



## Vertrag

zur integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V  
zur weiterführenden Diagnostik und zur optimierten Nachsorge  
beim kolorektalen Karzinom bei Risikopersonen

zwischen der

Berufsverband Deutscher Internisten – BDI Management- und Service GmbH  
Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden

und der

Techniker Krankenkasse (TK)  
Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg

---

Stand: Februar 2011

Vertragsnummer: 500002

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlage(n) ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung der TK ist untersagt.

Anmerkungen:

- §§, Abschnitte und Anlagen ohne weitere Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.
- „Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte.
- „Patienten“ sind Patientinnen und Patienten.

Inhalt des Vertrages	Seite
Präambel	4
§ 1 Ziele und Inhalte des Vertrags	4
§ 2 Indikation, zu versorgender Personenkreis	5
§ 3 Pflichten der Managementgesellschaft	5
§ 4 Versorgungsregion	7
§ 5 Leistungen des gemäß § 3 Ziff. 1, 1 und 2 Abs. beteiligten Leistungserbringers	7
§ 6 Leistungen des gemäß § 3 Ziff. 1, 3 Abs. beteiligten Leistungserbringers	8
§ 7 Schnittstellendefinition	9
§ 8 Qualitätssicherungsmaßnahmen	10
§ 9 Teilnahme der Versicherten	11
§ 10 Finanzierung	11
§ 11 Abrechnung	12
§ 12 Controlling / Monitoring	13
§ 13 Datenschutz	13
§ 14 Öffentlichkeitsarbeit	14
§ 15 Teilnahme weiterer Krankenkassen	15
§ 16 Inkrafttreten und Kündigung	15
§ 17 Schlussbestimmungen	15

## **Präambel**

Das kolorektale Karzinom ist mit 66.000 Neuerkrankungen pro Jahr eine der häufigsten bösartigen Erkrankungen in Deutschland. Die neuesten amtlichen Zahlen sprechen von jährlich 29.000 Sterbefällen. In den nächsten Jahren ist durch die zunehmende Alterung der Bevölkerung mit einem weiteren Anstieg der Erkrankungen zu rechnen. Durch die Darmkrebsfrüherkennungsrichtlinie ist den Gesetzlichen Krankenkassen ein Instrument gegeben worden, die Sekundärprävention für den größten Teil der Versicherten in die Regelleistung aufzunehmen. Ein nicht unerheblicher Teil der Betroffenen erkrankt jedoch an familiären und erblichen Formen des kolorektalen Krebses. Für diesen Personenkreis greift die Früherkennungsrichtlinie in vielen Fällen aufgrund des früheren Erkrankungsalters der Betroffenen zu spät. Trotz des medizinischen Fortschritts in der Diagnostik und der Therapie dieser Tumoren, ist die Früherkennung und die Behandlung von noch gutartigen Vorstufen oder frühen Tumorstadien die größte Chance zur Minderung der krankheitsbezogenen Sterblichkeit.

Die häufigste Form des erblichen Darmkrebs tritt im Rahmen des „Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer“ (HNPCC) auf. Dabei handelt es sich um ein unabhängig vom Geschlecht auftretendes, dominant erbliches Tumor-Syndrom. Träger einer erblichen Veranlagung für HNPCC haben deutlich erhöhte Risiken nicht nur für ein kolorektales Karzinom, sondern auch für ein Karzinom der Gebärmutter (Endometrium) und des Urothels und in geringerem Maße der Haut. Gegenstand dieses Vertrages ist nur das kolorektale Karzinom.

In Ergänzung des aktuellen Versorgungsangebotes wird im Rahmen des nachfolgend beschriebenen Vertrages nach § 140 a SGB V die Erkennung von familiären und erblichen Formen des Darmkrebs sowie die leitliniengerechte Diagnostik bei Risikopersonen als eine patienten- und qualitätsorientierte Behandlung an ausgewählten Praxen und Zentren der Spitzenqualität vereinbart. Die Vereinbarung ersetzt die bisherige Vereinbarung gleichen Rubrums von 20.12.2005.

## **§ 1 Ziele und Inhalte des Vertrages**

1. Inhalt der Integrierten Versorgung nach diesem Vertrag sind ergänzende Leistungen zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit kolorektalem Karzinom und Versicherten mit einem familiär oder hereditär erhöhten Risiko an kolorektalem Karzinom zu erkranken.

2. Verbesserung der Servicequalität für an der Integrierten Versorgung teilnehmende Versicherte der TK, z. B. durch Reduktion von Doppeluntersuchungen und bevorzugte Terminvereinbarungen in allen Leistungsbereichen.
3. Verbesserung der Patientenorientierung durch Sicherstellung einer phasen- und sektorübergreifenden Versorgung und Erstellung eines evidenzbasierten und leitlinienorientierten Diagnose- und Therapieplans in allen Versorgungsbereichen.
4. Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Patienten mit Darmkrebs durch gestraffte Versorgungsprozesse und optimierte Ausschöpfung der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten, sowie enge Kooperation der an der Integrierten Versorgung nach diesem Vertrag gemäß § 3 beteiligten Leistungserbringer hinweg.
5. Definition der Schnittstellen gemäß § 7 dieses Vertrages.

## **§ 2 Indikation, zu versorgender Personenkreis**

Anspruch auf Leistungen nach diesem Vertrag haben ausschließlich die Versicherten der Krankenkassen, die Ihre Teilnahme an der Versorgung gemäß diesem Vertrag erklärt haben (Anlage 1).

Folgende Voraussetzungen müssen weiterhin erfüllt sein:

- Beim teilnehmenden Versicherten wird oder wurde aufgrund eines kolorektalen Karzinoms bereits behandelt und/oder
- beim Versicherten besteht ein erhöhtes Risiko oder der Verdacht auf ein erhöhtes Risiko für die Ausbildung eines kolorektalen Karzinoms und
- der Versicherte ist bereit und in der Lage, an der Versorgung nach diesem Vertrag teilzunehmen.

## **§ 3 Pflichten der Managementgesellschaft**

1. Die Managementgesellschaft stellt die bundesweit flächendeckende Versorgung der eingeschriebenen Versicherten durch gastroenterologische und humangenetische Leistungserbringer sicher. Sie kann sich zur Leistungserbringung nach diesem Vertrag nur solcher Leistungserbringer bedienen, die nachfolgende Voraussetzungen erfüllen:

- Vertragsärzte, die von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Zulassung zur präventiven Koloskopie erhalten haben und dies nachweisen können und die Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie, siehe Anlage 6) erfüllen,
  - Ermächtigte Krankenhausärzte und/oder Krankenhausärzte an zugelassenen Krankenhäusern und/oder angestellte Ärzte im MVZ, die zur Ausführung und Abrechnung der Vorsorgekoloskopie ermächtigt sind bzw. die Voraussetzungen (siehe Qualitätssicherungsvereinbarung der Krebsfrüherkennungsrichtlinien vom September 2002 gemäß § 135 a SGB V) zur Ermächtigung erfüllen.
  - Fachärzte für Humangenetik, die besondere Kenntnisse auf dem Gebiet der familiären und erblichen kolorektalen Karzinome haben.
  - Hausärzte, die besondere Kenntnisse auf dem Gebiet der familiären und erblichen kolorektalen Karzinome haben, sind alle zur Erbringung des Moduls 1: Beratung, Dokumentation, bevorzugte Terminvergabe im Sinne dieses Vertrages berechtigt.
  - Die Managementgesellschaft stellt der TK eine regelmäßig aktualisierte Liste der teilnehmenden Leistungserbringer zur Verfügung (Anlage 15).
2. Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass sie nur Leistungserbringer berechtigt:
- Die im Besitz der entsprechenden Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung sind, die diese auf der Grundlage der Qualitätssicherungs-Richtlinien erteilt hat,
  - und/oder die Voraussetzungen zur Genehmigung i.S.v. § 3 Abs. 1 nachweisen können (§ 135 d SGB V).
3. Die beteiligten Leistungserbringer werden umfassend über die Besonderheiten der erblichen und familiären kolorektalen Karzinome, deren Diagnostik, die besonderen Aspekte der Früherkennung und der Nachsorge nach bereits behandeltem kolorektalen Karzinom informiert. Die Fallzahlen der Ärzte bei der Koloskopie und der Polypektomie sollen eine kontinuierliche Expertise sichern und sind regelmäßig nachzuweisen. Näheres regelt die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie (siehe Anlage 6), die dort zugrunde gelegten Zahlen sind auch für die in diesem Vertrag eingebundene Ärzte bindend.

4. Die Managementgesellschaft stellt sicher:
- Die beteiligten Humangenetiker sind bezüglich der speziellen Aspekte des erblichen Darmkrebses informiert und können so zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung im Einklang mit den Leitlinien der DGVS beitragen.
  - Die flächendeckende Versorgung der Versicherten durch Leistungserbringer, die eine Zulassung zur präventiven Koloskopie besitzen, und Humangenetikern. Beim Auftreten von Versorgungslücken soll sich der Lenkungsausschuss kurzfristig um Lösungen bemühen.
  - Funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit der Praxen und Zentren, die die humangenetische Diagnostik und die Früherkennungsuntersuchungen durchführen.
  - Ein Vorgehen jeweils entsprechend der Leitlinie der DGVS zur Prävention des kolorektalen Karzinoms.
  - Neue wissenschaftliche Erkenntnisse, die Änderungen im Ablauf der Diagnostik und in der Behandlung nach sich ziehen könnten, werden den vertraglich eingebundenen Ärzten und Zentren unverzüglich mitgeteilt.
  - Die technische und personelle Ausstattung der Zentren und der Praxen ermöglicht die Leistungserbringung nach dem jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft.
  - Die Dokumentation der vereinbarten Patientendaten erfolgt unmittelbar im laufenden Behandlungsprozess.
5. Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die Leistungserbringer die Maßnahmen der Qualitätssicherung im Rahmen der vertraglichen Leistungserbringung und für diese notwendigen Fortbildungsmaßnahmen erfolgreich durchführen. Die TK kann zu gegebener Zeit die Nachweise der Qualitätssicherungsmaßnahmen einsehen und sich über Schwachstellen im Ablauf informieren lassen.
6. Die Managementgesellschaft haftet für Schäden, die durch die von ihr beteiligten Leistungserbringer in Ausübung der ärztlichen Tätigkeiten nach diesem Vertrag entstanden sind, nur dann, wenn diese auf Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit beruhen. Die Haftung ist pro derartigem Schadensfall auf den Jahresumsatz der Managementgesellschaft begrenzt. Unabhängig von der Haftung wegen fehlerhafter Behandlung sind bereits ausgezahlte Vergütungen für Leistungen, die sich auf den Haftungsfall beziehen, mit einer Verzinsung von 5% über dem jeweiligen Basiszinssatz zurückzuzahlen. Die Management-

gesellschaft stellt sicher, dass Ärzte, die einen Haftungsfall schuldhaft verursacht haben, von der Teilnahme am Vertrag ausgeschlossen werden.

#### **§ 4 Versorgungsregion**

Die Leistungen nach diesem Vertrag werden bundesweit erbracht.

#### **§ 5 Leistungen des gemäß § 3 Ziff. 1, 1 und 2 Abs. beteiligten Leistungserbringers**

1. Zu den besonderen Leistungen zur medizinischen Versorgung des Patienten durch die beteiligten Leistungserbringers nach § 3 Ziff. 1, 1 und 2 Abs. gehören:

Die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit den gemäß § 3 Ziff. 1, 3 Abs. beteiligten Leistungserbringern.

- Erstellung eines evidenzbasierten und leitlinienorientierten Diagnose- und Therapieplans auf Basis einer individuellen Risikoabschätzung.
- Beratung des Versicherten entsprechend des individuellen Risikos über die diagnostischen Maßnahmen sowie weitere Behandlungsschritte und Therapieelemente in einem ausführlichen Beratungsgespräch.
- Organisation der Aufnahme ins Krankenhaus durch den niedergelassenen Leistungserbringer, insbesondere Terminvereinbarung sowie Befundübermittlung.
- Information und Beratung der Versicherten zum Integrationsversorgungsmodell.

2. Die gemäß § 3 Ziff. 1., 2 und 3 Abs. beteiligten Leistungserbringer sind zur Leistung zusätzlicher Serviceelemente gegenüber dem an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten verpflichtet. Im Einzelnen betrifft dies nachfolgende Leistungen:
  - Für Versicherte, die an der Integrierten Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmen, ist regelmäßig ein Behandlungs- oder Beratungstermin innerhalb von 14 Tagen zu vergeben.
  - Die Wartezeiten der Patienten bei vereinbarten Terminen wird im Regelfall unter 30 Minuten gehalten.
  - Information des eingeschriebenen Patienten über Rehabilitationsangebote / Broschüren / Patientenschulungen der beteiligten Krankenkassen sowie Aushändigung von Patienteninformationen zu diesem Vertrag. Informationsmaterialien können nur den teilnehmenden Versicherten ausgehändigt werden.
  - Information des Patienten über die Inhalte und Nutzung der Daten

## **§ 6 Leistungen des gemäß § 3 Ziff. 1, 3. Abs. beteiligten Leistungserbringers**

1. Zu den besondere Leistungen zur medizinischen Versorgung der Patienten des beteiligten Leistungserbringers nach § 3 Ziff. 1, 3 Abs. gehören:

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den nach § 3 Ziff. 1, 1 und 2 Abs. beteiligten Leistungserbringern.

- Versorgung der Patienten nach den Standards dieses Vertrages.
  - Übermittlung therapierelevanter Informationen an die nach § 3 Ziff. 1, 1 und 2 Abs. beteiligten Leistungserbringer innerhalb von 5 Werktagen nach Abschluss der Behandlung sowie Weiterleitung des Versicherten nach den vertraglichen Vorgaben.
2. Die gemäß § 3 Ziff. 1, 3 Abs. beteiligten Leistungserbringer sind zur Leistung zusätzlicher Serviceelemente gegenüber dem an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten verpflichtet. Im Einzelnen betrifft dies nachfolgende Leistungen:
    - Die Terminvergabe des Patienten innerhalb von 14 Tagen

- Die Leistungserbringer verpflichten sich zur persönlichen Leistungserbringung. Es können keine Leistungen – auch nicht von einzelnen Teilleistungen – an nicht an diesem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer delegiert werden.

## **§ 7 Schnittstellendefinition**

1. Die Schnittstellen zwischen den einzelnen Leistungserbringern sind nachfolgend definiert:
  - Die zuweisenden Hausärzte werden durch Arztinformationen umfassend über Ziele und Inhalte dieses Projektes informiert.
  - Einweisung vom niedergelassenen Leistungserbringer in ein Krankenhaus.
2. Indikationen zur stationären Behandlung in einer qualifizierten stationären Einrichtung sind insbesondere:
  - Hochgradig stenosierendes kolorektales Karzinom mit der unmittelbar drohenden Gefahr der Ausbildung eines Ileus,
  - Verdacht auf lebensbedrohliche Dekompensation von Folge und Begleiterkrankungen (z. B. Hypertonie, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Diabetes mellitus).
  - Notwendigkeit invasiver Diagnostik und Therapie, die einen stationären Aufenthalt erfordert.
  - Stationär behandlungsbedürftige Komplikationen im Rahmen der Diagnostik und / oder Therapie im Rahmen dieses Vertrags.
  - Leitliniengerechte Therapie bzw. Nachsorge (adjuvante bzw. neoadjuvante Radio- und / oder Chemotherapie, soweit ambulant nicht durchführbar (u. a. Wunsch des Patienten).
3. Sofern die TK über besondere vertragliche Regelungen mit geeigneten Einrichtungen verfügen, sind diese bei Einweisungen zur stationären Versorgung - unter Berücksichtigung des Einzelfalles - vorrangig zu berücksichtigen. Die TK stellt der Managementgesellschaft bzw. den Leistungserbringern die notwendigen Informationen zur Verfügung.

## **§ 8 Qualitätssicherungsmaßnahmen**

1. Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 dieses Vertrags verpflichtet sich die Managementgesellschaft, dass die beteiligten Leistungserbringer nach § 3 Abs.1 neben der

Beachtung der §§ 135 und 137 SGB V in der jeweils gültigen Fassung der RSAV die nachfolgend aufgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen durchführen:

- Berücksichtigung der nationalen medizinischen Behandlungsrichtlinien.
  - Die beteiligten Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1 sind zu regelmäßigen Fortbildungen in ihrem Fachgebiet verpflichtet.
2. Bei Nichteinhaltung gemeinsam vereinbarter Qualitätsziele auf der Basis der in den nationalen medizinischen Behandlungsrichtlinien genannten Quellen kann ein Maßnahmenplan erstellt werden, um die Zielerreichung innerhalb von 12 Monaten zu gewährleisten.
  3. In erforderlichen Fällen kann die TK verlangen, dass eine Begehung der Klinikräume oder Praxisräume durchgeführt wird. Der Termin ist mit dem Leistungserbringer abzustimmen. Dabei sind auf die betrieblichen Abläufe Rücksicht zu nehmen und der Datenschutz zu wahren.
  4. Die Begutachtung und Beratung in Einzelfällen durch den MDK nach § 275 ff SGB V ist möglich.
  5. Alle beteiligten Leistungserbringer müssen ein internes Qualitätsmanagement nachweisen können, das den Anforderungen gemäß §§ 135 a, 136 a SGB V entspricht.

## **§ 9 Teilnahme der Versicherten**

1. Der an der Versorgung beteiligte Leistungserbringer nach § 3 Ziff. 1, 1. Absatz berät den Patienten über Inhalte und Ablauf der vertraglich geregelten Versorgung.
2. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme an der Versorgung durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung (Anlage 1) beim Leistungserbringer gemäß § 3 Ziff. 1, 1-3 Abs.
3. Nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung durch den Versicherten wird der Versicherte im Patientenregister neu angelegt.
4. Die Teilnahme des Versicherten an der Versorgung endet bei Widerruf der Einwilligung zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung nach diesem Vertrag. Erfolgt der Widerruf gegenüber dem Leistungserbringer gemäß § 3, so informiert die Service GmbH die beteiligten Krankenkassen innerhalb von 5 Arbeitstagen über den Widerruf.

5. Die Teilnahme des Versicherten an der Versorgung endet weiterhin mit dem Ende der Mitgliedschaft / des Versicherungsverhältnisses des Versicherten bei den beteiligten Krankenkassen.

## **§ 10 Finanzierung**

1. Die BDI Management- und Service GmbH erhält für die Leistungen aus diesem Vertrag Vergütungen gemäß Anlage 10. Vereinbarungen zwischen der BDI Management- und Service GmbH und den Leistungserbringern nach § 3 bleiben von dieser Regelung unberührt.
2. Vergütungen aus diesem Vertrag können nur dann geltend gemacht werden, soweit Gebührenpositionen gemäß Anlage 10 von einem Leistungserbringer nach § 3 nicht im Rahmen der Gesamtvergütung geltend gemacht werden.
3. Eigenbeteiligungen zu den Leistungen dieses Vertrages dürfen vom Versicherten nicht erhoben werden.

## § 11 Abrechnung

1. Für die Abrechnung des Vergütungsanspruches nach § 10 bedient sich die BDI Management- und Service GmbH eines Abrechnungsdienstleisters.
2. Die Rechnungsstellung für die BDI Management- und Service GmbH durch den Abrechnungsdienstleister erfolgt mittels körperlichen Rechnungsbriefes und Übersendung von maschinellen Abrechnungsdaten (Einzelfallnachweis – EFN) gemäß Anlage 8.
3. Die Abrechnung von Leistungen aus diesem Vertrag erfolgt monatsweise und ist spätestens sechs Monate nach Ablauf des Quartals vorzunehmen, in welchem die Leistungen erbracht wurden; Gleiches gilt für nachträgliche Korrekturen der Abrechnung.
4. Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von 14 Kalendertagen nach Zugang des Rechnungsbriefes und der verwertbaren maschinellen Abrechnungsdaten (EFN) bei der TK. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut.
5. Zahlungen der TK an den Abrechnungsdienstleister erfolgen mit befreiender Wirkung gegenüber der BDI Management- und Service GmbH sowie den beauftragten Leistungserbringern.
6. Einwendungen gegen die Abrechnung, die gegenüber dem Abrechnungsdienstleister mit Wirkung für die BDI Management- und Service GmbH erklärt werden, sind innerhalb von sechs Monaten nach Zugang des Rechnungsbriefes und der verwertbaren maschinellen Abrechnungsdaten (EFN) bei der TK schriftlich zu erheben.

Gesetzliche Ansprüche und Ansprüche, die sich aus Verstößen gegen die Regelungen des § 10 Abs. 2 dieses Vertrages ergeben, bleiben bei begründeten Einwendungen nach Fristablauf unberührt.

7. Soweit erfüllbare Rückzahlungsansprüche der TK aus sachlichen oder rechnerischen Berichtigungen nicht im Rahmen der Verrechnung ausgeglichen werden können, weil Leistungserbringer nach § 3 nicht mehr an der Integrationsversorgung teilnehmen oder der vorliegende Vertrag insgesamt gekündigt ist, sind diese innerhalb von zehn Kalendertagen nach schriftlicher Geltendmachung zu erfüllen. Der Anspruch der TK richtet sich in diesen Fällen direkt an die betreffenden Leistungserbringer nach § 3 des Vertrages. Die BDI Management- und Service GmbH regelt diesen Sachverhalt in ihrer Vereinbarung mit den Leistungserbringern nach § 3.

## **§ 12 Controlling / Monitoring**

1. Die Sicherstellung der Versorgungsqualität erfolgt durch die Verlaufskontrolle medizinischer Parameter des Patienten sowie die Anwendung von standardisierten Behandlungspfaden.
2. Ökonomisches Ziel ist die Realisierung von Einsparungen über alle Ausgabenbereiche hinweg, die die Ausgaben aus diesem Vertrag übersteigen. Dies betrifft insbesondere die Vermeidung von Ausgaben für stationäre Versorgung und Arzneimittel. Die Einhaltung wird im Controlling zeitnah überprüft.

## **§ 13 Datenschutz**

1. Die Vertragspartner sind verpflichtet, die Bestimmungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz und über den Schutz der Sozialdaten zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu nutzen. Die Vertragspartner unterliegen hinsichtlich der Daten des Versicherten sowie dessen Krankheiten der Schweigepflicht.
2. Die Partner dieser Vereinbarung sind verpflichtet, die unter dieser Vereinbarung von dem Partner dieser Vereinbarung zugänglich gemachten Informationen sowie Kenntnisse und Daten, die bei der Zusammenarbeit bzw. der Erfüllung der Vertragspflichten über Angelegenheiten – etwa technischer, kommerzieller oder organisatorischer Art – des Partners dieser Vereinbarung erlangt werden, vertraulich zu behandeln und während der Dauer sowie nach Beendigung des Vertragsverhältnisses ohne die vorherige schriftliche Einwilligung des Partners dieser Vereinbarung nicht zu anderen Zwecken zu nutzen oder Dritten zugänglich oder bekannt zu machen. Eine Nutzung der Informationen ist allein auf den Gebrauch für die Durchführung dieser Vereinbarung beschränkt.

Diese Verpflichtung bleibt auch nach Beendigung dieses Vertragsverhältnisses für zehn weitere Jahre bestehen. Die Verpflichtung auf das Daten- und Sozialgeheimnis bleibt davon unberührt.

3. Die Partner dieser Vereinbarung sind ebenfalls verpflichtet, diese Vereinbarung sowie alle damit im Zusammenhang von dem anderen Partner dieser Vereinbarung überlassenen Unterlagen und übermittelten Informationen vertraulich zu behandeln und nicht ohne schriftliche Einwilligung des Partners dieser Vereinbarung an Dritte weiterzugeben.

4. Die Partner dieser Vereinbarung verpflichten sich, Daten bzw. Kenntnisse über Daten, die ihnen im Rahmen dieser Vereinbarung von dem Partner zugänglich gemacht werden, nicht zu wettbewerblichen Zwecken zu nutzen oder an Dritte weiterzuleiten.
5. Die Partner dieser Vereinbarung sind sich bewusst, dass versichertenbezogene Daten dem Datenschutz sowie im Falle eines Bezuges zu ärztlicher Tätigkeit darüber hinaus der beruflich vorgegebenen und strafrechtlich sanktionierten Verschwiegenheitspflicht unterliegen.

Jede Kommunikation personenbezogener Gesundheitsdaten bedarf der Einwilligung des Betroffenen. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Integrationsversorgung wird dieser umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenerhebung und -verarbeitung unter besonderem Hinweis auf die Erhebung von Gesundheitsdaten aufgeklärt.

6. Alle von den Leistungserbringern im Rahmen der Durchführung dieser Vereinbarung erhobenen personenbezogenen Daten müssen sich auf relevante Sachverhalte zur Umsetzung des Vertrages beziehen.
7. Jeder Partner dieser Vereinbarung ist für die Einhaltung der ihn betreffenden datenschutzrechtlichen Regelungen verantwortlich und verpflichtet sich, die Einhaltung dieser Anforderungen durch die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen. Insbesondere verpflichtet die Managementgesellschaft ihre Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen.
8. Die Erhebung und Auswertung der Sozialdaten ist nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Versicherten möglich. Die Auswertung und Übermittlung der Daten erfolgt anonymisiert.

#### **§ 14 Öffentlichkeitsarbeit / Publikationen**

1. Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und/oder Publikationen über die Integrierte Versorgung nach diesem Vertrag erfolgen nach Abstimmung zwischen den Vertragspartnern.
2. Die beteiligten Krankenkassen erarbeiten zu diesem Vertrag gemeinsam Informationsmaterialien, die den Versicherten der beteiligten Krankenkassen und potenziellen Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden.

## **§ 15 Teilnahme weiterer Krankenkassen**

1. Der Beitritt weiterer Krankenkassen oder deren Verbände zu diesem Vertrag ist nur im Einvernehmen der Vertragspartner möglich. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag in seiner jeweils geltenden Fassung für die beigetretene Krankenkasse.
2. Beigetretene Krankenkassen haben kein Kündigungsrecht nach § 16. Beigetretene Krankenkassen können ihren Austritt mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gegenüber den Vertragspartnern erklären. Im Übrigen wird die Wirksamkeit dieses Vertrages hiervon nicht berührt.

## **§ 16 Inkrafttreten und Kündigung**

1. Der Vertrag tritt mit Unterzeichnung in Kraft. Die Managementgesellschaft hat eine Übergangsfrist von drei Monaten, um die in § 3 definierten Verpflichtungen vollumfänglich zur Verfügung zu stellen. Er kann von beiden Seiten schriftlich mit einer Frist von 6 Monaten zum Quartalsendegekündigt werden.
2. Eine außerordentliche Kündigung dieser Vereinbarung ist nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund, der die Teilnehmer zur Kündigung berechtigt, liegt insbesondere vor, wenn die Voraussetzung dieser Integrierten Versorgung aus Gründen der Rechtsentwicklung, wesentlichen medizinisch-wissenschaftlichen oder tatsächlichen Gründen entfallen:
  - Wenn die Leistungen der gemäß § 3 beteiligten Leistungserbringer, die Gegenstand dieser Integrierten Versorgung sind, nicht erbracht oder in erheblichem Umfang mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden.
  - Bei Verstoß gegen Inhalte dieses Vertrags.
3. Vor Erklärung einer außerordentlichen Kündigung haben die Vertragspartner – soweit möglich und zumutbar – auf eine Beseitigung des zur Kündigung berechtigten Umstandes hinzuwirken.
4. Die beteiligten Krankenkassen können den Vertrag auch ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn aufgrund einer Weisung der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde eine Fortsetzung des Vertrages untersagt wird.
5. Die außerordentliche Kündigung hat mit eingeschriebenem Brief – unter Angabe des Kündigungsgrundes - zu erfolgen.

## § 17 Schlussbestimmungen

1. Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags einschließlich der Anlagen, bedürfen zu Ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für das Schriftformerfordernis selbst.
2. Die Anlagen zu diesem Vertrag sind ausdrücklicher und verbindlicher Teil des Vertrages.
3. Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmungen tritt eine zu vereinbarende Ersatzregelung, die dem mit der unwirksamen Bestimmung angestrebten Zweck möglichst nahe kommt. Dies gilt sinngemäß für Vertragslücken.
4. Gerichtsstand ist Hamburg.

Wiesbaden, den .....

.....  
Berufsverband Deutscher Internisten – BDI Management- und Service GmbH  
vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Dipl.-Betw. Tilo Radau

Wiesbaden, den .....

.....  
Berufsverband Deutscher Internisten e.V.  
vertreten durch den Präsidenten Herrn Dr. med. Wolfgang Wesiack

Hamburg, den .....

.....  
Techniker Krankenkasse (TK)

Hamburg, den .....

.....  
Techniker Krankenkasse (TK)

## Anlagen

Anlage 1	Muster-Teilnahmeerklärung des Versicherten
Anlage 3	Muster-Einverständniserklärung zur Abrechnung
Anlage 4	Informationen für den Hausarzt
Anlage 5	entfallen
Anlage 6	Qualitätssicherungsvereinbarung
Anlage 7	Versicherteninformation
Anlage 8	Abrechnungsmodalitäten
Anlage 9	Behandlungsablauf
Anlage 10	Vergütung für Leistungen der Leistungserbringer gemäß § 3
Anlage 11	Qualitätsbericht
Anlage 12	entfallen
Anlage 13	entfallen
Anlage 14	entfallen
Anlage 15	Teilnehmerlisten der Leistungserbringer gemäß § 3
Anlage 16	Anpassungen der Tumornachsorge bei Patienten mit familiär oder hereditär erhöhtem Darmkrebsrisiko
Anlage 17	Anschreiben für Versicherte der TK
Anlage 18	Fragebogen für Versicherte der TK
Anlage 19	Protokollnotizen
<b>Anlage 20</b>	<b>Beitrittserklärung</b>

## Anlage 1: Muster-Teilnahmeerklärung des Versicherten

---

Stand: Februar 2011

Vertragsnummer: 500002

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlage(n) ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung der TK ist untersagt.

## TK-Angebot „Integrierte Versorgung“



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für das TK-Angebot „Integrierte Versorgung“ interessieren. Hier erfahren Sie mehr über die Integrierte Versorgung und wie Sie daran teilnehmen können.

### Mehr als der Standard

Integrierte Versorgung bedeutet, dass alle medizinischen Behandlungsschritte miteinander vernetzt sind und lückenlos aufeinander folgen. Dazu wird die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Therapeuten und stationären Einrichtungen verstärkt. Das Resultat: Alle Leistungserbringer stimmen sich besser untereinander ab, Ihre Therapie wird effektiver.

Auf diese Weise erhalten Sie eine koordinierte Behandlung, die über den bisherigen Standard hinausgeht – ohne wochenlange Wartezeiten oder belastende Doppeluntersuchungen.

Zusammen mit ausgewählten Kliniken und Ärzten hat die TK schon für viele Erkrankungen Angebote der Integrierten Versorgung entwickelt.

### Ihre Vorteile

#### Mehr Qualität

Alle beteiligten Ärzte, Kliniken und anderen Einrichtungen arbeiten nach den neuesten wissenschaftlichen Qualitätsstandards in einem Netzwerk zusammen. Sie stellen die notwendigen Behandlungen schnell und auf hohem medizinischem Niveau sicher.

#### Hochwertige Behandlung und Extraservices ohne zusätzliche Kosten

Durch die Teilnahme kommen Sie in den Genuss einer qualitativ besonders hochwertigen Behandlung, die auf Ihre individuellen Interessen und Bedürfnisse ausgerichtet ist. Alle Therapieschritte werden Ihnen verständlich, ausführlich und transparent erläutert. Zusätzliche Services, wie eine schnelle Terminvergabe und kurze Wartezeiten, runden das Angebot ab. Das alles kostet Sie keinen Cent zusätzlich.

#### Genau dokumentiert - bestens informiert

Bei der Behandlung erheben die Therapeuten einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Therapie zu sichern. Alle an Ihrer Behandlung beteiligten Ärzte und Einrichtungen können sie abrufen und nutzen. Sie unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht. Manchmal werden dazu die Daten bei einer sogenannten Dokumentationsstelle gespeichert. Der Vorteil dabei: Alle Beteiligten können sich gut und schnell untereinander abstimmen. So entfallen für Sie lästige und zeitaufwendige Doppeluntersuchungen, und notwendige Maßnahmen können schneller durchgeführt werden. Ihre Daten sind gut geschützt. Sie werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

#### Qualitätssicherung durch die TK

Wir wollen, dass Sie so gut wie möglich behandelt werden. Deshalb überprüft die TK laufend die Qualität der Integrierten Versorgung. Dafür erhält sie – meist über ein wissenschaftliches Institut – anonymisiert ausgewertete Daten über die Behandlung. Personenbezogene Angaben über Sie sind darin nicht enthalten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt. Deshalb können Sie sicher sein: Aus den Daten können keine Rückschlüsse auf Sie gezogen werden.

#### TK-Tarif „Integrierte Versorgung“

In diesem kostenfreien TK-Tarif sind alle TK-Verträge zur Integrierten Versorgung zusammengefasst. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen entstehen Ihnen weder zusätzliche Kosten noch Verpflichtungen.

#### Sokönnen Sie teilnehmen

Wenn Sie die vielen Vorteile der Integrierten Versorgung nutzen möchten, unterschreiben Sie bitte die umseitige Teilnahmeerklärung.

### Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie noch Fragen haben, beraten wir Sie gern unter der Servicenummer: 08 00 - 285 85 85 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands).

Weitere Informationen über die „Integrierte Versorgung“, über das Angebot für Ihre Erkrankung sowie mögliche Zuzahlungsbefreiung erhalten Sie in dem beigefügten Informationsmaterial, bei Ihrem Arzt und unter [www.tk-online.de](http://www.tk-online.de).

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlage(n) ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung der TK ist untersagt.

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

per Telefax an: **040 - 28 80 85 - 598**

oder per Post an:

Techniker Krankenkasse  
Stichwort „Integrierte Versorgung“  
22291 Hamburg

Vertragsnummer:

## Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ja, ich möchte die Vorteile des TK-Tarifs „Integrierte Versorgung“ nutzen

Ich möchte in dem mir vorgestellten koordinierten Versorgungsangebot behandelt werden. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird an die Techniker Krankenkasse übermittelt. Meine personenbezogenen medizinischen Daten erhält die TK nicht.

Ich wurde informiert

Ich wurde über die Inhalte des TK-Tarifs „Integrierte Versorgung“ und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden.

Ich habe Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. Dazu habe ich auch schriftliche Informationen bekommen. Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen.

Beendigung jederzeit problemlos möglich

Ich kann meine Teilnahme jederzeit schriftlich widerrufen. Sie endet automatisch, wenn die Behandlung abgeschlossen ist oder wenn meine Versicherung bei der TK endet.

Meine medizinischen Daten werden gemeinsam dokumentiert

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Erkrankung zusammenhängenden medizinischen Daten (zum Beispiel Untersuchungsergebnisse) von den beteiligten Behandlern gemeinsam dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgt so, wie es mir dargestellt und in den mir übergebenen Informationsmaterialien beschrieben wurde. Sie dient ausschließlich dazu, die Qualität meiner Behandlung zu sichern.

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Die Leistungserbringer unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. In diesem Fall werden die gewährten Zugriffs- und Einsichtsrechte auf die Dokumentation gelöscht.

Meine Daten werden anonym für wissenschaftliche Zwecke genutzt

Ich bin damit einverstanden, dass meine anonymisierten Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung erhoben und verwendet werden. Rückschlüsse auf meine Person sind ausgeschlossen.

Ihre Meinung zählt!

Ich bin damit einverstanden, an einer Befragung zum TK-Tarif „Integrierte Versorgung“ teilzunehmen. Auf den TK-Tarif „Integrierte Versorgung“ wurde ich aufmerksam gemacht durch:

Arzt  Krankenhaus  TK-Berater  TK-Materialien (Flyer, Broschüren)  Bekannte  Sonstige

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Stempel des Leistungserbringers
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift TK-Versicherte/-r	Unterschrift aufklärende/-r Ärztin/Arzt

30.01001 03/2010

tsbe-  
Wei-



Anlage 3:           Muster-Einverständniserklärung zur Abrechnung

Antwort

Techniker Krankenkasse  
Bereich Leistungen / H4.15a  
Bramfelder Str. 140

22305 Hamburg

Projekt "Familien vor Darmkrebs schützen"

## Einverständniserklärung zur Abrechnung

Im Rahmen des TK-Projektes "Familien vor Darmkrebs schützen" zur intensivierten Diagnostik bei familiärem und erblichem Darmkrebs führt die **PVS pria GmbH**

die Abrechnung zwischen den beteiligten Ärzten und der Techniker Krankenkasse durch. Hierzu werden ihre persönlichen Daten und die Rechnungsinhalte an die PVS pria übermittelt. Hierbei werden jedoch keine medizinischen Daten (Befunde, Diagnosen) übermittelt.

Wir bitten Sie, durch Ihre Unterschrift Ihr – im Einzelfall widerrufliches – Einverständnis zu erteilen, dass die für die Bearbeitung der Rechnungen notwendigen Daten an die PriA weitergeleitet werden dürfen.

.....

Name, Vorname

.....

Versichertennummer

.....

Datum, Unterschrift

---

Stand: Februar 2011

Vertragsnummer: 500002

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlage(n) ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung der TK ist untersagt.

# Informationen für den Hausarzt

Im Rahmen der integrierten Versorgung bietet die Techniker Krankenkasse in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Deutscher Internisten, den deutschen Humangenetikern, der Felix Burda Stiftung und der Deutschen Krebshilfe das Versorgungsprojekt "Familien vor Darmkrebs schützen" an.

"Familien vor Darmkrebs schützen" richtet sich an TK-Versicherte mit Darmkrebs-Diagnose, bei denen die genetisch bedingte Form des Darmkrebses oder familiäre Risikofaktoren vorliegen.

Ihre Patientin / Ihr Patient interessiert sich für eine Teilnahme an dem Versorgungsprojekt. Damit Doppeluntersuchungen vermieden werden und Behandlungsmethoden aufeinander abgestimmt werden können, bitten wir Sie, die nachstehende Information zu beachten.

## Leitfaden zur Aufklärung und Motivation zur Darmkrebsfrüherkennung<sup>1</sup>

Für GKV Versicherte ab dem 50. Lebensjahr (EBM GOP 01740, 01741, 01734)<sup>2</sup> und

für familiäre und genetische Risikopersonen.

<b>Darmkrebs-Belastung:</b>	<b>In Deutschland ca. 60.000 Erkrankungsfälle, ca. 30.000 Todesfälle im Jahr</b>	zweithäufigste Krebstodesursache, 30% familiäres Risiko
<b>Vorsorge:</b>	<b>Kontrollierte Studien: Prävention verhindert ca. ein Drittel der Todesfälle und ca. ein Fünftel der Erkrankungsfälle</b>	verhindert bis zu 1/3 der Todesfälle

<sup>1</sup> Autoren<sup>®</sup>: Herr Dr. B. Birkner [BBirkner@t-online.de]; Frau PD Dr. E. Holinski [elkeholinski-feder@t-online.de].

<sup>2</sup> siehe: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“). Dtsch Ärztebl 99:2002:A2650-2653

<b>Vorsorge- maßnahmen:</b>	<b>GKV-Leistung seit dem 1.10.2002 ab dem 50. Lebensjahr.</b>	ab dem 50. Lebensjahr
Stuhltest okkultes Blut	auf <b>Ein Test besteht aus drei Testbriefchen (Referenztest Ha- emoccult®).</b>	Ein Mal im Jahr Stuhltest
	<b>Beurteilung</b>	
	Positives Testergebnis bei Farbumschlag (blau) eines von 6 Feldern. Keine Wiederholung.	Positiv bei Blaufärbung
	<b>Sensitivität/Spezifität</b>	
	Bei kolo-rektalem Karzinom bis zu 80% Test positiv. Positiver prädiktiver Wert 10 %	80 % der Karzinome durch Stuhltest entdeckt
	<b>Ernährungsumstellung</b>	Ernährungsumstellung
	Führt zu Ablehnung	nicht sinnvoll
	<b>Vorteil</b>	
	Kostengünstig, einfache Durchführung	Test ist einfach

	<p><b>Nachteil</b></p> <p>kein direkter Nachweis der Blutungsquelle, deshalb <u>muss</u> bei positivem Stuhltest eine Koloskopie durchgeführt werden</p>	Falsche positive Ergebnisse
Totale Koloskopie	<p><b>ab dem 55. Lebensjahr<sup>3</sup> mit Wiederholung nach 10. Jahren einschließlich einer notwendigen Polypektomie</b></p>	Goldstandard der Diagnostik des Kolons
	<p><b>Sensitivität und Spezifität</b></p> <p>für KRK und Adenom über 90%</p>	Hohe Genauigkeit
	<p><b>Komplikationen</b></p> <p>Perforation, Blutung und Infektion &lt; 1 %</p>	Wenig Komplikationen
	<p><b>Vorteil</b></p> <p>Treffsicherheit, Entnahme von Biopsien zur Histologie, unmittelbare Therapiemöglichkeit</p>	Sicher und effektiv
	<p><b>Nachteil</b></p> <p>Vorbereitung, Prämedikation, Komplikations-möglichkeit. (EPE, Komplikationsrate ca 2 – 7 %)</p>	Mögliche Komplikation

<sup>3</sup> Genehmigungspflichtige Leistung: Früherkennung des Kolonkarzinoms: Ergänzung der bestehenden Maßnahmen um die qualitätsgesicherte, hohe Koloskopie. Dtsch Ärztebl 99:2002:2648-2650

<b>Alternative</b>	
virtuelle Kolographie durch CT oder MR nicht als Screening zu empfehlen, bei unvollständiger Koloskopie und grundsätzlicher Ablehnung der Koloskopie empfohlen	keine

Für Risikogruppen (familiäres und genetisches Risiko) gelten andere Altersgrenzen, andere Maßnahmen und andere Intervalle:

## Familiäres Tumorrisiko – Empfehlung für den Arzt

Hohes Risiko:

<b>Amsterdam Kriterien</b>	3 erstgradig verwandte Familienmitglieder mit Krebs des Kolons, Rektums, Dünndarms, Magens, Endometriums, Ovarien oder des Urothels	Autosomal dominant erbliche HNPCC Tumorerkrankung
	Differenzierung des Tumorsyndroms Molekulargenetische Diagnostik	Genetische Beratung
	Einmal im Jahr ab dem 25. Lebensjahr Koloskopie, Gastroskopie Oberbauchsonographie Gynäkologischer Ultraschall	Intensivierte Vorsorge

Mittleres Risiko:

<b>Bethesda Kriterien</b>	2 verwandte Familienmitglieder mit Krebs des Kolons, Rektums, Dünndarms, Magens, Endometriums, Ovarien oder des Urothels, einer jünger 50 Jahre bei Diagnosestellung Synchron, metachron HNPCC-assoziierte Tumorerkrankung	Verdacht auf eine erbliche Tumorerkrankung
	Ein Familienmitglied mit einem kolorektalen Karzinom vor dem 45. Lebensjahr bzw. einem Adenom vor dem 40. Lebensjahr	Intensivierte Vorsorge
	Alle 5 Jahre: Koloskopie 10 Jahre vor dem frühesten Erkrankungsalter in der Familie	

## Weiterführende Adressen:

Sechs Studienzentren der Deutschen Krebshilfe zum erblichen nicht polypösen Kolonkarzinom (HNPCC):

[www.deutschkrebshilfe.de](http://www.deutschkrebshilfe.de)

Genetische Beratungsstellen in Deutschland:  
[www.bvmedgen.de](http://www.bvmedgen.de)

**Anlage 6:           Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie**

**Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V**

**zur Ausführung und Abrechnung**

**von koloskopischen Leistungen**

(Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie) \*

vom 20. September 2002

\* Zu recherchieren unter DARIS-Archivnummer 1003739013

## **Abschnitt A**

### **Allgemeine Bestimmungen**

#### **§ 1**

##### **Ziel und Inhalt**

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der Koloskopie (einschl. der ggf. erforderlichen Polypektomien) gesichert werden soll. Die Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie in der vertragsärztlichen Versorgung (Leistungen nach den Nrn. 156, 760 bis 775 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes).

#### **§ 2**

##### **Genehmigungspflicht**

Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Arzt die nachstehenden fachlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß den §§ 4 und 5 im Einzelnen erfüllt. Die Genehmigung ist mit der Auflage zu erteilen, dass die festgelegten Mindestanforderungen bezüglich der jährlich durchzuführenden Koloskopien (§ 6) erfüllt werden und der Arzt an den Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität (§ 7) erfolgreich teilnimmt.

#### **§ 3**

##### **Genehmigungsvoraussetzung**

Die Erfüllung der in § 2 genannten Voraussetzungen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Das Verfahren richtet sich nach Abschnitt C dieser Vereinbarung. Das Nähere zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens (z. B. Inhalte der Kolloquien, Zusammensetzung der Kommissionen) regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Richtlinien nach § 75 Abs. 7 SGB V.

## Abschnitt B

### Fachliche und apparative Voraussetzungen

#### § 4

#### Fachliche Befähigung

(1) Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie gilt als nachgewiesen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 9 Abs. 1 nachgewiesen werden:

1. Berechtigung zum Führen der

- Schwerpunktbezeichnung 'Gastroenterologie',
- Gebietsbezeichnung 'Innere Medizin' mit dem Erwerb der Fachkunde Sigmoido-Koloskopie,
- Gebietsbezeichnung 'Kinderchirurgie' mit dem Erwerb der Fachkunde Sigmoido-Koloskopie oder
- Gebietsbezeichnung 'Chirurgie', sofern der Chirurg nach dem für ihn maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien berechtigt ist.

2. Selbstständige Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von 200 Koloskopien und 50 Polypektomien unter Anleitung innerhalb von 2 Jahren vor Antragstellung auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie. Soweit die geforderte Anzahl von Koloskopien und Polypektomien unter Anleitung erbracht, nicht jedoch innerhalb des geforderten Zeitraums durchgeführt wurden, können innerhalb dieses Zeitraum selbständig durchgeführte Koloskopien und Polypektomien angerechnet werden. Bei Kinderchirurgen selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 100 Sigmoido-Koloskopien unter Anleitung.

3. Die Anleitung nach der Nr. 2 hat bei einem Arzt stattzufinden, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie, Kinderchirurgie oder im Schwerpunkt Gastroenterologie befugt ist.

(2) Näheres zu den Zeugnissen und Kolloquien regelt § 9.

## § 5

### **Apparative Voraussetzungen**

Der Arzt muss eine geeignete Notfallausstattung vorhalten. Hierfür sind mindestens folgende Anforderungen an die apparative Notfallausstattung zu erfüllen und gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen:

- a) Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
- b) Absaugvorrichtung
- c) Sauerstoffversorgung
- d) Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
- e) Pulsoxymetrie und Rufanlage

## § 6

### Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung

- (1) Für Ärzte ohne die Gebietsbezeichnung 'Kinderchirurgie', denen eine Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie erteilt worden ist, besteht folgende Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung:
1. Die Auflage gilt als erfüllt, wenn in einem Abstand von jeweils 12 Monaten nachgewiesen wird, dass der Arzt innerhalb dieses Zeitraums mindestens 200 totale Koloskopien (einschl. des Zoekums), davon in mindestens 10 Fällen eine Polypektomie durchgeführt hat. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt fest, ob der erforderliche Nachweis geführt ist. Soweit der Nachweis nicht geführt wurde, teilt dieses die Kassenärztliche Vereinigung dem Arzt unverzüglich mit.
  2. Kann der Nachweis nach Ablauf von weiteren auf den in Abs. 1 genannten Zeitraum folgenden 12 Monaten erneut nicht geführt werden, wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie widerrufen.
  3. Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie wird auf Antrag wieder erteilt, wenn der Arzt nachweisen kann, dass er innerhalb von 6 aufeinander folgenden Monaten seit Widerruf der Genehmigung mindestens 50 totale Koloskopien (einschl. des Zoekums) einschl. der erforderlichen Polypektomien unter der Anleitung eines gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 3 befugten Arztes durchgeführt hat. In diesem Falle müssen die sonstigen Genehmigungsvoraussetzungen nach den §§ 4 und 5 nicht erneut nachgewiesen werden.

- (2) Der Arzt hat gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung durch die Vorlage insbesondere der Bilddokumentation zu belegen, dass er die in den im Abs. 1 festgelegten Zeiträumen geforderte Anzahl von totalen Koloskopien (einschl. des Zökums) und Polypektomien durchgeführt hat. Sonstige durchgeführte totale Koloskopien (einschl. des Zökums) und Polypektomien sind bei entsprechendem Nachweis gemäß Satz 1 auf die nachzuweisende Anzahl von Eingriffen nach Abs. 1 anzurechnen.

## § 7

### Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität

- (1) Zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien werden regelmäßig geeignete hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Endoskope in der Arztpraxis durchgeführt.
- (2) Die Überprüfung umfasst die hygienisch-mikrobiologische Kontrolle
  - a) von maximal 2 Koloskopen mittels
    1. Durchspülung von Endoskopkanälen (z.B. Instrumentierkanal und L/W-Kanal) und
    2. Abstrichen von Endoskopstellen (z.B. Kanaleingänge am Distalende), welche der Reinigung und Desinfektion nur schwer zugänglich sind sowie
  - b) die während der Koloskopie verwendeten Lösungen der Optikspülsysteme.

Soweit manuelle und maschinelle Aufbereitungsverfahren zur Anwendung kommen, sind maximal 2 Koloskope je Aufbereitungsverfahren zu kontrollieren.

- (3) Die stichprobenhafte Überprüfung der Hygienequalität in der Arztpraxis erfolgt einmal pro Kalenderhalbjahr. Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Arzt den Kalendermonat der Überprüfung mit.
- (4) Die Kassenärztliche Vereinigung beauftragt mit der Überprüfung ein von ihr anerkanntes Hygieneinstitut. Ein Hygieneinstitut kann dann anerkannt werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und nachgewiesen werden:
  1. Der Leiter des Hygieneinstituts muss berechtigt sein, die Gebietsbezeichnung 'Hygiene und Umweltmedizin' oder 'Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie' zu führen.
  2. Es muss eine schriftliche Erklärung vorliegen, in der sich das Hygieneinstitut verpflichtet hat, dass die Durchführung der hygienisch-mikrobiologischen Kontrolle sowie die Probenverarbeitung, Kulturmethodik und Keim-Differenzierung nach dem allgemein anerkannten Stand von Medizin und Wissenschaft erfolgen. Die entsprechenden Empfehlungen des Robert Koch-Institutes (RKI), welche in den 'Anforderungen an die Hygiene

bei der Aufbereitung flexibler Endoskope und endoskopischer Zusatzinstrumentariums' festgelegt sind, sind vom Hygieneinstitut zu beachten.

- (5) Die Überprüfung erfolgt durch das Hygieneinstitut in der Arztpraxis. Das Ergebnis der Überprüfung soll dem Arzt durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung innerhalb von 2 Wochen nach der Probenentnahme mitgeteilt werden. Soweit Mängel bestehen, wird der Arzt über Art und Umfang dieser Mängel informiert. Er soll durch die Kassenärztliche Vereinigung eingehend beraten werden, in welcher Form sie behoben werden können. Die Beratung zur Behebung der Mängel kann mit Zustimmung des Arztes auch in der Arztpraxis durchgeführt werden.

- (6) Die Anforderungen an eine sachgerechte Hygienequalität gelten als erfüllt bei
- a) fehlendem Nachweis von Escherichia coli, anderen Enterobacteriaceae oder Enterokokken,
  - b) fehlendem Nachweis von Pseudomonas aeruginosa, anderen Pseudomonaden oder weiteren Nonfermentern,
  - c) fehlendem Nachweis von weiteren hygienerelevanten Erregern wie Staphylococcus aureus sowie
  - d) maximaler Keimbelastung von  $\leq 10$  KBE pro ml in der Probe der Durchspülung und der Lösung des Optikspülsystems.
- (7) Werden die in Abs. 6 festgelegten Anforderungen erfüllt, hat die nächste Überprüfung innerhalb des nachfolgenden Kalenderhalbjahres zu erfolgen.
- (8) Werden die in Abs. 6 festgelegten Anforderungen nicht erfüllt, gilt Folgendes:
- a) Die Hygienequalität wird innerhalb eines Zeitraums der nachfolgenden 3 Monate im Verfahren nach Abs. 2, 4 bis 6 erneut überprüft.
  - b) Werden die Anforderungen erfüllt, hat die nächste Überprüfung innerhalb des nachfolgenden Kalenderhalbjahres zu erfolgen.
  - c) Werden die Anforderungen erneut nicht erfüllt, gilt Folgendes:
    1.  
Der Fortbestand der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie wird von nachfolgenden Auflagen abhängig gemacht. Der Arzt muss innerhalb von 6 Wochen die Erfüllung der Anforderungen an die Hygienequalität nach Abs. 6, die durch ein Labor nach Abs. 4 kontrolliert worden ist, gegenüber der Kassenärztliche Vereinigung nachweisen. Bis zu diesem Nachweis dürfen Leistungen der Koloskopie in der vertragsärztlichen Versorgung nicht ausgeführt und abgerechnet werden.
    2.  
Wird der Nachweis nach Nr. 1 geführt, ist die Überprüfung nach Buchstabe a) erneut zu wiederholen. Werden die Anforderungen erneut nicht erfüllt oder wird der Nachweis nach Nr. 1 nicht geführt, ist die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie zu widerrufen.

Die Genehmigung ist auch zu widerrufen, wenn der Arzt nicht bereit ist, die Überprüfung in seiner Arztpraxis durchführen zu lassen. Ein erneuter Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie kann frühestens nach Ablauf von 6 Monaten nach der Mitteilung über den Widerruf der Genehmigung gestellt werden.

- (4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die zuständigen Kommissionen beauftragen, die apparativen Gegebenheiten daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß dieser Vereinbarung entsprechen. Die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie wird nur erteilt, wenn der Arzt in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung und zur Durchführung der Überprüfungen zur Hygienequalität nach § 7 erklärt.

## § 9

### Zeugnisse und Kolloquien

- (1) Der Kassenärztlichen Vereinigung sind für den Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 4 insbesondere folgende Bescheinigungen vorzulegen:

1.

Urkunde über die Berechtigung zum Führen

- der Gebietsbezeichnung Innere Medizin oder Kinderchirurgie und Bescheinigung der Ärztekammer über den Erwerb der Fachkunde 'Sigmoido-Koloskopie'
- der Schwerpunktbezeichnung 'Gastroenterologie' oder
- der Gebietsbezeichnung 'Chirurgie' und der Bestätigung der zuständigen Ärztekammer, dass die Berechtigung nach dem Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien besteht.

2.

Zeugnisse, welche von dem zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sind und mindestens folgende Angaben beinhalten:

- Überblick über die Zusammensetzung des Krankengutes der Abteilung, in welcher die Anleitung stattfand
- Zahl der vom Antragsteller selbständig durchgeführten Koloskopien und Polypektomien unter Anleitung
- Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von Koloskopien und Polypektomien.

3.

Dokumentationen der gemäß § 4 nachzuweisenden Anzahl von durchgeführten Polypektomien.

- (2) Bestehen trotz der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung, so kann die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig machen. Das gleiche gilt, wenn der Antrag stellende Arzt im Vergleich zu dieser Vereinbarung eine abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist. Die nachzuweisenden Zahlen von Koloskopien und Polypektomien können durch ein Kolloquium nicht ersetzt werden.

## Abschnitt D

### § 10

#### Inkrafttreten, Übergangsregelung

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung Kraft.
  
- (2) Ärzte, die vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung Koloskopien in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht haben, erhalten eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllen:
  - a) Berechtigung zum Führen der
    - Schwerpunktbezeichnung 'Gastroenterologie',
    - Gebietsbezeichnung 'Innere Medizin' mit dem Erwerb der Fachkunde Sigmoido-Koloskopie,
    - Gebietsbezeichnung 'Kinderchirurgie' mit dem Erwerb der Fachkunde Sigmoido-Koloskopie oder
    - Gebietsbezeichnung 'Chirurgie', sofern der Chirurg nach dem für ihn maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien berechtigt ist.
  
  - b) Antragstellung auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie innerhalb von 3 Monaten nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung an die Kassenärztliche Vereinigung
  
  - c) Nachweis von 200 selbständig durchgeführten totalen Koloskopien (einschl. des Zoekums) und 50 selbständig durchgeführten Polypektomien innerhalb der letzten 2 Jahre vor dem Inkrafttreten dieser Vereinbarung durch die Vorlage der schriftlichen oder bildlichen Dokumentation. § 6 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend. Bei Kinderchirurgen Nachweis von 100 selbständig durchgeführten Sigmoido-Koloskopien vor dem Inkrafttreten dieser Vereinbarung.
  
  - d) Nachweis der Erfüllung der in den § 5 genannten Voraussetzungen an die apparative Ausstattung mit der Antragstellung
  
  - e) Nachweis über die erste erfolgreiche Teilnahme an den Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten der Vereinbarung.

- (3) Ärzte, welche die Anforderungen nach Abs. 2 Buchstabe c) nicht erfüllen, jedoch vor dem Inkrafttreten der Vereinbarung Leistungen der Koloskopie in der vertragsärztlichen Versorgung regelmäßig erbracht haben, erhalten eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen nach den Nrn. 760 bis 775 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), wenn sie die Anforderungen nach Abs. 2 Buchstaben a, b, d und e erfüllen. Kann der Arzt nach Erteilung dieser Genehmigung nachweisen, dass er die in Abs. 2 Buchstabe c) festgelegten Anforderungen erfüllt, erteilt die Kassenärztliche Vereinigung dem Arzt die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Leistung der Früherkennungs-Koloskopie des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (Nr. 156 EBM).

#### Protokollnotizen:

- (1) Damit die Vertragspartner entscheiden können, ob und in welcher Weise die Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität fortgeführt werden, werden die Ergebnisse der Überprüfungen zur Hygienequalität nach § 7 jährlich ausgewertet.
- (2) Die Vertragspartner werden nach dem Ablauf von einem Jahr nach Inkrafttreten der Vereinbarung auf der Grundlage der Angaben der Ärzte zur Anzahl der durchgeführten Koloskopien prüfen, ob die Anforderungen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung nach § 6 ggf. zu unerwünschten Folgen in der Versorgung geführt haben. Die Partner der Bundesmantelverträge werden entsprechend dem Ergebnis dieser Prüfung entscheiden, ob und ggf. welche Maßnahmen zu ergreifen sind.
- (3) Damit die Vertragspartner entscheiden können, ob die Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung bei der Durchführung von Polypektomien nach § 6 ausreichend sind, werden arztbezogen die jährlich durchgeführten Polypektomien ausgewertet.
- (4) Die Vertragspartner werden bis zum 1. April 2003 prüfen, ob und ggf. inwieweit spezifische Anforderungen an die Dokumentation von 'kurativ' durchgeführten Koloskopien festgelegt werden.

#### Protokollnotiz vom 5. Mai 2003:

Die Partner der Bundesmantelverträge stellen fest, dass die Überprüfung der Hygienequalität nicht innerhalb des vorgesehenen Zeitraums (bis 31.03.2003) abgeschlossen sein wird. Es wird deshalb vereinbart, dass diese Frist folgendermaßen erweitert wird:

Sämtliche teilnehmenden Ärzte müssen bis zum 30.09.2003 genaue Kenntnis über den Durchführungszeitraum ihrer Hygieneüberprüfung haben. Bis zum 31.12.2003 müssen sich alle Ärzte einer Überprüfung der Hygienequalität unterzogen haben.

## Familien vor Darmkrebs schützen

Darmkrebs tritt in Familien oft gehäuft auf. Und wer ein Familienmitglied hat, das an Darmkrebs erkrankt ist, kann selbst ein höheres Risiko für diese Krankheit haben – nämlich dann, wenn es sich um die erbliche Form des Darmkrebses handelt oder es familiäre Risikofaktoren gibt.

### Der TK-Fragebogen gibt Klarheit

Mit dem TK-Fragebogen zum Darmkrebs können Sie herausfinden, ob ein solches Risiko für Sie oder Ihre Familienangehörigen besteht. Und wenn ja, dann können Sie mit unserer Hilfe geeignete Vorsorgemaßnahmen treffen.

Auch wenn Sie schon einmal an Darmkrebs erkrankt waren, liefert Ihnen der Fragebogen wichtige Hinweise darauf, ob Sie Ihre Nachsorgemaßnahmen optimieren sollten.

### Was müssen Sie dafür tun?

Füllen Sie einfach den beigefügten Fragebogen aus. Eine kurze Auswertung auf seiner Rückseite informiert Sie, ob ein Risiko vorliegt und was Sie für Ihre Vorsorge oder Ihre Nachsorge tun sollten.

### Das Projekt "Familien vor Darmkrebs schützen"

Wenn Sie feststellen, dass in Ihrer Familie ein höheres Risiko für Darmkrebs besteht, finden Sie Hilfe im Projekt "Familien vor Darmkrebs schützen". In diesem Projekt arbeitet die TK mit dem Berufsverband Deutscher Internisten, dem Berufsverband Deutscher Humangenetiker, der Deutschen Krebshilfe und der Felix Burda Stiftung zusammen.

### Geschulte Ärzte sind Ihre Ansprechpartner

Bei den speziell geschulten Ärzten dieses Projektes finden Sie ausführliche Beratung über geeignete Vor- und Nachsorgemaßnahmen.

Sie erhalten die für Sie und Ihr individuelles Risiko optimale Diagnostik. Bei Bedarf werden für Sie auch Erbgutuntersuchungen durchgeführt – durch Universitäts-einrichtungen, die auf höchstem Qualitätsniveau arbeiten.

Falls eine weitere Behandlung nötig sein sollte, stehen Ihnen besonders qualifizierte Ärzte zur Verfügung.

Alle für Sie relevanten Informationen stehen über eine elektronische Patientenakte den beratenden und behandelnden Ärzten des Projektes zur Verfügung. So vermeiden sie für Sie unnötige Doppeluntersuchungen wie z. B. zweifache Blutuntersuchungen. Das schont Ihre Gesundheit und spart Zeit.

### Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung

Das Projekt wird durch ein unabhängiges Institut wissenschaftlich begleitet. Dort werden auch die Krankheitsdaten aller am Projekt beteiligten Patienten regelmäßig ausgewertet. Natürlich werden alle Informationen, die Sie persönlich betreffen, z. B. Ihre Risikogruppe oder Ihre Untersuchungsergebnisse, vor der Auswertung anonymisiert.

Damit Ihre individuellen persönlichen Daten vor jedem unbefugten Zugriff sicher sind, sind diese nur von den behandelnden Ärzten einsehbar – und auch nur mit Ihrem Einverständnis.

### Wie kann ich teilnehmen?

Rufen Sie einfach unsere TK-Servicenummer an:

Unter der Telefonnummer 0800 - 285 00 85 erreichen Sie uns gebührenfrei.

Hier erhalten Sie die Namen und Anschriften beteiligter Ärzte in Ihrer Nähe. Parallel erhalten Sie auf dem Postweg von uns weiterführende Informationen sowie die Teilnahmeunterlagen.

Anschließend vereinbaren Sie mit einem der Ärzte einen Termin für ein Informationsgespräch und lassen sich unverbindlich beraten. Haben Sie sich für eine Teilnahme an dem Projekt entschieden, senden Sie die unterzeichneten Teilnahmeunterlagen an uns zurück.

Mit Ihrer Teilnahmeerklärung ermöglichen Sie den Austausch der medizinischen Informationen unter den beteiligten Ärzten und die wissenschaftliche Begleitung dieses Projektes.

### Was ist noch wichtig zu wissen?

Die Teilnahme am Projekt "Familien vor Darmkrebs schützen" ist selbstverständlich freiwillig. Auch wenn Sie nicht teilnehmen, erhalten Sie eine bestmögliche medizinische Beratung und Versorgung. Und natürlich können Sie das Projekt auch jederzeit wieder verlassen, wenn Sie dies möchten.

## **Anlage 8: Abrechnungsmodalitäten**

### 1. Rechnungsbrief

Die Rechnungslegung mittels körperlichen Rechnungsbriefs erfolgt an folgende Anschrift:

Techniker Krankenkasse  
Abrechnungszentrum  
Ruhrorter Straße 187  
47119 Duisburg

Telefon (0203) 80 95 -0

Der Rechnungsbrief ist unter Angabe folgender Daten zu erstellen:

- Briefkopf/Allgemeine Angaben
- Institutionskennzeichen (IK) des Zahlungsempfängers
- Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
- Bankverbindung des Zahlungsempfängers
- Rechnungsnummer
- Abrechnungszeitraum
- Vertragsnummer: 500002
- Forderungsbetrag
- Betrag Gesamtforderung
- Spezifizierung der Gesamtforderung nach Versichertenstatus M, F und R
- Innerhalb der Spezifizierung des Forderungsbetrages nach M,F und R weitere Differenzierung
- Leistungsmodul
- Einzelpreis des jeweiligen Leistungsmoduls
- Fallzahl des jeweiligen Leistungsmoduls
- Gesamtforderungsbetrag für das Leistungsmodul

## Beispiel Rechnungsbrief:

Forderungsbetrag: € 112.452,10

	Leistungsmodul	Preis	Anzahl	Forderungsbetrag
Status M	1	€ 10,88	300	€ 3.264,00
	2	€ 217,33	200	€ 43.466,00
	3	€ 207,46	100	€ 20.746,00
			Gesamt	€ 67.476,00
Status F	4	€ 31,63	250	€ 7.907,50
	5	€ 14,42	300	€ 4.326,00
	6	€ 15,18	400	€ 6.072,00
			Gesamt	€ 18.305,50
Status R	1	€ 10,88	100	€ 1.088,00
	5	€ 14,42	200	€ 2.884,00
	11	€ 2.269,86	10	€ 22.698,60
			Gesamt	€ 26.670,60

## 2. maschinelle Abrechnungsdaten

Als rechnungsbegründende Unterlagen zum Rechnungsbrief werden maschinelle Abrechnungsdaten zur Verfügung gestellt. Die Übermittlung der Daten erfolgt mittels eines konventionellen Datenträgers (CD-ROM).

Die Übersendung des Datenträgers erfolgt an folgende Anschrift:

Techniker Krankenkasse  
Clearingcenter  
Bramfelder Straße 140  
22305 Hamburg

- Die maschinellen Abrechnungsdaten (Einzelfallnachweise -EFN ) werden entsprechend der aktuellen Fassung der "Technischen Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung" zur Verfügung gestellt (Datenübermittlung gem. § 295 SGB V).
- Innerhalb des EFN sind die Gebührenpositionen nach EBM anzugeben. Die Gebührenpositionen sind dabei linksbündig mit dem Buchstaben I zu kennzeichnen (z.B. I01740).

## Anlage 9: Behandlungsablauf

### Pfad 1

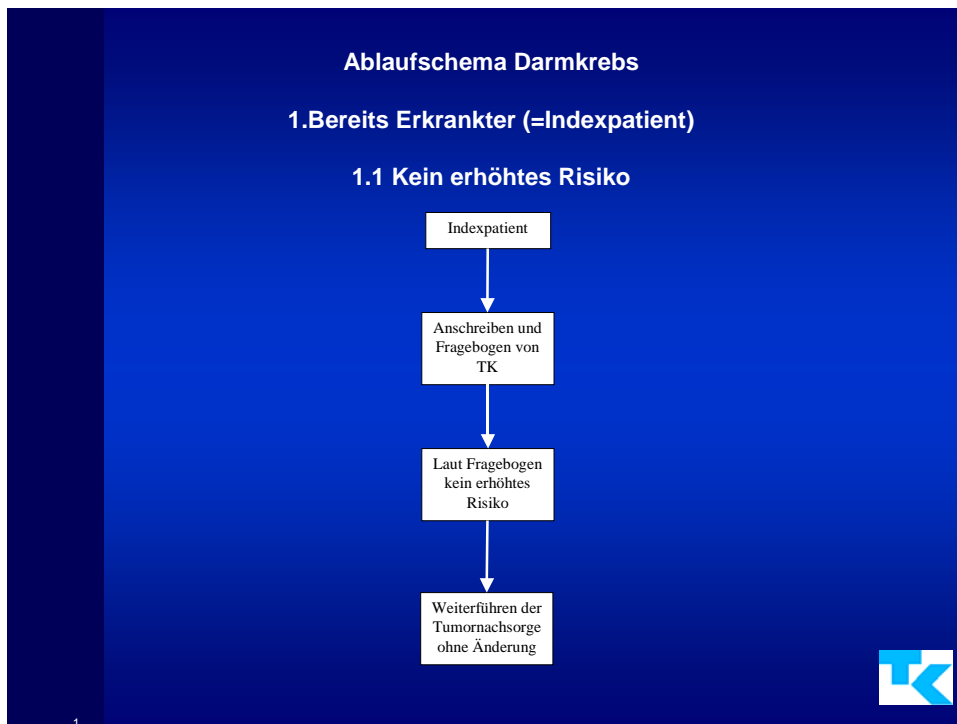


Abb. 2: Pfad 1

Dieser Pfad erfordert keine Intervention seitens der Gastroenterologen oder der Humangenetiker. Dieser Pfad wird nicht als Vertragsleistung abgebildet.

3.1.1. Integrationsleistungen: keine

## Pfad 2

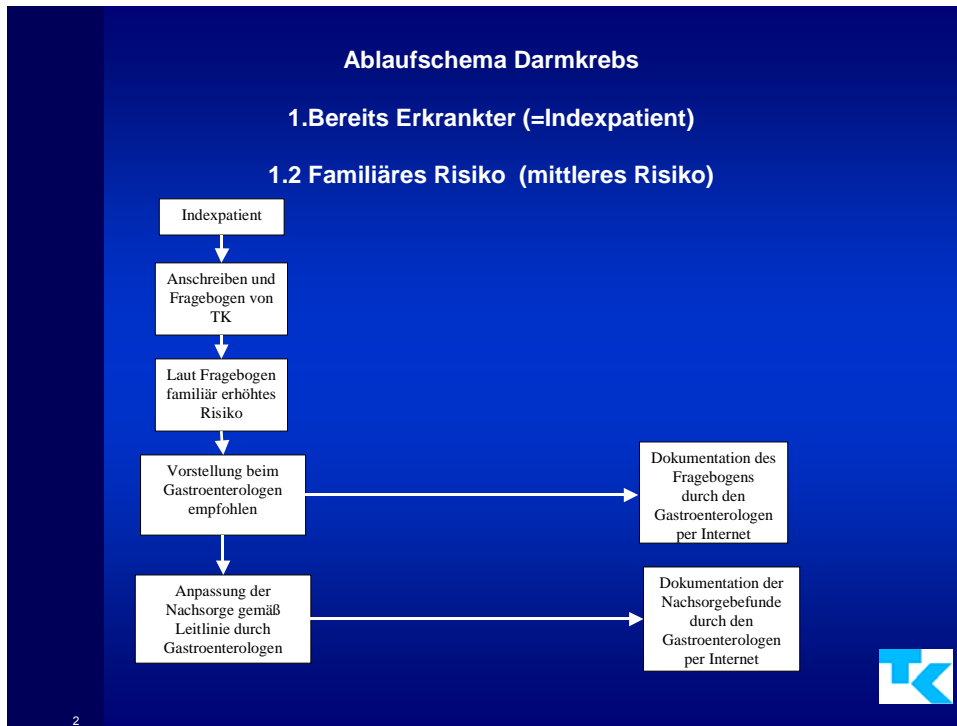


Abb. 3: Pfad 2

In Pfad 2 findet sich ein familiär erhöhtes Risiko. Im Rahmen der Beratung kann das Risiko verifiziert werden. Eine weiterführende Humangenetische Diagnostik unterbleibt. Als Konsequenz auf das familiär erhöhte Risiko wird die Tumornachsorge entsprechend den Leitlinien der DGVS angepasst.

### 3.1.2. Integrationsleistungen Beratung

### Pfad 3

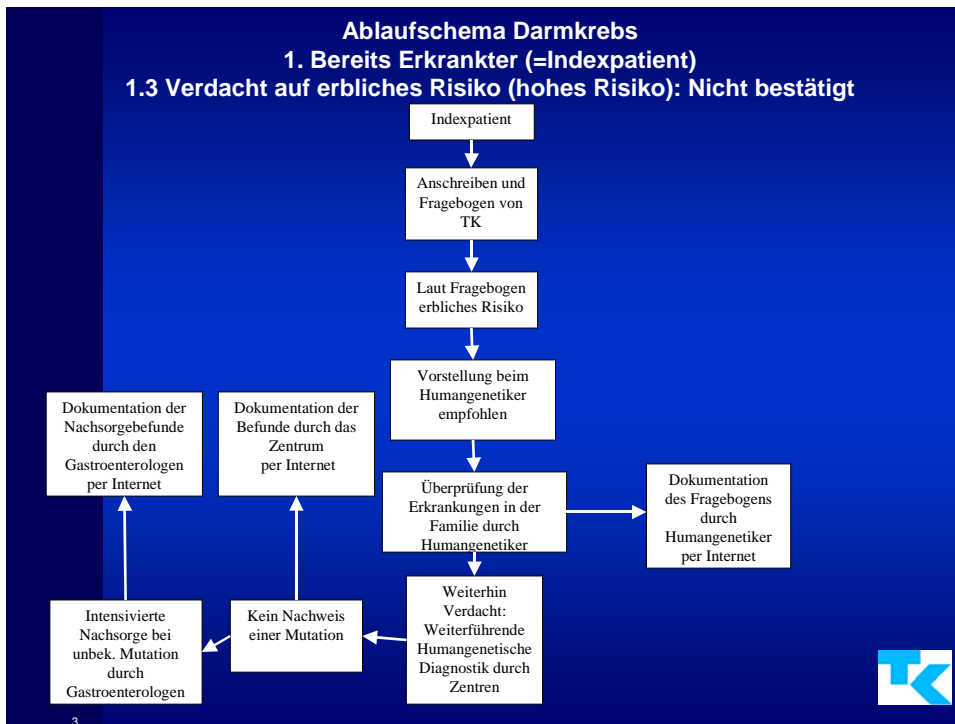


Abb. 4: Pfad 3

In diesem Pfad wird an Hand des Fragebogens der Verdacht auf ein erbliches Tumorsyndrom gestellt. Der Versicherte sucht einen Humangenetiker auf, dort wird der Verdacht bestätigt. Die weiterführende humangenetische Diagnostik schließt eine der bekannten Genmutationen aus. Diese Patienten gelten als so genannte Amsterdam-Familien jedoch ebenfalls als Betroffene mit einer noch unbekannt Mutation. Die Tumornachsorge wird entsprechend der Anlage 16 angepasst: Beim Vorliegen eines erblichen Tumorsyndroms soll jährlich eine Koloskopie durchgeführt werden.

#### 3.1.3. Integrationsleistungen

Eine Humangenetische Beratung. Der Humangenetiker veranlasst nach Verifizierung des Verdachtes auf ein erbliches Darmkrebsyndrom eine weiterführende Diagnostik.

## Pfad 4

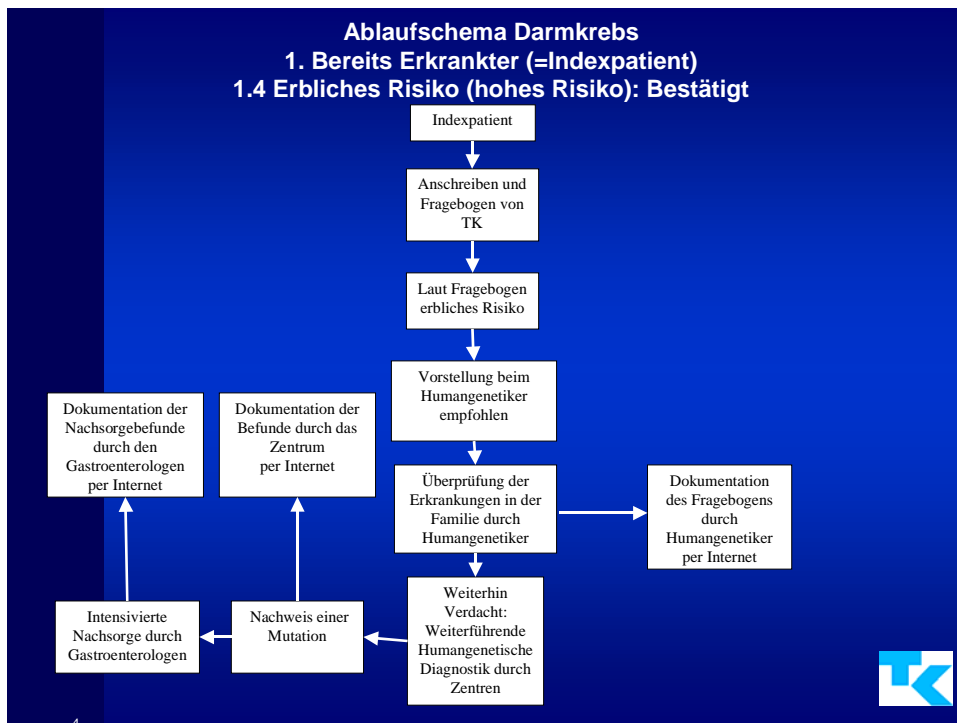


Abb. 5: Pfad 4

In Pfad vier kann die Verdachtsdiagnose auf ein erbliches Tumorsyndrom durch den Nachweis einer Mutation bestätigt werden. Die Tumornachsorge wird entsprechend den Leitlinien der DGVS angepasst.

### 3.1.4. Integrationsleistungen

Eine Humangenetische Beratung. Der Humangenetiker veranlasst nach Verifizierung des Verdachtes auf ein erbliches Darmkrebsyndrom eine weiterführende Diagnostik.

## Pfad 5

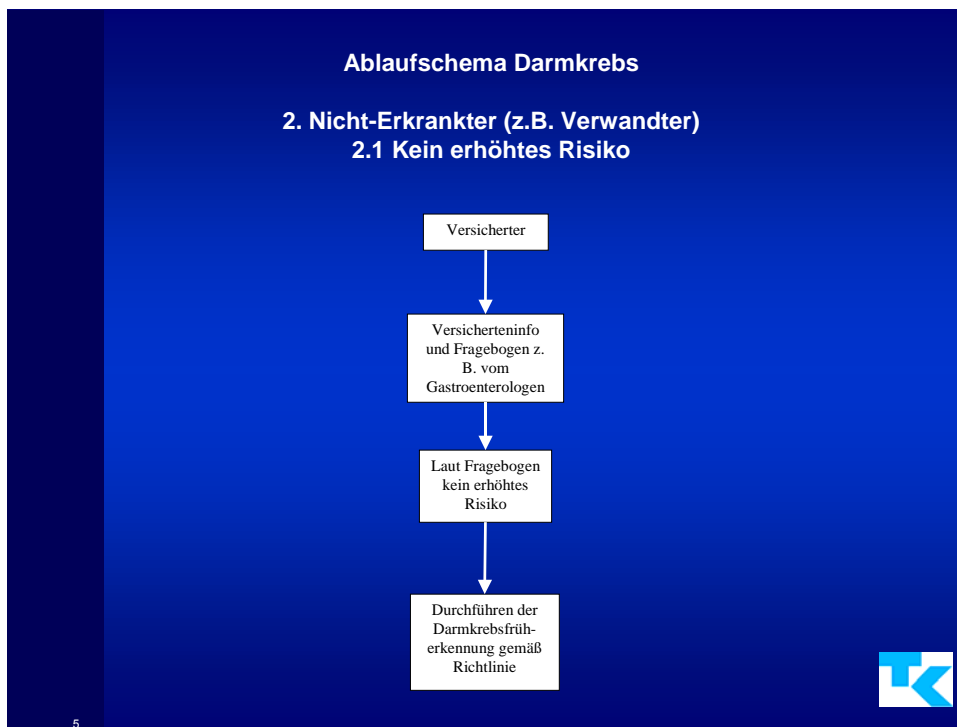


Abb. 6: Pfad 5

In Pfad fünf wird der Fragebogen von einem Gesunden ausgefüllt. Da kein erhöhtes Risiko erkennbar ist, ist eine Intervention durch einen Humangenetiker oder einen Gastroenterologen nicht vorgesehen.

### 3.1.5. Integrationsleistungen: keine

## Pfad 6

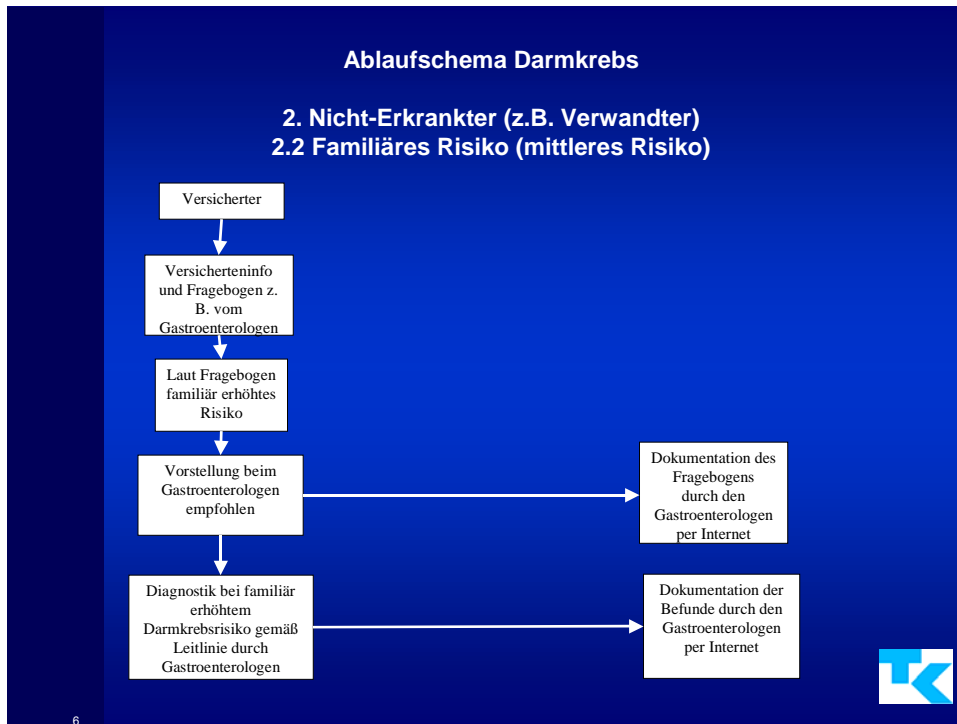


Abb. 7: Pfad 6

In Pfad sechs füllt ein nicht von Darmkrebs betroffener Versicherter den Fragebogen aus. Hierbei wird ein familiär erhöhtes Risiko festgestellt. Der Gastroenterologe, bei dem sich der Betreffende auf Empfehlung des Fragebogens vorstellt, führt nach Maßgabe der Leitlinien der DGVS bei Angehörigen solcher Familien ab dem 40. Lebensjahr, frühestens aber 10 Jahre vor der frühesten Tumormanifestation in der Familie eine erste Darmspiegelung durch. Die weiteren Spiegelungen sollten in Abständen von fünf Jahren erfolgen.

### 3.1.6. Integrationsleistungen

Beratung beim Gastroenterologen.

Totale Koloskopie, gegebenenfalls inklusive Polypektomie und Histologie alle fünf Jahre.

Pfad 7

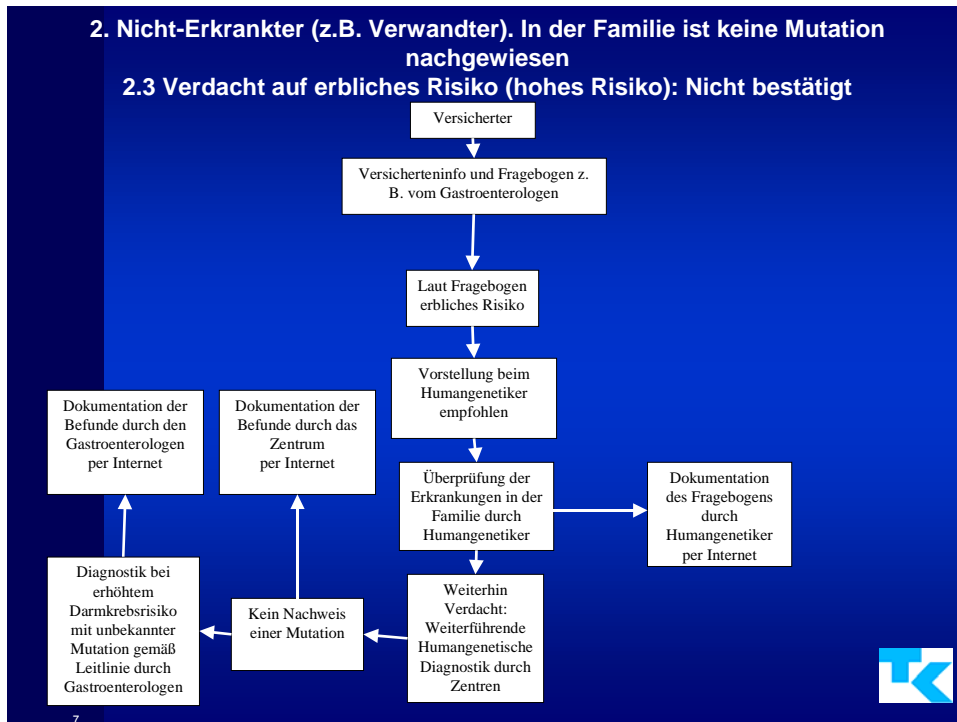


Abb. 8: Pfad 7

In Pfad 7 füllt ein nicht von Darmkrebs betroffener Versicherter den Fragebogen aus. Die weiterführende humangenetische Diagnostik schließt eine der bekannten Genmutationen aus. Gemäß den Leitlinien der DGVS kommt bei einer Hereditary-Non-Polyposis-Colorectal-Cancer-Syndrom (HNPCC; Lynch-Syndrom) folgende Diagnostik zur Anwendung:

Alter	Untersuchung	Frequenz
ab dem 25. Lebensjahr (bzw. 5 Jahre vor dem frühesten Erstmanifestationsalter in der Familie)	Körperliche Untersuchung	einmal jährlich
	Abdomensonographie	einmal jährlich
	Komplette Koloskopie	einmal jährlich
	Gynäkologische Untersuchung auf Endometrium- und Ovarialkarzinom einschließlich transvaginaler Sonographie	einmal jährlich
	Ösophago- Gastro- Duodenoskopie (nur bei familiär gehäuften Magenkarzinomen)	einmal jährlich

Abb. 9: Diagnostik bei HNPCC

### 3.1.7. Integrationsleistungen bei HNPCC

- ab dem 25. Lebensjahr (bzw. 5 Jahre vor dem frühesten Erstmanifestationsalter in der Familie):
- Jährlich körperliche Untersuchung
- Jährliche Sonographie des Abdomens
- Bei familiärer Anamnese jährliche Gastroskopie
- Jährliche totale Koloskopie, gegebenenfalls inklusive Polypektomie und Histologie

## Pfad 8

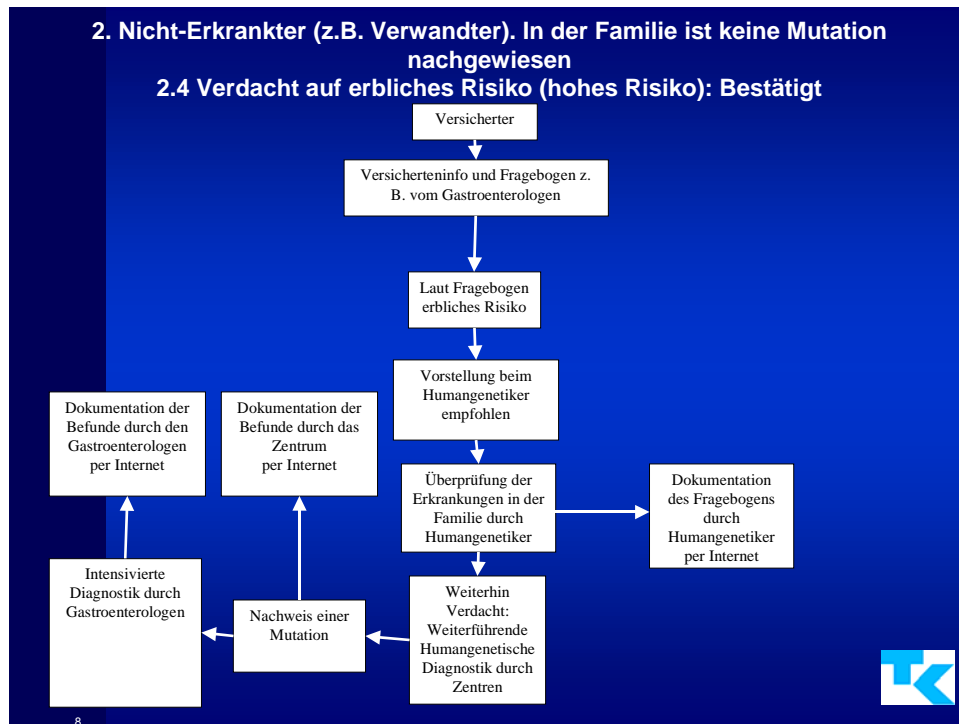


Abb. 11: Pfad 8

In Pfad acht begibt sich ein gesunder Versicherter zum Humangenetiker. Durch den Fragebogen erhebt sich der Verdacht auf ein hohes Darmkrebsrisiko. In der weiterführenden humangenetischen Diagnostik findet sich eine Mutation. Die intensiviert Diagnostik wird gemäß den Leitlinien der DGVS durchgeführt.

### 3.1.8. Integrationsleistungen

Eine Humangenetische Beratung. Der Humangenetiker veranlasst nach Verifizierung des Verdachtes auf ein erbliches Darmkrebsyndrom eine weiterführende Diagnostik.

## Pfad 9

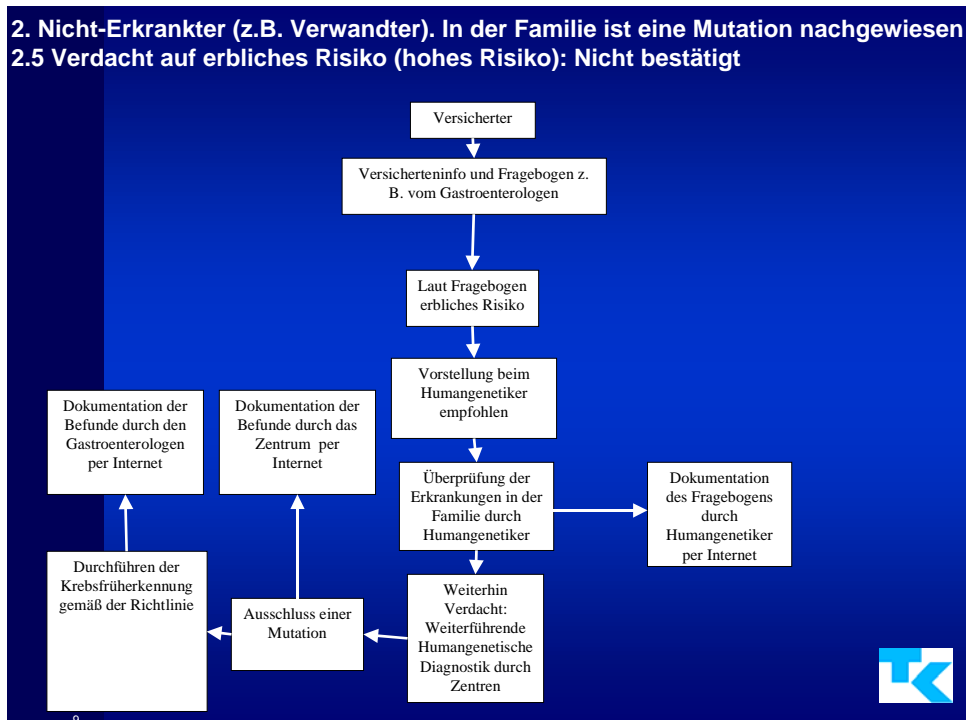


Abb. 12: Pfad 9

In Pfad neun begibt sich ein Gesunder Versicherter zum Humangenetiker, da in seiner Familie eine Mutation nachgewiesen ist. Hier kann die Mutation ausgeschlossen werden.

### 3.1.9. Integrationsleistungen bei HNPCC

- Eine Humangenetische Beratung

## Pfad 10

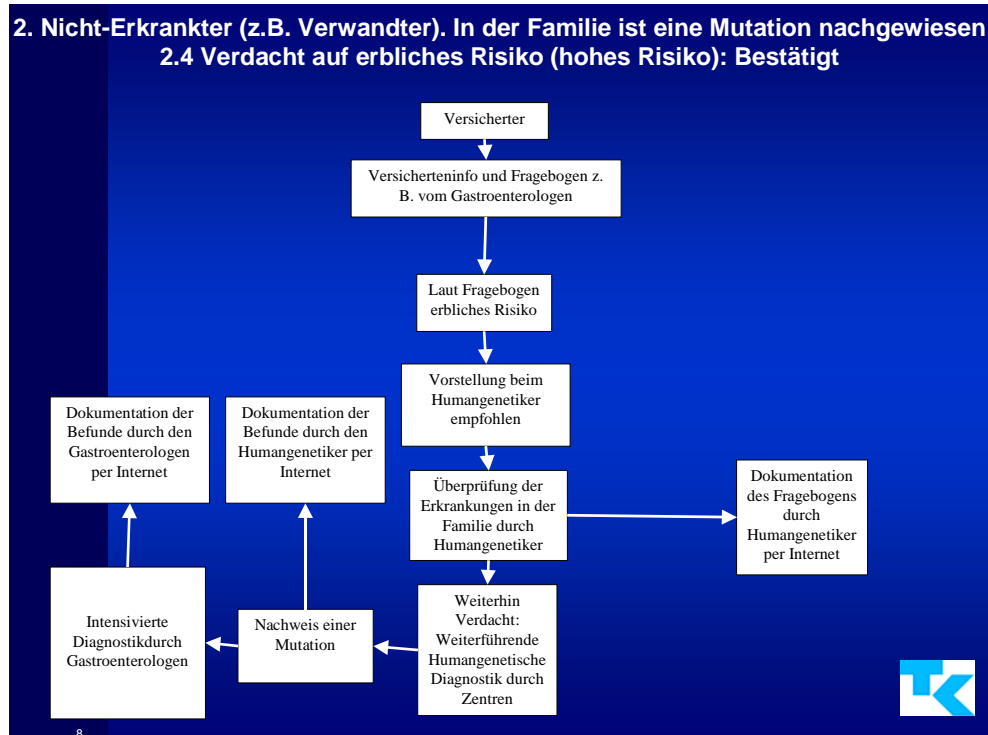


Abb. 11: Pfad 10

In Pfad zehn begibt sich ein gesunder Versicherter zum Humangenetiker, da in seiner Familie eine Mutation nachgewiesen ist. Der Nachweis dieser Mutation gelingt bei dem Betreffenden. Die weiterführende Diagnostik wird bei diesem Versicherten gemäß der Leitlinie der DGVS durchgeführt.

### 3.1.10. Integrationsleistungen

- Eine Humangenetische Beratung
- Ab dem 25. Lebensjahr (bzw. 5 Jahre vor dem frühesten Erstmanifestationsalter in der Familie):
- Jährlich körperliche Untersuchung
- Jährliche Sonographie des Abdomens
- Bei familiärer Anamnese jährliche Gastroskopie
- Jährliche totale Koloskopie, gegebenenfalls inklusive Polypektomie und Histologie

- Anlage 10: Vergütung für Leistungen der Leistungserbringer gemäß § 3

<b>Modul</b>	<b>Leistung</b>	<b>Pauschale</b>	<b>Abrechnungsfrequenz</b>
1	Beratung, Dokumentation, bevorzugte Terminvergabe	10,88 €	Einmalig für jeden Versicherten
2	Körperliche Untersuchung, Dokumentation, bevorzugte Terminvergabe	15,18 e	familiäres Risiko: einmal in fünf Jahren erbliches Risiko: jährliche Abrechnung möglich
3	totale Koloskopie, Dokumentation, bevorzugte Terminvergabe	207,46 €	familiäres Risiko: einmal in fünf Jahren erbliches Risiko: jährliche Abrechnung möglich
4	Polypektomie, Dokumentation	31,63 €	familiäres Risiko: einmal in fünf Jahren erbliches Risiko: jährliche Abrechnung möglich
5	Histologie, Dokumentation	14,42 €	familiäres Risiko: einmal in fünf Jahren erbliches Risiko: jährliche Abrechnung möglich
6	Sonographie Abdomen, Dokumentation, bevorzugte Terminvergabe	21,51 €	erbliches Risiko: jährliche Abrechnung möglich
7	Gastroskopie, Dokumentation, bevorzugte Terminvergabe	117,14	erbliches Risiko: jährliche Abrechnung möglich

8	nicht besetzt		
9	Humangenetische Beratung mit ausführlicher Dokumentation und bevorzugter Terminvergabe	217,33 €	einmalig für jeden Versicherten
10	Tumoruntersuchung	429,09 €	einmalig für jeden Versicherten

Zur Vermeidung einer Doppelabrechnung von Leistungen dieses Vertrages und von Leistungen, die im Rahmen der Gesamtvergütung nach § 85 SGB V finanziert werden, soll die nachfolgende Tabelle darüber Aufschluss geben, welche Leistungen nicht gleichzeitig neben den entsprechenden Gebührenordnungspositionen der derzeit gültigen Fassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes abgerechnet werden können:

Modul - Nr.	Ausschluss der Abrechnung folgender Abrechnungspositionen des EBM
<b>Gastroenterologe</b>	
1	01740
2	03311
3	01741; 13421
4	01742;13423
5	01743; 19310
6	33042
7	13400
8	kein Ausschluss
<b>Humangenetiker</b>	
9	11211
<b>Pathologe</b>	
10	19320; 19332; 32856

## Immunhistochemische und molekulargenetische Untersuchung bei V.a. HNPCC

### VORAUSSETZUNG FÜR DIE UNTERSUCHUNG

#### 1. Humangenetische Beratung

Die Untersuchung soll allen Patienten angeboten werden, bei denen klinisch der Verdacht auf HNPCC besteht. Der Patientenkreis wird aufgrund der Eigen- und Familienanamnese, die in einer vorangegangenen humangenetischen Beratung erhoben wird, ausgewählt.

#### 2. Grundlage für die Berechnung der Kostenpauschale

Aufgrund des stufenweisen Vorgehens werden bestimmte Untersuchungen nur für einen Teil der Patienten durchgeführt. Daher ist es sinnvoll, eine getrennte Kostenpauschale für die einzelnen Schritte anzugeben. Unter Zugrundelegung der anfallenden Kosten ergeben sich für die einzelnen Leistungen folgende Pauschalpreise:

##### 2.1 Humangenetische Beratung.

Die humangenetische Beratung soll allen Patienten angeboten werden, welche die weit gefassten Einschlusskriterien des Fragebogens erfüllen und – nach Rücksprache mit der Telefon-Hotline – die Verdachtskriterien für HNPCC erfüllen. Die humangenetische Beratung findet im Vorfeld der spezifischen Laboruntersuchungen statt.

Leistung	Anzahl	Pauschale
Humangenetische Beratung mit ausführlicher Dokumentation und bevorzugter Terminvergabe	1	217,33 €

##### 2.2 Untersuchung des Tumorgewebes auf Vorliegen eines MMR-Defekts

Diese Untersuchung umfasst:

- Einholen von Tumormaterial und weiterer Informationen (dieses ist – nach bisheriger Erfahrung – mit einem großen organisatorischen Aufwand verbunden)
- Immunhistochemische Untersuchung an Gewebeschnitten mit 4 verschiedenen Antikörpern (gegen MSH2, MLH1, MSH6 und PMS2)
- Mikrosatellitenanalyse mit 5 verschiedenen Mikrosatelliten-Markern an DNA-Proben aus mikrodisseziertem Tumorgewebe und Normalgewebe (bei etwa 75% der Tumorpatienten erforderlich)
- schriftlicher Befund über MMR-Status im Tumorgewebe.

Leistung	Anzahl	Pauschale
<b>Immunhistochemie</b>		
Immunhistochemischer Nachweis	4	<b>137,63 €</b>
<b>Mikrosatellitenanalyse</b> (bei etwa 75% der Tumoren)		
Mikrodissektion	2	72,36 €
PCR + Auswertung + DNA Extraktion	10	316,25 €
Summe MSI: $(72,36 + 316,25) \times 0,75 = 291,46 \text{ €}$		
<b>Gesamtkosten Tumoranalyse: 291,46 + 137,63 = 429,09 €</b>		

**Kostenpauschale Tumoruntersuchung / Fall: 429,09 €**

### ABSCHÄTZUNG DES MENGENGERÜSTES

Die folgenden Kostenschätzungen und die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf eine **Ausgangszahl von 1000 Kolonkarzinom-Patienten**.

Maximal 20% der Patienten erfüllen die Einschlusskriterien, die sich nach Ausfüllen des breit gefassten Fragebogens ergeben.  
Erfahrungsgemäß nehmen jedoch nur etwa die Hälfte der Patienten die humangenetische Beratung in Anspruch.  
Bei einem großer Anteil dieser Patienten wird eine Untersuchung des Tumorgewebes und dann ggf. eine Mutationsanalyse durchgeführt.

		Anzahl Patienten
Bezugszahl	100%	1000
Erfüllen die Einschlusskriterien, die sich nach Ausfüllen des breit gefassten Fragebogens ergeben	20%	200
Humangenetische Beratung	10%	100
Untersuchung des Tumorgewebes auf MMR-Defekt	7,5%	75

Die Zahl der **Risikopersonen**, die pro Indexpatient mit identifizierter Keimbahnmutation auf das Vorliegen dieser Mutation untersucht werden, ist schwierig einzuschätzen. Allerdings sind die Kosten von / Risikoperson relativ gering.

Des Weiteren sollte berücksichtigt werden, dass bei den identifizierten Anlageträgern für HNPCC die **engmaschigen Kontrolluntersuchungen** (im Wesentlichen Koloskopien) durchgeführt werden müssen.

**Anlage 11: Qualitätsbericht**

Die Parteien sind sich einig, dass diese Anlage nachgereicht wird.

## **Anlage 12**

Die Anlage ist zwischenzeitlich entfallen.

## **Anlage 13**

Die Anlage ist zwischenzeitlich entfallen.

## **Anlage 14**

Die Anlage ist zwischenzeitlich entfallen.

### Anlage 15: Teilnehmerlisten der Leistungserbringer gemäß § 3

Liste der Leistungserbringer gemäß § 3 Abs.1 a) des Integrationsvertrages zur weiterführenden Diagnostik und zur optimierten Nachsorge beim kolorektalen Karzinom bei Risikopersonen zwischen der TK und der Service GmbH.

Die nachfolgenden **Vertragsärzte** erfüllen die Teilnahmevoraussetzungen und haben ihre Teilnahme zum v.g. Vertrag erklärt.

(Stand xx.xx.2005)

Nr.	ArztNr.:	Name, Vorname	Anschrift	Tel.:/Fax/ Internet- Adresse	KV-Bereich	Arztgruppe	Datum Beginn der Teilnahme	Datum Beendi- gung der Teil- nahme
1								
2								
3								
4								

Liste der Leistungserbringer gemäß § 3 Abs.1 b) des Integrationsvertrages zur weiterführenden Diagnostik und zur optimierten Nachsorge beim kolorektalen Karzinom bei Risikopersonen zwischen der TK und der Service GmbH.

Die nachfolgenden **Vertragsärzte** erfüllen die Teilnahmevoraussetzungen und haben ihre Teilnahme zum v.g. Vertrag erklärt.

(Stand xx.xx.2005)

Nr.	ArztNr.:	Name, Vorname	Anschrift	Tel.:/Fax/ Internet- Adresse	KV-Bereich	Arztgruppe	Datum Beginn der Teilnahme	Datum Beendi- gung der Teil- nahme
1								
2								
3								
4								

Liste der Leistungserbringer gemäß § 3 Abs.1 c) des Integrationsvertrages zur weiterführenden Diagnostik und zur optimierten Nachsorge beim kolorektalen Karzinom bei Risikopersonen zwischen der TK und der Service GmbH.

Die nachfolgenden Krankenhausärzte erfüllen die Teilnahmevoraussetzungen und haben ihre Teilnahme zum v.g. Vertrag erklärt.

(Stand xx.xx.2005)

Nr.	Name der Einrichtung	Adresse	Inst.-kennz.	Titel Name Arzt	KV-Region	Datum Beginn der Teilnahme	Datum Beendigung der Teilnahme
1							
2							
3							
4							

## **Anlage 16: Anpassung der Tumornachsorge bei Patienten mit familiär oder hereditär erhöhtem Darmkrebsrisiko**

Die Nachsorge einer Tumorerkrankung dient der frühzeitigen Entdeckung eines Rezidivs oder einer Metastasierung. Sie wird nach onkologischen Gesichtspunkten durchgeführt, richtet sich nach dem Tumorstadium und erstreckt sich über einen Zeitraum von bis zu 5 Jahren

Aufgrund des Risikos für Zweit-/ weitere Tumoren werden zusätzliche Untersuchungen zur Früherkennung syn-/metachroner Tumoren empfohlen. Das Intervall und die Art dieser Untersuchungen richten sich nach der Einstufung des Risikos, welches bei genetischer Veranlagung deutlich erhöht ist.

Patienten, die an einem sog. sporadischen kolorektalen Karzinom erkrankt waren, sollten auch nach abgeschlossener Nachsorge alle 5 Jahre eine Koloskopie durchführen lassen.

Bei familiärer Häufung von Darmkrebserkrankungen ohne Zuordnung zu erblichem Darmkrebs sollte die Koloskopie alle 3 Jahre erfolgen.

Bei den Patienten, bei denen durch klinische Kriterien (z.B. Amsterdam-Kriterien für HNPCC, klinische Diagnose FAP) oder molekulargenetische Untersuchungen die Diagnose eines hereditären kolorektalen Karzinoms (allgemeiner: eines erblichen Tumorsyndroms) gestellt wurde, werden die speziellen Früherkennungs-Untersuchungen durchgeführt (siehe Anlage 6 unter 1.7., Pfad 7). Wichtig ist dabei, dass auch nach Kolektomie/Hemikolektomie bzw. Entfernung von Abschnitten des Dickdarms der verbliebene Darm regelmäßig kontrolliert wird (jährliche Koloskopie bei HNPCC, bei FAP nach Pouchanlage jährliche Pouchoskopie bzw. nach Ileorektostomie alle 4-6 Monate Rektoskopie) und ggf. weitere Manifestationsformen des Tumorspektrums berücksichtigt werden.

Anlage 17:

Techniker Krankenkasse, cccccc 6, 11111 bbbbbb	<b>Techniker Krankenkasse</b>
Herr Max Mustermann ABC-Str. 1 20354 Hamburg	ccccc 6 11111 bbbbbb  Für Rückfragen: Tel. 040 - 445  Geschäftszeichen 3113087944 S130060  17. Januar 2011
<b>Unser Angebot zur Vorsorge von Krebserkrankungen</b>	
Sehr geehrter Herr Mustermann,	
wir freuen uns über Ihr Interesse an unserem neuen Angebot.	
Je früher Tumorerkrankungen erkannt werden und je spezifischer diagnostiziert wird, desto größer sind die Heilungschancen. Die TK setzt deshalb auf Vorsorgeprogramme und die Zusammenarbeit sowie den Dialog mit ausgewählten Experten. Wir bieten Ihnen unterschiedliche Versorgungssysteme, welche ambulante Behandlung, Diagnostik sowie Klinikbehandlung miteinander verknüpfen.	
<b>Unser Flyer hält nützliche Informationen zu diesem Thema für Sie bereit.</b>	
<b>Zusätzlich erhalten Sie die gewünschte Liste mit Praxen und Kliniken in Ihrer Nähe, die Ihnen für weitere Informationen selbstverständlich auch direkt zur Verfügung stehen.</b>	
<b>Beiliegend senden wir Ihnen Informationen für Ihre Angehörigen, welche Sie an diese weiterleiten können.</b>	
Falls Sie Fragen haben, rufen Sie uns einfach an.	
Mit freundlichem Gruß	

# Fragebogen

## zur Ermittlung Ihres persönlichen Darmkrebsrisikos

Darmkrebs ist eine Erkrankung, die vererbt werden kann. Von der erblichen Form dieser Krankheit spricht man dann, wenn es in einer Familie mehrere Fälle gibt, die unter Umständen auch noch mit anderen Krebserkrankungen kombiniert auftreten.

In solchen Familien können auch sehr junge Menschen bereits ein erhöhtes oder hohes Risiko haben. Wird die Erblichkeit der Erkrankung rechtzeitig erkannt, lässt sich Darmkrebs bei noch nicht erkrankten Familienmitgliedern durch geeignete

Vorsorgemaßnahmen verhindern oder im heilbaren Frühstadium entdecken. Bei Familienmitgliedern, die bereits an einer Darmkrebserkrankung leiden, hilft das Wissen um die Erblichkeit dabei, die Nachsorgebehandlung an das Risiko anzupassen und zu optimieren.

Damit Sie Ihr Risiko einschätzen können, beantworten Sie bitte die nachstehenden Fragen. Die Auswertung auf der Rückseite gibt Ihnen Auskunft über Ihr persönliches Darmkrebsrisiko sowie Empfehlungen für das weitere Vorgehen.

1.            In meiner Familie ist mindestens **ein Elternteil, ein Bruder / eine Schwester oder ein Kind** an Darmkrebs erkrankt.
- Nein    Ja
2.            Bei **mir selbst** wurde **vor dem** Alter von **45 Jahren** ein **Darmkrebs** erkannt.
- Nein    Ja
3.            Bei mindestens **einem** Elternteil, einem Bruder / Einer Schwester oder einem Kind wurde Darmkrebs **vor dem Alter von 45 Jahren** erkannt.
- Nein    Ja
4.            In meiner Familie wurde bei mindestens **einem Elternteil, einem Bruder / einer Schwester** oder einem Kind ein Darmpolyp **vor dem Alter von 40 Jahren** erkannt.
- Nein    Ja
5.            In meiner Familie sind außer mir **zwei oder mehr Verwandte** an Darmkrebs, Magenkrebs, Gebärmutterkrebs, Eierstockkrebs, Nierenbecken- oder Harnleiterkrebs erkrankt. Bei mindestens **einer** dieser Personen wurde die Krebserkrankung **vor dem Alter von 50 Jahren** erkannt.
- Nein    Ja

## Auswertung



Falls Sie **alle** Fragen mit **Nein** beantwortet haben, besteht in Ihrer Familie **kein erhöhtes Risiko** für familiären oder erblichen Darmkrebs.

Wir **empfehlen** Ihnen, Ihre Krebsvor- bzw. -nachsorge wie bisher fortzuführen.



Falls Sie **ausschließlich Frage 1** mit **Ja** beantwortet haben, könnte in Ihrer Familie ein erhöhtes Risiko für eine Darmkrebserkrankung vorliegen.

Wir **empfehlen** Ihnen, Ihre **Vorsorgemaßnahmen zu erweitern**. Bitte besprechen Sie sich mit Ihrem **Hausarzt** oder einem **Gastroenterologen**. Die Adresse eines Gastroenterologen in Ihrer Nähe erhalten Sie über unser ServiceTeam.



Falls Sie **eine oder mehrere** der **Fragen 2 bis 5** mit **Ja** beantwortet haben, könnte in Ihrer Familie eine erbliche Form von Darmkrebs vorliegen.

Wir **empfehlen** Ihnen, sich durch einen **Humangenetiker** beraten zu lassen. Die Adresse eines Humangenetikers in Ihrer Nähe erhalten Sie über unser ServiceTeam.

ServiceTeam: 0800 - 285 00 85

gebührenfrei innerhalb Deutschlands

**Anlage 19:      Protokollnotizen**

**Anlage 20: Beitrittserklärung**

**Beitrittserklärung**

**Vertrag**

**zur integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V zur weiterführenden Diagnostik und zur optimierten Nachsorge beim kolorektalen Karzinom bei Risikopersonen**

zwischen der

Berufsverband Deutscher Internisten – BDI Management- und Service GmbH  
vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Dipl.-Betw. Tilo Radau  
Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden

und der

Techniker Krankenkasse (TK)  
Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg

**vom 01.08.2005**

Die (**Bezeichnung der Kasse**) tritt dem o.g. Vertrag gemäß § 18 des Vertrages zum (**Datum**) bei.

Die beigetretene Krankenkasse hat kein Kündigungsrecht nach § 8 des Vertrages. Sie kann ihren Austritt mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gegenüber den Vertragspartnern dieses Vertrages erklären. Die Wirksamkeit des Vertrages wird durch den Austritt nicht berührt.

Die Finanzierungskosten der Datenbank wird auf die beitretende Krankenkasse anteilig umgelegt. Die Einzelheiten zur Kostenbeteiligung werden unter den Beteiligten geregelt.

Gemäß § 140b Abs.5 SGB V erklären alle Vertragspartner zu dem Beitritt ihre Zustimmung. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag in seiner jeweils geltenden Fassung für die beigetretene Krankenkasse.

Wiesbaden, den .....

.....  
Berufsverband Deutscher Internisten – BDI Management- und Service GmbH

Wiesbaden, den .....

.....  
Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

Hamburg, den .....

.....  
Techniker Krankenkasse (TK)

Ort, den .....

.....  
Name der beitretenden Krankenkasse