

**Qualitätsbericht  
zum Disease-Management-Programm  
Brustkrebs Brandenburg**

(Berichtszeitraum 01.05.2004 – 30.06.2006)



der Gemeinsamen Einrichtung „GE-DMP-BK-BB“  
Geschäftsstelle: Friedrich-Engels-Straße 103  
Bahnhofspassagen, 14473 Potsdam

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. DMP Brustkrebs
3. Qualitätssicherung im DMP Brustkrebs im Land Brandenburg
  - 3.1 Strukturqualität
    - 3.1.1 Strukturqualität Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
    - 3.1.2 Strukturqualität Krankenhäuser/Kooperationszentren
    - 3.1.3 Kooperation der Versorgungssektoren
  - 3.2 Maßnahmen zur Qualitätssicherung
    - 3.2.1 Gemeinsame Einrichtung (GE-DMP-BK-BB)
    - 3.2.2 Feedback-Berichte
- 4 Statistischer Teil zu den Versorgungsstrukturen
  - 4.1 Entwicklung der Anzahl der teilnehmenden Vertragsärzte
  - 4.2 Entwicklung der Teilnahme vom Krankenhaus / Kooperationszentrum
    - 4.2.1 Entwicklung der Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser und Kooperationszentren
    - 4.2.2 Flächenverteilung der am DMP Brustkrebs teilnehmenden Krankenhäuser
- 5 Statistischer Teil zur Auswertung der Dokumentationsdaten
  - 5.1 Datenumfang und Datenqualität
  - 5.2 Beschreibung des Patientenkollektivs
    - 5.2.1 Sektorale Verteilung der eingeschriebenen Versicherten
    - 5.2.2 Klassifikation der Patientinnen nach den histologischen Befunden
- 6 Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien und Erreichung der vertraglich vereinbarten DMP-Qualitätsziele
  - 6.1 Steigerung des Anteils brusterhaltender Operationen
  - 6.2 Sicherstellung der Axilladisektion bei invasivem Tumortyp
  - 6.3 Sicherstellung ausreichender Anzahl entfernter Lymphknoten
  - 6.4 Sicherstellung der Strahlentherapie nach brusterhaltender Operation
  - 6.5 Angemessene medikamentöse Therapie bei nodalpositivem Tumor
  - 6.6 Steigerung des Anteils der Stanzbiopsien zur Diagnosesicherung
  - 6.7 Erhöhung des Anteils der Bestimmung des Rezeptorstatus
- 7 Zusammenfassung und Ausblick
- 8 Literatur

## 1. Einleitung

Bereits im Dezember 2003 waren sich die Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg, die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) und die Landeskrankenhausesellschaft 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. Dennoch haben die Krankenkassenverbände, die KVBB und die LKB an ihrem Entschluss, ein DMP Brustkrebs im Land Brandenburg zu entwickeln, festgehalten.

Davon ausgehend, dass im Land Brandenburg zu dieser Zeit – dies gilt allerdings in gleicher Weise auch für das Jahr 2006 – 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 am 30.04.2004 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, mit Gültigkeit rückwirkend ab 01.03.2004, 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. Am 26.05.2004 wurden die Programme zur Prüfung und Genehmigung an das dafür zuständige Bundesversicherungsamt eingereicht.

Mit Wirkung ab 24.11.2004 wurde das DMP Brustkrebs für die Krankenkassen/-verbände im Land Brandenburg durch das BVA akkreditiert.

Mit diesem Qualitätsbericht gibt die für die medizinische Qualitätssicherung zuständige Gemeinsame Einrichtung „GE-DMP-BK-BB“ einen Überblick über die Umsetzung des DMP Brustkrebs im Land Brandenburg.

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.

Da der Wirkbetrieb mit Einschreibung der ersten Patientinnen in das DMP Brustkrebs tatsächlich erst am 01.05.2004 begann, umfasst dieser Bericht die Auswertungen der bei der Datenstelle vollständig und plausibel eingegangenen Daten von 2.735 eingeschriebenen Versicherten ab dem Zeitraum vom 01.05.2004 bis 30.06.2006.

Wegen der zunächst zögerlichen Umsetzung dieses DMP sowohl in Bezug auf die Teilnahme von Vertragsärzten, insbesondere jedoch in Bezug auf die Einschreibung von Patientinnen, haben sich die Mitglieder entschlossen, diesen längeren Zeitraum für den Qualitätsbericht zu wählen. Darüber hinaus wurde berücksichtigt, dass sich im Zusammenhang mit der Umsetzung der 13. Änderungsverordnung der RSAV wesentliche medizinische Inhalte und auch die Dokumentationsinhalte in Brandenburg mit Wirkung ab 01.07.2006 geändert haben. Somit schließt der Berichtszeitraum auch das 1. Halbjahr 2006 mit ein, um eine Vergleichbarkeit mit den Daten und deren statistischen Auswertungsergebnissen bis zum 30.06.2006 zu gewährleisten.

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. Die Gemeinsame Einrichtung „GE-DMP-BK-BB“ beabsichtigt mit diesem Bericht, das Interesse am Programm zu vergrößern 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 [6], 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 Landeskrankengesellschaft 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 wurden 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 brustkrebsspezifischen 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 Teilnah-

me 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 erstmalig für das Kalenderjahr 2005 notwendige Nachweise hinsichtlich der Teilnahme an Fortbildungen, der geforderten Anzahl an Brustkrebs-Operationen, Durchführung von interdisziplinären Tumorkonferenzen ect. überprüft. Im Ergebnis wurde durch die Gemeinsame Einrichtung über notwendige Maßnahmen beraten, diese eingeleitet bzw. Ausschüsse 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, professionen- 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 auf der Erstdokumentation das Feld 4 – IK des Krankenhauses – für die vertragsärztlich tätigen koordinierenden Frauenärzte ein optionales Feld ist, wird es in der Regel nicht ausgefüllt. Insoweit kann auch nicht ausgewertet werden, inwieweit diese Aufgabe – vorrangige Einweisung in Krankenhäuser, die am DMP Brustkrebs teilnehmen – eingehalten wird. Ungeachtet dessen sollte in den regionalen ärztlichen Qualitätszirkeln und im Rahmen der DMP-spezifischen Fortbildungsveranstaltungen auf diese besondere Aufgabe verstärkt hingewiesen werden.

Da viele Patientinnen mit Verdacht auf ein Mammakarzinom zur weiteren Diagnostik stationär eingewiesen wurden und auch heute noch werden, wurde vertraglich geregelt, dass auch bestimmte, 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 dieser Gemeinsamen Einrichtung wirken Vertreter der Verbände der Krankenkassen, der KVBB und der LKB gleichberechtigt zusammen.

Die Komplexität dieser Aufgaben erforderte das regelmäßige Zusammentreffen der Mitglieder. So wurden durch die Gemeinsame Einrichtung im Berichtszeitraum insgesamt zehn Sitzungen einberufen. Im Oktober 2005 gab sich die Gemeinsame Einrichtung zur Festlegung eines gemeinsamen Handlungsrahmens eine Geschäftsordnung.

Neben Entscheidungen zu Teilnahmeanträgen von niedergelassenen Vertragsärzten und von Krankenhäusern, welche insbesondere in den ersten Sitzungen einen breiten Rahmen einnahmen, 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.

Unter anderem wurden als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung mehrere Veranstaltungen zum DMP-Curriculum Mammakarzinom initiiert, um die Erfüllung bzw. Einhaltung der Strukturqualität sicherzustellen.

Zusätzlich wurden durch die Gemeinsame Einrichtung Informationen zu verschiedenen Themen der Qualitätssicherung in ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen und in der KV-intern, einem Informationsmedium der KVBB, angeregt.

Erstmals zu Beginn des Kalenderjahres 2006 erfolgte durch die Gemeinsame Einrichtung die Prüfung zur Einhaltung der vertraglich festgelegten Kriterien zur Strukturqualität sowohl für den Bereich der teilnehmenden niedergelassenen Vertragsärzte als auch der Krankenhäuser und deren Kooperationspartner. Hier wurde insbesondere Augenmerk auf die Einhaltung und Nachweisführung der geforderten Mindest-Operationszahlen Mammakarzinom und Fortbildungen gelegt.

Es wurden zwei Krankenhäuser wegen der Nichterfüllung der geforderten Mindest-OP-Zahlen sowie neun niedergelassene Vertragsärzten aufgrund der Nichterfüllung der DMP-spezifischen Fortbildungen bzw. fehlender Nachweise der Teilnahme am DMP-spezifischen Curriculum von einer weiteren Teilnahme an diesem DMP ausgeschlossen. Bei künftiger Erfüllung der Strukturqualität besteht die Möglichkeit einer erneuten Teilnahme.

#### **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 4a -Datensatz in der DMP-Datenstelle aufbereitete Zahlenmaterial diente der Gemeinsamen Einrichtung zur Erstellung des ärztlichen Feedbacks.

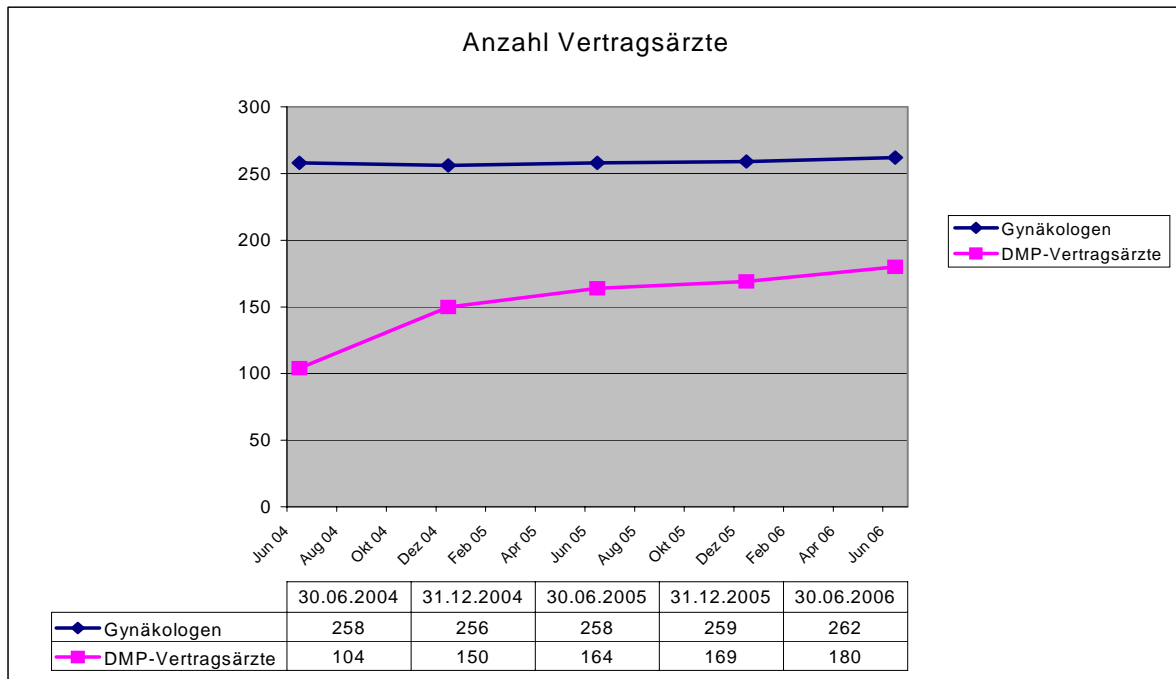
Entsprechend der geringen Patientenfallzahl je Arztpraxis und der somit geringen Aussagekraft für die einzelne Praxis erfolgte die Berichterstellung nicht individuell sondern wurde für den Gesamtbereich Land Brandenburg widerspiegelt.

So konnten für den ersten Berichtszeitraum 01.05.2004 – 31.12.2005 für 169 niedergelassene Vertragsärzte und sechs Kliniken mit ihren Kooperationshäusern und im zweiten Berichtszeitraum 01.01.2006 – 30.06.2006 für 180 Vertragsärzte und ebenfalls sechs Kliniken mit den in Kooperation angeschlossenen Krankenhäusern Feedback-Berichte erstellt und versandt werden.

## 4. Statistischer Teil zu den Versorgungsstrukturen

### 4.1 Entwicklung der Anzahl der teilnehmenden Vertragsärzte

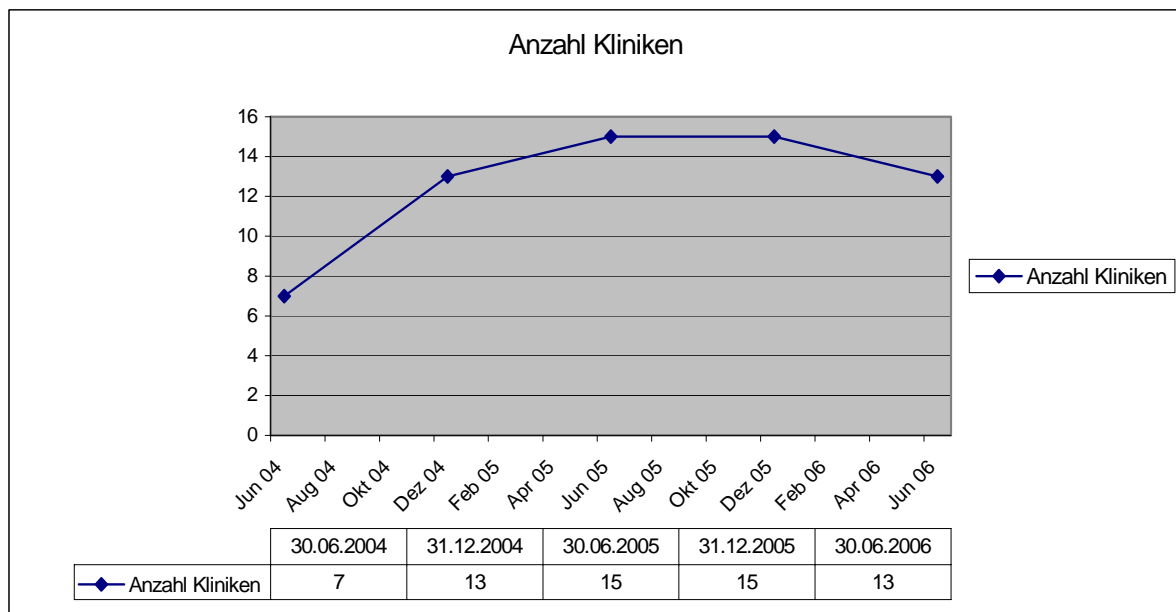
In nachstehender Darstellung ist die Entwicklung der Teilnahme niedergelassener Vertragsärzte abgebildet. Der Anteil der teilnehmenden Gynäkologen stieg von 40,3 % im Jahr 2004 auf 68,7 % im Jahr 2006.



### 4.2 Entwicklung der Teilnahme von Krankenhäusern und Kooperationszentren

#### 4.2.1 Entwicklung der Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser und Kooperationszentren

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



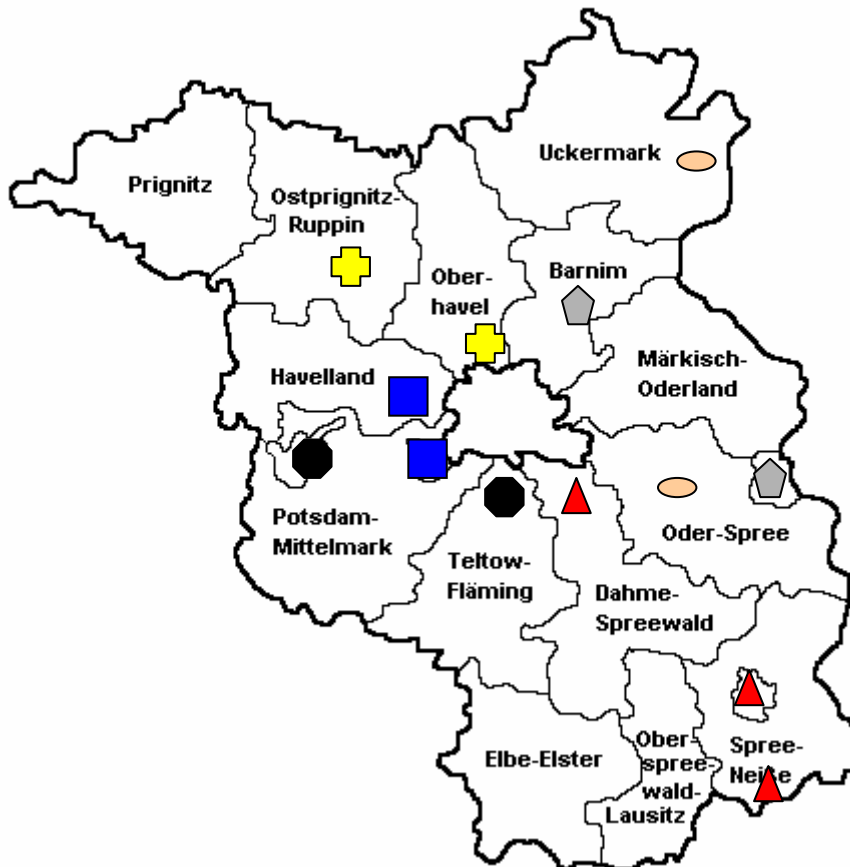
Insgesamt nehmen im Land Brandenburg sechs Kooperationszentren am DMP-Brustkrebsvertrag teil. Jedes Zentrum verfügt über mindestens eine in Kooperation ange-



schlossene Klinik, so dass auch im Rahmen einer Vertretungsregelung grundsätzlich die geforderten Qualitätsstandards sichergestellt werden können.

#### 4.2.2 Flächenverteilung der am DMP Brustkrebs teilnehmenden Krankenhäuser

Zum Zeitpunkt 30.06.2006 bestanden im Land Brandenburg sechs Kooperationszentren mit insgesamt 13 beteiligten Kliniken.



-  **Klinikum E. v. Bergmann gGmbH Potsdam**  
Havellandklinik GmbH Nauen
-  **Ruppiner Kliniken GmbH Neuruppin**  
Oberhavel Kliniken GmbH Oranienburg
-  **Carl-Thiem-Klinikum Cottbus GmbH**  
Achenbach-Krankenhaus Königs Wusterhausen  
Krankenhaus Spremberg
-  **Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH**  
Klinikum Barnim GmbH Eberswalde
-  **Ev. Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow GmbH**  
Städt. Klinikum Brandenburg GmbH
-  **HUMAINE Klinikum Bad Saarow/ Fürstenwalde**  
Klinikum Uckermark GmbH Schwedt (Oder)

Zwei Anträge von Krankenhäusern zur Teilnahme am DMP Brustkrebs mussten aufgrund der fehlenden Erfüllung der Anforderung an die Strukturqualität abgelehnt werden.

## **5. Statistischer Teil zur Auswertung der Dokumentationsdaten**

### **5.1 Datenumfang und Datenqualität**

Insgesamt liegen bei der DMP-Datenstelle 2.735 Erstdokumentationen aus dem gesamten Berichtszeitraum vom 01.05.2004 bis 30.06.2006 vor.

Von diesen 2.735 Erstdokumentationen waren allerdings nur 856 Dokumentationen (31,3 %) bereits beim Ersteingang bei der Datenstelle vollständig und plausibel und führten zusammen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Patientinnen zur Aufnahme in das DMP Brustkrebs. Für die anderen 1.879 Dokumentationen musste zum Teil wiederholt innerhalb der im Rahmen der RSAV vorgegebenen Fristen ein Korrekturverfahren durchgeführt werden.

Alle zwei Quartale erstellen die koordinierenden DMP-Ärzte für die von ihnen im Rahmen dieses DMP betreuten Patientinnen eine Folgedokumentation. Bis zum 30.06.2006 liegen der DMP-Datenstelle 2.665 gültige Folgedokumentationen vor. Anders als bei den Erstdokumentationen waren von diesen bereits 2.225 (83,5 %) bei Ersteingang in der Datenstelle vollständig und plausibel und konnten somit entsprechend verarbeitet werden.

Insbesondere die hohe Fehlerquote beim Ersteingang der Erstdokumentationen bei der Datenstelle ist unbefriedigend. Es bleibt zu hoffen, ist aber auch zu erwarten, dass die inhaltliche Umstrukturierung der Dokumentation für das DMP Brustkrebs durch die 13. Änderungsverordnung der RSAV vom 01.02.2006 zu einer deutlichen Verbesserung führen wird. Gleiches wird auch von der zunehmenden Nutzung der Möglichkeiten des sog. eDMP mit elektronisch hinterlegter Plausibilitäts- und Vollständigkeitskontrolle erwartet.

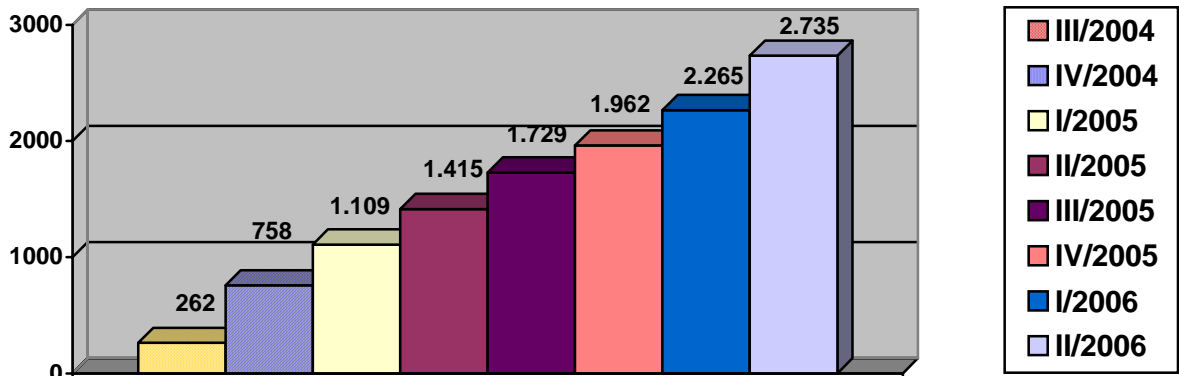
Derzeit nehmen insgesamt 29 niedergelassene Vertragsärzte an der elektronischen Datenübermittlung teil. Bei einem Anteil von nur 16 % sieht die Gemeinsame Einrichtung hier hinsichtlich der Erhöhung der Teilnehmerquote, auch unter Berücksichtigung der Forderung durch die Gesundheitsreform, ab dem Kalenderjahr 2008 die DMP-Dokumentation ausschließlich auf elektronischem Wege sicherzustellen, weiteren Handlungsbedarf zur Motivation der Teilnahme durch die Vertragsärzte.

### **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 9. Verordnung zur Änderung der RSAV vom 18.02.2004) 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.

## Kumulativer Verlauf der Aufnahme von Brustkrebspatientinnen in das DMP



Von den im Berichtszeitraum insgesamt 2.735 in das DMP Brustkrebs in Brandenburg eingeschriebenen Patientinnen nahmen am 30.06.2006 noch 2.622 Patientinnen aktiv an diesem DMP teil.

### Einordnung

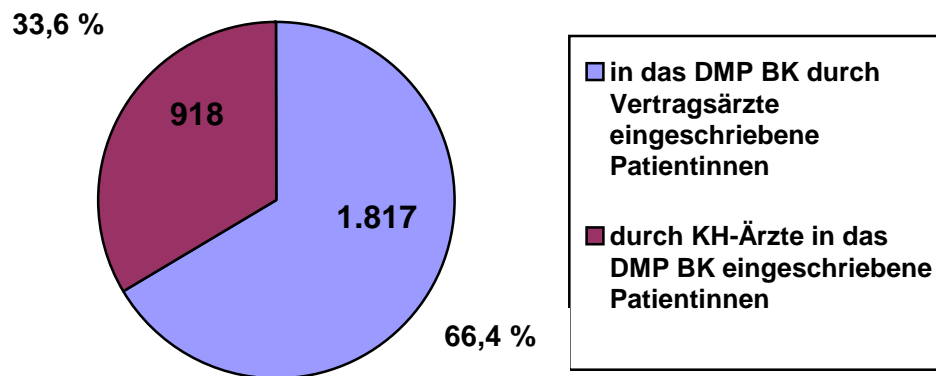
Ausgehend von den Daten des klinisch-epidemiologischen Krebsregister des Landes Brandenburg - veröffentlicht z. B. im Sachbericht Onkologie 2004/2005 des Tumorzentrums Land Brandenburg e. V. [5] - erkranken im Land Brandenburg jährlich etwa 1.500 Frauen neu an Brustkrebs. Die Altersverteilung der in diesem Register erfassten Patientinnen liegt zwischen 23 und 98 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 62 Jahren und einem Median von 62,8 Jahren. Eine gesonderte Auswertung des Lebensalters der in das DMP eingeschriebenen Patientinnen liegt für diesen Berichtszeitraum nicht vor. Legt man den 5-Jahres-Tumornachsorgezeitraum nach primärer Tumortherapie zugrunde, ist von einer entsprechenden Grundgesamtheit von rd. 7.500 Brustkrebspatientinnen im Land Brandenburg auszugehen. Das bedeutet, dass am Ende des Berichtszeitraumes (30.06.2006) rd. 35 % 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 vertragsärztlich tätigen als auch angestellten Frauenärzten in Krankenhäusern, die an diesem DMP teilnehmen, wahrgenommen werden (vgl. Abschnitt 3.1.3).

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

## Anzahl und Anteil der Einschreibungen durch Vertragsärzte und Krankenhausärzte in das DMP Brustkrebs

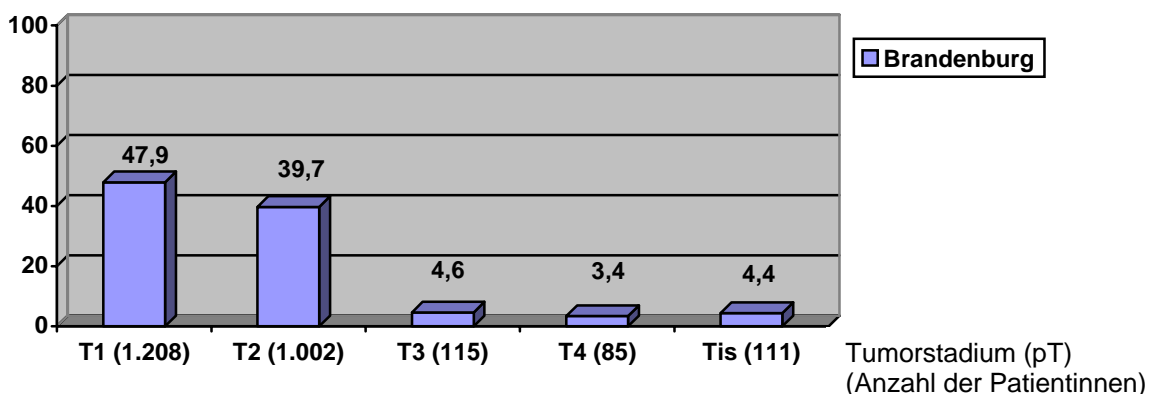


### 5.2.2 Klassifikation der Patientinnen nach den histologischen Befunden

Für die Beschreibung des Patientinnenkollektives ist die Auswertung der Tumorgöße 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 Folgenden ist die Verteilung der im DMP eingeschriebenen Patientinnen nach der Tumorgöße (pT) dargestellt.

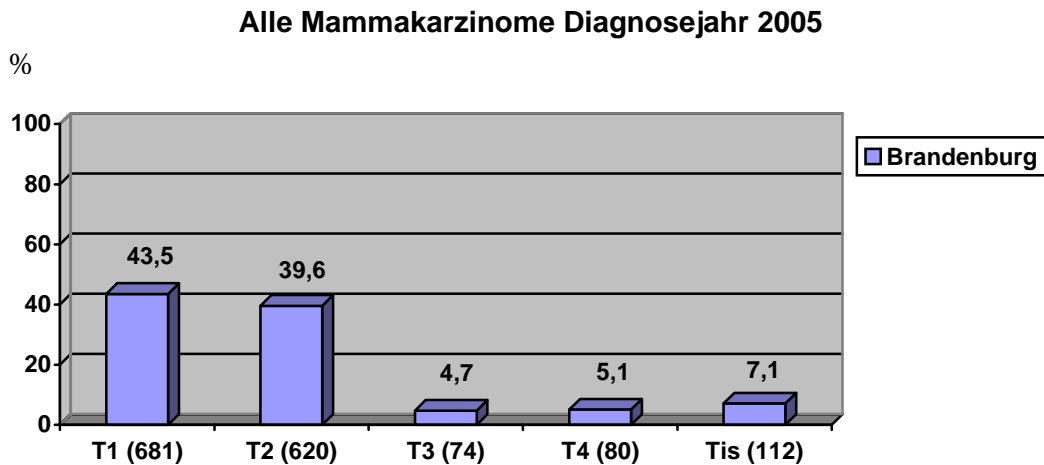
#### Verteilung der Patientinnen nach Tumorgöße



Von den insgesamt 2.735 eingeschriebenen Frauen wurde bei 2.521 eine der fünf aufgeführten Tumorgößen festgestellt.

## Einordnung

Eine Auswertung der Daten der im Jahr 2005 neu diagnostizierten und in das klinisch-epidemiologische Krebsregister aufgenommenen Brustkrebsfälle zeigt hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung nach der Tumorgöße (pT-Klassifikation) eine weitgehende Übereinstimmung mit den entsprechenden Auswertungen der Daten der am DMP Brustkrebs teilnehmenden Patientinnen [5].



(pT0 und keine Angaben zum pT wurden ausgeschlossen; enthalten sind 19 (1,2 %) Mammakarzinome beim Mann)

Quelle: Bisher in dieser Form unveröffentlichte Auswertung der Daten des Klinischen Krebsregisters Brandenburg des Tumorzentrums Land Brandenburg e. V. (Stand der Auswertung Dezember 2006)

## 6. Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien und Erreichung der vertraglich vereinbarten DMP-Qualitätsziele

### 6.1. Steigerung des Anteils brusterhaltender Operationen

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.

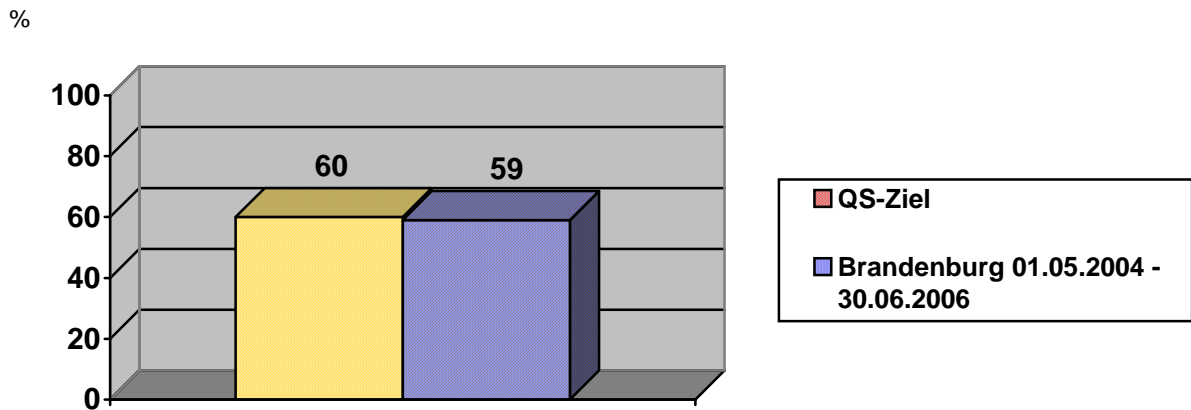
Ein wichtiges Therapieziel bei Brustkrebs ist die Steigerung brusterhaltender Operationen. Dadurch wird eine Erhöhung der Lebensqualität und Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes der Patientinnen erreicht.

#### **DMP-Qualitätsziel 1:**

Als Qualitätsziel wurde im DMP-Vertrag vereinbart, dass nach dem ersten Jahr bei mind. 60 % (bei Tumorstadium pT1 70 %) der operierten Versicherten eine brusterhaltende Therapie durchgeführt werden soll.

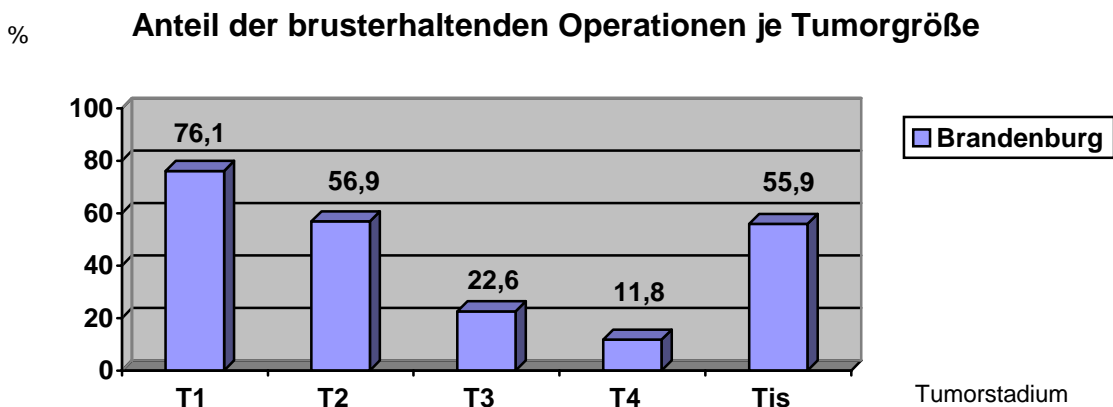
## Ergebnis:

### Anteil der brusterhaltenden Operationen



Insgesamt wurden von 2.735 Patientinnen 2.729 operiert. Von den 2.729 behandelten Frauen wurden 1.609 Patientinnen brusterhaltend operiert. Das entspricht rd. 59 %. Das Qualitätsziel 1 konnte somit im betrachteten Zeitraum fast erreicht werden.

Im Folgenden ist der Anteil brusterhaltender Operation bezogen auf die jeweilige TumorgroÙe dargestellt.



Von 2.521 Patientinnen mit diesen fünf aufgeführten und dokumentierten TumorgroÙen wurde bei 1.587 Patientinnen eine brusterhaltende Operation durchgeföhrt (rd. 63 %).

Von den 2.210 Patientinnen mit den TumorgroÙen T1 und T2 wurden 1.489 brusterhaltend operiert.

Unter Zugrundelegung der Daten der Patientinnen allein mit der TumorgroÙe (T1), von denen 76,1 % eine brusterhaltende Operation erhalten haben, kann das Qualitätsziel 1 insgesamt als erreicht gelten.

Wobei auch zu berücksichtigen ist, dass durch die Einschreibekriterien der Patientinnen auch Operationen erfasst werden, die vor dem betrachteten Dokumentationszeitraum und damit vor der Aufnahme in das DMP Brustkrebs erfolgt sind.

## **Einordnung:**

Im Sachbericht Onkologie 2004/2005 wird für die im Jahr 2004 operierten und im klinisch-epidemiologischen Krebsregister des Landes Brandenburg erfassten Patientinnen mit einem Mammakarzinom mit den Tumorstadien pT1 bzw. pT2 ein Anteil brusterhaltender Operationen von rd. 67 % ausgewiesen [5], was sehr gut mit den entsprechenden Ergebnissen der am DMP Brustkrebs teilnehmenden Patientinnen übereinstimmt. Die Auswertung der BQS weist für Brandenburg im Jahr 2004 für Patientinnen mit pT1/pT2 Mammakarzinomen (insgesamt 861 Patientinnen) einen Anteil brusterhaltender Operationen in Höhe von 69,9 % aus, der in 2005 noch auf 71,5 % gesteigert werden konnte [4]. Die gleiche Auswertung zeigt für 2004 allein für Patientinnen mit einem Stadium pT1, das besonders relevant für das entsprechende DMP-Ziel ist, einen Anteil von 79 % brusterhaltender Operationen für die Brandenburger Krankenhäuser, der in 2005 sogar noch auf 82,2 % gesteigert werden konnte. Diese Zahlen unterstreichen die Vermutung, dass ein hoher Anteil von Patientinnen in das DMP aufgenommen wurden, die vor 2004 operiert wurden und damals der Anteil brusterhaltender Operationen deutlich geringer war. Interessant an der Datenauswertung der BQS ist auch, dass 2005 in Brandenburg in 2,5 % aller Brustkrebsoperationsfälle trotz bestehender medizinischer Indikation eine brusterhaltende Operation von der Patientin abgelehnt wurde.

## **6.2 Sicherstellung der Axilladisektion bei invasivem Tumortyp**

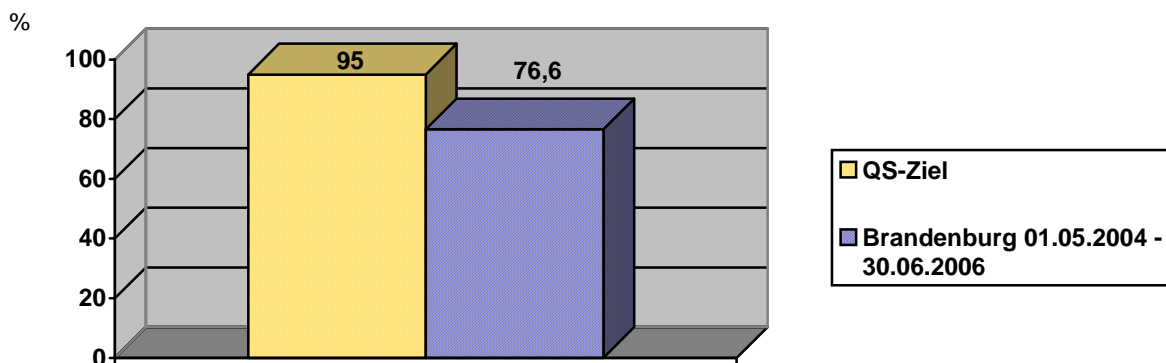
Die Sicherstellung der Axilladisektion ist ein wesentliches Therapieziel bei der Behandlung des Brustkrebses. Sie sollte entsprechend der Anlage 3 der RSAV (in der Fassung der 9. Verordnung zur Änderung der RSAV vom 18.02.2004) bei allen Patientinnen mit einem invasiven operablen Mammakarzinom durchgeführt werden. Aus Level I und II sollten hierbei insgesamt 10 Lymphknoten entfernt und untersucht werden. Nur bei klinischem Befall dieser Level sollte auch die Entfernung von Lymphknoten des Level III erfolgen. Andererseits kann auf die Axilladisektion verzichtet werden bei mikroinvasiven Karzinomen ( $\leq 2$  mm), bei tubulären Karzinomen, die kleiner als 1 cm sind, sowie bei Ductalem Carzinoma in Situ (DCIS), das im Gesunden entfernt worden ist.

### **DMP-Qualitätsziel 2:**

Nach einem Jahr soll bei mind. 95 % der operierten Frauen mit einem invasiven Tumortyp eine Axilladisektion durchgeführt werden.

### **Ergebnis:**

#### **Axilladisektion bei invasivem Tumortyp**



Insgesamt hatten im Berichtszeitraum 2.410 Patientinnen einen invasiven Tumortyp, davon erhielten 1.845 Patientinnen mit invasivem Tumortyp eine Axilladisektion. Das entspricht einem Anteil von 76,6 %.

Im betrachteten Zeitraum wurde das Qualitätsziel 2 nicht erreicht.

Im Rahmen der Therapiefreiheit des Arztes ist angesichts des Leitliniencharakters der RSAV im begründeten Einzelfall allerdings die Durchführung der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei DMP Patientinnen durchaus denkbar, wurde jedoch nicht durch die DMP-Dokumentation erfasst. Erst mit der 13. Verordnung über die Änderung der RSAV ist die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie in die medizinischen Versorgungsinhalte der Anlage 3 der RSAV aufgenommen worden. Insoweit ist davon auszugehen, dass die nächsten Auswertungen in diesem Punkt differenzierter möglich werden.

### Einordnung

Allerdings zeigen auch die Auswertungen im Rahmen des Sachberichtes Onkologie 2004/2005 des Tumorzentrums Land Brandenburg e. V. für Brandenburg in 2004, dass nur in 87 % der Fälle mit invasivem Tumorwachstum eine Axilladisektion bzw. eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt wurde [5], und auch die Auswertungen der BQS weisen für Brandenburg ebenfalls unter Berücksichtigung beider Methoden für 2004 einen Anteil von 76,4 % und für 2005 von 84,7 % aus [4].

Damit besteht auch unter Einbeziehung dieser Daten bezogen auf die entsprechende Zielstellung im Rahmen des DMP Brustkrebs Verbesserungsbedarf.

### 6.3 Sicherstellung ausreichender Anzahl entfernter Lymphknoten

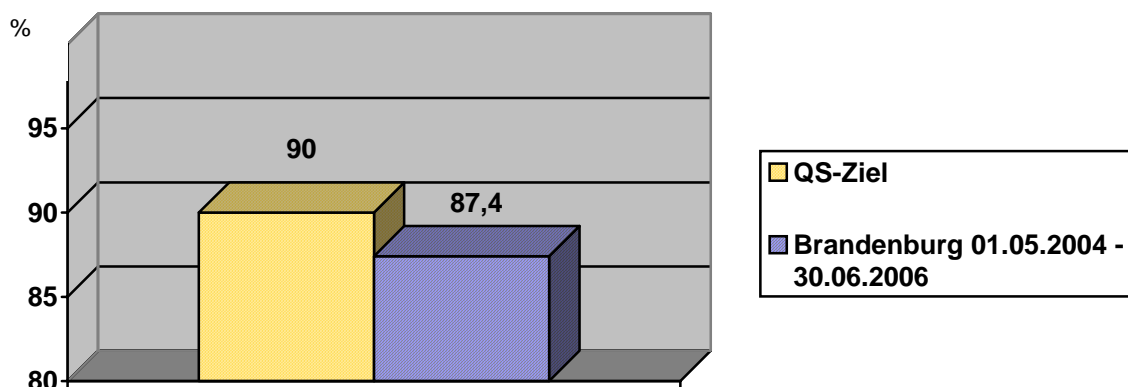
Wie bereits erwähnt, sollten entsprechend der medizinischen Empfehlungen der RSAV (Anlage 3 in der Fassung der 9. Verordnung zur Änderung der RSAV vom 18.02.2004) bei durchgeführter Axilladisektion aus Level I und II insgesamt mindestens 10 Lymphknoten entfernt und untersucht werden. Diese Anzahl gilt als ausreichend.

#### DMP-Qualitätsziel 3:

Nach einem Jahr DMP-Laufzeit soll bei mind. 90 % der operierten Frauen mit axillärer Lymphonodektomie eine ausreichende Anzahl an Lymphknoten entfernt werden.

#### Ergebnis:

#### Ausreichende Anzahl entfernter Lymphknoten



Insgesamt waren es 1.845 Patientinnen mit axillärer Lymphonodektomie, wobei bei 1.613 Patientinnen mindestens 10 Lymphknoten entfernt wurden. Dies entspricht einer Quote von 87,4 %.

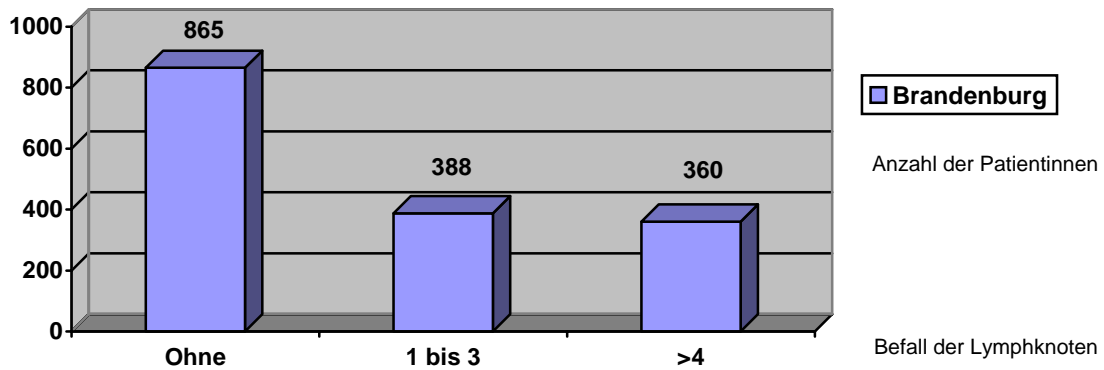
Nicht zu interpretieren ist, dass in 15 Fällen bei dokumentierter Axilladisektion kein Lymphknoten entfernt und untersucht wurde.



Das Qualitätsziel 3, das im Vergleich zu anderen Bundesländern relativ hoch gesteckt ist, wurde im Betrachtungszeitraum fast erreicht.

In der nächsten Abbildung ist die ausreichende Anzahl der entfernten Lymphknoten bei unterschiedlichem Lymphknotenbefall dargestellt.

### Lymphknotenbefall der entfernten Lymphknoten (mind. 10)



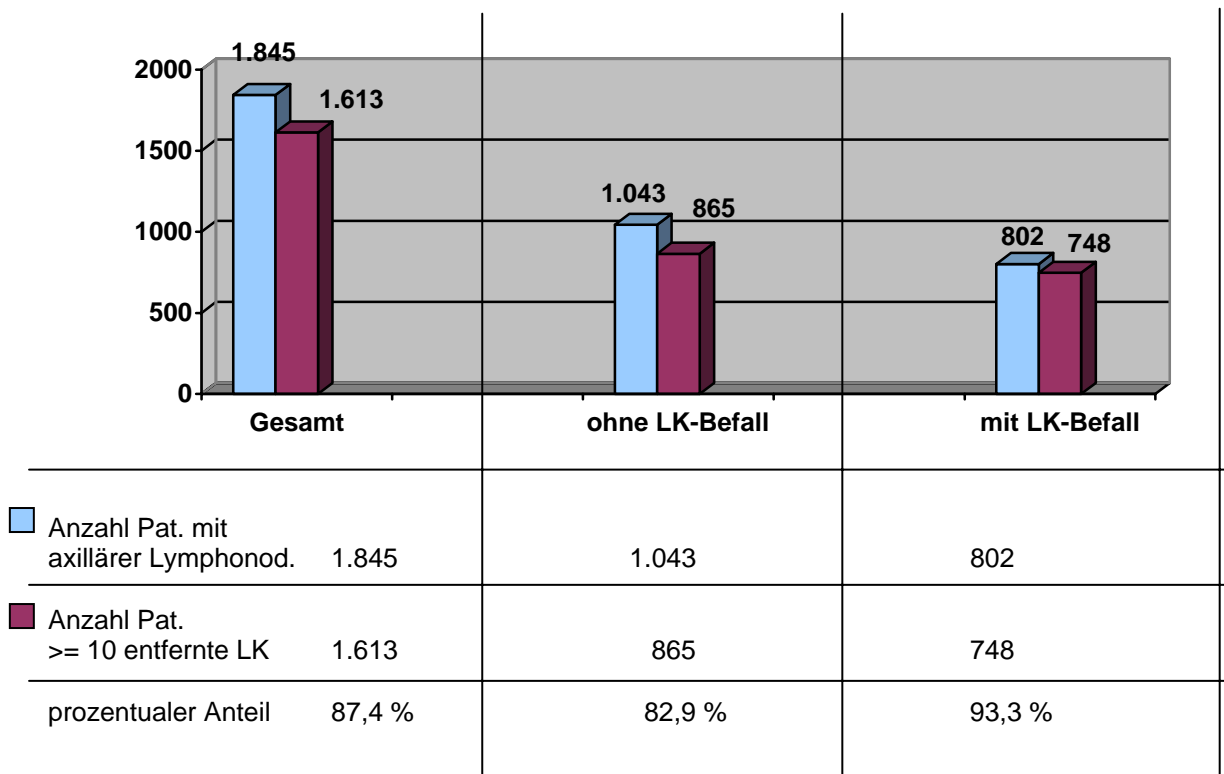
Mehr als 10 Lymphknoten wurden bei 865 Patientinnen ohne Lymphknotenbefall, bei 388 Patientinnen mit einem Befall von einem bis drei Lymphknoten und bei 360 Patientinnen, die einen Lymphknotenbefall von vier oder mehr Lymphknoten aufwiesen, entfernt.

### Einordnung

Die Auswertungen der BQS weisen für Brandenburg bezüglich des Qualitätsparameters - ausreichende Anzahl entfernter und untersuchter Lymphknoten bei durchgeführter Axilladissektion bei invasivem Tumorwachstum – für 2004 einen Anteil von 88,7 % und für 2005 einen Anteil von 88,0 % aus. Auch hier besteht eine weitgehende Übereinstimmung mit den entsprechenden DMP-Datenauswertungen [4].

Zusätzlich zu der Gesamtauswertung zur Sicherstellung der ausreichenden Anzahl entfernter Lymphknoten ist auch eine getrennte Betrachtung von Patientinnen mit positivem Lymphknotenbefall und ohne Lymphknotenbefall vorgesehen. Grundmenge der folgenden Auswertung sind alle Patientinnen mit axillärer Lymphknotenektomie. Ausgewertet wurde ausgehend von der beschriebenen Grundmenge die Angaben in den Feldern „Anzahl entfernter Lymphknoten“ sowie „Anzahl der befallenen Lymphknoten“.

## Ausreichende Anzahl entfernter Lymphknoten nach axillärer Lymphknotendektomie mit und ohne Lymphknotenbefall



Der oben stehenden Abbildung ist die Verteilung der Patientinnen mit axillärer Lymphonodektomie mit oder ohne Lymphknotenbefall und ausreichend entfernter Lymphknoten zu entnehmen. Insgesamt wurden in der Gruppe der 1.043 Patientinnen ohne LK-Befall bei 865 Patientinnen mindestens 10 Lymphknoten entfernt, was einem prozentualen Anteil von 82,9 % entspricht. Bei den 802 Patientinnen mit positivem LK-Befall wurde das Kriterium der ausreichenden Anzahl entfernter und untersuchter Lymphknoten bei insgesamt 748 Patientinnen erfüllt, d. h. bei 93,3 % der betroffenen Frauen.

Auch diese Zahlen unterstreichen die Sinnhaftigkeit, bei indiziert durchgeführter Axilladissektion auch eine ausreichende Anzahl ( $\geq 10$ ) von Lymphknoten zu entfernen und zu untersuchen.

### 6.4 Sicherstellung der Strahlentherapie nach brusterhaltender Operation

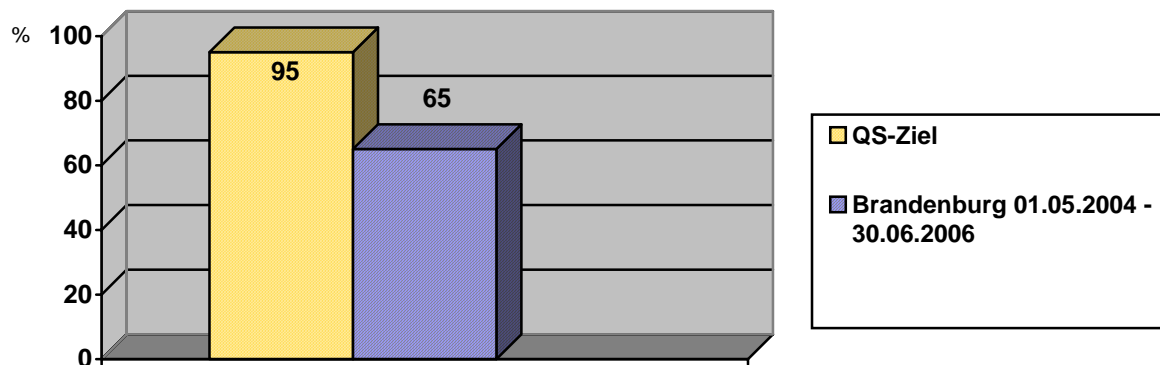
Entsprechend der Empfehlungen der Anlage 3 der RSAV (in der Fassung der 9. Verordnung zur Änderung der RSAV vom 18.02.2004) ist die Strahlentherapie nach brusterhaltender Operation grundsätzlich indiziert und wird unabhängig von der Tumorgröße empfohlen. Verschiedene Studien beweisen mit höchster Evidenz eine Reduzierung der Lokalrezidivrate um zwei Drittel und eine Verbesserung der Gesamtüberlebensrate nach 20 Jahren um absolut 4,9 % [1, 3].

#### DMP-Qualitätsziel 4:

Nach einem Jahr Laufzeit sollen bei mind. 95 % der Frauen, die brusterhaltend operiert wurden, eine Strahlentherapie durchgeführt werden.

#### Ergebnis:

#### Strahlentherapie nach brusterhaltender Operation



Von den betrachteten 1.609 Patientinnen mit einer brusterhaltenden Therapie erhielten 1.046 Patientinnen eine Bestrahlung. Dies entspricht einer Quote von 65 %. Nicht bestrahlt wurden 563 Patientinnen (35 %).

Auch wenn dieses Qualitätsziel im Vergleich zu anderen Bundesländern sehr hochgesteckt wurde, ist es im vorliegenden Zeitraum um so deutlicher verfehlt worden.

#### Einordnung

Im bereits wiederholt aufgeführten Sachbericht Onkologie 2004/2005 des Tumorzentrums Land Brandenburg e. V. wurde für die im klinisch-epidemiologischen Krebsregister erfassten und im Jahr 2004 primär brusterhaltend operierten Patientinnen eine Strahlentherapiequote mit 77 % ausgewiesen [5], die deutlich über der der DMP-Patientinnen liegt. Diese Differenz könnte sich daraus erklären, dass gerade in den letzten 2 – 3 Jahren der Stellenwert der Strahlentherapie gestiegen ist und in das DMP Brustkrebs auch Patientinnen aufgenommen wurden, die bereits 4 bis zu 5 Jahre vor DMP-Aufnahme und damit vor diesen definierten Qualitätsstandards bezüglich der Strahlentherapie brusterhaltend operiert wurden.

#### 6.5 Angemessene medikamentöse Therapie bei nodalpositivem 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 9. Verordnung zur Änderung der RSAV vom 18.02.2004) 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.

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 Therapie. Die Chemotherapie muss in ausreichend hoher Dosierung und ausreichend lange erfolgen.

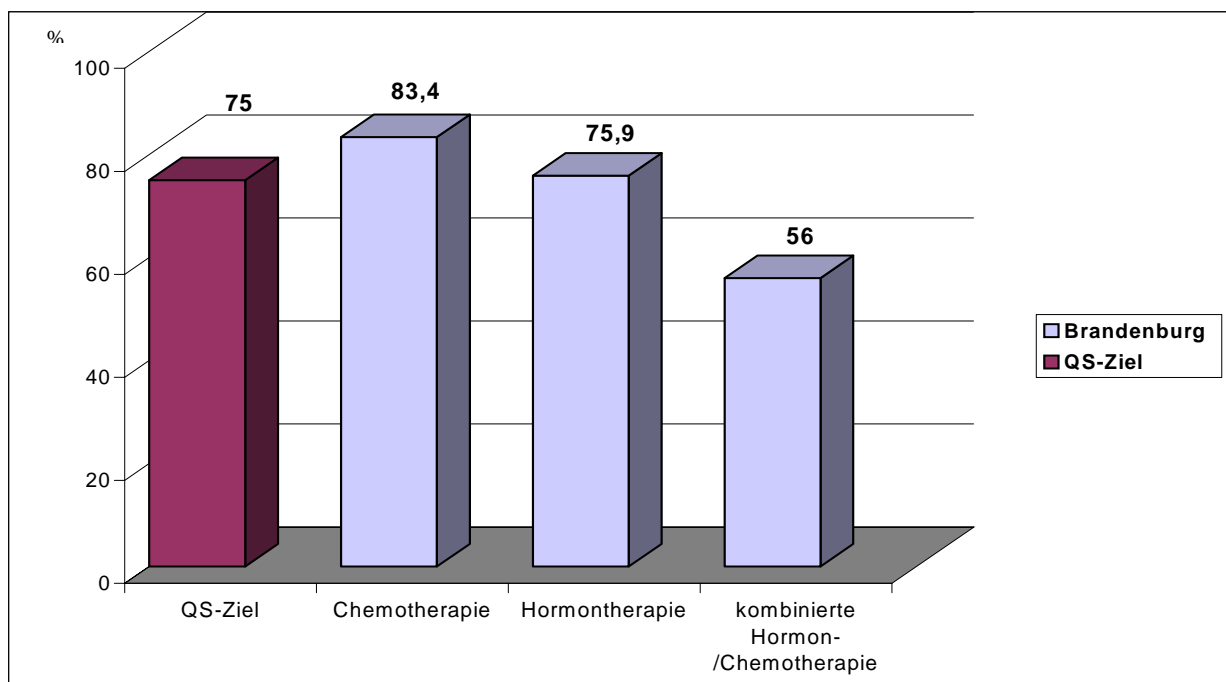
Frauen mit niedrigem Risiko sollten entweder keine adjuvante systemische Therapie oder nur eine antiöstrogene Hormontherapie erhalten.

#### DMP-Qualitätsziel 5:

Nach einem Jahr DMP-Laufzeit soll bei mindestens 55 bis 75 % der nodalpositiven Patientinnen eine angemessene medikamentöse Therapie durchgeführt werden.

#### Angemessene medikamentöse Therapie bei nodalpositivem Tumor

##### Ergebnis:



Als angemessene Therapie im Sinne der RSAV gilt eine Kombination aus einer Chemo- und Hormontherapie bzw. eine Hormonmonotherapie. Insgesamt hatten in dem betrachteten Zeitraum 802 Patientinnen einen nodalpositiven Tumor. Davon erhielten 669 Patientinnen (83,4 %) eine Chemotherapie. Eine Hormonmonotherapie erhielten 609 Patientinnen (75,9 %). 449 Patientinnen (56 %) mit invasivem Tumorbefall und nodalpositivem Befund erhielten eine kombinierte Hormon-Chemo-Therapie.

Das Qualitätsziel 5 ist somit im betrachteten Zeitraum erreicht.

## Einordnung

Auch aus den Datenanalysen des Sachberichtes Onkologie 2004/2005 des Tumorzentrums Brandenburg e. V. geht für die im Jahr 2004 neu erkrankten Mammakarzinompatientinnen mit invasivem Tumorwachstum hervor, dass rd. 80 % dieser Patientinnen eine adjuvante Therapie erhalten haben. 70 % der hormonrezeptorpositiven Patientinnen haben eine adäquate endokrine Therapie erhalten [5]. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass diese Prozentsätze unter Berücksichtigung jahresübergreifender Behandlungen (Primäroperation im Dezember, Einleitung der adjuvanten Therapie im Januar des neuen Jahres) und der Verzögerungen bei der Datenerfassung für das klinisch-epidemiologische Krebsregister in Brandenburg tatsächlich patientenbezogen noch höher ausfallen.

Insgesamt zeigt sich jedoch eine große Übereinstimmung der Ergebnisse der ausgewerteten DMP-Daten mit den entsprechenden Daten des Klinischen Krebsregisters im Land Brandenburg.

### 6.6 Steigerung des Anteils der Stanzbiopsien zur Diagnosesicherung

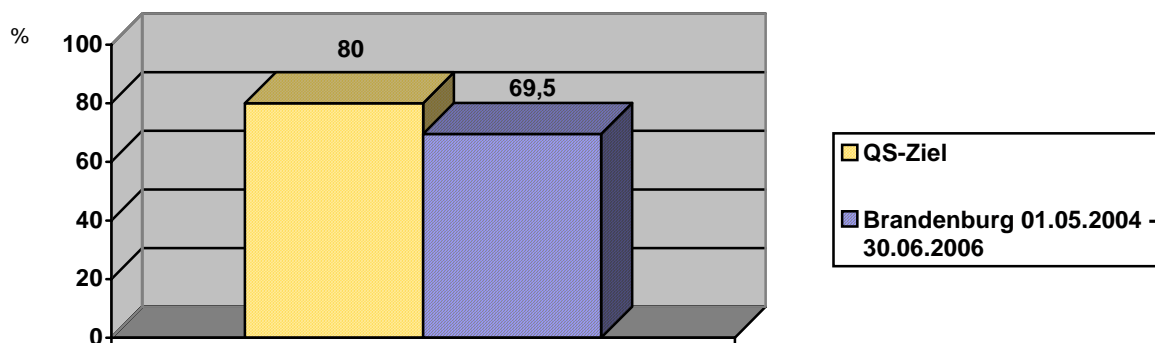
Entsprechend den medizinischen Versorgungsinhalten nach Ziffer 1.3 der Anlage 3 der RSAV (in der Fassung der 9. Verordnung zur Änderung der RSAV vom 18.02.2004) muss im Rahmen der Diagnosesicherung vor Einleitung der Primärtherapie neben der klinischen Untersuchung einschließlich der Suche nach Metastasen und der Mammographie in 2 Ebenen auch eine Gewebeentnahme mit histologischer Untersuchung durchgeführt werden. Dabei hat als Methode die Stanzbiopsie eine hervorgehobene Stellung und ist ein besonders zu empfehlendes diagnostisches Verfahren.

#### DMP-Qualitätsziel 6:

Nach einem Jahr DMP-Laufzeit soll bei 80 % der operierten Patientinnen vor der Operation das Gewebe für die Diagnosesicherung per Stanzbiopsie gewonnen werden.

#### Ergebnis:

#### Anteil der Stanzbiopsien als Methode der Materialgewinnung zur histologischen Diagnosesicherung



Die Auswertung dieses Qualitätszieles bezieht sich auf die Grundgesamtheit aller Patientinnen, für die eine plausible Erstdokumentation im Auswertungszeitraum abgegeben wurde, d. h. 2.735 Patientinnen. Bei diesen Patientinnen wurde in 1.901 Fällen das Material zur histologischen Diagnosesicherung mittels Stanzbiopsie gewonnen. Das entspricht einem Anteil von 69,5 %. In 240 Fällen, d. h. 30,5 %, erfolgte die Gewebeentnahme durch andere Methoden wie der Feinnadelbiopsie, offenen Biopsien oder mittels Mammotom.

Das Qualitätsziel ist damit im Berichtszeitraum nicht erreicht worden. Auch hier empfehlen die Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung in den Fortbildungen und Qualitätszirkeln auf die Möglichkeiten und Vorteile der Stanzbiopsieverfahren insbesondere gegenüber der offenen Biopsie hinzuweisen.

### 6.7 Erhöhung des Anteils der Bestimmung des Rezeptorstatus

Die Suppression der Ovarialfunktion in Kombination mit einer antiöstrogenen Therapie stellt nach Ziffer 1.4.5 der Anlage 3 der RSA (in der Fassung der 9. Verordnung zur Änderung der RSAV vom 18.02.2004) eine wirksame Behandlung bei prämenopausalen Frauen mit hormonrezeptorpositivem Befund dar.

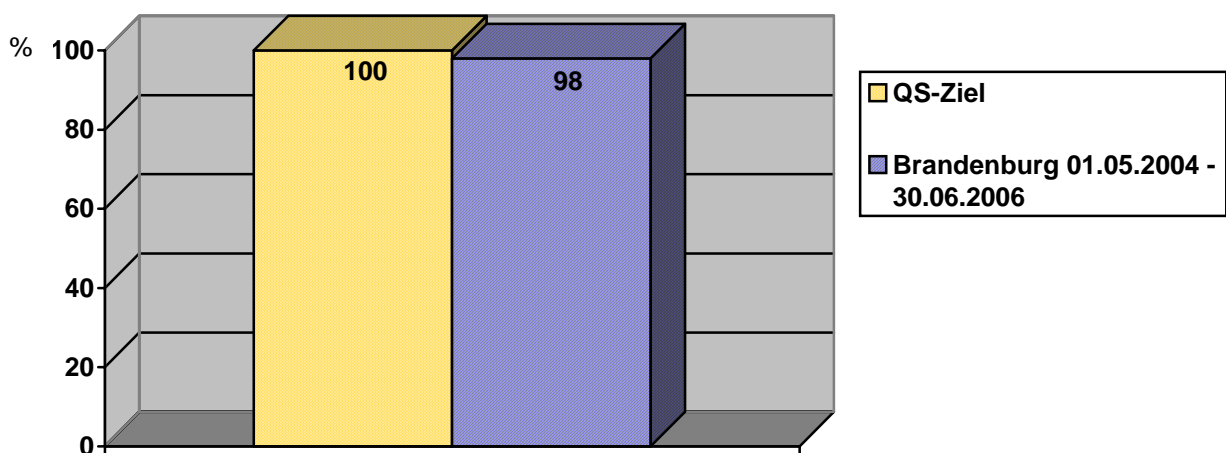
Der Arzt muss daher die Indikationsstellung für eine solche Therapie überprüfen. Insofern gehört die Hormonrezeptorbestimmung zu den für eine definitive Therapieplanung notwendig zu erhebenden pathomorphologischen Befunden.

#### DMP-Qualitätsziel 7:

Nach einem Jahr Laufzeit soll bei 100 % der Patientinnen der Hormonrezeptorstatus vor der Operation bestimmt werden.

#### Ergebnis:

#### Bestimmung des Hormonrezeptorstatus



In die Auswertung wurden die Daten der insgesamt 1.514 Patientinnen einbezogen, die sich zum Zeitpunkt der Dokumentation noch nicht im Stadium der Nachsorge befanden. Bei diesen Patientinnen wurde insgesamt 30 mal der Rezeptorstatus als „unbekannt“ dokumentiert, das sind rd. 2 %.

Das Qualitätsziel 7 ist somit nur knapp nicht erreicht worden. In den Fortbildungen und Qualitätszirkeln ist weiterhin auf die Notwendigkeit der präoperativen Hormonrezeptorbestimmung als wesentlichen Teilparameter für die Gesamttherapieplanung hinzuweisen.

## Einordnung

Aus der Jahresauswertung 2005 – Mammachirurgie der BQS-Daten im Auftrag der LQS Brandenburg - geht hervor, dass in 2005 bei 96,4 % aller Patientinnen mit einem invasiven Mammakarzinom eine Hormonrezeptoranalyse durchgeführt wurde [4]. Auch in diesem Bereich zeigt sich eine weitgehende Näherung der Ergebnisse mit den entsprechenden Auswertungen der DMP-Daten.

## 7. Zusammenfassung und Ausblick

Die im Rahmen der Umsetzung des DMP Brustkrebs zum 30.06.2006 vertraglich eingebundenen 180 Frauenärzte und 13 Krankenhäuser ermöglichen grundsätzlich allen gesetzlich krankenversicherten und an Brustkrebs erkrankten Frauen im Land Brandenburg an diesem Programm teilzunehmen. Dennoch ist gemessen an der erwarteten Zahl von Patientinnen mit 35 % nur ein vergleichsweise geringer Anteil von Patientinnen in diesem Programm eingebunden.

Davon ausgehend, dass im Klinischen Krebsregister und im Tumornachsorgesystem Brandenburgs über 90 % aller Brustkrebspatientinnen erfasst sind, bleibt zu hoffen und wird auch erwartet, dass die mit der 13. ÄndV der RSAV verbundenen Entlastungen beim Dokumentationsaufwand, die Nutzung der Möglichkeiten des e-DMP sowie der angekündigte weitere Bürokratieabbau die Akzeptanz und das Engagement der Ärzte und Krankenhäuser im DMP Brustkrebs erhöhen werden und den betroffenen Patientinnen aktiver als bisher die Teilnahme an diesem Programm angeboten wird.

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,
- angemessene medikamentöse Therapie bei nodalpositivem Tumor und
- Bestimmung des Hormonrezeptorstatus

im wesentlichen erreicht wurden. Dagegen wurden die Ziele bezüglich der Qualitätsindikatoren

- Anteil der Stanzbiopsien zur Diagnosesicherung,
- Sicherstellung der Durchführung einer Axilladissektion bei invasivem Tumorwachstum sowie
- Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl (mind. 10) entfernter Lymphknoten bei erfolgter Axilladisektion

nicht erreicht. Zu den beiden letzteren Qualitätsindikatoren ist jedoch anzumerken, dass sich in den letzten Jahren die sog. Sentinel-Lymphknotenmethode etabliert hat und mit der 13. RSAV-ÄndV auch in die medizinischen Versorgungsinhalte des DMP Brustkrebs aufgenommen wurde. Da diese Methode in den Dokumentationen nicht erfasst wurde, ist der Aussagewert hinsichtlich der Zielerreichung begrenzt. In Umsetzung der 13. RSA-ÄndV und mit der Einführung der ab 01.07.2006 eingeführten neuen Dokumentationsbögen, mit denen auch diese Methode erfasst wird, wird eine differenzierte Aussage möglich sein.

Vor dem Hintergrund, dass die Methode der Stanzbiopsie nach wie vor das empfohlene Standardverfahren zur Diagnosesicherung darstellt, ist das diesbezüglich erreichte Ergebnis verbesserungsorientiert zu diskutieren.





Die deutlichste Abweichung vom vereinbarten Zielwert ist bei dem Qualitätsindikator

- Sicherstellung der Strahlentherapie nach brusterhaltender Operation

festzustellen. Hier sollte unbedingt weiterhin in den Qualitätszirkeln und interdisziplinären Tumorkonsilen eine weiterführende Ursachenanalyse erfolgen und eine konsequentere Umsetzung der Therapieempfehlungen angestrebt werden.

Um diesen im Rahmen der Qualitätssicherung und –verbesserung notwendigen Diskussionsprozess zu unterstützen, haben sich die Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung entschlossen, das ärztliche Feedbackverfahren um spezifische individuelle bzw. einrichtungsbezogene Datenauswertungen zu ergänzen. Dies setzt natürlich einen entsprechenden, statistisch auswertbaren Datenumfang voraus, der in den vergangenen Jahren noch nicht erreicht wurde.

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 bzw. der BQS-Datensätze eine gute Übereinstimmung zeigen. Das spricht einerseits für die Plausibilität der DMP-Datenauswertung und zeigt andererseits mit Blick auf den angestrebten weiteren Bürokratieabbau auch entsprechende Möglichkeiten für eine Optimierung der verschiedenen Qualitätssicherungsprozesse, gerade bezogen auf die Behandlung von Brustkrebs, auf.

## 8. 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 Jahresauswertung 2005 Mammachirurgie, Qualitätsindikatoren, Brandenburg gesamt – Eine Auswertung der quant GmbH, Hamburg, im Auftrag der LQS Brandenburg
- 5 Sachbericht Onkologie 2004/2005, Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregister; veröffentlicht unter [www.tumorzentrum-brandenburg.de](http://www.tumorzentrum-brandenburg.de)
- 6 Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III; Unter-Über-Fehlversorgung, Gutachten 2000/2001, Baden-Baden: Nomos