

QUALITÄTSBERICHT 2005

Disease-Management-Programme in Westfalen-Lippe - DMP Brustkrebs -

Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme Westfalen-Lippe
Rosa-Luxemburg-Straße 16 · 44141 Dortmund

KVWL Kassenärztliche
Vereinigung
Westfalen-Lippe

Im Dienst der Medizin.

1.	DMP Brustkrebs	3
1.1	Ziele des DMP Brustkrebs	3
1.2	Kooperation der Versorgungsebenen	3
1.3	Teilnehmende Ärzte und stationäre Einrichtungen	4
1.3.1	Teilnahmevoraussetzungen DMP-verantwortlicher Vertragsarzt	4
1.3.2	Teilnahmevoraussetzungen Brustkrebschwerpunkte	5
1.3.3	Anzahl der teilnehmenden Ärzte und Brustkrebschwerpunkte	5
1.4	Datenumfang, Datenmanagement, Datenqualität	6
1.5	Beschreibung des Patientinnenkollektivs	6
1.5.1	Diagnosesicherung	7
1.5.2	Tumorbefunde	8
1.6	Erreichung der Qualitätsziele des DMP-Vertrags	9
1.6.1	Anforderung an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien	9
1.6.2	Sicherstellung Axilladisektion bei invasivem Tumortyp	10
1.6.3	Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl entfernter Lymphknoten	11
1.6.4	Sicherstellung Strahlentherapie nach brusterhaltender OP	12
1.6.5	Angemessene medikamentöse Therapie bei nodalpositivem Tumor	13
1.6.6	Einweisung der Versicherten in ein am DMP teilnehmendes Krankenhaus	14
1.6.7	Vollständige und plausible Dokumentation	15
1.7	Resümee der Ergebnisse des DMP Brustkrebs Westfalen-Lippe	15
1.8	Literatur	15
2.	Anhang	16
2.1	Abbildungsverzeichnis	16
2.2	Tabellenverzeichnis	16

1. DMP Brustkrebs

Die Vertragspartner in Westfalen-Lippe haben im Juli 2003 ein „strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen“ als erstes DMP in Deutschland vereinbart. Seitdem können Ärzte ihre Teilnahme an dem Programm erklären und Patientinnen in das DMP einschreiben.

1.1 Ziele des DMP Brustkrebs

Ziel des DMP Brustkrebs ist es,

- die Patientinnen, bezogen auf ihren Krankheitsfall und unter angemessener Berücksichtigung ihres Lebensumfeldes, während des Behandlungsprozesses zu begleiten;
- sie durch gezielte, patientinnenorientierte qualitativ gesicherte Informationen aufzuklären;
- die Lebensqualität der Patientinnen zu verbessern;
- den operativen Standard insbesondere durch eine nachhaltige Senkung der Anzahl der Mastektomien zu verbessern;
- den Standard der adjuvanten Therapie zu verbessern;
- durch ein strukturiertes Begleitungs- und Beratungsangebot im psychosozialen Bereich eine bessere Verarbeitung der individuell empfundenen Gesundheitsgefährdung zu ermöglichen sowie eine
- umfassende Nachsorge, insbesondere im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation zu gewährleisten.

1.2 Kooperation der Versorgungsebenen

In Anlage 6 des DMP-Vertrags werden die medizinischen Inhalte für das DMP Brustkrebs beschrieben, die in wortidentischer Form aus der RSAV übernommen wurden. Daraus ergeben sich unter anderem die folgenden Aufgaben für die teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen:

Tabelle 1.1: Aufgaben der Leistungserbringer im DMP Brustkrebs

Arzt / Einrichtung	Aufgaben
DMP-verantwortlicher Vertragsarzt	<ul style="list-style-type: none"> • Beachtung der Versorgungsinhalte der RSAV • Koordination der Behandlung der Patientinnen insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer • Durchführung von intensivierten Patientinnengesprächen • Information, Beratung und Einschreibung der Patientin • Information der Patientinnen über die am Vertrag teilnehmenden stationären Einrichtungen • Beachtung der Qualitätsziele einschließlich einer qualitätsgesicherten Arzneimitteltherapie • Erstellung und Weiterleitung der Dokumentationen • Regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln

Über/- Einweisungskriterien	
Fachärzte / stationäre Einrichtungen	<p>Soweit der DMP-verantwortliche Vertragsarzt die Leistungen nicht selbst erbringt, wird die Patientin überwiesen</p> <ul style="list-style-type: none"> • zur bildgebenden Diagnostik an einen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Facharzt für Radiologie oder Facharzt für Diagnostische Radiologie; • zur Gewebeentnahme an einen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Facharzt für Radiologie oder Facharzt für Diagnostische Radiologie; • zur Durchführung der Strahlentherapie an einen Facharzt für Strahlentherapie oder Facharzt für Radiologie, Teilgebiet Strahlentherapie; • zur Durchführung der Chemotherapie sowie Mitbehandlung während des gesamten Behandlungsprozesses an einen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Facharzt für innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämato-Onkologie oder eine stationäre Einrichtung. • Die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung soll bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder bei einem psychologischen Psychotherapeuten erfolgen.
Brustkrebs-schwerpunkt	<ul style="list-style-type: none"> • Die operative Therapie sollte durch ausgewählte, am DMP teilnehmende Krankenhäuser (Brustkrebschwerpunkte) durchgeführt werden.

1.3 Teilnehmende Ärzte und stationäre Einrichtungen

1.3.1 Teilnahmevoraussetzungen DMP-verantwortlicher Vertragsarzt

Die Teilnahme am DMP Brustkrebs ist freiwillig. Die Teilnahme als DMP-verantwortlicher Vertragsarzt können die Ärzte folgender Arztgruppe erklären:

- An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Teilnahmevoraussetzungen	Zeitpunkt / Häufigkeit
Qualifikation des DMP-verantwortlichen Vertragsarztes:	
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Bei Antragstellung
Fortbildungscurriculum Brustkrebs	Spätestens innerhalb von 12 Monaten nach Antragstellung
Teilnahme an Qualitätszirkeln	Mindestens einmal jährlich

1.3.2 Teilnahmevoraussetzungen Brustkrebschwerpunkte

Krankenhäuser, die am DMP Brustkrebs teilnehmen, müssen unter anderem die folgenden Leistungen für ihre Patientinnen anbieten:

- operative Therapie;
- bildgebende Diagnostik;
- histologische Befundung;
- strahlentherapeutische Behandlung;
- medikamentöse (insbesondere onkologische) Behandlung.

Darüber hinaus soll die stationäre Einrichtung der Patientin die Möglichkeit einer psychosozialen Betreuung anbieten und mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten. Besteht die medizinische Notwendigkeit, die Patientin mit Heil- und Hilfsmitteln zu versorgen, muss die stationäre Einrichtung in der Lage sein, dies in Kooperation mit entsprechenden Leistungserbringern sicherzustellen.

Ist eine stationäre Einrichtung nicht in der Lage, diese Leistungen im eigenen Haus anzubieten, ist eine Kooperation mit niedergelassenen Vertragsärzten mit entsprechenden Qualifikationen oder mit einer weiteren stationären Einrichtung erforderlich.

Die teilnehmenden Krankenhäuser müssen innerhalb eines Jahres mindestens 150 Erstoperationen bei Brustkrebs nachweisen. Werden die operativen Leistungen auf mehrere Standorte verteilt, müssen die einzelnen Standorte innerhalb eines Jahres mindestens 100 Erstoperationen bei Neuerkrankungen nachweisen. Pro Operateur sind in beiden Fällen mindestens 50 Operationen zu erbringen. Durch die Festlegung von Mindestzahlen soll eine Konzentration der Leistungserbringung und damit eine Verbesserung der operativen Brustkrebstherapie erreicht werden. In der wissenschaftlichen Diskussion ist es durchaus umstritten, ob diese Mindestzahlen in einem direkten Zusammenhang mit der Qualität der Brustkrebstherapie stehen.

Die am DMP teilnehmenden Brustkrebschwerpunkte haben sich dazu verpflichtet, unter anderem die folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen:

- Einrichtung und Durchführung von interdisziplinären Tumorkonferenzen und Qualitätszirkeln sowohl krankenhausintern als auch mit den am Behandlungsprozess beteiligten Kooperationspartnern und niedergelassenen Vertragsärzten;
- regelmäßige Fortbildung des medizinischen Personals zum Thema Brustkrebs sowie die
- zeitnahe Übermittlung der Patientinnendokumentation in Form eines Arztbriefes an den DMP-verantwortlichen Vertragsarzt (spätestens am 3. Werktag nach Entlassung). Auf Wunsch wird der Patientin ein Duplikat des Arztbriefes ausgehändigt.

1.3.3 Anzahl der teilnehmenden Ärzte und Brustkrebschwerpunkte

Am DMP Brustkrebs nahmen 762 niedergelassene Gynäkologen teil. In Westfalen-Lippe sind zu diesem Zeitpunkt 922 Gynäkologen zugelassen. Dies entspricht einer Teilnahmequote von ca. 83%. Somit erscheint die grundsätzliche Teilnahmebereitschaft der Gynäkologen vergleichsweise hoch.

Die faktische Beteiligung im Sinne der Einschreibung und Betreuung der von Brustkrebs betroffenen Patientinnen stellt sich differenzierter dar, insofern nur ca. 618 Gynäkologen im zweiten Halbjahr 2005 tatsächlich auch DMP relevante Dokumentationen an die Datenstelle weitergeleitet haben.

Neben den niedergelassenen Ärzten nehmen über 30 Brustzentren am DMP Brustkrebs teil.

1.4 Datenumfang, Datenmanagement, Datenqualität

Von Vertragbeginn im Juli 2003 bis zum Ende des Jahres 2005 liegen 12.153 plausible Erstdokumentationen vor.

In der folgenden Darstellung werden nur Patientinnen berücksichtigt, für die eine gültige Erstdokumentation und eine aktuelle Folgedokumentation vorliegt, die aus dem 2. Halbjahr 2005 stammt. Hierbei handelt es sich um 10.263 Patientinnen. Diese werden von 620 Praxen betreut. Etwa die Hälfte der Praxen betreut maximal 15 Frauen, die in das DMP Brustkrebs eingeschrieben wurden. 20% der Praxen haben dagegen mehr als 32 Patientinnen in dieses DMP eingeschrieben.

Jedes zweite Quartal erstellen die teilnehmenden DMP-Ärzte für die Versicherten eine Folgedokumentation. Bis Ende 2005 liegen insgesamt ca. 22.860 auswertbare Folgedokumentationen vor.

1.5 Beschreibung des Patientinnenkollektivs

Die Patientinnen sind bei Einschreibung in das DMP im Durchschnitt $60,1 \pm 12,1$ Jahre alt. 26,2% sind jünger als 52 Jahre. Im Mittel sind die Frauen im Alter von $59,3 \pm 12,2$ Jahren an Brustkrebs erkrankt. Ca. 23,8% der Frauen sind vor dem Eintritt der Menopause erkrankt.

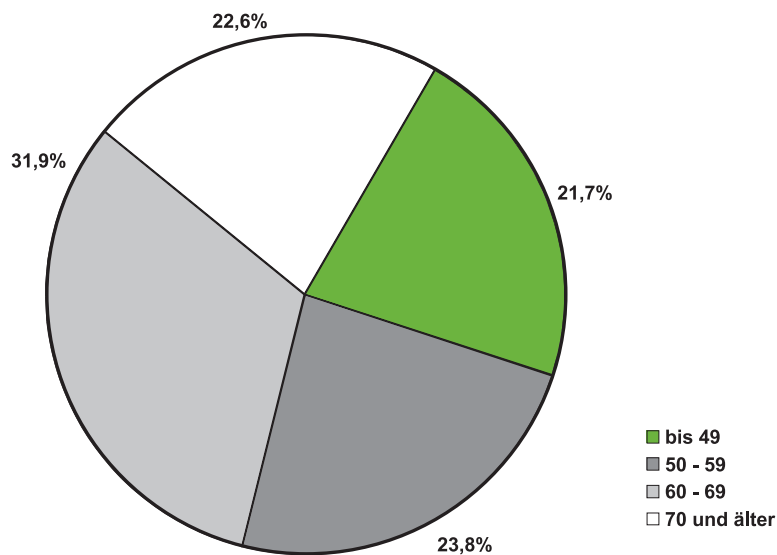


Abbildung 1: Alter bei DMP-Einschreibung

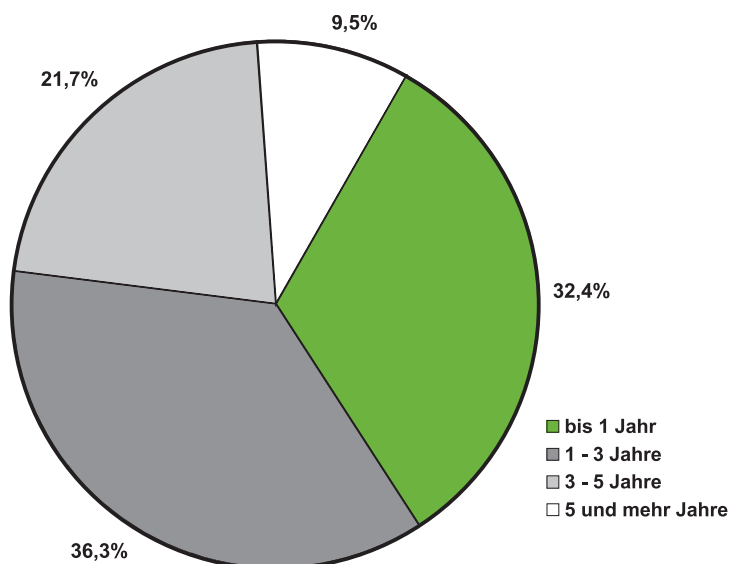


Abbildung 2: Erkrankungsdauer der Patientinnen

1.5.1 Diagnosesicherung

Hintergrund:

Die Basisdiagnostik jeder suspekten Brustveränderung besteht nach aktuellen Leitlinien aus der klinischen Untersuchung, der bildgebenden Diagnostik (Mammographie und evtl. zusätzlich Sonographie) und der histologischen Verifizierung.

Die Kernspintomographie (MRI) kann zusätzlich bei Verdacht auf eine Multizentrität des Tumors erforderlich sein und ebenso bei Patienten mit Verdacht auf ein Lokalrezidiv andere bildgebende Verfahren in ihrer Aussagekraft ergänzen.

Jeder verdächtige Befund sollte durch Biopsie bezüglich der Dignität geklärt werden.

Vor der OP-Planung und der Entscheidung über die prä- bzw. postoperativen adjuvanten Therapien muss eine definitive Diagnosesicherung erfolgen. Hierzu werden offene oder geschlossene (Hochgeschwindigkeits-Stanzbiopsie oder Vakuumstanzbiopsie) Verfahren der Gewebentnahme vorgenommen. Bei nicht tastbaren Läsionen sollten stereotaktische oder ultraschallgeführte Biopsieverfahren eingesetzt werden.

Die Mehrzahl dieser Eingriffe erfolgt heute ambulant. Offene Entnahmen sind als operative Eingriffe in der Regel belastender und sollten nach Möglichkeit vermieden werden.

Eine anschließende Untersuchung des Biopsiepräparates schafft nähere Gewissheit über den Grad der Bösartigkeit des Tumors und erlaubt eine Bestimmung der hormontherapeutischen Beeinflussbarkeit des Tumorwachstums.

Ergebnis:

Bei einer zunehmenden Zahl von Brustkrebspatientinnen, die in jüngerer Zeit erkrankt sind, wird die Diagnosesicherung durch eine Feinnadel- oder Stanzbiopsie eingeleitet. So werden im Jahr 2004 bei 55,6% und im Jahr 2005 bei 67,7% der an Brustkrebs erkrankten Frauen mit diesem Verfahren Biopsien genommen. Offene Biopsien scheinen dagegen zunehmend seltener vorgenommen zu werden, insoweit bei den im Jahr 2005 erkrankten DMP-Patientinnen nur noch in 25,5% der Fälle eine solche Verfahrenstechnik erfolgt ist.

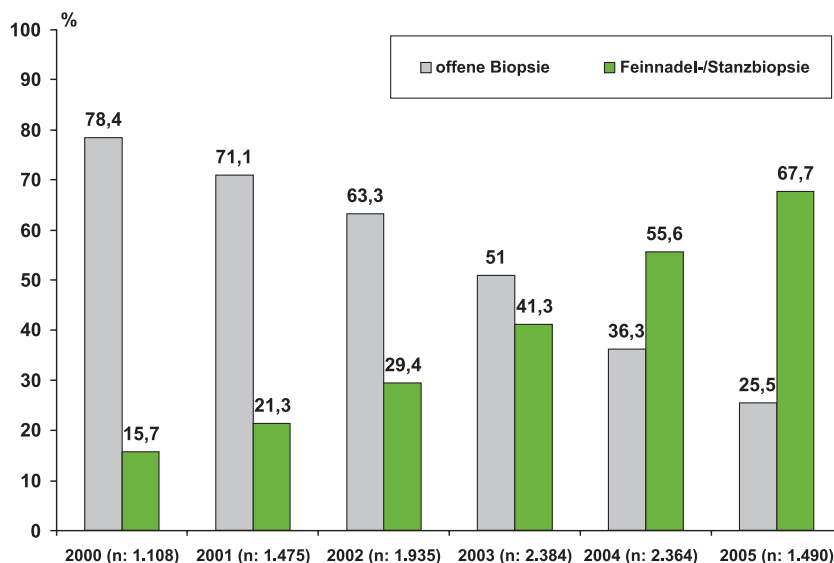


Abbildung 3: Diagnoseabsicherung durch unterschiedliche Biopsieverfahren

1.5.2 Tumorbefunde

Hintergrund:

Als Brustkrebs werden invasive, d. h. in das Gewebe eindringende bösartige Tumoren bezeichnet. Sie sind in den häufigsten Fällen im oberen äußeren Viertel der Brust lokalisiert, das das meiste Drüsengewebe enthält.

Es lassen sich vom Milchgang ausgehende (duktale Karzinome) und vom Drüsenlappen ausgehende (lobuläre) Tumore unterscheiden. Zu den noch nicht bösartigen Vorstufen des Brustkrebs zählen entsprechend dieser Zuordnung das intraduktale sowie das lobuläre Karzinoma in situ. Insbesondere das intraduktale in-situ-Karzinom kann eine beträchtliche Ausdehnung erreichen, die eine Entfernung der Brust unvermeidlich werden lässt.

Die Ausbreitung des Mammakarzinoms wird nach dem TNM-System 6. Auflage (UICC 2002) beurteilt. Dabei wird die Größe des Primärtumors (T), die regionale Ausbreitung des Tumorgewebes in die regionalen Lymphknoten (N) und das eventuelle Vorliegen von Fernmetastasen (M) zugrundegelegt.

Ergebnisse:

Insgesamt liegt bei 10.190 von 10.263 Frauen ein T1 oder T2-Befund vor. Die überwiegende Zahl der Patientinnen (49,4%) weist einen Tumorbefund von weniger als zwei Zentimeter auf. Bei weiteren 5,6% der Patientinnen wird ein Carcinoma in situ-Befund dokumentiert. Erwartungsgemäß steigt mit dem Alter der Anteil von Patientinnen, die große Tumore aufweisen.

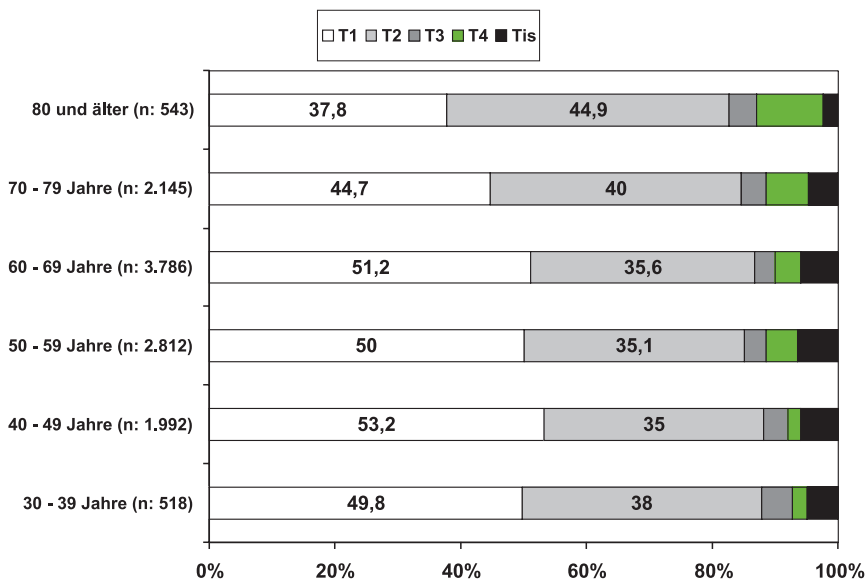


Abbildung 4: Tumorgöße nach Alter der Patientinnen

Prognostisch günstige Karzinome, d. h. solche bei denen kein Hinweis auf einen Lymphknotenbefall oder eine Metastasierung vorliegt, liegen bei 57,2% der Patientinnen vor. Bei weiteren 3,3% sind Fernmetastasen bei fehlender Evidenz für einen Lymphknotenbefall zwar wenig wahrscheinlich, aber nicht sicher beurteilbar. In 33,5% aller Fälle sind die Lymphknoten befallen. Bei 3,9% der Patientinnen liegen Fernmetastasen vor. Bei 2,6% ist eine umfassende Einstufung im Sinne einer kombinierten Betrachtung der Größe des Primärtumors, des Lymphknotenbefalls und einer Metastasierung nicht möglich.

Einordnung:

Gemäß den Angaben der BQS zu über 106.400 mammachirurgischen Eingriffen in mehr als 1.140 deutschen Krankenhäusern aus dem Jahr 2004 zeigen sich ähnliche Verhältnisse bei der Verteilung nach Tumorgröße und Schweregrad des Befundes.

Während der Anteil von Frauen mit einem T1-Befund in der bundesweiten Statistik 48,4% betrug, weisen von allen DMP-Patientinnen 49,4% einen solchen Tumorgrößenbefund auf. Somit sind von allen im DMP Westfalen-Lippe beteiligten Frauen nur geringfügig mehr in einem frühen Stadium der Erkrankung erkannt worden.

Dieser Situation entspricht auch der Vergleich hinsichtlich des Anteils von Patientinnen mit fehlender Lymphknotenbeteiligung, der bei den im DMP Westfalen-Lippe beteiligten Frauen mit 61,6% deutlich höher ist als im Bundesdurchschnitt, wo nur 50,9% der dokumentierten Patientinnen einen solchen günstigen Befund aufwiesen.

Schließlich war bundesweit bei 7,9% der Frauen eine Fernmetastasierung festgestellt worden, während dies bei den DMP-Patientinnen (3,9%) deutlich seltener der Fall war.

1.6 Erreichung der Qualitätsziele des DMP-Vertrags

1.6.1 Anforderung an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien

Hintergrund:

Die Therapie muss nach individueller Risikoabschätzung unter Berücksichtigung der relevanten Begleitumstände und der Lebensqualität erfolgen (z. B. Alter, Begleiterkrankungen, psychosoziale Umstände). Alle Patientinnen sollen im DMP insbesondere über die brusterhaltende Therapie und die modifizierte radikale Mastektomie mit und ohne Sofortrekonstruktion aufgeklärt werden.

Mit der operativen Therapie wird die komplette Entfernung des Karzinoms mit einem tumorfreien Resektionsrand (R0) mit einem mikroskopisch gemessenem Sicherheitsabstand zwischen Tumor und Resektionsrand von mehr als 1 mm für die invasive Tumorkomponente und von mindestens 5 -10 mm für die intraduktale Komponente bzw. das ductale Carcinoma in situ (DCIS) angestrebt. Verschiedene Langzeitstudien haben hinsichtlich Rezidivfreiheit und Überlebenszeit gezeigt, dass die brusterhaltende Behandlung bei angemessener Indikationsstellung und Technik der modifiziert radikalen Mastektomie gleichzusetzen ist. (Veronesi et al. 1995; Fisher et al. 1989; Van Dongen et al. 1992; Jacobson et al. 1995)

Für die brusterhaltende Primärbehandlung ist die Kombination von chirurgischer Tumorentfernung (Tumorektomie, Segmentresektion, Quadrantenresektion) mit axillärer Lymphonodektomie und Bestrahlung des Restparenchyms der Brust mittlerweile obligat.

Im DMP Brustkrebs Westfalen-Lippe wurde als Qualitätssicherungsziel vorgegeben: „Nach einem Jahr DMP-Laufzeit soll bei mindestens 50 - 60% der operierten Versicherten eine brusterhaltende Therapie durchgeführt werden.“

Ergebnisse:

Brusterhaltend konnten 59,5% aller Frauen und 66,2% der Frauen mit einem T1-/T2-Befund operiert werden. Im zeitlichen Trend zeigt sich vom Jahr 2001 an eine leichte Zunahme dieses Anteils bis zum Jahr 2005, in dem 72,5% der Frauen mit einem T1-/T2-Befund brusterhaltend operiert wurden.

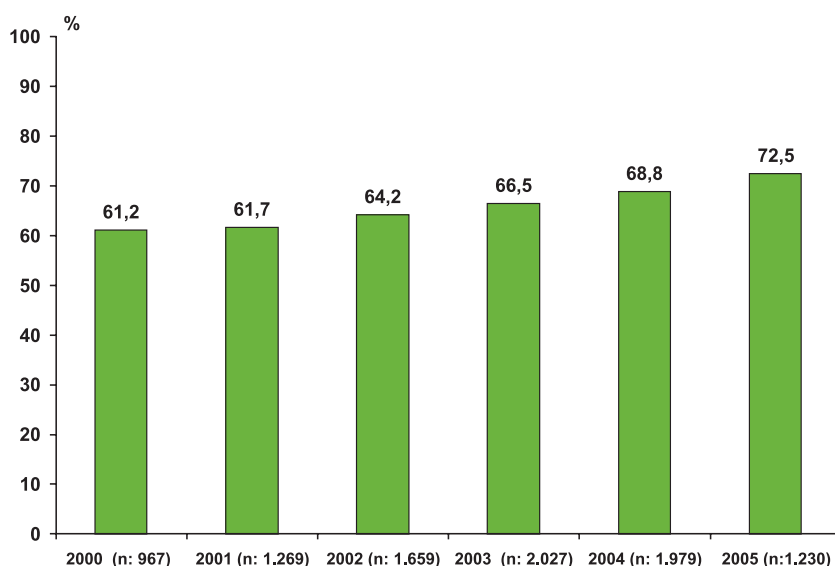


Abbildung 5: Brusterhaltende Therapie bei T1-/T2-Tumoren

Der Anteil der Frauen, bei denen keine brusterhaltende Therapie vorgenommen wurde, ist u.a. von der Tumorausdehnung abhängig: wurden bei den im Jahr 2005 erkrankten Patientinnen mit einem T1-Tumor 61,9% brusterhaltend operiert, so beträgt der Anteil bei Frauen mit einem Tumor von 2-5 cm (T2) 29,7% und bei Frauen mit einem T3-Befund 0,9%.

Einordnung:

Entsprechend der Angaben der BQS wurden im Jahr 2004 von mehr als 44.200 brustchirurgischen Eingriffen bei einem invasiven Karzinom im Stadium pT1 oder pT2 in 68,3% der Fälle brusterhaltend therapiert. Gegenüber dem Vorjahr (66,07%) konnte dieser Anteil gesteigert werden. In 1,7% aller brustkrebsbezogenen Operationsfällen bestand zwar medizinisch eine Indikation zur brusterhaltenden Therapie, hingegen wünschte die Patientin eine radikale Operation.

1.6.2 Sicherstellung Axilladisektion bei invasivem Tumortyp

Nach Anlage 3 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) sollte bei allen Patientinnen mit einem invasiven operablen Mammakarzinom eine Axilladisektion vorgenommen werden. Aus Level I und II sollten demnach insgesamt mindestens 10 Lymphknoten entfernt und untersucht werden. Nur bei klinischem Befall dieser Level sollte auch die Entfernung von Lymphknoten des Levels III erfolgen. Ferner kann demnach auf die axilläre Lymphonodektomie verzichtet werden bei mikroinvasiven Karzinomen (≤ 2 mm), bei tubulären Karzinomen, die kleiner als 1 cm sind sowie bei im Gesunden entfernten DCIS-Tumoren.

Die operative Entfernung der Achsellymphknoten hat einerseits eine Bedeutung für die Beurteilung der Prognose und für die weitere Therapieplanung und wird andererseits bei axillärem Lymphknotenbefall als eine Maßnahme gesehen, die das Rezidivrisiko vermindert (Goldhirsch et al. 2003).

Im Westfalen-Lippischen DMP Brustkrebs wurde als Qualitätssicherungsziel vorgegeben: „Nach einem Jahr DMP-Laufzeit soll bei mindestens 80 - 95% der operierten Versicherten mit einem invasiven Tumortyp eine Axilladisektion durchgeführt werden.“

Ergebnis:

Bei den seit dem Jahr 2000 (einschließlich) erkrankten Patientinnen wurde zu 97,7% eine Lymphonodektomie bei invasivem Tumorzustand vorgenommen.

Einordnung:

Aktuelle Auswertungen der BQS für das Jahr 2004 zeigen, dass bei 83,4% der Patientinnen mit einem invasiven Karzinom entsprechende Axilladissektionen vorgenommen worden sind. Damit sind deutlich mehr Lymphknotenausräumungen bei DMP-Patientinnen dokumentiert worden als im Bundesdurchschnitt. Die Ursachen für diese deutlichen Unterschiede müssen vorläufig offen bleiben.

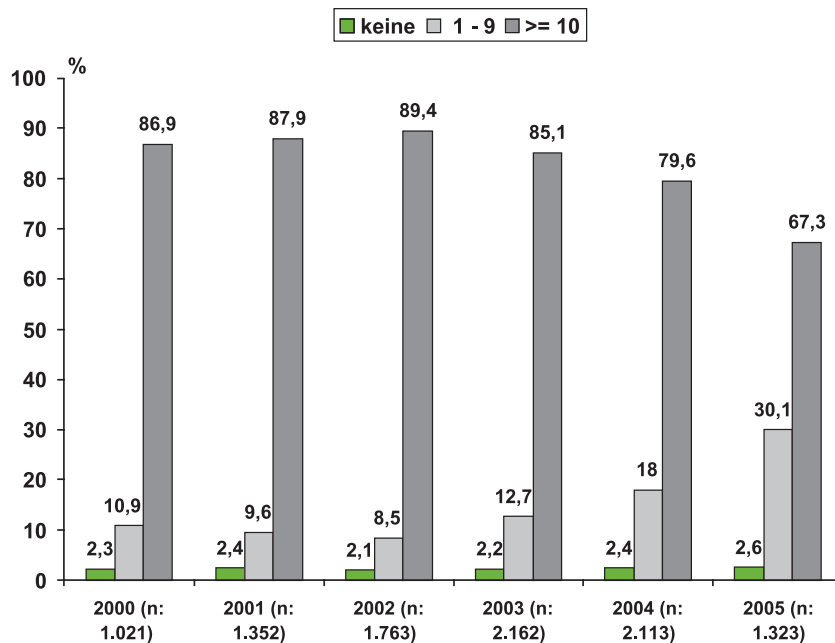


Abbildung 6: Lymphonodektomie bei invasiven Tumoren

1.6.3 Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl entfernter Lymphknoten

Ergebnis:

Werden Lymphknoten entfernt, so scheinen diese auch in relativ großer Zahl entfernt zu werden. Insbesondere bei Frauen mit invasivem Tumortyp, die in den letzten fünf Jahren an Brustkrebs erkrankt sind, werden zu 82,8% mehr als neun Lymphknoten entfernt. Allerdings ist dieser Anteil zunehmend rückläufig, was die Möglichkeit birgt, dass zunehmend das Bemühen um einen schonenderen Eingriff im Vordergrund steht und möglicherweise auch das Verfahren der Sentinel-Node-Biopsie zunehmend genutzt wird.

Bemerkenswert erscheint, dass bei 36,4% der Patientinnen mit mikroinvasiven Tumoren zehn und mehr Lymphknoten entfernt werden.

Im DMP Brustkrebs Westfalen-Lippe wurde als Qualitätssicherungsziel vorgegeben: „Nach einem Jahr DMP-Laufzeit soll bei mindestens 80 - 95% der Versicherten mit axillärer Lymphonodektomie eine ausreichende Anzahl an Lymphknoten entfernt werden.“

Diese Vorgabe wird derzeit bereits übertroffen, sofern man die Entfernung von 10 und mehr Lymphknoten als einheitliches Qualitätssicherungsziel für alle Tumorausprägungen anerkennt.

Einordnung:

Die aktuellen Auswertungen der BQS für das Jahr 2004 zeigen einen höheren Prozentsatz von Frauen (83,9%), bei denen bei Vorliegen eines invasiven Mammakarzinoms mehr als 10 Lymphknoten entfernt werden. Allerdings sind Patientinnen mit Fernmetastasen aus dieser Prozentuierung ausgeschlossen.

Inzwischen hat sich die Sentinel-Node-Biopsie zum Nachweis einer Lymphknotenbeteiligung an vielen Brustzentren durchgesetzt, die auf den bislang zur Verfügung stehenden Dokumentationsbögen nicht dokumentiert werden konnte. Infolgedessen ist das Ergebnis beim Erreichen des Qualitätssicherungsziels nur bedingt interpretierbar.

1.6.4 Sicherstellung Strahlentherapie nach brusterhaltender OP

Eine Nachbestrahlung der Restbrust ist nach brusterhaltendem Vorgehen bei einem invasiven Mamma Ca. grundsätzlich indiziert (Dt. Krebsgesellschaft 2003).

Auch bei folgenden weiteren Konstellationen scheint sie geboten:

- bei T2-Tumoren mit einem Durchmesser über 3 cm;
- bei Patientinnen mit T3- und T4-Tumoren;
- bei nichtradikalen Resektionen (R1 und R2);
- bei Befall von 4 und mehr Lymphknoten;
- ggf. bei multizentrischem Tumorwachstum;
- bei Befall der Pektoralisfaszie;
- bei Sicherheitsabstand < 5 mm.

Die Verbesserung der Rezidivraten durch eine postoperative Strahlentherapie ist vielfach durch Studien belegt: die Rate an Rezidiven innerhalb von 8 - 10 Jahren liegt bei alleiniger Operation plus begleitender Therapie bei 30 - 40% und verringert sich nach Bestrahlung auf 5 - 10%.

Im Westfalen-Lippischen DMP Brustkrebs wurde als Qualitätssicherungsziel vorgegeben: „Nach einem Jahr DMP-Laufzeit soll bei mindestens 80 - 95% der Versicherten, die brusterhaltend operiert wurden, eine Strahlentherapie durchgeführt werden.“

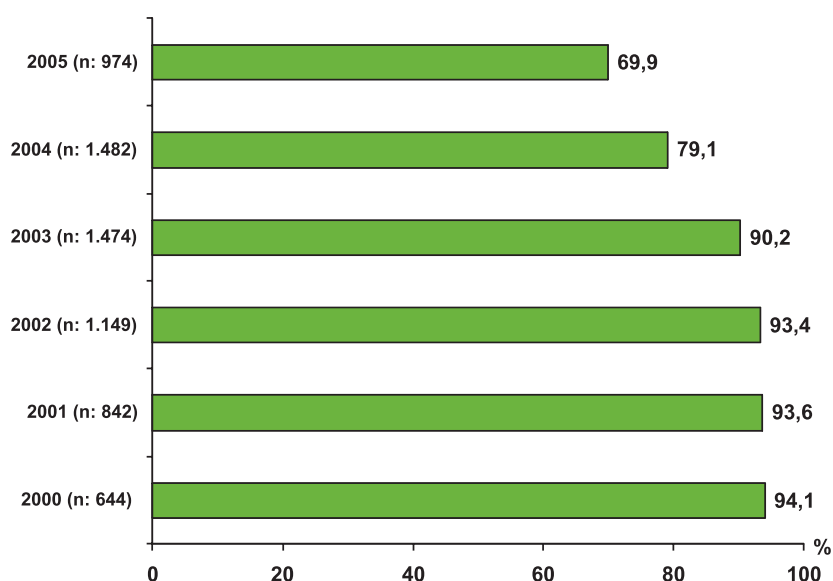


Abbildung 7: Sicherstellung Strahlentherapie nach brusterhaltender Therapie

Ergebnis:

Fasst man alle Patientinnen zusammen, so erhalten 86,6% derjenigen, die brusterhaltend operiert werden konnten, eine Strahlentherapie. Dabei fällt im zeitlichen Trend auf, dass der Anteil der Patientinnen, die eine solche Therapie begleitend erhalten, abzunehmen scheint.

Möglicherweise ist der rückläufige Trend jedoch dadurch bedingt, dass die Patientinnen in früheren Phasen ihrer Erkrankung in das DMP eingeschrieben werden und daher noch nicht alle in den Erstdokumentationen festgehalten werden konnten.

Einordnung:

Entsprechend der Aufbereitung des Qualitätsindikators haben über 31.140 von 35.940 (86,7%) der im Jahr 2004 an Brustkrebs erkrankten Frauen eine Nachbestrahlung erhalten. Dieser Prozentsatz ist korrigiert um Frauen, die entgegen des ärztlichen Rates auf eine solche zusätzliche Behandlung verzichten. Der Prozentsatz ist nur geringfügig höher als bei den Daten der DMP-Patientinnen aus Westfalen-Lippe.

1.6.5 Angemessene medikamentöse Therapie bei nodalpositivem Tumor

Die Metaanalysen der Early Breast Cancer Trialist Cooperative Group (EBCTCG) lassen erwarten, dass die adjuvante systemische Therapie in Form einer Chemotherapie unabhängig vom Nodalstatus sowohl das rezidivfreie Überleben als auch das Gesamtüberleben in allen Altersgruppen verbessert (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group 2003; Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group 1998 [1998b]; Cole et al. 2001). Daher sollte für alle Frauen mit einem invasiven primär operablen Mammakarzinom eine postoperative adjuvante Chemotherapie in Betracht gezogen werden.

Eine adjuvante Hormontherapie mit Tamoxifen (20 mg/d über 5 Jahre) kann die Rezidivrate bei Patientinnen mit positivem Rezeptorstatus verringern und die Überlebenschancen verbessern - unabhängig von einer zusätzlichen Chemotherapie, dem Menopausenstatus oder dem Alter. Für postmenopausale Frauen mit positivem oder unbekanntem Rezeptorstatus sind Aromatasehemmer unter Umständen effektiver als Tamoxifen oder können bei Kontraindikationen gegen Tamoxifen das Rezidivrisiko weiter reduzieren (The ATAC Trialists' Group 2002; Henderson 2002). Eine Ovarauschaltung durch GnRH-Analoga oder Ablation kommt bei rezeptorpositiven prämenopausalen Frauen in Betracht (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group 2003).

Die Empfehlungen der 8. Internationalen Konferenz zur adjuvanten Therapie des Mammakarzinoms in St. Gallen 2003 berücksichtigen Tumorgröße, Lymphknotenstatus, Grading, Rezeptorstatus, Menopausenstatus und Alter als wichtigste Faktoren zur Risikoeinstufung, auf deren Abwägung die Entscheidung über die Notwendigkeit und Art einer adjuvanten Therapie letztlich gründet. Für ein niedriges Risiko spricht ein Alter von über 35 Jahren, das Vorhandensein eines hormonrezeptiven Tumors von weniger als 2 cm Durchmesser, einem niedrigen Grading (G1) und fehlendem Lymphknotenbefall. In diesen Fällen kann nach dieser Konsensempfehlung auf eine adjuvante Therapie verzichtet werden.

Die DMP Vertragspartner in Westfalen-Lippe streben an: „Nach einem Jahr DMP-Laufzeit soll bei mindestens 55 - 75% der nodal-positiven Versicherten eine medikamentöse Therapie durchgeführt werden.“

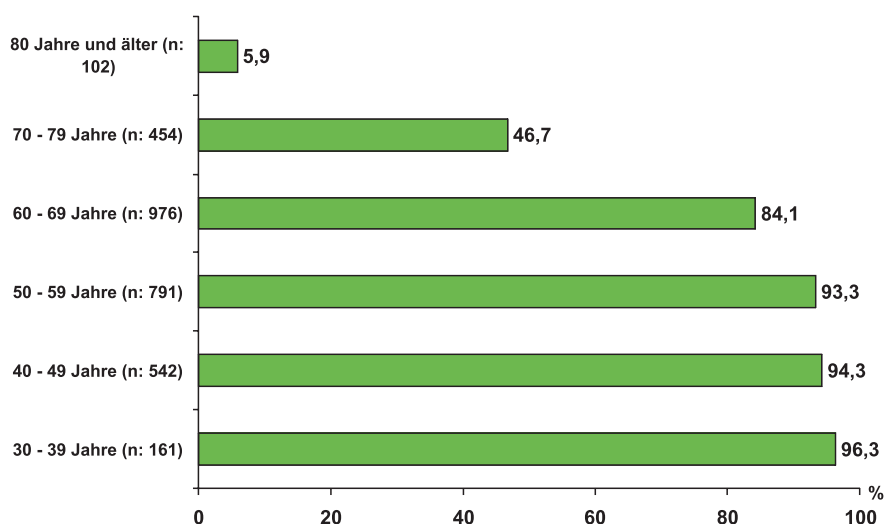


Abbildung 8: Begleitende Chemotherapie bei nodalpositivem Befund nach Alter der Patientinnen

Ergebnis:

Bei differenzierter Sicht der Daten nach Alter zeigt sich, dass 79,4% der im Zeitraum von 2000 bis 2005 erkrankten Frauen mit nodalpositiven Tumoren eine Chemotherapie erhalten. Insbesondere bei jüngeren Frauen wird eine solche begleitende Chemotherapie vorgenommen.

Eine begleitende Hormontherapie erhalten mindestens 90,0% der Patientinnen mit einem positiven Rezeptorstatus, die in diesem Zeitraum an Brustkrebs erkrankt sind. Die tatsächliche Zahl von Patientinnen mit adjuvanten Therapien dürfte über diesen Zahlen liegen.

Einordnung:

Die bundesweiten Referenzzahlen der BQS aus dem Jahr 2004 berücksichtigen lediglich Chemotherapien bei Frauen, die ein rezep-tornegatives Mammakarzinom aufweisen. Zudem werden sowohl Patientinnen mit Fernmetastasen als auch diejenigen mit neoadjuvanter Therapie ausgeschlossen. Unter diesen Bedingungen erhalten 72% der betroffenen Frauen eine begleitende Chemotherapie.

1.6.6 Einweisung der Versicherten in ein am DMP teilnehmendes Krankenhaus

Die Brustkrebspatientinnen sollen im Rahmen des DMP vor allem in den Krankenhäusern operiert werden, die als Brustkrebs-schwerpunkt anerkannt sind.

Im DMP Brustkrebs Westfalen-Lippe wurde als Qualitätssicherungsziel vorgegeben: „Nach einem Jahr Laufzeit des DMP soll bei mindestens 70% der operierten Versicherten die Operation in einem am DMP teilnehmenden Krankenhaus durchgeführt werden.“

In welchem Umfang die Patientinnen in den als DMP-Krankenhaus behandelt worden sind, kann aus den verfügbaren Daten nicht zweifelsfrei geschlossen werden.

1.6.7 Vollständige und plausible Dokumentation

Die Fehlerfreiheit der Dokumentationen wird von der DMP-Datenstelle geprüft.

Es bleibt zu hoffen, dass nach dem Übergang auf eine neue, verbesserte Dokumentation zum Juli 2006 die Fehlerrate reduziert werden kann. Eine weitere Verbesserung kann, wie das Beispiel der beiden anderen DMP zeigt, durch den Übergang auf eine elektronische Dokumentation erzielt werden.

1.7 Resümee der Ergebnisse des DMP Brustkrebs Westfalen-Lippe

Obwohl eine hohe grundsätzliche Teilnahmebereitschaft der Gynäkologen gegenüber dem DMP Brustkrebs besteht, bleibt festzuhalten, dass gemessen an der erwarteten Zahl von Patientinnen ein vergleichsweise geringerer Anteil von Patientinnen in diesem Programm betreut wird. Derzeit ist über die Hälfte der Patientinnen innerhalb der letzten 18 Monate vor ihrer DMP-Einschreibung an Brustkrebs erkrankt, so dass ein zunehmend höherer Anteil von Frauen relativ rasch nach Diagnosestellung von diesem Programm erreicht wird.

Vergleiche der Tumorausbreitung und -schweregrade zwischen den DMP-Patientinnen und der Datenquelle der BQS sprechen dafür, dass die hier erfassten Frauen hinsichtlich Lymphknotenbefall und Metastasierung bei Diagnosestellung eine günstigere Prognose aufweisen als die entsprechend betroffenen Frauen im Bundesdurchschnitt, die bei der BQS geführt werden.

Eine Betrachtung der Erreichungsgrade der Qualitätsziele zum DMP Brustkrebs zeigt, dass von den Zielen die weit überwiegende Zahl bereits erreicht worden sind.

Wie der Vergleich mit den bundesweit erhobenen Daten der BQS zeigt, sind die qualitativen Merkmale der Versorgung, soweit sie sich auf die präoperativ oder unmittelbar postoperativ erfolgenden Maßnahmen beziehen, durchaus vergleichbar mit anderen Regionen Deutschlands. Die Sicherstellung einer Axilladisektion bei invasivem Tumortyp scheint dagegen im Westfalen-Lippischen DMP stärker beachtet zu werden als im Bundesdurchschnitt, sofern sich die Zahlenwerke aus dem DMP Westfalen-Lippe und der BQS-Datenquelle miteinander vergleichen lassen.

1.8 Literatur

Die zitierte Literatur ist zu finden in dem Dokument „Diagnose und Behandlung von Patientinnen mit Brustkrebs“. Dieses kann über die Homepage des Zentralinstituts

<http://www.zi-berlin.de>

im Bereich „Disease Management Programme“ heruntergeladen werden.

2. Anhang

2.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alter bei DMP-Einschreibung	6
Abbildung 2: Erkrankungsdauer der Patientinnen	6
Abbildung 3: Diagnoseabsicherung durch unterschiedliche Biopsieverfahren	7
Abbildung 4: Tumorgröße nach Alter der Patientinnen	8
Abbildung 5: Brusterhaltende Therapie bei T1-/T2-Tumoren	10
Abbildung 6: Lymphonodektomie bei invasiven Tumoren	11
Abbildung 7: Sicherstellung Strahlentherapie nach brusterhaltender Therapie	12
Abbildung 8: Begleitende Chemotherapie bei nodalpositivem Befund nach Alter der Patientinnen	14

2.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: Aufgaben der Leistungserbringer im DMP Brustkrebs	3
--	---