

2012

# Qualitätsbericht

DMP Brustkrebs



## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. DMP Brustkrebs.....	4
3. Qualitätssicherung im DMP Brustkrebs im Land Brandenburg .....	5
3.1 Strukturqualität .....	5
3.1.1 Strukturqualität Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe .....	5
3.1.2 Strukturqualität Krankenhäuser / Kooperationszentren.....	5
3.2 Prozessqualität/Kooperation der Versorgungssektoren .....	6
3.3. Maßnahmen zur Qualitätssicherung .....	6
3.3.1 Gemeinsame Einrichtung (GE-DMP-BK-BB) .....	6
3.3.2 Feedback-Berichte .....	7
4. Statistischer Teil zu den Versorgungsstrukturen .....	7
4.1 Entwicklung der Teilnahme Vertragsärzte.....	7
4.2 Entwicklung der Teilnahme Krankenhäuser/Kooperationszentren.....	8
4.2.1 Entwicklung der Anzahl teilnehmende Krankenhäuser/Kooperationszentren.....	8
4.2.2 Flächenverteilung Krankenhäuser/Kooperationszentren.....	9
5. Statistischer Teil zur Auswertung der Dokumentationsdaten.....	9
5.1 Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen .....	9
5.2 Beschreibung des Patientinnenkollektivs .....	10
5.2.1 Sektorale Verteilung der eingeschriebenen Patientinnen .....	11
5.2.2 Klassifikation der Patientinnen nach histologischen Befunddaten .....	12
6. Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien/Qualitätsziele .....	13
6.1. Steigerung brusterhaltende Therapie bei pT1.....	14
6.2 Sicherstellung der ausreichenden Anzahl entfernter Lymphknoten .....	17
6.3 Sicherstellung Strahlentherapie nach BET.....	18
6.4 Bestimmung Hormonrezeptorstatus.....	20
6.5 Medikamentöse Therapie bei hormonrezeptorpositivem Tumor.....	21
6.6 Biopsien .....	22
7. Zusammenfassung und Ausblick .....	23

## 1. Einleitung

Bereits im Dezember 2003 waren sich die Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg, die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) und die Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e. V. (LKB) darin einig, für das DMP Brustkrebs, das die jeweilige Krankenkasse ihren Versicherten im Land Brandenburg anbietet, eine kassenartenübergreifend einheitliche vertragliche Grundlage zu entwickeln.

Da im Land Brandenburg bereits 1995 ein Tumornachsorgesystem auf der Grundlage eines in dieser Form bundesweit einmaligen, flächendeckenden klinisch-epidemiologischen Krebsregisters und entsprechende Qualitätssicherungsinstrumente und –gremien gerade auch bezogen auf die Tumorentität Brustkrebs entwickelt wurde, prüften die o. g. Verbände gemeinsam mit dem Brandenburger Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie zunächst, ob und in wie weit diese Strukturen auch für ein DMP Brustkrebs nutzbar sind. Dies vor allem auch vor dem Hintergrund, dass die im Rahmen des DMP Brustkrebs zu erhebenden Daten bis auf ein Item (die Erfassung des Menopausenstatus - dieses Item ist mit der weiterentwickelten Dokumentation der 13. ÄndV der RSAV nicht mehr zu erheben) erfasst werden.

Leider ergab eine rechtliche Prüfung durch das Bundesversicherungsamt und das Bundesministerium für Gesundheit, dass die rechtlichen Vorgaben für die DMP insbesondere hinsichtlich der Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung sehr restriktiv sind und eine Verbindung zwischen einem DMP Brustkrebs und dem Brandenburger Krebsregister nicht zulässig sei.

Das bedeutete jedoch bei der Entwicklung und Umsetzung eines DMP Brustkrebs in Brandenburg den Aufbau von Doppelstrukturen und vor allem für die Brustkrebspatientinnen betreuenden Ärzte einen erheblichen administrativen Mehraufwand durch parallele Datenerhebungen für das DMP und für das klinische Krebsregister. Für die stationär tätigen Frauenärzte kommt noch die Dokumentationspflicht für die BQS und ggf. für freiwillige Zertifizierungen als Brustzentrum hinzu.

Davon ausgehend, dass im Land Brandenburg zu dieser Zeit - dies gilt allerdings in gleicher Weise auch noch heute - die Diagnose Brustkrebs in der weit überwiegenden Zahl der Fälle während einer stationären Krankenhausbehandlung gestellt wird, und um sicherzustellen, dass bereits bei der Primär- in der Regel operativen Therapie und der sich oft unmittelbar anschließenden adjuvanten Therapie die medizinischen Empfehlungen der Anlage 3 der RSAV in der jeweiligen gültigen Fassung beachtet und eingehalten werden, waren sich die o. g. Beteiligten auch von Anfang an darin einig, dass neben entsprechend qualifizierten Vertragsärzten auch Krankenhausärzte die Rolle des primären Ansprechpartners bzw. Koordinators für die betroffenen Patientinnen übernehmen müssten. Vor diesem Hintergrund wurde zum 01.03.2004 zunächst ein dreiseitiger DMP Brustkrebsvertrag zwischen den Verbänden der Krankenkassen im Land Brandenburg, der KVBB und der LKB auf der Grundlage des § 115 SGB V geschlossen, der im Nachhinein in zwei inhaltlich aufeinander abgestimmte Verträge der Krankenkassenverbände mit der KVBB bzw. mit der LKB e. V. jeweils auf Grundlage des § 137 f i. V. m. § 137 g SGB V umgewandelt wurde.

Mit Inkrafttreten der 13. RSA-ÄndV wurde der DMP-Brustkrebs-Vertrag an die neuen Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm zum 01.07.2006 angepasst. Damit wurden ebenfalls die Qualitätsziele neu definiert.

Vor diesem Hintergrund legt die Gemeinsame Einrichtung den nunmehr bereits siebenten Qualitätsbericht über die Ergebnisse des DMP Brustkrebs im Land Brandenburg für den Zeitraum vom 01.01.2012 – 31.12.2012 vor.

Neben einer allgemeinen Erläuterung zum DMP Brustkrebs und den Besonderheiten des Programms in Brandenburg wird die Struktur- und Prozessqualität der Qualitätssicherung sowie die Erreichung der vertraglich definierten Qualitätsziele des DMP Brustkrebs in Brandenburg beschrieben. Inhaltliche Grundlage für die Auswertung dieses Berichtes ist die Anlage 3 der RSAV in der für den Berichtszeitraum gültigen Fassung, welche die Basis für die Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms Brustkrebs darstellt, sowie die vertraglich vereinbarten Ziele zu den Qualitätsindikatoren.

Der Qualitätsbericht soll dazu dienen, den teilnehmenden Ärzten und Krankenhäusern als auch der interessierten Öffentlichkeit einen Überblick über die Qualitätssicherung im DMP Brustkrebs für die Region Brandenburg zu geben und eine gute Diskussionsgrundlage auch zur steten Weiterentwicklung des Programms zu liefern.

## **2. DMP Brustkrebs**

Disease-Management-Programme sollen eine kontinuierliche, qualitätsgesicherte, strukturierte Versorgung auf der Basis des besten verfügbaren Wissens gewährleisten. Die gesetzlichen Krankenkassen wurden mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2002 vom Gesetzgeber beauftragt, Disease-Management-Programme zu entwickeln und diese zusammen mit den Vertragsärzten/Vertragsärztinnen und Kliniken durchzuführen. Hintergrund ist das Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2000/2001 [5], in dem u. a. auch in der gesamten Versorgungskette von Patientinnen mit Brustkrebs von der Früherkennung, Diagnosestellung, Behandlung bis hin zur Nachsorge Defizite aufgezeigt wurden, Verbesserungsbedarf angemahnt und Lösungswege u. a. in Form von DMP aufgezeigt wurden. Das generelle Ziel von DMP ist eine verbesserte Koordination der Behandlungsabläufe zur Erhöhung der Qualität der medizinischen Versorgung. Komplikationen und Folgeerkrankungen chronischer Erkrankungen sollen vermieden oder der Zeitpunkt des Auftretens verzögert werden. Die Patientinnen sollen gut informiert werden und aktiv am Behandlungsprozess mitwirken.

### **Programmziele des DMP Brustkrebs im Land Brandenburg sind:**

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 der Lebensqualität der Patientin;
4. Verbesserung der operativen Standards, insbesondere im Hinblick auf eine nachhaltige Senkung der Anzahl der Brustamputationen durch Erhöhung des Anteils brusterhaltender Operationen, wenn eine medizinische Indikation besteht;
5. Verbesserung der Standards der adjuvanten Therapie durch Anwendung der in diesem Vertrag geregelten Versorgungsinhalte;
6. Hilfestellung durch ein an die individuelle Situation der Patientin angepasstes strukturiertes Unterstützungs- und Beratungsangebot im psychosozialen Bereich;
7. eine umfassende Nachsorge, insbesondere im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Patientin.

### **3. Qualitätssicherung im DMP Brustkrebs im Land Brandenburg**

#### **3.1 Strukturqualität**

Mit dem Vertrag zum DMP Brustkrebs wurden für eine Teilnahme und deren Beibehalt von niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern Anforderungen an die Strukturqualität vertraglich vereinbart, um einen hohen Qualitätsstandard in der Behandlung und Therapie von Brustkrebspatientinnen zu gewährleisten.

Hierzu wurden zum einen im DMP-Brustkrebsvertrag zwischen den Krankenkassen bzw. -verbänden und der Landeskrankenhausesgesellschaft Brandenburg für den stationären Bereich, zum anderen im DMP-Brustkrebsvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und den Krankenkassen/-verbänden für niedergelassene Vertragsärzte Anforderungen an die fachlichen und strukturellen Voraussetzungen festgelegt. Die entsprechenden jeweiligen Vertragsinhalte sind auf der Homepage der KVBB [www.kvbb.de](http://www.kvbb.de) bzw. der LKB [www.lkb-online.de](http://www.lkb-online.de) (für Mitglieder) veröffentlicht.

#### **3.1.1 Strukturqualität Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

Für die niedergelassenen Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe wurden im Vertrag zum DMP-Brustkrebs Anforderungen an die fachlichen und strukturellen Voraussetzungen vereinbart, deren Erfüllung Voraussetzung für eine Teilnahme am DMP-Vertrag ist. Insbesondere ist die Teilnahme an einem Fortbildungscurriculum zum Thema Brustkrebs sowie die jährliche Teilnahme an mindestens zwei brustkrebspezifischen Fortbildungen für den Vertragsarzt verbindlich.

#### **3.1.2 Strukturqualität Krankenhäuser / Kooperationszentren**

Gemäß dem DMP-Brustkrebsvertrag sind durch antragstellende Krankenhäuser im Rahmen der fachlichen und strukturellen Anforderung folgende Leistungen selbst oder durch Einbindung von Kooperationspartnern sicherzustellen:

- Benennung eines fachärztlichen Leiter des Kernteams
- operative Therapie mit mindestens zwei speziell ausgebildeten Mamma-Operateuren
- bildgebende und nuklearmedizinische Diagnostik
- histologische Befundung
- strahlentherapeutische und medikamentöse (insbesondere onkologische) Behandlung
- onkologisch qualifiziertes nichtärztliches Personal
- psychosoziale Betreuung und Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Leistungserbringern (z. B. Physiotherapeuten)
- Beschreibung eines Konzeptes zum Qualitätsmanagement

Bei der Anforderung zur Vorhaltung von mindestens zwei Mamma-Operateuren wurde die Möglichkeit eingeräumt, in Krankenhäusern, in denen nur ein Operateur tätig ist, die Teilnahme eines zweiten Operateurs auch im Rahmen einer Kooperationsgemeinschaft mit einem anderen am DMP-Brustkrebs-Vertrag teilnehmenden Krankenhaus sicherzustellen.

Für die operierenden Krankenhausärzte wurden jährliche Mindestfallzahlen an durchgeführten Mammakarzinom-Operationen festgelegt, welche zu Beginn der Teilnahme als auch in Folge einmal im Jahr gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung nachgewiesen werden müssen.

Gleichzeitig ist die kontinuierliche brustkrebspezifische Fortbildung für teilnehmende Ärzte und auch nichtärztliches Personal verpflichtend.

Um auch langfristig die geforderten hohen Qualitätsstandards zu sichern, obliegt der Gemeinsamen Einrichtung jährlich die Überprüfung der Einhaltung der geforderten Strukturqualität. Hierzu wurden seit 2005 notwendige Nachweise hinsichtlich der Teilnahme an Fortbildungen, der geforderten Anzahl an Brustkrebs-Operationen, Durchführung von interdisziplinären Tumorkonferenzen etc. sowohl für den ambulanten als auch stationären Sektor überprüft. Im Ergebnis wurde durch die Gemeinsame Einrichtung über notwendige Maßnahmen beraten, diese eingeleitet bzw. Ausschlüsse von der weiteren Teilnahme empfohlen.

### **3.2 Prozessqualität/Kooperation der Versorgungssektoren**

Entsprechend den medizinischen Empfehlungen der Anlage 3 der RSAV soll die Behandlung der Patientin im Rahmen des DMP Brustkrebs eine interdisziplinäre, professions- und sektorübergreifende Betreuung über die gesamte Versorgungskette gewährleisten. Zur Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung ist eine enge und strukturierte Zusammenarbeit zwischen den vertragsärztlich tätigen koordinierenden Frauenärzten mit Vertragsärzten anderer Fachgebiete und vor allem mit dem stationären Sektor vorgesehen. So gehört zu den vertraglich vereinbarten Aufgaben, Patientinnen unter Beachtung der individuellen Interessen der Patientinnen und der regionalen Versorgungsstrukturen vorrangig in ein am DMP Brustkrebs teilnehmendes Krankenhaus einzuweisen.

Da viele Patientinnen mit Verdacht auf ein Mammakarzinom zur weiteren Diagnostik stationär eingewiesen werden, wurde vertraglich geregelt, dass auch qualifizierte gynäkologische Krankenhausärzte als koordinierende Ärzte tätig werden können.

Dabei wird die Einschreibung von Patientinnen in das DMP Brustkrebs durch koordinierende Krankenhausärzte in aller Regel nur dann nach entsprechender Information und Beratung unter Beachtung des Patientinneninteresses vorgenommen, wenn die Patientin mit Verdacht auf Brustkrebs stationär in ein am DMP Brustkrebs teilnehmendes Krankenhaus eingewiesen wurde und die histologische Diagnosesicherung während des stationären Krankenhausaufenthaltes erfolgte.

### **3.3. Maßnahmen zur Qualitätssicherung**

#### **3.3.1 Gemeinsame Einrichtung (GE-DMP-BK-BB)**

Die Gemeinsame Einrichtung hat als primäre Aufgabe die ärztliche Qualitätssicherung durchzuführen und sicherzustellen. In der Gemeinsamen Einrichtung wirken Vertreter der Verbände der Krankenkassen, der KVBB und der LKB gleichberechtigt zusammen.

Neben Entscheidungen zu Teilnahmeanträgen von niedergelassenen Vertragsärzten und von Krankenhäusern, wurden Festlegungen zur Art und Verwendung von Rückmeldesystemen zum ärztlichen Feedback erarbeitet, Feedbackberichte erstellt und den teilnehmenden Vertragsärzten und Krankenhäusern zur Verfügung gestellt, Kriterien zur Überprüfung von Strukturqualitäten sowie entsprechende Maßnahmen bei Nichterreichen festgelegt. Jährlich wird durch die Gemeinsame Einrichtung die Einhaltung der Anforderungen an die Strukturqualität sowohl für die teilnehmenden Vertragsärzte als auch Krankenhäuser geprüft. Bei Nichteinhaltung der erforderlichen Qualitätsanforderungen hat die Gemeinsame Einrichtung in der Vergangenheit auf

die Einhaltung hingewirkt bzw. in Einzelfällen auch einen Ausschluss von der weiteren Teilnahme den Vertragspartnern empfohlen.

Zusätzlich wurden insbesondere in den ersten Jahren nach Einführung des DMP Brustkrebs als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung mehrere Veranstaltungen zum DMP-Curriculum Mammakarzinom initiiert, um die Erfüllung bzw. Einhaltung der Strukturqualität sicherzustellen.

### 3.3.2 Feedback-Berichte

Eine Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung besteht in der Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Daten aus den Dokumentationen. Das aufgrund der Dokumentation mittels Datensatz in der DMP-Datenstelle aufbereitete Zahlenmaterial dient der Gemeinsamen Einrichtung zur Erstellung des ärztlichen Feedbacks.

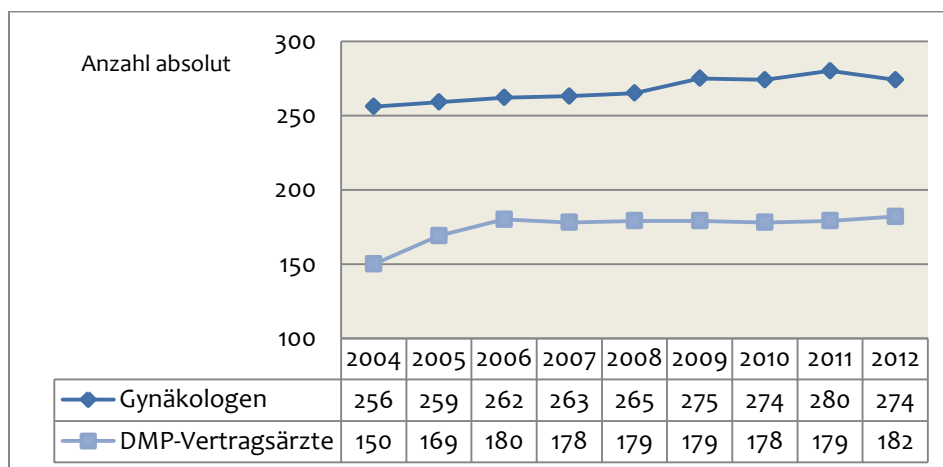
Entsprechend der geringen Patientenfallzahl je Arztpraxis und somit geringen Aussagekraft für die einzelne Praxis erfolgte die Berichterstellung nicht individuell sondern wird für den Gesamtbereich Land Brandenburg widergespiegelt.

Für den Berichtszeitraum 01.01.2012 – 31.12.2012 wurde der ärztliche Feedback-Bericht erstellt und auf der Homepage der KVBB unter [www.kvbb.de](http://www.kvbb.de) veröffentlicht. Die am DMP Brustkrebs teilnehmenden Ärzte werden über die Veröffentlichung informiert. An die beteiligten Krankenhäuser wird der Bericht versandt.

## 4. Statistischer Teil zu den Versorgungsstrukturen

### 4.1 Entwicklung der Teilnahme Vertragsärzte

In nachstehender Darstellung ist die Entwicklung der Teilnahme niedergelassener Vertragsärzte abgebildet. Der Anteil der teilnehmenden Gynäkologen stieg von 58,6 % im Jahr 2004 auf 66,4% im Jahr 2012.

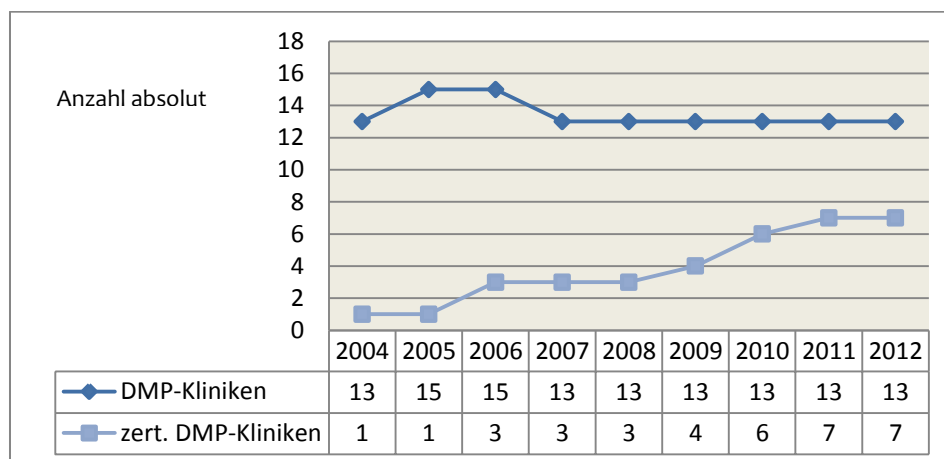


## 4.2 Entwicklung der Teilnahme Krankenhäuser/Kooperationszentren

### 4.2.1 Entwicklung der Anzahl teilnehmende Krankenhäuser/Kooperationszentren

Insgesamt nehmen im Land Brandenburg sechs Kooperationszentren am DMP-Brustkrebsvertrag teil. Jedes Zentrum verfügt über mindestens eine in Kooperation angeschlossene Klinik, so dass auch im Rahmen einer Vertretungsregelung grundsätzlich die geforderten Qualitätsstandards sichergestellt werden können. In Brandenburg gibt es insgesamt 13 Kliniken, die am DMP-Vertrag teilnehmen. Bereits sieben Kliniken sind bis einschließlich 2012 DKG-zertifiziert. Beginnend im Jahr 2004 erhielt das Helios Klinikum Bad Saarow die Zertifizierung als Brustzentrum. Ihr folgten 2006 die Brustzentren des Evangelischen Krankenhauses Ludwigsfelde und des Städtischen Klinikums Brandenburg sowie 2009 das Brustzentrum des Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam. Im Jahr 2010 wurden die Havelland-Klinik Nauen und das Klinikum Frankfurt (Oder) und 2011 die Ruppiner Kliniken Neuruppin ebenfalls als Brustkrebszentrum zertifiziert. Besonders erfreulich ist, dass alle zertifizierten Kliniken als DMP-Kliniken am Brustkrebs-Vertrag teilnehmen.

Im Folgenden wird die Entwicklung der Teilnahme von Kliniken und deren in Kooperation angeschlossenen Krankenhäusern für den Berichtszeitraum dargestellt.

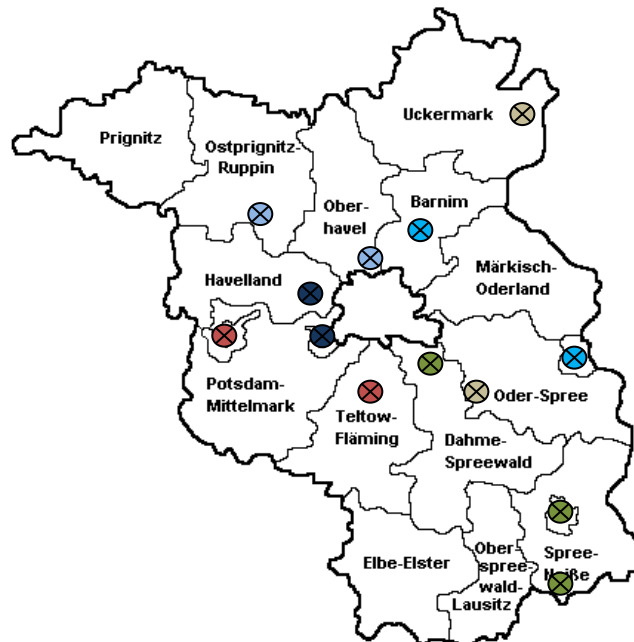




#### 4.2.2 Flächenverteilung Krankenhäuser/Kooperationszentren

Seit 2006 bestehen im Land Brandenburg sechs Kooperationszentren mit insgesamt 13 beteiligten Kliniken.

- Klinikum E. v. Bergmann Potsdam  
Havellandklinik GmbH Nauen
- ⊗ Ruppiner Kliniken GmbH Neuruppin  
Oberhavel Kliniken GmbH Oranienburg
- ⊗ Carl-Thiem-Klinikum Cottbus GmbH  
Achenbach-Krankenhaus KWH  
Krankenhaus Spremberg
- ⊗ Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH  
Klinikum Barnim GmbH Eberswalde
- ⊗ Ev. Krankenhaus Ludwigfelde-  
Teltow GmbH  
Städt. Klinikum Brandenburg GmbH
- ⊗ Brustzentrum HELIOS Klinikum Bad Saarow  
Klinikum Uckermark GmbH Schwedt (Oder)



### 5. Statistischer Teil zur Auswertung der Dokumentationsdaten

#### 5.1 Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen

Im Auswertungszeitraum 2012 liegen von insgesamt 5.462 Patientinnen Dokumentationen im DMP Brustkrebs vor.

Bezogen auf eine für Brandenburg anzunehmende Grundgesamtheit von ca. 9.500 Patientinnen innerhalb des für die Tumornachsorge und auch eines DMP-Einschreibung relevanten Zeitraumes von 5 Jahren entspricht das einem Anteil von rd. 57%.

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass **der Anteil** der beim ersten Eingang vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen **mindestens 95%** betragen soll.

Bei der DMP-Datenstelle gingen im Berichtszeitraum vom 01.01.2012 bis 31.12.2012 insgesamt 1.140 Erstdokumentationen ein.

99,9% aller Dokumentationen waren vollständig, plausibel und führten zusammen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Patientinnen zur Aufnahme in das DMP Brustkrebs. Bei einem sehr geringen Anteil von 0,1% konnten die Dokumentationen erst nach Korrektur durch die Arztpraxis bzw. Krankenhaus verarbeitet werden.

Knapp 3% der an die DMP-Datenstelle weitergeleiteten Dokumentationen wurden zu früh eingereicht und mussten daher abgewiesen werden.

Erfreulicherweise gab es keine Dokumentationen, die aufgrund von Verfristung nicht berücksichtigt werden konnten.

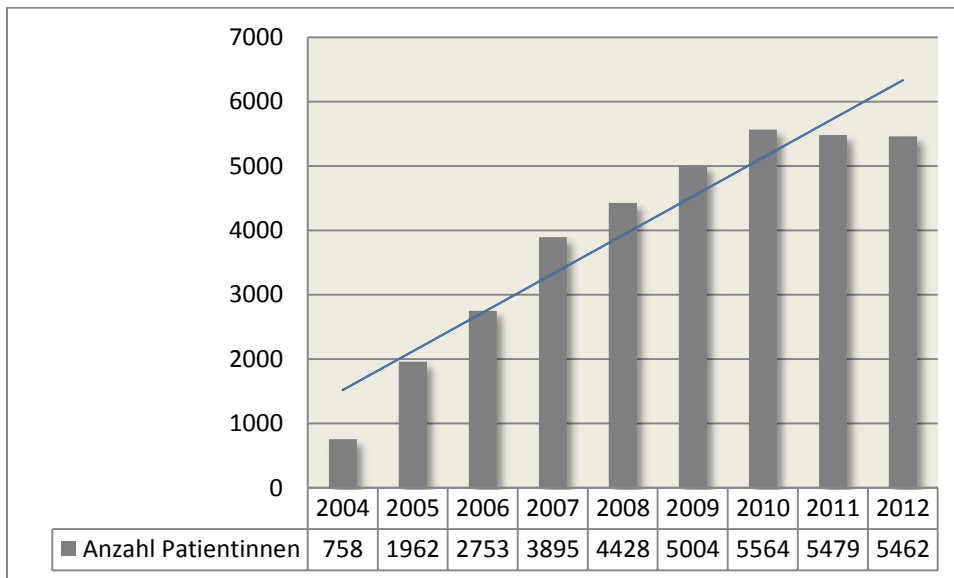
In den ersten Jahren nach Einführung des DMP Brustkrebs war die Fehlerquote eingereicherter Dokumentationen noch recht hoch, mit Einführung der elektronischen Dokumentation und der damit verbundenen ersten Plausibilitätsprüfung in den Praxen sank diese jedoch auf eine zu tolerierende Restmenge, die sich auch mit den Dokumentationen der internistischen DMP deckt. Seit dem 01.07.2009 wurde die elektronische Dokumentation flächendeckend im Land Brandenburg umgesetzt.

## **5.2 Beschreibung des Patientinnenkollektivs**

Voraussetzung für die Aufnahme einer Patientin in das DMP Brustkrebs in Brandenburg ist in Übereinstimmung mit den medizinischen Inhalten der Anlage 3 der RSAV (in der Fassung der 13. RSA-ÄndV) der histologische Nachweis eines Mammakarzinoms als Erstmanifestation bei Entnahme einer Gewebeprobe aus der untersuchten Brust, das Vorliegen eines Rezidives oder einer Metastasierung bei gesichertem Brustkrebs.

Darüber hinaus muss die Patientin nach ausführlicher Beratung und Aufklärung über die Inhalte und Ziele des DMP sowie über die Erwartungen bezüglich einer aktiven Mitwirkung ihrerseits ihre Teilnahme, die für sie freiwillig ist, ausdrücklich und schriftlich durch Unterzeichnung einer entsprechenden Teilnahme- und Einwilligungserklärung erklären. Des Weiteren muss eine durch den sie im Rahmen des DMP koordinierend betreuenden Frauenarzt vollständig und plausibel ausgefüllte Erstdokumentation zusammen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei der die Dokumentationsdaten verarbeitenden DMP-Datenstelle eingegangen sein. In der folgenden Abbildung ist der Verlauf der Aufnahme neu eingeschriebener Brustkrebspatientinnen über den gesamten Berichtszeitraum kumulativ dargestellt.

## Teilnahme von Patientinnen im DMP Brustkrebs



Betrachtungen über den gesamten Betrachtungszeitraum zeigen zu Beginn des DMP Brustkrebs einen kontinuierlich hohen Zuwachs von durchschnittlich ca. 900 Patientinnen pro Jahr. In den letzten zwei Betrachtungszeiträumen zeigt sich diese Tendenz rückläufig, da auch reguläre Beendigungen (5- Jahreszeitraum) der DMP-Teilnahme zu greifen beginnen.

### Einordnung

Ausgehend von den Daten des klinisch-epidemiologischen Krebsregisters des Landes Brandenburg - veröffentlicht z. B. im Qualitätsbericht 2012 des Tumorzentrums Land Brandenburg e. V. [4] - erkrankten im Land Brandenburg im Jahr 2011 insgesamt 1.682 Frauen neu an Brustkrebs. In das DMP Brustkrebs wurden im Jahr 2012 insgesamt 1.140 Patientinnen eingeschrieben. Trotz unterschiedlicher Zeiträumbetrachtungen kann von einer Einschreibequote von knapp 68% ausgegangen werden. Gemäß Qualitätsbericht Onkologie 2012 nahm die Anzahl der Neuerkrankungen Mammakarzinom im Jahr 2011 im Vergleich zu den Vorjahren in Brandenburg ab.

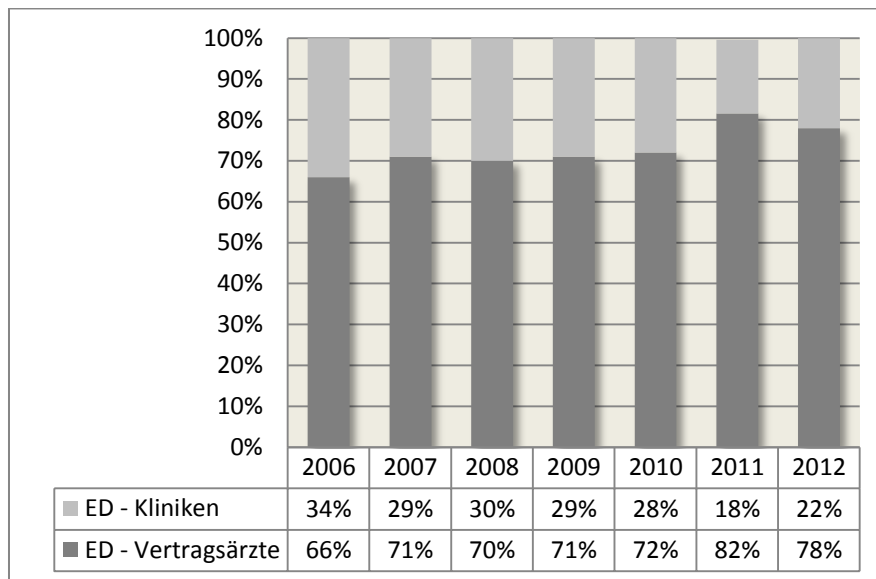
Legt man den 5-Jahres-Tumornachsorgezeitraum 2007-2011 des klinischen Krebsregisters zugrunde, ist von einer Grundgesamtheit von rd. 9.500 Brustkrebspatientinnen im Land Brandenburg auszugehen. Das bedeutet, dass am Ende des Berichtszeitraumes 31.12.2012 rd. 57% aller Brandenburger Brustkrebspatientinnen am DMP Brustkrebs teilnehmen.

#### 5.2.1 Sektorale Verteilung der eingeschriebenen Patientinnen

Aufgrund der besonderen vertraglichen Regelungen des DMP Brustkrebs im Land Brandenburg kann die Koordinierungsfunktion während der Primärtherapie, wie bereits erwähnt, sowohl von entsprechend qualifizierten ambulant als auch stationär tätigen Gynäkologen, die an diesem DMP teilnehmen, wahrgenommen werden (vgl. Abschnitt 3.2).

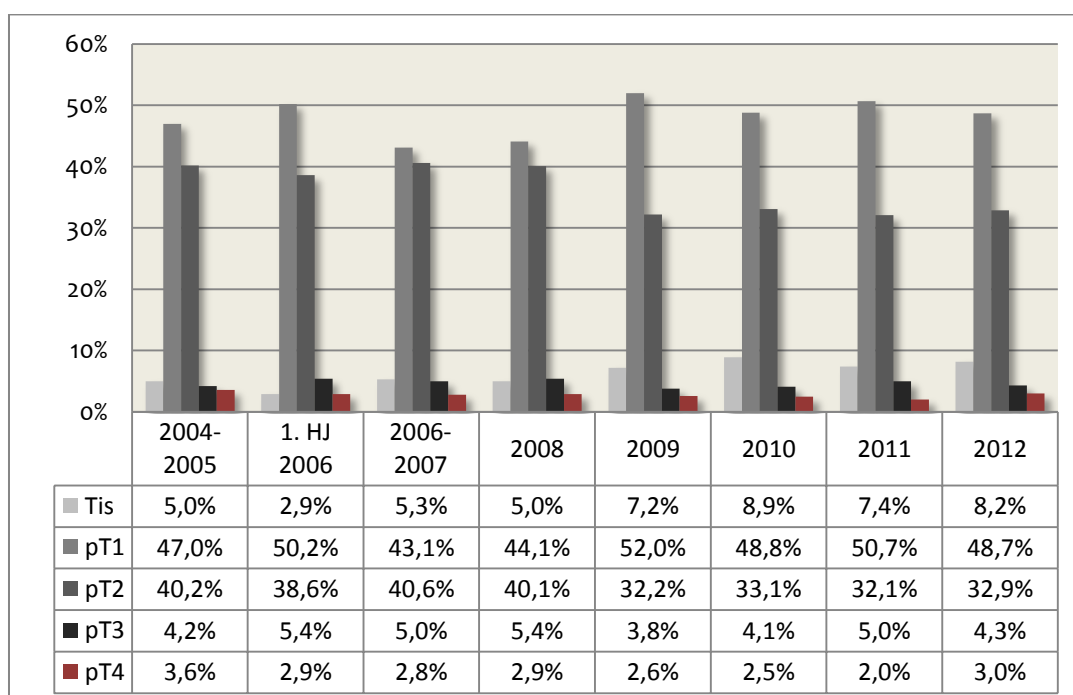
Im Folgenden ist der Anteil der Einschreibungen von Brustkrebspatientinnen durch vertragsärztlich tätige und im DMP Brustkrebs-Krankenhaus angestellte, koordinierende

Frauenärzte dargestellt. Die Einschreibung und somit Aufnahme der Patientinnen in das DMP Brustkrebs erfolgt überwiegend durch den niedergelassenen Sektor.



### 5.2.2 Klassifikation der Patientinnen nach histologischen Befunddaten

Für die Beschreibung des Patientinnenkollektives ist die Auswertung der Tumorstadien wegen des bezogen auf den Krankheitsverlauf prognostischen Informationsgehaltes von besonderer Bedeutung. So zeigen die Daten der US-Krebsregister „Surveillance, Epidemiology and End Result“ (SEER) für Patientinnen mit Brustkrebstumoren kleiner als 1 cm eine 5-Jahres-Überlebensrate von fast 99 % und bei einer Tumorgöße von 1 – 3 cm immerhin noch von 89 % [2]. Insbesondere für die Individualisierung des therapeutischen Vorgehens, z. B. bezüglich der Notwendigkeit einer adjuvanten Therapie, ist eine Klassifizierung nach dem TNM-System der UICC (2002) unverzichtbar. Dabei erfolgt bei primär operativem Vorgehen vor allem die pathologische, postoperative Klassifikation (pTNM).

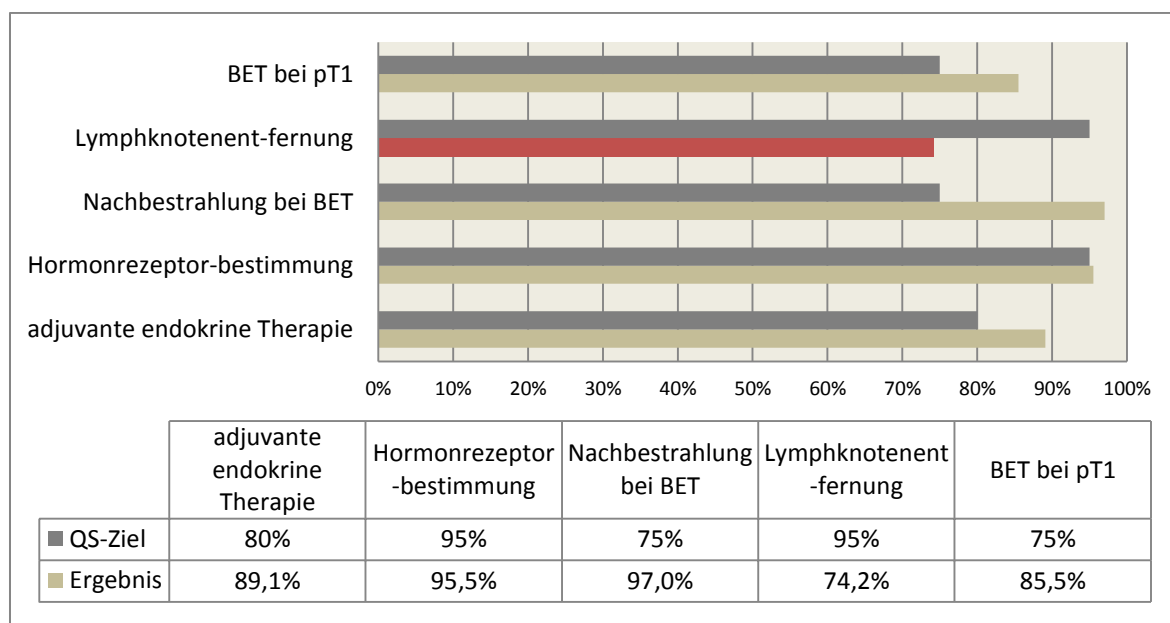


Im Auswertungszeitraum wurden bei 944 Patientinnen eine chirurgische Therapie durchgeführt; bei 924 Patientinnen wurde eines der fünf aufgeführten Tumorstadien dokumentiert.

## 6. Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien/Qualitätsziele

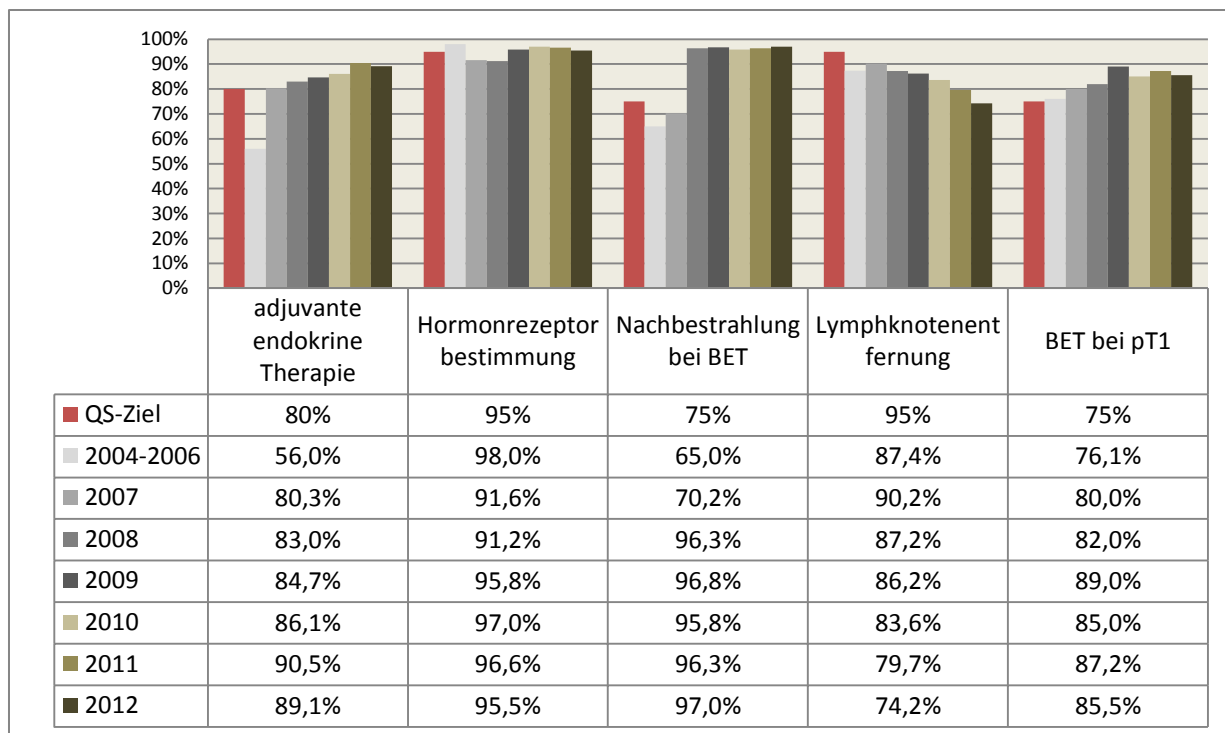
Im Folgenden sind die vereinbarten Zielvorgaben sowie die erreichten Ergebnisse im Berichtszeitraum 01.01.2012 – 31.12.2012 in einer Gesamtübersicht dargestellt.

	QS-Ziel	QS-Indikator
1	Angemessener Anteil brusterhaltender Therapie	mind. 75% der operierten Patientinnen mit Tumorstadium pT1
2	Adäquate Lymphknotenentfernung bei Axilladissektion und invasivem Tumortyp	mind. 95% der Patientinnen mit Entfernung $\geq$ 10 Lymphknoten bei Axilladissektion
3	Hoher Anteil an Patientinnen mit Nachbestrahlung nach BET	mind. 75% der Patientinnen mit Strahlentherapie nach BET
4	Hoher Anteil an Bestimmung des Hormonrezeptorstatus	bei 95% der Patientinnen vor OP bestimmt oder am OP-Präparat
5	Adäquater Anteil von Patientinnen mit adjuvanter endokriner Therapie bei invasivem, hormonrezeptorpositivem Tumor	mind. 80% der Patientinnen mit adjuvanter endokriner Therapie



■ Ziel erreicht

■ Ziel nicht erreicht

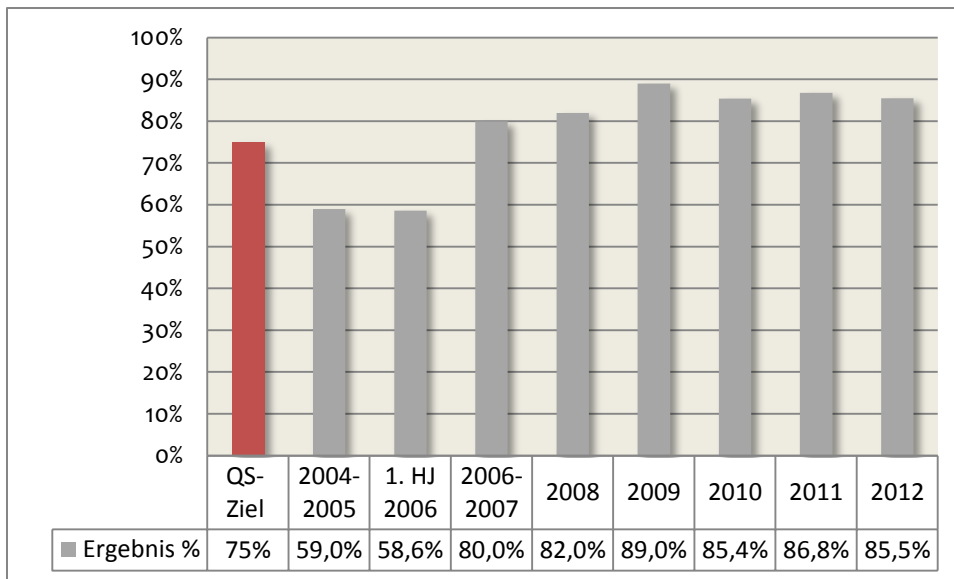


Die vereinbarten Qualitätsziele werden in der Tendenz über die betrachteten Jahreszeiträume bis auf das Ziel „Ausreichende Anzahl entfernter Lymphknoten“ alle gesteigert. Die sinkende Anzahl an Lymphknotenentfernung von mehr als 10 Lymphknoten ergibt sich unter anderem auch aus den Empfehlungen der S3-Leitlinie. Entgegen bisherigem Standard zur Entfernung von mindestens bzw. mehr als 10 Lymphknoten im Rahmen einer Axilladisektion wird dies nur noch bei positivem SLN oder Patientinnen bei denen kein SLN detektiert werden konnte, empfohlen. Alle übrigen Ziele wurden erreicht.

### 6.1. Steigerung brusterhaltende Therapie bei pT1

Bei Patientinnen mit operablem Mammakarzinom wurde gezeigt, dass eine brusterhaltende Therapie bei Tumoren bis zu 4 cm Größe die gleiche Gesamtüberlebensrate bzw. Metastasierungsrate aufweist wie eine Mastektomie. Ein wichtiges Therapieziel bei Brustkrebs ist die Steigerung brusterhaltender Operationen. Dadurch wird eine Erhöhung der Lebensqualität und Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes der Patientinnen erreicht.

Im DMP-Vertrag wurde vereinbart, dass nach dem fünften Jahr bei mind. 75% der Patientinnen mit Tumorstadium pT 1 eine brusterhaltende Therapie durchgeführt werden soll.

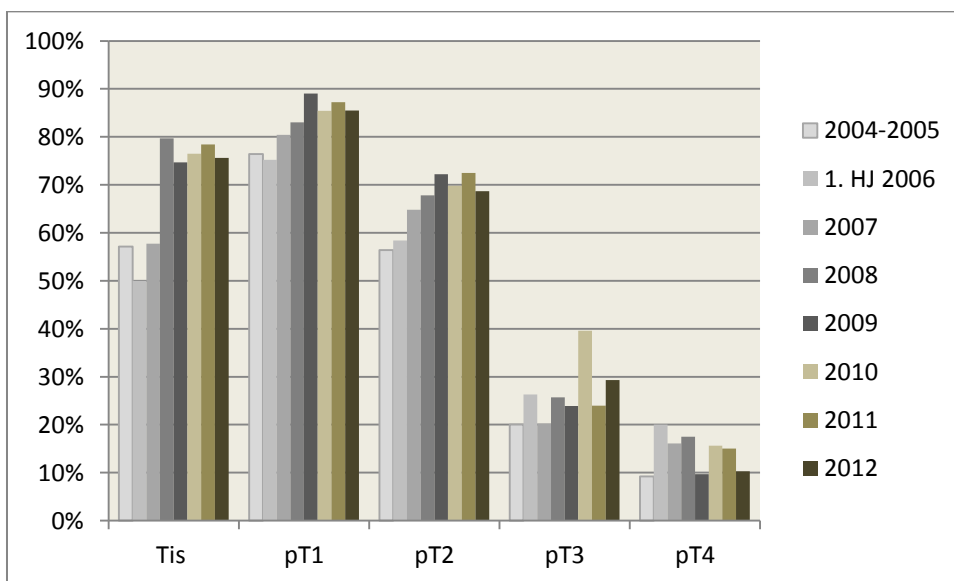


Von 463 Patientinnen mit pT 1 wurden 396 Patientinnen brusterhaltend operiert. Das entspricht einer Quote bei BET/pT1 von 85,5%. Das Qualitätsziel wurde im betrachteten Zeitraum erreicht. Eine direkte Vergleichbarkeit zu den Vorjahresberichtszeiträumen 01.05.2004 bis 30.06.2006 ist hier nicht möglich, da ab 01.07.2006 die brusterhaltende Therapie nicht mehr bei allen operierten Patientinnen betrachtet wird, sondern sich auf den Tumorstatus pT 1 bezieht. Vergleichswerte bilden die Zeiträume vom 01.07.2006 - 31.12.2012.

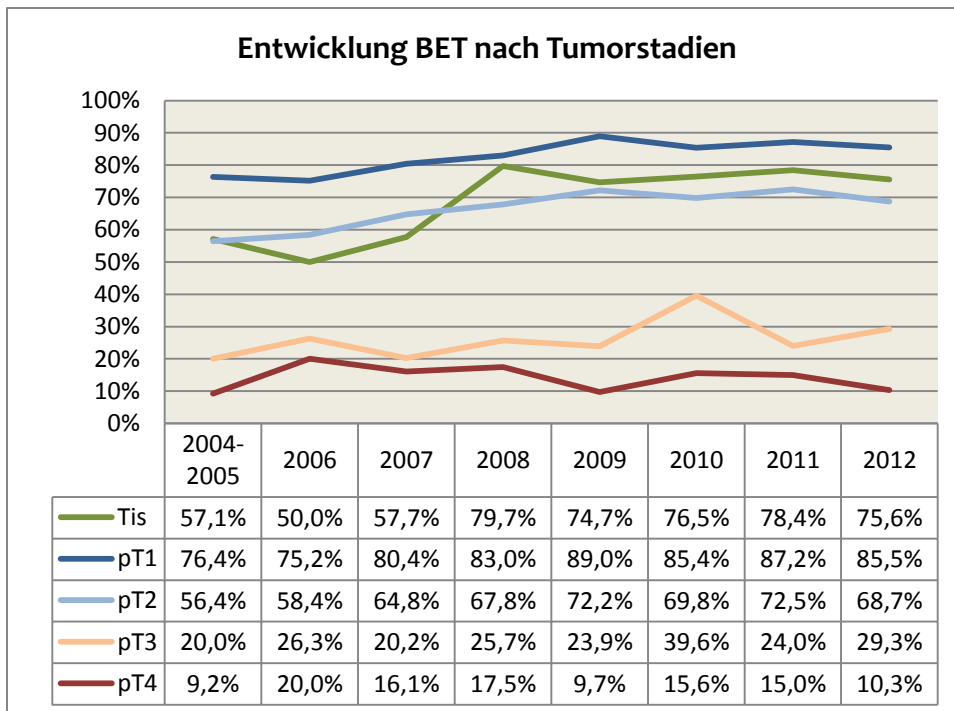
Innerhalb dieser sechs Auswertungszeiträume erhöht sich der durchschnittliche Anteil der brusterhaltenden therapeutischen Maßnahmen bei Patientinnen mit pT 1 um knapp 6%.

### Anteil der brusterhaltenden Operationen je Tumorstadium

Im nachstehenden Diagramm wird der prozentuale Anteil brusterhaltender Operationen nach dem jeweiligen Tumorstadium aufgezeigt.

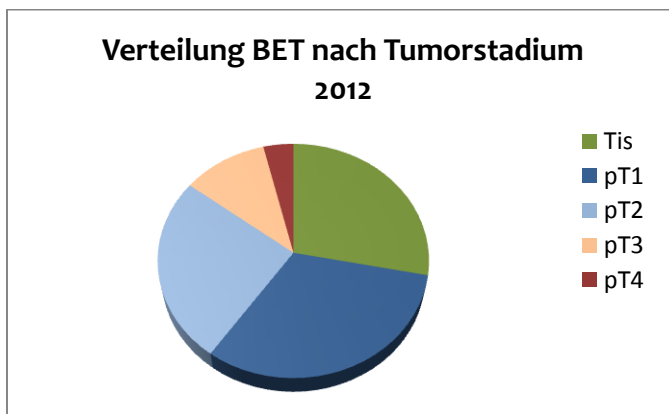


Tumorstadium	Tis	pT1	pT2	pT3	pT4
Anzahl der Patientinnen 2012	78	463	313	41	29
Anzahl der Patientinnen mit BET 2012	59	396	215	12	3



Von 924 Patientinnen mit diesen fünf aufgeführten dokumentierten Tumorgrößen und erfolgter chirurgischer Therapie wurde bei 685 Patientinnen eine brusterhaltende Operation durchgeführt (74,1%). In der Tendenz ist seit Beginn der Auswertung zum DMP Brustkrebs 2004 eine deutliche Steigerung im Bereich der brusterhaltenden Chirurgie festzustellen.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Verteilung der brusterhaltenden chirurgischen Therapien aus dem Jahr 2012. Die Verteilung ergibt sich aus dem jeweiligen Anteil der brusterhaltend operierten Frauen an allen operierten Frauen je Tumorstadium.



#### **Einordnung:**

Im Qualitätsbericht Onkologie 2012 wird für die im Fünf-Jahreszeitraum 2007-2011 operierten und im klinisch-epidemiologischen Krebsregister des Landes Brandenburg erfassten Patientinnen mit einem Mammakarzinom der Anteil brusterhaltender Operationen von 67,5% ausgewiesen. Stellt man einen Vergleich mit den Auswertungen zum DMP Brustkrebs in den DMP-Kliniken an, liegt die BET-Rate der DMP-Kliniken bei rd. 74% in 2012. Insgesamt ist sowohl aus den DMP-Daten als auch aus den Daten des Klinischen Krebsregisters festzustellen, dass der Gesamtanteil der BET in den



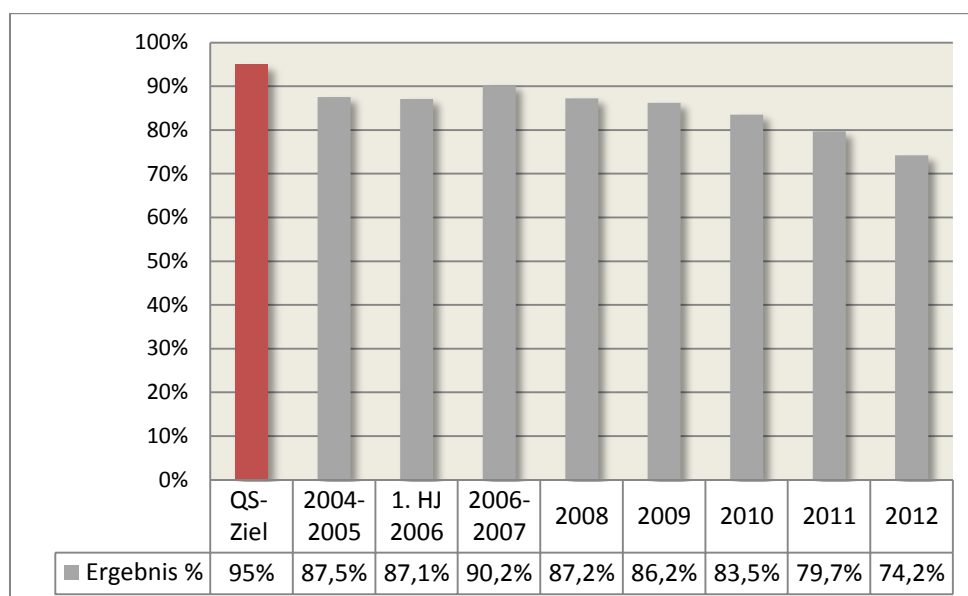
Krankenhäusern in Brandenburg in den letzten Jahren kontinuierlich gesteigert wurde (von 59% im Berichtszeitraum 01.05.2004 – 31.12.2005 auf 74,1% im Berichtszeitraum 2012).

## 6.2 Sicherstellung der ausreichenden Anzahl entfernter Lymphknoten

Entsprechend der medizinischen Empfehlungen der RSAV (Anlage 3 in der Fassung der 13. RSA-ÄndV) sollen bei durchgeführter Axilladisektion aus Level I und II insgesamt mindestens 10 Lymphknoten entfernt und untersucht werden. Diese Anzahl gilt als ausreichend.

Auf die standardisierte Axilladisektion kann bei allen Patientinnen mit invasivem Brustkrebs verzichtet werden, wenn eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt wurde und kein Tumorbefall der Lymphknoten nachgewiesen werden konnte.

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass nach fünf Jahren DMP-Laufzeit bei mind. 95% der Patientinnen mit Axilladisektion und invasivem Tumor oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und positivem Lymphknotenbefall mindestens 10 Lymphknoten entfernt werden sollen.



> 10 entfernte Lymphknoten	2004-2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Anzahl Patientinnen	1.187	427	1.166	665	417	371	248	196

Von 846 Patientinnen mit einem invasiven Tumor pt 1 – 4 wurde bei 326 Patientinnen eine Axilladisektion durchgeführt.

Bei 264 Patientinnen war der Sentinel-Lymphknoten nicht negativ. Davon wurden bei 196 erkrankten Frauen  $\geq 10$  Lymphknoten entfernt. Dies entspricht einem Anteil von 74,2%. Nicht berücksichtigt wurden Patientinnen mit einem Sentinel-Lymphknoten negativ.

Im betrachteten Zeitraum wurde das Qualitätsziel nicht erreicht.

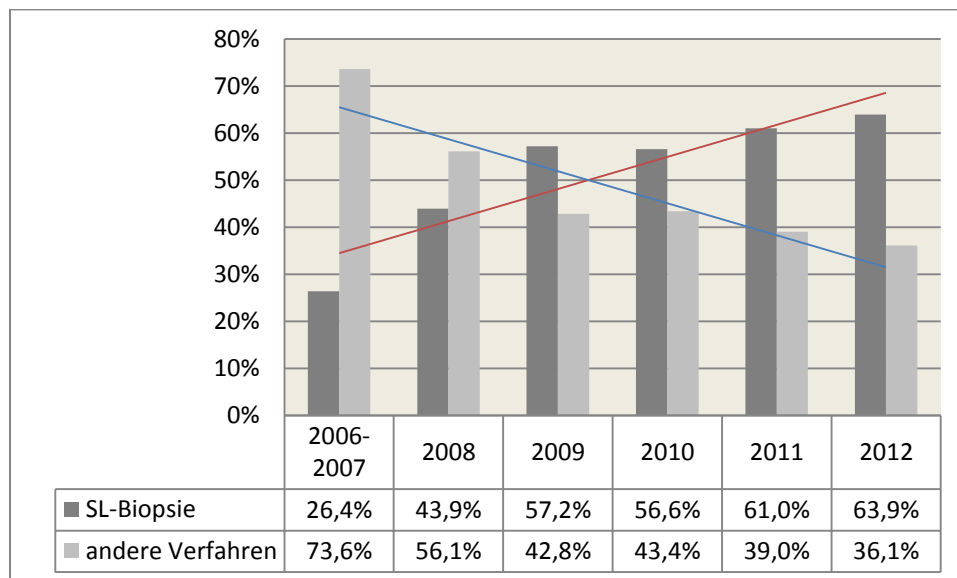
### Einordnung

Aufgrund der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur tumorbiologischen Bedeutung der Axilla wird in den nächsten Jahren die Anzahl der entfernten Lymphknoten weiter kontinuierlich sinken und die Entwicklung sich in Richtung Sentinel-Lymphknoten darstellen.

Es ist davon auszugehen, dass die ausreichende Anzahl entfernter Lymphknoten bei erfolgreicher Axilladisektion sichergestellt wird. Auch ist zu berücksichtigen, dass in einigen Fällen die Anzahl

entfernter Lymphknoten zum Zeitpunkt der Einschreibung der Patientinnen lediglich aus der Erstoperation berücksichtigt werden, nachfolgende Axilladissektionen mit Entfernung von Lymphknoten nicht mehr in den Verlaufsdocumentationen berücksichtigt wurden, so dass zwar bei einer ausreichenden Anzahl von Patientinnen mit einer Axilladissektion insgesamt mehr als 10 Lymphknoten entfernt wurden, dies aber mit der vorliegenden Dokumentation nicht darstellbar ist.

### Anteil der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie



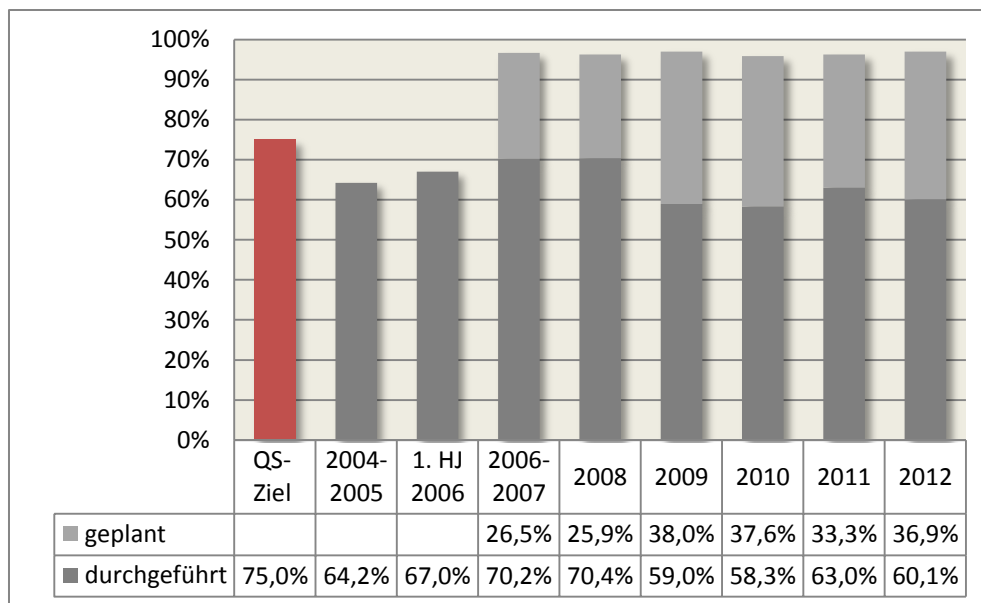
Mit Aufnahme der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie im Zusammenhang mit der 13. Risikostruktur-Ausgleichsverordnung als zugelassene Methode zeigt sich eine deutliche Etablierung dieses diagnostischen Verfahrens.

So wurde von 944 operierten Patientinnen (mit BET, Mastektomie, SL-Biopsie, axilläre Lymphonodektomie) in 608 Fällen, das entspricht einem Anteil von fast 64%, die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt.

### 6.3 Sicherstellung Strahlentherapie nach BET

Ein wesentliches Therapieziel ist eine Strahlentherapie nach brusterhaltender Operation. Durch diese Maßnahme wird das Rezidiv-Risiko signifikant gesenkt. Das Ziel der Nachbestrahlung ist die Zerstörung von verbliebenen Tumorzellen in der betroffenen Brust. Entsprechend der Empfehlungen der Anlage 3 der RSAV (in der Fassung der 13. RSAV-ÄndV) ist die Strahlentherapie nach brusterhaltender Operation grundsätzlich indiziert und wird unabhängig von der Tumorgröße empfohlen. Verschiedene Studien beweisen mit höchster Evidenz eine Reduzierung der Lokalrezidivrate um zwei Drittel und einer Verbesserung der Gesamtüberlebensrate nach 20 Jahren um absolut 4,9% [1, 3].

Nach fünf Jahren DMP-Laufzeit soll bei mind. 75% der Patientinnen mit invasivem Tumor (pT 1, 2, 3, 4) und brusterhaltender Therapie eine Nachbestrahlung durchgeführt werden.



Strahlentherapie nach BET	2004-2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Anzahl durchgeführt	743	303	870	1.309	503	502	432	375
Anzahl geplant			329	482	324	324	229	230
Anzahl gesamt			1.199	1.791	827	826	661	605

Von 624 Patientinnen mit einem Tumor pT 1,2,3 oder 4 und einer brusterhaltenden Therapie erhielten 375 Patientinnen eine Bestrahlung. Dies entspricht einer Quote von 60,1%, so dass das Qualitätsziel formal nicht erreicht wird. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass im Auswertungszeitraum zusätzlich bei rd. 36,9% der Patientinnen eine Strahlentherapie als geplant dokumentiert wurde.

Somit ist davon auszugehen, dass insgesamt bei einem Anteil von 97% aller Patientinnen mit einem invasiven Tumor eine Strahlentherapie erfolgt. Nicht bestrahlt wurden 19 Patientinnen (3,0%).

### Einordnung

Im Qualitätsbericht Onkologie 2012 des Tumorzentrums Brandenburg wurde für die im klinisch-epidemiologischen Krebsregister erfassten und im Fünf-Jahreszeitraum 2007-2011 primär brusterhaltend operierten Patientinnen eine Strahlentherapiequote mit 73,6 % ausgewiesen.

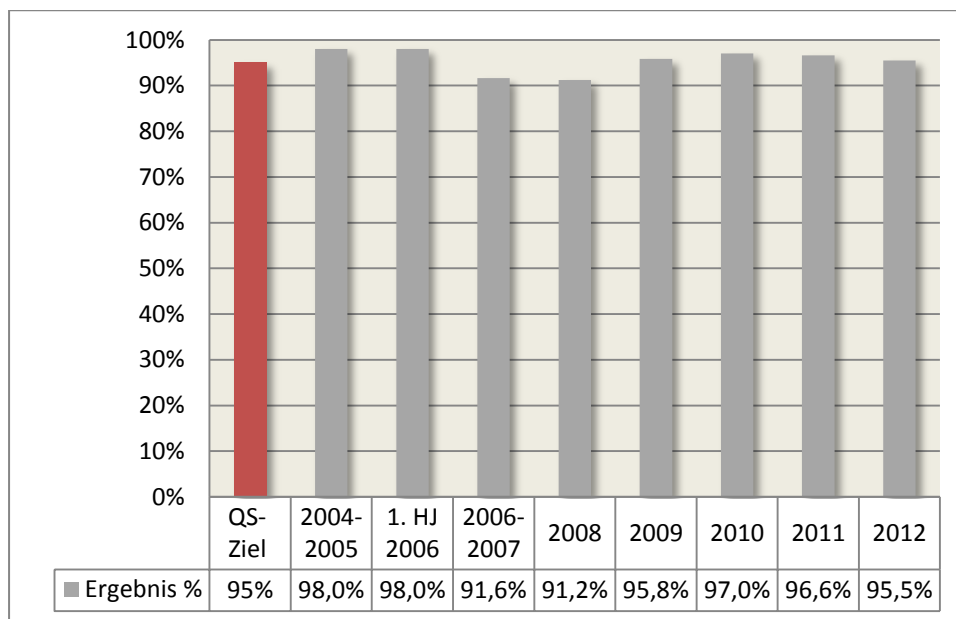
In dem Zusammenhang ist jedoch anzumerken, dass es durchaus begründete Fälle gibt, in denen auch nach brusterhaltender Therapie eine Radiotherapie nicht durchgeführt werden muss. In der Tendenz zeigt sich jedoch aus den Daten des Qualitätsberichts Onkologie 2012, dass der Anteil durchgeführter Bestrahlungen nach BET gesunken ist. Da es sich insbesondere bei der DMP-Dokumentation lediglich um eine maximal halbjährliche Momentaufnahme handelt, welche bei etlichen Patientinnen insbesondere in den Jahresübergängen zu Verwerfungen hinsichtlich der Durchführung einer Strahlentherapie führen kann, wurden die Angaben zu den geplanten Strahlentherapien in die Auswertung einbezogen. Damit sind inzwischen 97% der Patientinnen erfasst, womit unter Berücksichtigung der Fälle, die ohne Bestrahlung auskommen können, eine Zahl erreicht ist, die kaum noch gesteigert werden kann.

## 6.4 Bestimmung Hormonrezeptorstatus

Die Suppression der Ovarialfunktion in Kombination mit einer antiöstrogenen Therapie stellt nach Ziffer 1.4.4 der Anlage 3 der RSAV (in der Fassung der 13. RSA-ÄndV) eine wirksame Behandlung bei prämenopausalen Frauen mit hormonrezeptorpositivem Befund dar.

Der Arzt muss daher die Indikationsstellung für eine solche Therapie überprüfen. Insofern gehört die Hormonrezeptorbestimmung zu den für eine definitive Therapieplanung notwendig zu erhebenden pathomorphologischen Befunden.

Nach fünf Jahren DMP-Laufzeit soll bei 95% der neu erkrankten Patientinnen der Hormonrezeptorstatus bestimmt werden.



Hormon-Rezeptorbestimmung	2004 - 2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Anzahl	1.047	464	2.202	1.859	1.303	1.311	1.005	959

In die Auswertung wurden die Daten von insgesamt 1.140 Patientinnen einbezogen. Bei 136 Patientinnen wurde keine Angabe zum Rezeptorstatus dokumentiert. Diese wurden nicht in die Auswertung einbezogen, da in der überwiegenden Anzahl dieser Fälle die Dokumentationsdaten bereits vor der Operation erhoben und dokumentiert wurden.

Von den zu berücksichtigenden 1.004 Patientinnen wurde bei 959 Patientinnen der Rezeptorstatus mit „positiv“ oder „negativ“ angegeben, das entspricht einem Anteil von 95,5%. Bei den übrigen Patientinnen erfolgte in der Dokumentation die Angabe „Hormonrezeptorstatus: unbekannt“.

Das Qualitätsziel wurde erreicht.

### Einordnung

Im DMP wird im Rahmen der Einschreibung von Patientinnen die Erhebung des Hormonrezeptors dokumentiert. Da eine Einschreibung auch vor einer Operation erfolgt, kann nicht in jedem Fall eine Angabe zur Hormonrezeptorbestimmung erfolgen. Eine nachträgliche Angabe zur Bestimmung des Hormonrezeptors in der Verlaufsdokumentation ist nicht vorgesehen. Es ist

daher davon auszugehen, dass der Anteil der Hormonrezeptorbestimmung noch höher liegt als das Ergebnis für den Auswertungszeitraum 2012 darlegt.

### 6.5 Medikamentöse Therapie bei hormonrezeptorpositivem Tumor

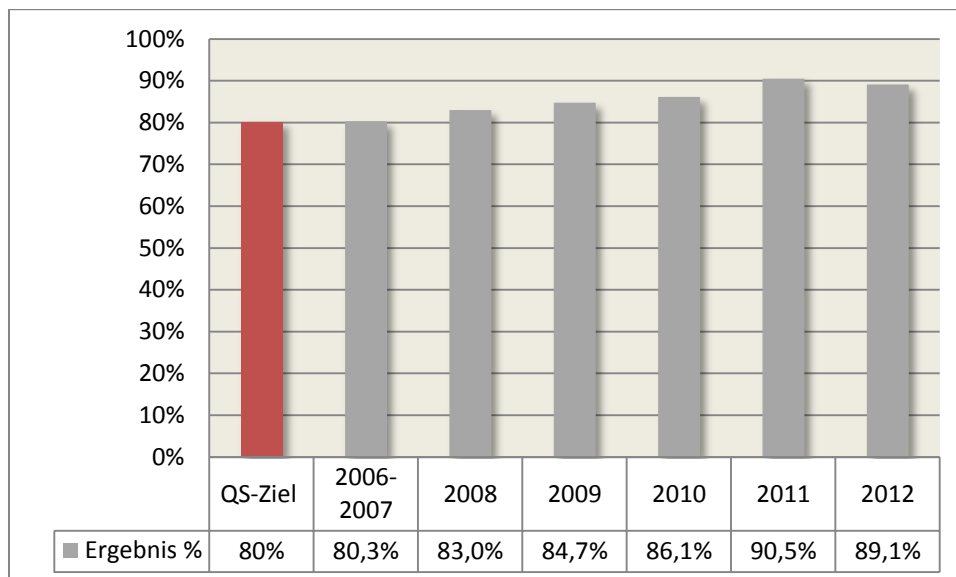
Ein wesentliches Therapieziel einer adjuvanten systemischen Therapie ist eine Reduktion der Rezidivrate und eine Erhöhung der Überlebensrate. Entsprechend der medizinischen Empfehlungen der Anlage 3 RSAV (in der Fassung der 13. RSA-ÄndV) sollte für alle Frauen nach individueller Nutzen-Risikoabwägung die Einleitung einer adjuvanten systemischen Therapie begonnen und in Diskussion mit der aufgeklärten Patientin entschieden werden.

Entsprechend den Empfehlungen der 8. Internationalen Konferenz zur adjuvanten Therapie des Mammakarzinoms in St. Gallen 2003 [1] sind die betroffenen Frauen zwei Risikogruppen zuzuordnen: Zu der Gruppe mit niedrigem Risiko gehören Frauen, die 35 Jahre oder älter sind, deren Karzinom kleiner gleich 2 cm, hochdifferenziert (Grading G1), rezeptorpositiv (ER + und/oder PR+) sowie nodalnegativ ist. Alle anderen Frauen sind der Gruppe mit erhöhtem Risiko zuzuordnen.

Entsprechend den medizinischen Inhalten der RSAV ist bei Frauen mit niedrigem Risiko eine adjuvante systemische Therapie in der Regel nicht erforderlich. Im Einzelfall kann jedoch auch hier eine endokrine Therapie bei hormonrezeptorpositivem Befund sinnvoll sein.

Bei Frauen mit erhöhtem Risiko sollte eine Chemotherapie in Betracht gezogen werden, bei Patientinnen mit einem rezeptorpositivem Befund (PR+ oder ER+) in Kombination mit einer antiöstrogenen Hormontherapie.

Nach fünf Jahren DMP-Laufzeit soll bei 80% der hormonrezeptorpositiven Patientinnen, unter Ausschluss der Low-Risk-Patientinnen nach St. Gallen, eine angemessene adjuvante endokrine Therapie durchgeführt werden.



	2006-2007	2008	2009	2010	2011	2012
Pat. mit med. Therapie	2.363	1.732	1.957	2.484	2.675	2.761
Pat. ohne med. Therapie/k.A.	579	355	417	401	281	74

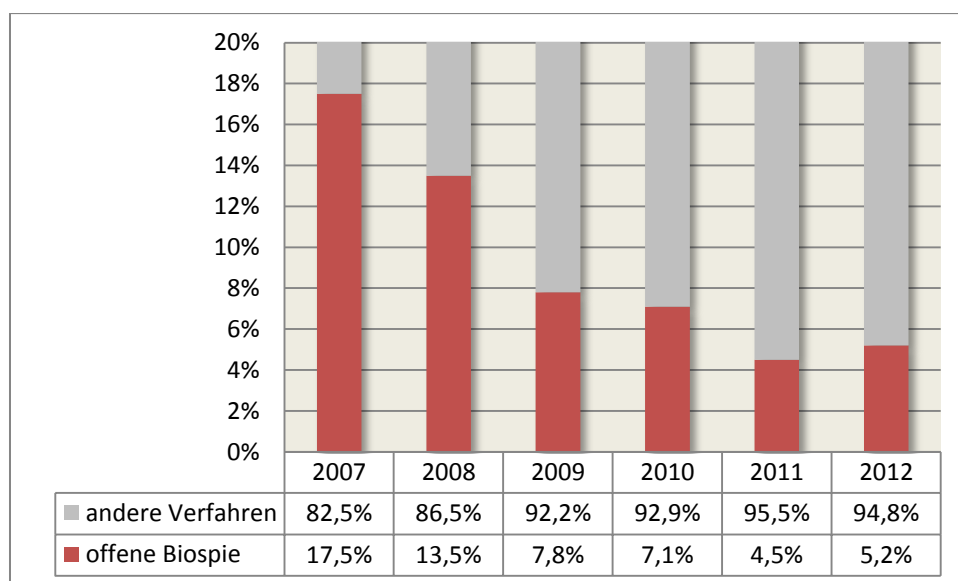
Insgesamt hatten in dem betrachteten Zeitraum 3.098 Patientinnen einen invasiven, hormonrezeptorpositiven Tumor. Ausgenommen sind Low-Risk-Patientinnen nach Sankt Gallen. Von diesen Patientinnen erhielten bzw. erhalten im betrachteten Zeitraum 2.761 Patientinnen (89,1%) eine adjuvante endokrine Therapie. Bei 10,9% der Patientinnen wurde entweder keine Therapie durchgeführt oder es fehlte die entsprechende Angabe in der DMP-Dokumentation. Das Qualitätsziel wurde im betrachteten Zeitraum erreicht.

## 6.6 Biopsien

Bis zum 30.06.2006 wurde entsprechend den medizinischen Versorgungsinhalten nach Ziffer 1.3 der Anlage 3 der RSAV (in der Fassung der 9. Verordnung zur Änderung der RSAV vom 18.02.2004) zur Diagnosesicherung vor Einleitung der Primärtherapie auch die Art der Gewebeentnahme (Biopsien) mit histologischer Untersuchung evaluiert. Dabei sollte als ein besonders zu empfehlendes diagnostisches Verfahren die Stanzbiopsie eingesetzt werden.

Im Gegensatz zur Stanzbiopsie stellt die offene Biopsie ein für die Patientinnen belastenderes operatives Verfahren dar und sollte nach Möglichkeit vermieden bzw. durch andere Verfahren ersetzt werden. Mit der 13. RSA-ÄndV wurde die Stanzbiopsie nicht mehr als evaluationsrelevantes Qualitätsziel ausgewiesen.

In der folgenden Übersicht haben wir die im Berichtszeitraum durchgeführten offenen Biopsien im Verhältnis zu den untersuchten Frauen dargestellt.

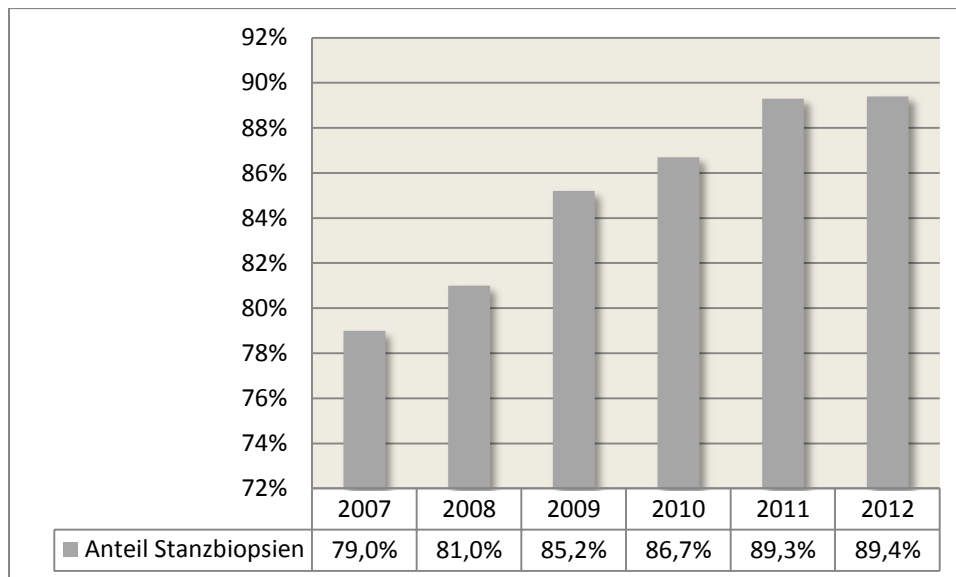


	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Anzahl offene Biopsie	379	203	111	105	53	59
Anzahl andere Verfahren	1.787	1.299	1.304	1.369	1.112	1.070

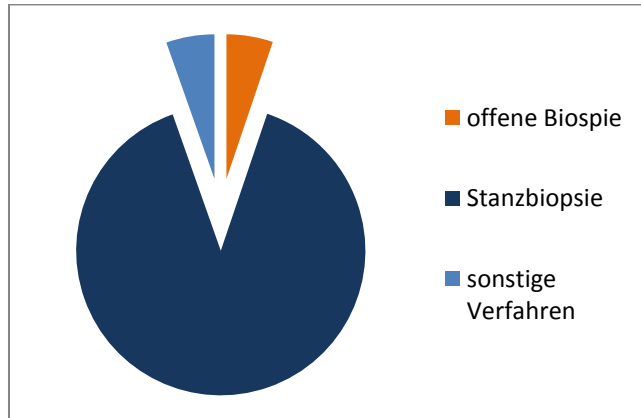
Im vorliegenden Berichtszeitraum wurde bei 1.129 Patientinnen eine der folgenden Untersuchungsarten zur Diagnostik dokumentiert: Stanzbiopsie, vakuumunterstützte Mammabiopsie, offene Biopsie, Mammographie, Sonographie, andere. Hauptsächlich wurden Verfahren wie die Stanzbiopsie, vakuumunterstützte Biopsie oder Mammographie angewandt.

In 59 Fällen, d. h. 5,2%, erfolgte die Gewebeentnahme durch eine offene Biopsie. Damit nimmt dieses Verfahren im Vergleich zu anderen diagnostischen Möglichkeiten keinen großen Stellenwert mehr ein und sinkt im durchschnittlichen Jahresvergleich 2007-2012.

Demgegenüber nimmt der Anteil der Stanzbiopsien zu. Beginnend im Jahr 2007 mit einem Anteil von 79% aller dokumentierten diagnostischen Verfahren wurden in 2012 bei 89,4% der Patientinnen (1.025 Fälle) zur histologischen Diagnosesicherung das Material mittels Stanzbiopsie gewonnen.



Damit nimmt die Stanzbiopsie einen hohen Stellenwert bei den diagnostischen Verfahren zur Sicherung der Diagnose und weiteren Therapieplanung ein.



## 7. Zusammenfassung und Ausblick

Die im Rahmen der Umsetzung des DMP Brustkrebs zum 31.12.2012 vertraglich eingebundenen 182 Frauenärzte und 13 Krankenhäuser ermöglichen grundsätzlich allen gesetzlich krankenversicherten und an Brustkrebs erkrankten Frauen im Land Brandenburg an diesem Programm teilzunehmen.

Hinsichtlich der im Zusammenhang mit der Umsetzung der evidenzbasierten medizinischen Inhalte der RSAV vertraglich vereinbarten Qualitätsziele ist festzustellen, dass die Ziele bezüglich der Qualitätsindikatoren

- Anteil brusterhaltender Operationen
- Nachbestrahlung bei brusterhaltender Therapie
- Hormonrezeptorbestimmung
- Medikamentöse Therapie
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen

erreicht wurden.

Das Ziel der Entfernung von mehr als 10 Lymphknoten bei 95% aller Patientinnen mit einem invasiven Tumor und negativem Sentinel wurde nicht erreicht.

Das vorliegende Ergebnis ist jedoch vergleichbar mit den Vorjahresergebnissen. Eine mögliche Ursache für das Ergebnis kann in der zeitlichen Differenz zwischen der Erhebung der Daten für eine Erstdokumentation und der zu einem späteren, möglicherweise zweiten erfolgten Axilladisektion liegen, so dass in der Subsummierung zwar mehr als 10 Lymphknoten entfernt wurden, dies jedoch nicht dargestellt ist. Der aktuellen S3-Leitlinie folgend ist eine Entfernung von mehr als 10 Lymphknoten nur noch bei positivem oder nicht detektiertem Sentinel-Lymphknoten erforderlich. Ab dem Auswertungszeitraum 2013 wird daher auf dieses Qualitätsziel verzichtet.

Ein Vergleich der Auswertungszeiträume zeigt in den ersten Jahren eine kontinuierliche Steigerung des Anteils der teilnehmenden Patientinnen am DMP Brustkrebs.

So ist der Anteil der Brandenburger Brustkrebspatientinnen mit Teilnahme am DMP von 35% im Jahr 2006 auf 61% im Jahr 2012 gestiegen, wenngleich im letzten Auswertungszeitraum die Einschreibung neuer Patientinnen rückläufig war. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Grundgesamtmenge der Patientinnen, die sich im 5-Jahresbetreuungszeitraum befinden von 7.500 auf 8.500 Patientinnen erhöht hat. Die Steigerung in den Zeiträumen 2009 und 2010 ist zum einen möglicherweise auf die Einführung des Mammographiescreenings, unter anderem aber auch darauf zurückzuführen, dass die DCIS-Fälle hinzugerechnet wurden.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die im Bericht dargestellten Vergleiche der Ergebnisse der Auswertungen der DMP Brustkrebsdaten mit entsprechenden Auswertungen der brustkrebsbezogenen Daten des Brandenburger klinisch-epidemiologischen Krebsregisters eine gute Übereinstimmung zeigen. Dies spricht einerseits für die Plausibilität der DMP-Datenauswertung und zeigt andererseits mit Blick auf den angestrebten weiteren Bürokratieabbau entsprechende Möglichkeiten für eine Optimierung der verschiedenen Qualitätssicherungsprozesse auf.

## Literatur

- 1 Deutsche Krebsgesellschaft e. V.; Informationszentrum für Standards in der Onkologie; Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau; eine nationale S 3 Leitlinie. Version: Juni 2004
- 2 Fasching, P.A.; Lux, M.P.; Beckmann, K.; Strick, R.; Beckmann, M. W. (2005), Entscheidungshilfen bei der Therapiewahl für Patientinnen mit Mammakarzinom; Prognose- und Prädiktivfaktoren; Der Gynäkologe 5: 388 – 397
- 3 Gerber, B.; Fortschritt in der Therapie des Mammakarzinoms – was hat in den letzten 30 Jahren dazu beigetragen?; 2005, Gyn Spectrum 2: 10 – 12
- 4 Qualitätsbericht Onkologie 2012, Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregister; veröffentlicht unter [www.tumorzentrum-brandenburg.de](http://www.tumorzentrum-brandenburg.de)



- 5 Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III; Unter-Über-Fehlversorgung, Gutachten 2000/2001, Baden-Baden: Nomos