMP-A-RL. Sollten sich aufgrund nachfolgender Modifikationen der DMP-A-RL oder der RSAV inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages gemäß den in § 137g Abs. 2 SGB V genannten Fristen zu erfolgen.

## **Abschnitt II**

### **Abschnitt II - Teilnahme der Vertragsärzte**

#### **§ 3**

##### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der Vertragsärzte**

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt als koordinierender Vertragsarzt sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die die Anforderungen gem. Anlage „Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt“ erfüllen.
- (3) Zu den Aufgaben der nach Abs. 2 koordinierenden Vertragsärzte gehören insbesondere:
  1. die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
  2. die Koordination der Behandlung der Patientin, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Ärzte und Leistungserbringer,
  3. die Durchführung von intensivierten Beratungs- und Informationsgesprächen gemäß § 9 unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Patientin, zwischen der histologischen Sicherung der Diagnose und der operativen Therapie,
  4. der Hinweis an die Patientin auf das Angebot der an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen zur Bereitstellung von weiteren Informationen zum Thema „Brustkrebs“ und Aushändigung des entsprechenden Anforderungsformulars,
  5. die Information der Versicherten über die am DMP Brustkrebs teilnehmenden Krankenhäuser im Land Brandenburg vor der Einschreibung nach Nr. 6,
  6. die Information, Beratung und Einschreibung der Patientin gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der vollständigen Dokumentationen gem. Anlage 4 der DMP-A-RL in elektronischer Form, nachfolgend Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“ genannt, nach Abschnitt VII; die Art der elektronischen Datenübermittlung ist der KVBB gegenüber schriftlich anzuzeigen,
  7. die Beachtung der Qualitätsziele gemäß § 10 einschließlich der qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 12 SGB V unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

8. die Überweisung an weiterbehandelnde Fachärzte bzw. andere Leistungserbringer, entsprechend der Anlage „Strukturqualität Fachärzte und andere Leistungserbringer“, zur weiterführenden Diagnostik und Therapie,
9. sofern medizinisch notwendig eine stationäre Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus vorzunehmen, wobei die individuellen Interessen der Patientin und die regionale Versorgungsstruktur an gem. § 4 teilnehmenden Krankenhäusern zu berücksichtigen sind, eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
10. bei Überweisung an weiterbehandelnde Fachärzte bzw. andere Leistungserbringer therapierelevante Informationen gemäß Anlage „Versorgungsinhalte“ zu übermitteln sowie von diesen weiterbehandelnden Fachärzten und anderen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern und erhaltene zu dokumentieren,
11. im Falle des Wechsels des koordinierenden Vertragsarztes gemäß § 17, bei Vorlage einer schriftlichen Einverständniserklärung der Versicherten, dem neu gewählten koordinierenden Vertragsarzt auf Anforderung alle einschlägigen Befunddaten zu übergeben.

#### **§ 4**

##### **Krankenhäuser**

Die Krankenkassen stellen sicher, dass die Beteiligung von Krankenhäusern gem. § 108 SGB V am strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs nach Maßgabe des Vertrages zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen zwischen der LKB und den Verbänden der Krankenkassen erfolgt, und dass teilnehmende Versicherte, die aufgrund der Diagnose „Brustkrebs“ stationär eingewiesen sind, entsprechend den insoweit einschlägigen Bestimmungen der DMP-A-RL behandelt werden.

#### **§ 5**

##### **Teilnahmeerklärung**

Der koordinierende Vertragsarzt nach § 3 erklärt gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung gem. § 31 schriftlich mittels der als Anlage beigefügten „Teilnahmeerklärung koordinierender Vertragsarzt“ seine Teilnahme am Disease-Management-Programm.

#### **§ 6**

##### **Bestätigung der Teilnahme**

Die Gemeinsame Einrichtung prüft die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 3 und informiert die KVBB schriftlich unter gleichzeitiger Übergabe der Teilnahmeerklärung darüber, ob die Teilnahmevoraussetzungen vorliegen. Die KVBB teilt dem koordinierenden Vertragsarzt das Prüfergebnis der Gemeinsamen Einrichtung mit und erteilt auf dieser Grundlage bei Vorliegen der Voraussetzungen schriftlich die Genehmigung zur Teilnahme nach diesem Vertrag.

#### **§ 7**

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

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Teilnahme genehmigung nach § 6 mit dem Tag, an dem die Antragsunterlagen gemäß der Anlage „Teilnahmeerklärung koordinierender Vertragsarzt“ vollständig vorliegen. Die KVBB stellt die Teilnahmeerklärung den teilnahmewilligen Vertragsärzten zur Verfügung.

- (2) Die Teilnahme an diesem Vertrag kann schriftlich gegenüber der KVBB gekündigt werden. Die Kündigungsfrist der Vertragsärzte beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit eines an diesem Vertrag teilnehmenden angestellten Arztes wird der KVBB vom anstellenden Vertragsarzt unverzüglich mitgeteilt.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet bzw. ruht für den Vertragsarzt mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVBB.
- (5) Endet die Teilnahme eines Vertragsarztes lässt die Krankenkasse den hiervon betroffenen Patientinnen das „Verzeichnis der koordinierenden Vertragsärzte DMP Brustkrebs“ nach § 8 zukommen.

## **§ 8**

### **Verzeichnisse der Vertragsärzte und Krankenhäuser**

- (1) Über die teilnehmenden Vertragsärzte führt die KVBB ein Verzeichnis. Die KVBB stellt dieses Verzeichnis den Vertragspartnern und der Datenstelle gemäß § 21 mit jeder Änderung insbesondere bei Eintritt und Austritt unverzüglich in elektronischer Form entsprechend der Anlage „Vertragsärzteverzeichnis DMP Brustkrebs“ zur Verfügung.
- (2) Über die nach § 4 teilnehmenden Krankenhäuser einschließlich der jeweiligen koordinierenden Krankenhausärzte führen die Verbände der Krankenkassen ein Verzeichnis entsprechend der Anlage „Verzeichnis der Krankenhäuser gem. § 4“. Die Verbände der Krankenkassen stellen dieses Verzeichnis der KVBB und der Datenstelle gemäß § 21 mit jeder Änderung unverzüglich in elektronischer Form zur Verfügung.
- (3) Über die teilnehmenden Krankenkassen führen die Verbände der Krankenkassen gemeinsam ein Verzeichnis und stellen dieses der KVBB und der Datenstelle nach § 21 mit jeder Änderung unverzüglich in elektronischer Form zur Verfügung.
- (4) Die Verzeichnisse nach Abs. 1 und 2 werden dem Bundesversicherungsamt (BVA) bei Antrag auf Zulassung dieses Disease-Management-Programmes und nach dessen Zulassung alle 5 Jahre sowie auf Anforderung von den Verbänden der Krankenkassen in aktualisierter Form vorgelegt. Auf Anforderung stellen die teilnehmenden Krankenkassen diese Verzeichnisse der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung.
- (5) Weiterhin werden die Verzeichnisse gemäß Abs. 1 und 2 folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
  1. den am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten durch die KVBB,
  2. auf Wunsch den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Patientinnen durch den koordinierenden Vertragsarzt bzw. durch die leistungspflichtige Krankenkasse.Das Verzeichnis nach Abs. 1 wird der LKB durch die Verbände der Krankenkassen zur Verfügung gestellt.
- (6) Die Vertragspartner können die Verzeichnisse nach Abs. 1 bis 3 veröffentlichen.



## **Abschnitt III**

### **Versorgungsinhalte**

#### **§ 9**

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

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage „Versorgungsinhalte“ definiert und damit Bestandteil des Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen Anlage 3 der DMP-A-RL . Mit der Teilnahmeerklärung nach § 5 verpflichtet sich der Vertragsarzt, diese Versorgungsinhalte zu befolgen. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die Aufklärung der Patientin im Sinne der Ziffern 1-4 der Anlage “Versorgungsinhalte“ durch den koordinierenden Vertragsarzt erfolgt über intensivierete Patientengespräche und zielgerichtete Informationen. Als Grundlage dienen die nachstehend beschriebenen Informationsbausteine. Die Informationsbausteine umfassen schwerpunktmäßig folgende Bereiche:
  1. Informationen über qualitätsgesicherte Behandlungsmaßnahmen und einzelfallbezogen in Betracht kommende Behandlungsalternativen,
  2. Informationen über die nach § 4 teilnehmenden Krankenhäuser, die die Therapie durchführen können, vor Einschreibung in das Programm. Die Qualitätsmerkmale sowie Kooperationsregeln müssen der Patientin transparent dargestellt werden,
  3. Informationen über das für die Patientin individuell sinnvolle Nachsorgekonzept inklusive geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen, Selbsthilfegruppen, psychosozialer Angebote.

Die jeweiligen Inhalte der durchzuführenden Gespräche ergeben sich aus der Anlage „Patientengespräche/Begleitgespräche“.

## **Abschnitt IV**

### **Qualitätssicherung**

#### **§ 10**

#### **Grundlagen und Ziele**

Um den Anforderungen des § 2 DMP-A-RL i. V. m. Ziffer 2 der Anlage 3 der DMP-A-RL gerecht zu werden, werden die dort genannten Ziele vereinbart. Hierzu gehören insbesondere

1. die Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlung),
2. die Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie i.S. § 12 SGB V,
3. die Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren gemäß Ziffer 1.9 der Anlage „Versorgungsinhalte“,
4. die Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß § 3,
5. die aktive Teilnahme der Patientin.

## **§ 11**

### **Maßnahmen und Indikatoren**

- (1) Entsprechend § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage „Qualitätssicherung“ zur Erreichung der Ziele zugrunde zu legen.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere
  - Aktivitäten mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Patientinnen und teilnehmende Vertragsärzte,
  - strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Vertragsärzte nach § 3 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; hierfür ist die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Verfahren,
  - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Patientinnen,
  - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der teilnehmenden Vertragsärzte und der eingeschriebenen Patientinnen.
- (3) Zur Auswertung werden die in der Anlage „Qualitätssicherung“ fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus der Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“ in versichertenbezogen pseudonymisierter Form ergeben.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur Qualitätssicherung und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

## **§ 12**

### **Regulierung von Vertragsverstößen**

- (1) Im Rahmen des Disease-Management-Programmes vereinbaren die Vertragspartner wirksame Maßnahmen, die dann greifen, wenn die an der Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms teilnehmenden Vertragsärzte gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.
- (2) Verstößt ein Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen getroffen:
  - keine Vergütung von unvollständigen bzw. implausiblen Dokumentationen gemäß Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“,
  - Aufforderung der Vertragsärzte durch die KVBB zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen,
  - auf begründeten Antrag eines Vertragspartners oder der Gemeinsamen Einrichtung und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner zeitlich befristete Aussetzung der Teilnahmegenehmigung durch die KVBB (z.B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte),
  - hält der Vertragsarzt nachweislich die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er auf begründeten Antrag eines Vertragspartners von der Teilnahme an diesem Vertrag durch außerordentlichen Widerruf der Teilnahmegenehmigung auf Dauer ausgeschlossen werden.

Über den Ausschluss entscheidet die KVBB auf Empfehlung der Gemeinsamen Einrichtung.

## **Abschnitt V**

### **Teilnahme und Einschreibung der Patientin**

#### **§ 13**

##### **Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:
  - die schriftliche Bestätigung der histologisch gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt entsprechend Ziffer 3 der Anlage "Versorgungsinhalte".
  - 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.
  - die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGBV und
  - die umfassende, auch schriftliche Information der Patientin über die Programminhalte gemäß Ziffer 4.2 der Anlage "Versorgungsinhalte" liegt vor,
  - die Patientin ist zur aktiven Mitwirkung am Programm bereit.
- (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. Nach dem Ende der Programmteilnahme ist eine Neueinschreibung bei Auftreten eines lokoregionären Rezidivs/kontralateralen Brustkrebses erforderlich. Patientinnen mit Fernmetastasierungen können dauerhaft am Programm teilnehmen.
- (3) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelung der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.

#### **§ 14**

##### **Information und Einschreibung**

- (1) Zur Unterstützung der Information der Patientin mit der gesicherten Diagnose Brustkrebs durch den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 stellen die Verbände der Krankenkassen für die Vertragsärzte entsprechende Exemplare der Patienteninformation sowie der Datenschutzinformation (Anlagen) zur Verfügung. Darüber hinaus erhält die Patientin durch den koordinierenden Vertragsarzt den Hinweis und das entsprechende Anforderungsformular (Anlage), mit dem sie zusätzliches Material direkt von ihrer Krankenkasse anfordern kann.
- (2) Die am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch die Anlagen „Patienteninformation“ und „Datenschutzinformation“ über das Behandlungsprogramm informieren. Die Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- (3) Die koordinierenden Vertragsärzte gemäß § 3 informieren entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL ihre teilnahmeberechtigten Patientinnen insbesondere über die medizinische

Zielstellung dieses Disease-Management-Programmes. Die Einschreibung erfolgt mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 beim koordinierenden Vertragsarzt.

- (4) Für die Einschreibung der Versicherten in das Behandlungsprogramm müssen den teilnehmenden Krankenkassen von der Datenstelle neben der vollständig unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen vorliegen:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 und
  2. die vollständige, maschinell verwertbare Erstdokumentation gemäß Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“.

Die für die Durchführung des Programms benötigten Formulare (wie die Patienten- und Datenschutzinformation, die Formulare für die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten sowie die Teilnahmeerklärung der Vertragsärzte) und adressierten Freiumschläge werden der KVBB von den beteiligten Verbänden der Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Die KVBB verteilt diese an die teilnehmenden Vertragsärzte.

- (5) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm beim Vertragsarzt wählt die Patientin diesen als ihren koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird wirksam, wenn der gewählte koordinierende Vertragsarzt an dem Vertrag teilnimmt und die Einschreibeunterlagen gem. Abs. 4 Nr. 1 in Papierform und gem. Nr. 2 elektronisch an die Datenstelle gemäß § 21 weitergeleitet werden.

Die Krankenkasse stellt sicher, dass die Versicherte im Rahmen dieses DMP nur durch einen koordinierenden Vertragsarzt betreut wird.

- (7) (6) Die Patientin kann sich auch bei ihrer Krankenkasse für das Behandlungsprogramm anmelden. In diesem Fall wird sie nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an einen von ihr gewählten koordinierenden Vertragsarzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 4 erstellt werden können. Nachdem alle Einschreibeunterlagen entsprechend Abs. 4 der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese der Versicherten und dem koordinierenden Vertragsarzt die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (8) Wenn die Patientin an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann sie an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Eine diesbezügliche Kennzeichnung erfolgt gemäß § 15 Abs. 2.

## **§ 15**

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

- (1) Nach umfassender Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL und der damit verbundenen Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung gemäß der Anlage „Datenschutzinformation“ erklärt sich die Patientin gemäß Anlage „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ zur Teilnahme an diesem DMP bereit und willigt einmalig schriftlich in die damit verbundene Übermittlung ihrer Behandlungsdaten und administrativen Angaben ein.
- (2) Eine Teilnahme der Versicherten an dem vorliegenden Behandlungsprogramm ist auf ihrer elektronischen Gesundheitskarte zu kennzeichnen. Dazu übergibt die zuständige Krankenkasse bei Teilnahme am Behandlungsprogramm Brustkrebs der Versicherten unverzüglich eine neue oder entsprechend den Vorgaben auf Bundesebene zur Änderung der Krankenversichertenkarte (Statuskennzeichen) modifizierte elektronische Gesundheitskarte. Im Falle der Übergabe einer neuen elektronischen Gesundheitskarte wird die bisherige elektronische Gesundheitskarte zeitgleich durch die zuständige Krankenkasse eingezogen.

## **§ 16**

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

- (1) Die Teilnahme der Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse nach § 14 Abs. 7 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 4 erstellt wurde und endet spätestens mit dem Tag, an dem die Zulassung des Programms nach § 137g Abs. 3 SGB V endet.
- (2) Die Teilnahme endet außerdem nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose. Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich.
- (3) Die Patientin kann ihre Teilnahme jederzeit gegenüber der Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern sie keinen späteren Termin für ihr Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigung bei der Krankenkasse aus.
- (4) Die Krankenkasse beendet die Teilnahme der Versicherten bei Vorliegen eines der folgenden Tatbestände:
  - wenn die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr gegeben sind,
  - wenn zwei aufeinanderfolgende der quartalsbezogenen (nicht quartalsweise) zu erstellenden Folgedokumentationen der Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“ nicht innerhalb von 6 Wochen und 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums übermittelt worden sind oder
  - bei Beendigung der Mitgliedschaft in der Krankenkasse bzw. bei Wechsel der Krankenkasse (Wird die Zugehörigkeit eines Versicherten zu einer an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse vorübergehend (maximal 6 Monate) unterbrochen, so ist die Fortsetzung der Programmteilnahme möglich, wenn innerhalb von 6 Monaten nach Beginn der Unterbrechung eine Folgedokumentation für diesen Versicherten erstellt wird.).

Im Falle einer Beendigung der Teilnahme der Versicherten nach Satz 1 endet diese gemäß § 3 Abs. 3 Satz 8 Nr. 3 RSAV mit dem Tag der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum) nach Anlage 4 der DMP-A-RL.

- (5) Die Krankenkasse informiert die Versicherte, den koordinierenden Vertragsarzt und die Datenstelle gemäß § 21 schriftlich über den Zeitpunkt des Ausscheidens der Versicherten aus dem Disease-Management-Programm, spätestens innerhalb von 10 Arbeitstagen. Gegenüber dem koordinierenden Vertragsarzt wird diese Kündigung mit Eingang der Bestätigung durch die Krankenkasse wirksam.
- (6) Bei Beendigung der Teilnahme der Versicherten an dem Disease-Management-Programm ist unverzüglich die Änderung auf der elektronischen Gesundheitskarte durch die zuständige Krankenkasse rückgängig zu machen oder der Versicherten eine andere elektronische Gesundheitskarte zu übergeben.

## **§ 17**

### **Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes**

- (1) Es steht der Patientin frei, ihren koordinierenden Vertragsarzt zu wechseln. Der bisherige koordinierende Vertragsarzt ist verpflichtet, bei Vorlage einer schriftlichen Einverständniserklärung der Versicherten, auf Anforderung alle einschlägigen Befunddaten an den neu gewählten koordinierenden Vertragsarzt zu übergeben.

- (2) Der neu gewählte koordinierende Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 21. Nach Eingang der vollständigen Unterlagen bei der zuständigen Krankenkasse soll auch der bisherige koordinierende Vertragsarzt über den Wechsel von der Krankenkasse informiert werden.

### **§ 17a**

#### **Phasenbezogener Wechsel der Betreuung zwischen vertragsärztlichem und stationärem Versorgungsbereich**

- (1) § 17 gilt nicht für den im Rahmen des Programms vorgesehenen phasenbezogenen Wechsel zwischen dem vertragsärztlichen und stationären Versorgungsbereich.
- (2) Eine durch den koordinierenden Vertragsarzt gem. § 3 erfolgte Einschreibung einer Patientin mit bereits vor der stationären Einweisung gesicherter Diagnose Brustkrebs ist auch durch diesen nach Beendigung der stationären Versorgung anhand der durch das Krankenhaus übermittelten Befunddaten zu vervollständigen. Die Erstdokumentation gilt insoweit auch ohne OP-Daten als vollständig.

Die OP-Daten werden nachträglich durch den koordinierenden Vertragsarzt in die Erstdokumentation eingefügt und elektronisch erneut an die Datenstelle übersandt.

Die Krankenkassen stellen sicher, dass eine Einschreibung derselben Patientin durch einen koordinierenden Krankenhausarzt in diesen Fällen ausgeschlossen ist.

- (3) Sofern ein koordinierender Krankenhausarzt eine Patientin in das zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der LKB vereinbarte strukturierte Behandlungsprogramm Brustkrebs eingeschrieben hat und diese Patientin nach Beendigung der stationär durchgeführten Primärtherapie (ggf. nach Beendigung der adjuvanten Therapie) zur Weiterbetreuung im Rahmen dieses Programms an einen koordinierenden Vertragsarzt, den die Patientin gewählt hat, überweist, ist eine erneute Einschreibung derselben Patientin durch den weiterbetreuenden koordinierenden Vertragsarzt ausgeschlossen. Zu dem vom koordinierenden Krankenhausarzt empfohlenen Nachuntersuchungstermin im Rahmen dieses Programms erstellt der weiterbetreuende koordinierende Vertragsarzt die Folgedokumentation und übersendet diese an die Datenstelle. Die Krankenkassen stellen sicher, dass die nach § 4 teilnehmenden Krankenhäuser die (Rück-) Überweisung der Patientin nach Beendigung der stationär durchgeführten Primärtherapie (ggf. nach Beendigung der adjuvanten Therapie) an einen koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 unter Berücksichtigung der Interessen der Patientin vornehmen und dass die zeitnahe Weitergabe (spätestens am dritten Werktag nach der Entlassung) der zur Erstellung der Dokumentation gemäß Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“ notwendigen therapielevanten Informationen, ggf. durch Übersendung eines Ausdrucks der Erst-, ggf. der Folgedokumentation, sowie die Information über bereits weitergeleitete Unterlagen gemäß Anlage „Versorgungsinhalte“ an den koordinierenden Vertragsarzt veranlasst wird.

### **§ 18**

#### **Versichertenverzeichnis**

Die Krankenkassen übermitteln der KVBB jeweils bis zum dritten Werktag nach Quartalsende online in maschinell auswertbarer Form jeweils ein aktuelles Verzeichnis der eingeschriebenen Versicherten unter Benennung der Versichertennummer, des Geburtsdatums, des DMP-Statuskennzeichens sowie des Termins des Beginns und des Endes der Teilnahme zu Abrechnungszwecken.

## **Abschnitt VI**

### **Schulung und Informationen**

#### **§ 19**

##### **Teilnahmeberechtigte Vertragsärzte**

- (1) Die Krankenkassen bzw. deren Verbände und die KVBB informieren entsprechend der DMP-A-RL die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte umfassend über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Brustkrebs und innerhalb der in § 137g Abs. 2 SGB V genannten Fristen insbesondere auch über Änderungen, die aus geänderten Anforderungen an die ärztliche Behandlung gemäß Anlage „Versorgungsinhalte“ resultieren. Die Verbände der Krankenkassen stellen hierfür ein entsprechendes Arztmanual zur Verfügung. Hierin werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gemäß Satz 1 bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen bzw. die Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage „Teilnahmeerklärung koordinierender Vertragsarzt“.
- (2) Die KVBB stellt die erforderlichen Schulungen der am DMP teilnehmenden Vertragsärzte sicher. Die Inhalte der Schulungen erfolgen richtlinienkonform und zielen auf die vereinbarten Management-Komponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für das Disease-Management-Programm relevante regelmäßige Fortbildung.
- (3) Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung nachzuweisen. Die Gemeinsame Einrichtung prüft die Nachweise und informiert die KVBB unverzüglich über die Ergebnisse der Prüfung. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme müssen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie, gemäß Anlage „Versorgungsinhalte“ einbezogen werden.

#### **§ 20**

##### **Versicherte**

Die Krankenkasse informiert insbesondere anhand der Anlagen „Patienteninformation“ und „Datenschutzinformation“ ihre betroffenen Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.

## **Abschnitt VII**

### **Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle und deren Aufgaben**

#### **§ 21**

##### **Datenstelle**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 29 beauftragt eine externe Institution als Datenstelle.
  
- (2) Die Krankenkassen, die KVBB, die Arbeitsgemeinschaft gemäß §§ 29 und 30 und die Gemeinsame Einrichtung gemäß §§ 31 und 32 beauftragen die Datenstelle unter Beachtung des Art. 28 Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) i.V.m. § 80 SGB X insbesondere mit folgenden Aufgaben:
  1. Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“ auf elektronischem Wege,
  2. Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Nr. 1,
  3. Überprüfung der erfassten Dokumentationsdaten gemäß Nr. 1 auf Vollständigkeit und Plausibilität, Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten sowie die Pseudonymisierung des Versichertenbezuges,
  4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Nr. 1 mit Versichertenbezug und Arztbezug unter Sicherstellung der Zugriffsrechte der Krankenkasse an den Server der Krankenkasse bei der Datenstelle,
  5. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gem. Nr. 1 mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an den Server der KVBB unter Sicherstellung der Zugriffsrechte der KVBB bei der Datenstelle,
  6. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gem. Nr. 1 mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug unter Sicherstellung der Zugriffsrechte der Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung im Rahmen ihrer Tätigkeit innerhalb der Gemeinsamen Einrichtung zur Umsetzung der Qualitätssicherung an den Server der Gemeinsamen Einrichtung bei der Datenstelle und
  7. Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Krankenkasse.

Das Nähere regeln die Vertragspartner mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen.

- (3) Der koordinierende Vertragsarzt bevollmächtigt mit seiner Teilnahmeerklärung die KVBB, die Datenstelle mit der Prüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität und der Weiterleitung an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV zu beauftragen.
  
- (4) Nach Beauftragung dieser Datenstelle teilt die KVBB den teilnehmenden koordinierenden Vertragsärzten gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

#### **§ 22**

##### **Erst- und Folgedokumentation**

Die am Ort der Behandlung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 4 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und –maßnahmen und deren Durchführung nach § 2 DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV i.V.m. § 3 DMP-A-RL, die Information der Versicherten und die Schulung der Vertragsärzte



nach § 4 DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt. Die Häufigkeit der Dokumentation erfolgt entsprechend Ziffer 1.5 der Anlage "Versorgungsinhalte".

Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

## § 23

### Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch die Teilnahmeerklärung nach § 5 verpflichtet sich der koordinierende Vertragsarzt,
  1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose und
  2. die vollständige quartalsbezogen (nicht quartalsweise) zu erstellende Dokumentation der Dokumentationsdaten gemäß Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“ mit Versicherten- und Arztbezug innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes

an die Datenstelle weiterzuleiten.

Die durch die KBV-zertifizierte Praxissoftware soweit möglich auf Plausibilität und Vollständigkeit geprüften Dokumentationen werden elektronisch an die Datenstelle übermittelt.

Der koordinierende Vertragsarzt vergibt für jede Versicherte eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern („0“-„9“) bestehen darf.

- (2) Die für die Krankenkassen gem. § 21 bestimmtem Datensätze stellt die Datenstelle auf Anforderung den Prüfdiensten der Krankenversicherung zur Verfügung. Näheres ist im Datenstellenvertrag (Aufgabenbeschreibung) geregelt.
- (3) Die Versicherte erhält eine Ausfertigung der Dokumentationsdaten.

## § 24

### Datenzugang in der Datenstelle

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

## § 25

### Datenaufbewahrung und -löschung in der Datenstelle

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVBB und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die Datenstelle archiviert die Daten 12 Jahre entsprechend der in § 5 der DMP-A-RL geregelten Vorgaben. die in Papierform übermittelten Originaldokumente der Dokumentationsdaten bzw. die übermittelten Datensätze sowie die entschlüsselten Daten 15 Jahre, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, und vernichtet diese nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten.

## **Abschnitt VIII**

### **Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVBB und zur Gemeinsamen Einrichtung**

#### **§ 26**

##### **Datenfluss**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der koordinierende Vertragsarzt bei Ersteinschreibung der Versicherten die vollständig unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten gemäß § 15 binnen 10 Tagen an die Datenstelle weiterzuleiten.
- (2) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“ mit Versicherten- und Arztbezug unter Sicherstellung der Zugriffsrechte der Krankenkasse an den Server der Krankenkasse bei der Datenstelle.
- (3) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“ mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug unter Sicherstellung der Zugriffsrechte der Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung im Rahmen ihrer Tätigkeit innerhalb der Gemeinsamen Einrichtung zur Umsetzung der Qualitätssicherung an den Server der Gemeinsamen Einrichtung bei der Datenstelle.
- (4) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“ mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug unter Sicherstellung der Zugriffsrechte der KVBB an den Server der KVBB bei der Datenstelle.

#### **§ 27**

##### **Datenzugang**

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, KVBB und die Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbezieharen Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind strikt einzuhalten.

#### **§ 28**

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

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbezieharen Daten und Dokumente werden von den Krankenkassen, der KVBB und der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 5 der DMP-A-RL aufbewahrt und vernichtet.

## **Abschnitt IX**

### **Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung**

#### **§ 29**

##### **Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

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

#### **§ 30**

##### **Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 RSAV die Aufgabe, den bei ihr eingehenden versichertenbezogenen Datensatz nach Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“ zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVBB und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage „Qualitätssicherung“ weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 (EU-DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

#### **§ 31**

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

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne § 28f Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c) der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben.

Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

#### **§ 32**

##### **Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr gem. § 26 Abs. 3 übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“ die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage „Qualitätssicherung“ durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“,
2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“,
3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“,
4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach §137f Abs.4 Satz 1 SGB V i.V.m. § 6 DMP-A-RL und

5. die Beschlussfassung zur Entwicklung weiterer Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Daneben obliegt der Gemeinsamen Einrichtung:

1. die Entgegennahme und Prüfung der Teilnahmeerklärungen nach §§ 5 i.V.m. 6 sowie Übergabe dieser Unterlagen und Information, ob die Teilnahmevoraussetzungen vorliegen an die KVBB und
2. die Entgegennahme und Prüfung der Fortbildungsnachweise gem. § 19 Abs. 3 sowie Weiterleitung der Information über das Ergebnis der Prüfung an die KVBB.

## **Abschnitt X**

### **Evaluation**

#### **§ 33**

### **Evaluation**

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

## **Abschnitt XI**

### **Finanzierung, Vergütung und Abrechnung**

#### **§ 34**

### **Finanzierung, Vergütung und Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen**

- (1) Die Vertragsärzte nach § 3 sind verpflichtet, sich vor einer Einschreibung und Abrechnung der Beratungsgebühr durch Rückfrage bei der Patientin zu vergewissern, dass nicht bereits eine Einschreibung in einem DMP Brustkrebs vorgenommen wurde.
- (2) Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Patientinnen erfolgt nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und ist mit der Gesamtvergütung abgegolten, soweit im Folgenden keine abweichende Regelung getroffen wird.
- (3) Darüber hinaus werden im Rahmen des DMP Brustkrebs die nachfolgend aufgeführten Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung an die KVBB wie folgt vergütet:

SNR	Leistungsinhalt	Betrag
96410	Beratung und Information der Patientin nach der histologischen Sicherung der Diagnose,  Einschreibung gemäß Anlage Patientengespräche/Begleitgespräche (A), Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der Unterlagen an die Datenstelle durch den koordinierenden Vertragsarzt	25,00 €
96411	Erstellung der Folgedokumentation sowie Versand an die Datenstelle durch den koordinierenden Vertragsarzt (einmal im Dokumentationszeitraum)	15,00 €

96415	Ausführliche symptomorientierte Beratung durch den koordinierenden Vertragsarzt im Rahmen der Nachsorge gemäß Anlage Patientengespräche/Begleitgespräche (C), mind. 15 Minuten, einmal im Dokumentationszeitraum	21,00 €
96416	Patientengespräch des koordinierenden Vertragsarztes zur weiterführenden Therapieplanung vor dem therapeutischen Eingriff gemäß Anlage Patientengespräche/Begleitgespräche (D), mind. 30 Minuten, einmal im Krankheitsfall	27,00€
96417	Patientengespräch des koordinierenden Vertragsarztes zur weiterführenden Planung der adjuvanten Therapie nach dem therapeutischen Eingriff gemäß Anlage Patientengespräche/Begleitgespräche (E), mind. 30 Minuten, einmal im Krankheitsfall	27,00 €
96420	Kostenpauschale für die Weitergabe der einschlägigen Befunddaten gemäß § 17 an den neu gewählten koordinierenden Vertragsarzt	5,00 €

Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen setzt die vollständige, plausible und fristgerechte Leistungserbringung voraus. Die Dokumentation erfolgt gemäß Ziffer 1.5 der Anlage „Versorgungsinhalte“ innerhalb der ersten fünf Jahre nach histologischer Sicherung mindestens jedes zweite Quartal, ab dem sechsten Jahr mindestens jedes vierte Quartal. Beim Auftreten eines neuen Ereignisses (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) erfolgt die Dokumentation innerhalb der nachfolgenden fünf Jahre nach histologischer Sicherung mindestens jedes zweite Quartal. Bei Auftreten von Fernmetastasen erfolgt die Dokumentation nach histologischer Sicherung während der gesamten Teilnahme am Programm mindestens jedes zweite Quartal. Im individuellen Fall können kürzere Abstände gewählt werden. Eine zweite Folgedokumentation ist in dem gleichen Quartal zulässig, wenn das neue Ereignis nach bereits erfolgter Dokumentation auftritt.

Die Vergütungen aus diesem Vertrag werden durch die KVBB quartalsweise gegenüber den Krankenkassen separat ausgewiesen. Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal je Vertragsarzt einen Nachweis der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen der Anlage „Dokumentation DMP Brustkrebs“ unter Angabe der Versichertennummer und übermittelt das Ergebnis der KVBB innerhalb von 8 Wochen nach Ende des Dokumentationsquartals.

## **Abschnitt XII Sonstige Bestimmungen**

### **§ 35**

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

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.
- (2) Die Vertragsärzte sind untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten verpflichtet, bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener Daten und die Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der EU-DSGVO sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten.
- (3) Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

## **§ 36**

### **Weitere Aufgaben und Verpflichtungen**

Die KVBB liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versichertenbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen.

Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

## **§ 37**

### **Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.09.2004 in Kraft. Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen dieses DMP, die infolge einer Änderung der DMP-A-RL oder der RSAV oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich gemäß den in § 137g Abs. 2 SGB V genannten Fristen und im Benehmen mit der LKB vorgenommen werden. Darüber hinaus können vergütungsrechtliche Regelungen im Wege einer Teilkündigung geändert werden. Die Frist für eine Teilkündigung beträgt 3 Monate zum Quartalsende. Wird eine vergütungsrechtliche Regelung gekündigt, so gilt die gekündigte Regelung bis zu ihrer vertraglichen Ersetzung fort.
- (3) Die Vertragspartner streben an, bei Nicht-Akkreditierung dieses Vertrages durch das BVA die Gründe, die zur Nicht-Akkreditierung geführt haben, im Verhandlungswege auszuräumen. Gelingt dies nicht, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

## **§ 38**

### **Schriftform**

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

## **§ 39**

### **Salvatorische Klausel**

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise nicht rechtswirksam sein oder werden, wird dadurch die Geltung der übrigen Bestimmungen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen soll eine Regelung treten, die dem Willen der Vertragspartner sowie dem Sinn und Zweck der Vereinbarung entspricht.

.....  
Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

.....  
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

.....  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg

.....  
BKK Landesverband Mitte  
Regionalvertretung Berlin und Brandenburg

.....  
IKK Brandenburg und Berlin  
handelnd als Landesverband

.....  
KNAPPSCHAFT  
Regionaldirektion Cottbus

.....  
SVLFG  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

## **Protokollnotizen**

### **zum DMP Brustkrebs Land Brandenburg zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen im Land Brandenburg im Benehmen mit der LKB**

#### zum Vertrag

Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit dahingehend, dass die Teilnahmevoraussetzungen gemäß diesem Vertrag arzt- und betriebsstättenbezogen nachzuweisen sind.

Die im Zusammenhang mit der Einschreibung zum DMP Brustkrebs Land Brandenburg zwischen der KVBB, der LKB und den Krankenkassen vom 30.04.2004 abgegebenen Erklärungen der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Versicherten gelten weiter. Eine erneute Einschreibung der Vertragsteilnehmer und Versicherten im Rahmen dieses zweiseitigen Vertrages erfolgt nicht.

Es besteht Einigkeit zwischen den Vertragspartnern, dass Vertragsärzte und Versicherte, welche unter der Geltung des dreiseitigen DMP-Vertrages ihre Teilnahme am Vertrag im vertragsärztlichen Bereich erklärt haben, nunmehr Teilnehmer des Vertrages zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen sind, und dass die im stationären Bereich abgegebenen Erklärungen der Krankenhäuser und Versicherten nunmehr im Rahmen des am 01.09.2004 in Kraft getretenen Vertrages zwischen der LKB und den Verbänden der Krankenkassen Wirkung entfalten.

Die Vertragspartner beobachten ab 01.07.2013 die Entwicklung der im Zusammenhang mit dem DMP Brustkrebs entstehenden Leistungsmengen und Kosten in der vertragsärztlichen Versorgung für die eingeschriebenen Versicherten und vergleichen diese mit den Leistungsmengen und Kosten in den Quartalen III/2011 bis II/2012. Erforderlichenfalls treten die Vertragspartner in separate Verhandlungen.

Im Zeitraum zwischen dem 25.05.2018 und 30.06.2018 sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten mit Stand vom 25.05.2018 auch die bisherigen Formulare (Stand 8. Nachtrag) verwendbar.

Die Evaluation folgt ab dem 19. September 2015 den Vorgaben des § 6 der DMP-A-RL.

#### zu § 2 Abs. 2

Die IKK Brandenburg und Berlin erkennt den Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen auch für ihre Versicherten bundesweit mit Wohnsitz außerhalb Brandenburgs an.

Aufgrund des Beschlusses des AOK - Bundesverbandes zur gegenseitigen Vertretung und Bevollmächtigung der AOKn untereinander bezüglich vertraglich vereinbarter Aufgaben, Rechte und Pflichten zur Durchführung der DMP erstreckt sich der Geltungsbereich des DMP Brustkrebs Land Brandenburg auch auf die Versicherten aller anderen AOKn in der Bundesrepublik. Daher gilt der vorliegende Vertrag auch für die Versicherten aller anderen AOKn in der Bundesrepublik unabhängig von deren Wohnsitz.

Erweist sich die Abrechnung im Rahmen der Richtlinie der KBV zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (Fremdkassenzahlungsausgleich) für Versicherte von AOKn, die ihren Sitz außerhalb des Landes Brandenburg haben, gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung als nicht möglich, stellt die KVBB die erbrachten Leistungen der AOK Nordost in Rechnung. Diese vergütet der KVBB die Leistungen nach Satz 4 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Maßgabe des vorliegenden Vertrages. Gesonderte Beitrittserklärungen sind nicht erforderlich.

#### zu § 34 Abs. 4 i.V.m. § 37 Abs. 2

Ändert sich der Dokumentationsaufwand infolge einer Änderung der DMP-A-RL, verständigen sich die Vertragspartner auf eine entsprechende Anpassung der Dokumentationsvergütung.



### zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Das Feld Krankenhaus-IK ist durch den koordinierenden Vertragsarzt nicht auszufüllen. Die Nichtausfüllung dieses Feldes führt nicht zur Unvollständigkeit bzw. Implausibilität der Dokumentation.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die unten aufgeführte Passage in der Anlage „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ nicht korrekt ist.

Da ein separater Druck dieser bundesweit einheitlich zur Verfügung gestellten Unterlagen ausschließlich für das Land Brandenburg vermieden werden soll, werden zunächst die bundeseinheitlichen Bögen verwendet.

Die Verbände der Krankenkassen verpflichten sich, bei der nächstmöglichen Druckauflage auf folgende Korrektur hinzuwirken:

Im letzten Satz der Teilnahmeerklärung (Nr. 1) wird die Passage „am Programm teilnehmenden Leistungserbringer“ geändert in „am Programm teilnehmenden Vertragsärzte und Leistungserbringer“.

.....	.....
Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
.....	.....
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Der Leiter der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg	BKK Landesverband Mitte Regionalvertretung Berlin und Brandenburg
.....	.....
IKK Brandenburg und Berlin handelnd als Landesverband	KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Cottbus
.....	.....
SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse	

## Übersicht Anlagen

Anlage	Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt
Anlage	Strukturqualität Fachärzte und andere Leistungserbringer
Anlage	Teilnahmeerklärung koordinierender Vertragsarzt
Anlage	Verzeichnis der koordinierenden Vertragsärzte DMP Brustkrebs
Anlage	Verzeichnis der Krankenhäuser gem. § 4
Anlage	Versorgungsinhalte
Anlage	Patientengespräche/Begleitgespräche
Anlage	Qualitätssicherung
Anlage	Anforderungsformular
Anlage	Patienteninformation
Anlage	Teilnahme- und Einwilligungserklärung
Anlage	Dokumentation DMP Brustkrebs
Anlage	Datenschutzinformation