

Praxismanual

Eine Arbeitshilfe für das
Disease-Management-Programm
Brustkrebs

Stand: Oktober 2018

Impressum

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse

Kopenhagener Straße 1
44269 Dortmund

Das Internetportal für Vertragspartner:
www.aok-gesundheitspartner.de/sh/dmp

BKK-Landesverband NORDWEST

- Hauptverwaltung Hamburg -
Süderstraße 24
20097 Hamburg
Telefon: 040 251505 - 0
Telefax: 040 51505 - 441
Internet: www.bkk-nordwest.de

IKK Nord

Ellerried 1
19061 Schwerin
Internet: www.ikk-nord.de

KNAPPSCHAFT

Regionaldirektion Nord
Millerntorplatz 1
20359 Hamburg
Telefon: 040 30388 - 5427
Telefax: 040 30388 - 5414
Internet: www.Knappschaft.de

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Landesvertretung Schleswig-Holstein
Wall 55 (Sell-Speicher)
24103 Kiel
Internet: www.vdek.com

Redaktion und Herstellung:

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 10178 Berlin
Grafik: Ulrich Scholz Design, Düsseldorf
Stand: Oktober 2018

Willkommen im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs

Vielleicht erinnern Sie sich: Im Jahr 2003 wurde das erste strukturierte Behandlungsprogramm – Disease-Management-Programm, kurz: DMP umgesetzt. Es richtete sich an brustkrebserkrankte Patientinnen und ihre Ärzte¹. Seitdem hat sich viel getan. Es kamen weitere DMP für andere Indikationen hinzu. Die Programme wurden stetig weiterentwickelt, die Abläufe immer mehr vereinfacht. Bis heute gilt: Für Ärzte ist die Teilnahme am DMP ein interessantes Feld, was den Patientinnen und Patienten nachweislich hilft. Und Ziel der strukturierten Behandlungsprogramme ist es weiterhin, die Koordination der Behandlungsabläufe und die medizinische Versorgung zu verbessern.

Mit diesem Praxismanual, das als Arbeitshilfe dienen soll, stellen wir Ihnen und Ihrem Praxisteam die wesentlichen Informationen zur Verfügung, die Sie zur Teilnahme am DMP und zur Umsetzung benötigen. Damit Sie sich rasch wieder Ihren Patientinnen zuwenden können, haben wir das Praxismanual Brustkrebs übersichtlich in drei Großkapitel strukturiert.

Zunächst führen wir Sie generell in das Thema strukturierte Behandlungsprogramme ein (Kapitel „**DMP – Grundlagen**“). Darin geht es um die Entstehung des DMP, die rechtlichen Grundlagen, die Inhalte und wie sie funktionieren. Wer es genau nachlesen will, findet dort auch die Anforderungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Im darauf folgenden Kapitel „**DMP Brustkrebs**“ erläutern wir die Abläufe in der Praxis – von der Einschreibung als Arzt und wie Sie die Patientin einschreiben, über Abrechnung bis hin zur Dokumentation und was Sie sonst noch beachten bzw. wissen sollten. Unter „Häufig gestellte Fragen“ können Sie Wissenswertes rund um DMP rasch nachlesen. Weiter finden Sie die Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz Brustkrebs sowie die Anforderungen zur Ausgestaltung des DMP Brustkrebs.

Der Anhang hält **Internetadressen** von wichtigen onkologischen Institutionen und Anlaufstellen für Sie, aber auch für Ihre Patientin bereit.

Wir hoffen, dass dieses Praxismanual Ihnen beim Einstieg ins DMP Brustkrebs hilft und künftig ein treuer Begleiter bei der erfolgreichen Umsetzung wird!

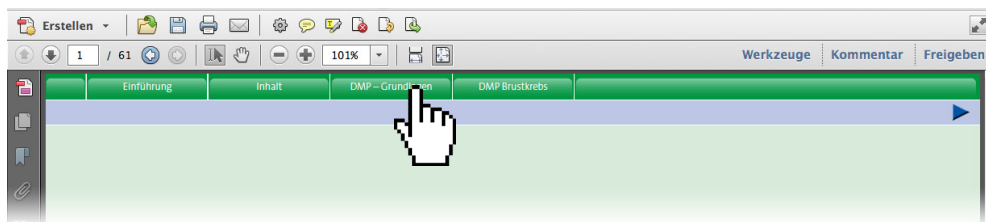
Oktober 2018

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im gesamten Text des Praxismanuals nur die männliche Form verwendet, dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

Über dieses Praxismanual

Um Ihnen die Arbeit mit diesem Praxismanual so komfortabel wie möglich zu gestalten, haben wir zusätzlich zu den sonstigen Navigationshilfen eine Menüleiste eingeführt, die wie die Navigation auf einer Internetseite funktioniert. Anhand dieser Menüleiste können Sie jederzeit nachvollziehen, in welchem Kapitel des Praxismanuals Sie sich befinden.

Um zu einem bestimmten Kapitel zu gelangen, klicken Sie einfach den entsprechenden Punkt im Hauptmenü an. Zu jedem Kapitel existiert auch ein Untermenü, das Ihnen die Navigation innerhalb des Kapitels ermöglicht. Die farbliche Hervorhebung des aktuellen Punktes im Untermenü erleichtert Ihnen auch hier die Orientierung.



Mit den blauen Pfeilen links und rechts in der Untermenüleiste können Sie jeweils eine Seite vor- oder zurückblättern. Zur vertikalen Navigation nutzen Sie bitte den seitlichen Scrollbalken.



Selbstverständlich können Sie auch wie bisher die Lesezeichenleiste des Adobe Acrobat Reader benutzen. Alle Internet- und E-Mail-Adressen dieses Dokuments sind zudem verlinkt, sodass ein Klick genügt, um ans Ziel zu kommen.



Inhalt

DMP – Grundlagen	6
Disease-Management-Programme und wie sie funktionieren	6
§§ 1-7 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL)	11
Das DMP Brustkrebs	17
Die Abläufe in der Praxis	17
Häufig gestellte Fragen	24
Ausfüllanleitung zum indikationsspezifischen Datensatz Brustkrebs.....	30
Anforderungen an das DMP Brustkrebs	45
Internetadressen	61

Disease-Management-Programme und wie sie funktionieren

Die mit dem Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs 2003 vollzogene Einführung von DMP – es folgten fünf weitere – stellt eine der größten Innovationen im deutschen Gesundheitswesen dar. Angestoßen wurde sie durch den Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (heute: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen), der in seinem Gutachten aus dem Jahr 2001 dem deutschen Gesundheitswesen zwar ein hohes Niveau der Akutversorgung bescheinigt, gleichzeitig aber gravierende Mängel bei der Versorgung chronisch Kranker moniert hatte.

Brustkrebs ist zwar keine chronische Erkrankung im engeren Sinne, jedoch war aufgrund des hohen Vorkommens der Erkrankung zu anderen Krebserkrankungen und der seinerzeit unzureichenden Vorgehensweise bei der Qualitätssicherung eine deutliche Verbesserung der Versorgung durch DMP zu erwarten. Deshalb wurde die Diagnose Brustkrebs exemplarisch 2002 für onkologische Erkrankungen in den Katalog der DMP aufgenommen.

Die Diagnose Brustkrebs geht zwangsläufig mit einer hohen psychischen Belastung einher. Frauen mit der Diagnose Brustkrebs bedürfen einer ganzheitlichen Beratung über die Möglichkeiten der Behandlung und Versorgung, abgestimmt auf ihre individuelle Lebenssituation. Fragen tauchen zu verschiedensten Themen auf, wie beispielsweise zu Behandlungserfolgen, zur Lebensführung, zu Risikofaktoren und Früherkennung sowie zur Krankheitsbewältigung auch auf der Basis sozialrechtlicher Ansprüche. Im Rahmen des DMP gibt es eine definierte Abfolge strukturierter Gespräche, um der Frau verstärkt Hilfestellung bei den oben angesprochenen Aspekten im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung zu geben. Durch eine gut strukturierte Behandlung mit hoher Qualität, wie sie im Rahmen des DMP nun möglich ist, wird die

Patientin unter Berücksichtigung ihrer individuellen Situation in die Therapieentscheidung einbezogen.

Rechtliche Grundlagen

Disease Management ist ein Organisationsansatz von medizinischer Versorgung, der sich durch eine systematische und strukturierte, an evidenzbasierten Leitlinien orientierte Behandlung von chronisch Kranken auszeichnet. DMP verknüpfen Leistungen der Sekundärprävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation über die Grenzen der Versorgungsbereiche hinweg zu einem ganzheitlichen Behandlungskonzept. Ihr Ziel ist, die Qualität der Versorgung zu erhöhen und deren Effizienz zu steigern.

Seit der **Einführung des Gesundheitsfonds** und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) im Jahr 2009 erhalten die Krankenkassen für jeden Versicherten, der in ein DMP eingeschrieben ist, eine Pauschale aus dem Gesundheitsfonds. Diese sogenannte Programmkostenpauschale dient zur Finanzierung der Kosten für den zusätzlichen ärztlichen Aufwand im DMP und zur Deckung der kassenbezogenen Kosten. Diese entstehen zum Beispiel für die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung und die Evaluation der Programme. Die aktuelle Höhe der Programmkostenpauschale können Sie unter folgendem Link abrufen:

<http://aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/allgemein/Zeittafel/index.html>

■ Die Anforderungen an die Programme

Die Ausgestaltung der DMP in Form und Inhalt ist der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen übertragen worden (§ 137f SGB V). Das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), legt in Richtlinien geeignete chronische Krankheiten fest, für die Disease-Management-Programme entwickelt werden sollen. Die Auswahl erfolgt nach Kriterien, die im SGB V festgelegt sind. Seit dem Jahr 2002 sind Programme zu folgenden Indikationen umgesetzt worden:

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit
- Asthma bronchiale
- COPD

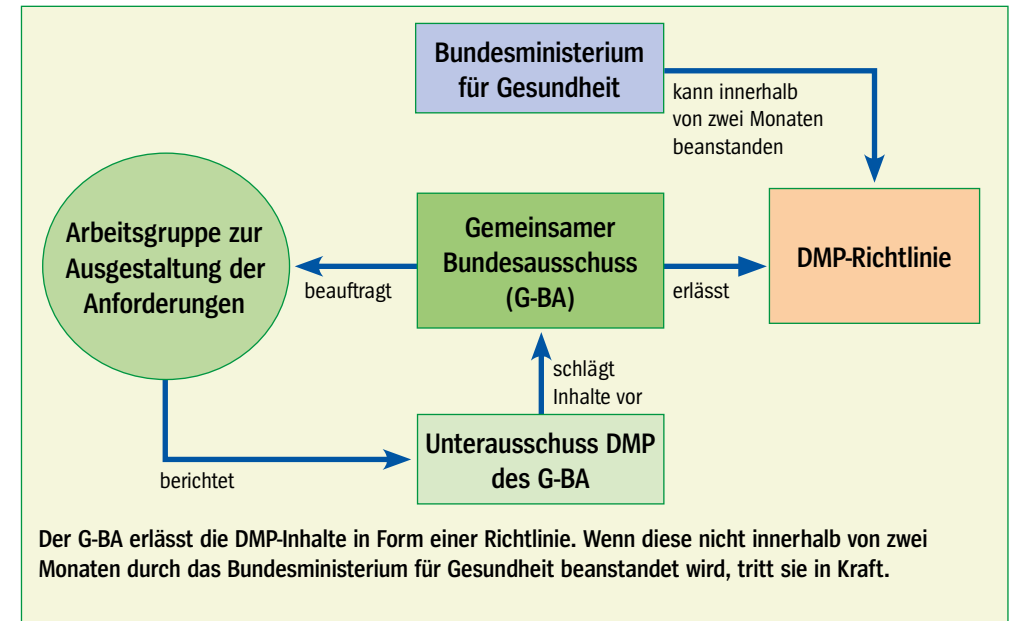
Seit Anfang 2012 legt der G-BA die DMP-Inhalte („Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme“) in Form von Richtlinien fest (§ 137f Abs. 2 SGB V). Vorher sind die Inhalte in Form von Anlagen zur Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) formuliert und durch Änderungsverordnungen in Kraft gesetzt worden. Diese Anlagen gelten so lange weiter, bis der G-BA die Inhalte aller DMP-Indikationen in Richtlinien geregelt hat.

Für die inhaltliche Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme gelten grundlegende gesetzliche Vorgaben. Danach müssen die Programme

- die Behandlung der chronisch Kranken nach evidenzbasierten Leitlinien vorsehen,
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung enthalten,
- die Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung der Versicherten festlegen,
- Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten vorsehen,
- die Dokumentation der Behandlung regeln und
- durch eine Evaluation bewertet werden.

Die praktische Umsetzung der Programme erfolgt in der Regel auf der Basis von regionalen Verträgen der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. In diesen Verträgen finden sich unter anderem Regelungen zu den Versorgungsinhalten entsprechend den Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme, zur Qualitätssicherung, zum Datenmanagement und zur Vergütung der beteiligten Ärzte bzw. Krankenhäuser. Das Bundesversicherungsamt (BVA) überprüft die Übereinstimmung dieser Verträge mit den rechtlichen Grundlagen.

So entstehen die Inhalte eines DMP



Evidenzbasierte Versorgungsinhalte

Die sogenannten **Versorgungsinhalte** für das jeweilige Krankheitsbild enthalten die Definition der Erkrankung, Angaben zur Eingangsdiagnostik, die Therapieziele und Hinweise zu einer differenzierten Therapieplanung. Außerdem werden therapeutische Maßnahmen, die Rehabilitation und die Kooperation der Versorgungsebenen beschrieben. Die Versorgungsinhalte werden auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien festgelegt. Sie werden vom G-BA unter Einbeziehung externer Fachleute, zum Beispiel Vertretern der medizinischen Fachgesellschaften, formuliert.

Diese Inhalte sind **Behandlungsempfehlungen** auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien oder der jeweils besten verfügbaren Evidenz. Die Empfehlungen verstehen sich nicht als detaillierte Handlungsanleitung, sondern beziehen sich vorrangig auf besonders wichtige Aspekte der Versorgung. Dabei werden

insbesondere solche Bereiche angesprochen, bei denen ein Potenzial zur Verbesserung der Versorgung vermutet wird. Der G-BA überprüft die Programme regelmäßig. Dadurch wird sichergestellt, dass neue medizinische Erkenntnisse, die gut belegt sind, in die DMP einfließen.

Unterschiedliche Versorgungsebenen

Die DMP unterstützen eine Versorgungsstruktur, in der die chronisch Kranken dauerhaft und – aufgrund eindeutig definierter Überweisungsregeln – über Sektorengrenzen hinweg umfassend medizinisch betreut werden. Die Programme sind auf den Hausarzt ausgerichtet. Der Hausarzt bildet in der Funktion des koordinierenden Arztes in der Regel die erste Versorgungsebene. Anders ist dies beim DMP Brustkrebs: Hier ist in der Regel der Gynäkologe der koordinierende Arzt. Auf weiteren Ebenen sind Einrichtungen mit besonderen Versorgungsaufträgen einbezogen. Auch Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sind an den DMP beteiligt. Die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Ebenen werden durch Überweisungsregeln beschrieben.

Ärzte bzw. Einrichtungen, die am DMP teilnehmen wollen, müssen dazu bestimmte Voraussetzungen erfüllen, die die Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen gewährleisten sollen. Zu diesen sogenannten Strukturvoraussetzungen gehören u. a. der Besuch von Fortbildungsveranstaltungen, die Ausstattung der Praxis mit den notwendigen diagnostischen Geräten sowie ggf. die Verfügbarkeit von Fachpersonal. Zudem ist eine Praxis-EDV erforderlich, weil die Dokumentation im DMP per EDV erfolgt. Die Software muss von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifiziert sein.

■ Die Aufgabenteilung

Der koordinierende Arzt führt die Behandlung der Patienten durch, er entwickelt mit ihnen zusammen eine individuelle Behandlungsstrategie und unterstützt sie dabei, die Behandlungsziele zu erreichen. Darüber hinaus

koordiniert er die Mitbehandlung der Patienten durch spezialisierte Ärzte bzw. Einrichtungen.

Der im Rahmen eines DMP zusätzlich entstandene ärztliche Aufwand, zum Beispiel für das Erstellen der Dokumentation oder die Schulung der Patienten, wird von den Krankenkassen in der Regel extrabudgetär honoriert. Die zu honorierenden Leistungen und die Höhe des Honorars sind im regionalen DMP-Vertrag bzw. in dessen Anlagen geregelt.

Die Patienten¹

Disease Management ist ein patientenorientierter sekundärpräventiver Behandlungsansatz. Die Teilnahme am DMP ist freiwillig. Patienten, die an einem DMP teilnehmen wollen, schreiben sich bei ihrem am DMP teilnehmenden Arzt in das Programm ein. Dazu müssen die Patienten bestimmte Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.

Grundsätzlich müssen die Patienten willens und in der Lage sein, aktiv am Programm teilzunehmen. Weiterhin muss der Arzt das Vorliegen der Erkrankung bestätigen. Dafür sind genaue diagnostische Kriterien festgelegt, die aus international üblichen Definitionen abgeleitet werden.

Mit der Einschreibung in das Programm gehen die Patienten die Verpflichtung ein, die Untersuchungstermine regelmäßig wahrzunehmen und auf Empfehlung des Arztes hin an Schulungen teilzunehmen. Die Untersuchungs- und Dokumentationstermine legt der Arzt in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung fest. Die Termine können quartalsweise oder halbjährlich stattfinden.

Die Dokumentation

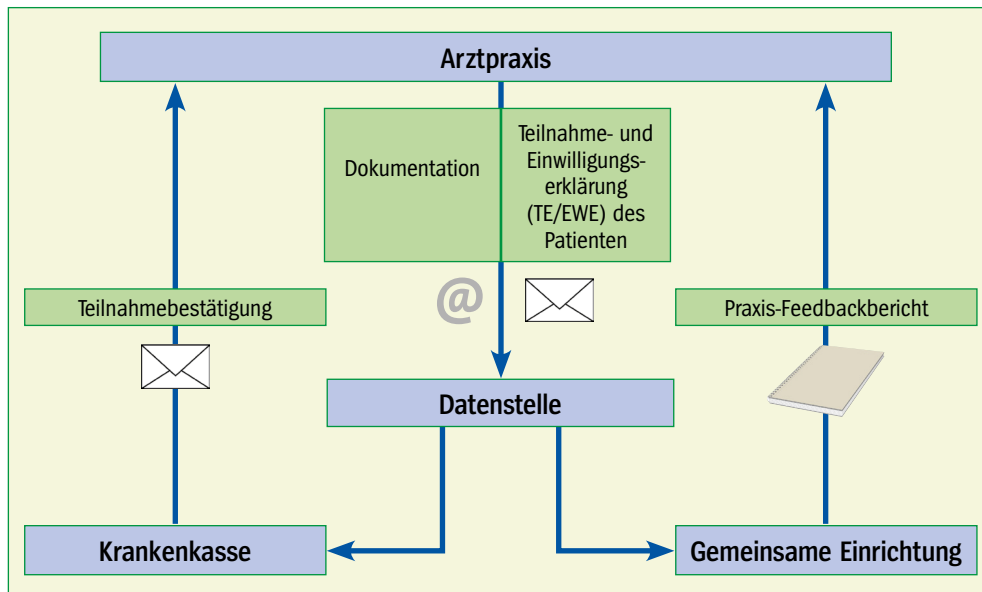
Die standardisierte und strukturierte Dokumentation ist ein Kernelement der DMP. Sie ist der wichtigste Datenspeicher im DMP und Grundlage vieler

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im ersten Teil des Praxismanuals nur die männliche Form verwendet, dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

Informations- und Steuerungsprozesse im Programm. Die Dokumentation dient der Information der an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer und Patienten und ist Grundlage der Feedbackberichte für die Ärzte und die wissenschaftliche Evaluierung des Programms. Sie leitet sich aus den Versorgungsinhalten des jeweiligen Programms ab und erfasst unter anderem den Verlauf der Behandlung und die Behandlungsergebnisse.

Die **elektronische Erfassung und Weiterleitung der Dokumentationsdaten** (eDMP) schließt die Möglichkeit unvollständiger oder fehlerhafter Dokumentationen weitgehend aus. Die Praxisverwaltungssoftware überprüft die eingegebenen Daten automatisch auf Vollständigkeit und Plausibilität, bevor diese weitergeleitet werden.

Der Datenfluss im Programm



Die **Dokumentation** besteht aus zwei Teilen: Im indikationsübergreifenden Teil werden u.a. die grundlegenden administrativen und allgemeine medizinische

Daten sowie die für die Behandlung wichtigen Komorbiditäten erhoben. Für jede Erkrankung schließt sich ein eigener, indikationsspezifischer Teil an. Der Arzt übermittelt die Dokumentationen an die eigens zum Zweck der Datensammlung und -aufbereitung beauftragte Datenstelle. Diese prüft die Daten und bittet den Arzt gegebenenfalls, fehlerhafte Dokumentationen zu korrigieren. Danach übermittelt sie die Daten an die **Gemeinsame Einrichtung** aus Vertretern der Ärzte und Krankenkassen, die für die ärztliche Qualitätssicherung (Erstellung von Feedback- und Qualitätsberichten) verantwortlich ist. Die Krankenkassen erhalten die Daten als Grundlage für die Steuerung der Programmabläufe sowie für die Betreuung und Information der teilnehmenden Versicherten. Der Umgang mit den Daten durch die beteiligten Stellen unterliegt strengen Datenschutzbestimmungen.

Die Krankenkassen

Die Krankenkassen übernehmen im Rahmen der DMP eine aktive Rolle bei der Versorgung ihrer Versicherten. Sie unterstützen ihre Versicherten beim Erreichen der Programmziele. Die Teilnehmer der Programme erhalten Informationen zu ihrer Erkrankung und zu den Möglichkeiten, den Verlauf der Krankheit durch Verhaltensänderungen positiv zu beeinflussen. Darüber hinaus nutzen die Krankenkassen die Dokumentationsdaten, indem sie den Versicherten im Rahmen der Qualitätssicherung anlass- oder themenbezogene Informationen zusenden oder sie an Kontrolluntersuchungen erinnern.

Qualitätssicherung und Evaluation

Um die angestrebten Programmziele zu erreichen und die Versorgungsqualität zu erhöhen, sind im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme Maßnahmen zur Qualitätssicherung (QS) vorgesehen. Basis ist die Dokumentation der Behandlung durch den Arzt. Die Qualitätssicherung bezieht sich sowohl auf die teilnehmenden Versicherten als auch auf die beteiligten Ärzte. Die Krankenkassen bieten ihren Patienten Unterstützung in Form von krankheits- oder anlassbezogenen Informationen und berichten regelmäßig darü-

ber. Das wichtigste Instrument zur Unterstützung der Ärzte sind die von der Gemeinsamen Einrichtung der Vertragspartner erstellten Feedbackberichte. Sie geben dem Arzt einen individuellen Überblick über die Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung in seiner Praxis (Erreichen der Therapieziele, Kontrolluntersuchungen, Schulungen, Überweisungen) und setzen die Ergebnisse in Bezug zu den Durchschnittswerten der Region. Die Ergebnisse können dem Arzt zum Beispiel als Basis für die Arbeit in Qualitätszirkeln dienen.

Die Krankenkassen sind zur Evaluation der Programme verpflichtet. Die Kriterien dafür werden durch den G-BA in einer Richtlinie festgelegt. In der Evaluation wird die Versorgungslage der eingeschriebenen Patienten beschrieben. Sie umfasst Parameter für die Prozess- und Ergebnisqualität der Programme.

Die Ergebnisse der Evaluation dienen dazu, die aktuell geltenden Richtlinien zur Behandlung chronisch Kranker fortzuentwickeln.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL)

in der Fassung vom 20. März 2014 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAZ AT 26.06.2014 B3; AT 26.08.2014 B2) in Kraft getreten am 1. Juli 2014

zuletzt geändert am 17. November 2017 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAZ AT 13. Februar 2018 B3) in Kraft getreten am 1. April 2018.

§ 1 Gesetzliche Grundlagen und Regelungsgegenstand

- (1) Diese Richtlinie regelt Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V und die für ihre Durchführung zu schließenden Verträge, sofern die Programme in den Anlagen dieser Richtlinie geregelt sind.
- (2) Die Regelungen der §§ 1 bis 7 gelten für alle strukturierten Behandlungsprogramme, die in den Anlagen dieser Richtlinie geregelt sind, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist. Die Regelungen der Anlage 2 (Indikationsübergreifende Dokumentation) gelten auch für die in der DMP-Richtlinie normierten strukturierten Behandlungsprogramme (ausgenommen Brustkrebs) sowie für strukturierte Behandlungsprogramme, die aufgrund der Übergangsvorschrift des § 321 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) geregelt sind. Die Regelungen der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation) gelten auch für die strukturierten Behandlungsprogramme der Indikation Diabetes mellitus Typ 2.

- (3) In den Anlagen dieser Richtlinie wird Näheres zu den indikationsspezifischen Anforderungen an die Ausgestaltung der Verträge zu den strukturierten Behandlungsprogrammen geregelt.
- (4) Neben dieser Richtlinie sind Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme und die für ihre Durchführung zu schließenden Verträge in der DMP-Richtlinie, der DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie sowie in der RSAV, nach § 321 SGB V auch in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung geregelt.
- (5) Soweit die Regelungen dieser Richtlinie Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

§ 2 Anforderungen an Qualitätssicherungsmaßnahmen

- (1) In den Verträgen zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen sind Ziele und Maßnahmen für die Qualitätssicherung zu vereinbaren. Strukturierte Behandlungsprogramme sind sektorenübergreifend angelegt, daher zielt auch die Qualitätssicherung auf einen sektorenübergreifenden Ansatz. Die insoweit Zuständigen sind gleichberechtigt zu beteiligen.
- (2) Die Vertragspartner haben mindestens die in Ziffer 2 der indikationsspezifischen Anlagen aufgeführten Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren vertraglich festzulegen. Darüber hinaus können weitere Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren vereinbart werden. Die Ergebnisse zu den vereinbarten Qualitätsindikatoren sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.
- (3) Im Sinne der Patientensicherheit und der Qualitätssicherung vereinbaren die Vertragspartner auf der Grundlage der bereits bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen in den jeweiligen Versorgungssektoren einheitliche Anforderungen an die Qualifikation der beteiligten Leistungserbringer und des medizinischen Personals, an die technische, apparative und gegebenenfalls räumliche Ausstattung sowie an die organisatorischen Voraussetzungen bei diagnostischen und therapeutischen Interventionen.

- (4) Im Rahmen der Verträge zu den strukturierten Behandlungsprogrammen sind Maßnahmen vorzusehen, die eine Erreichung der vereinbarten Ziele unterstützen. Hierzu gehören insbesondere:
1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen für Versicherte und Leistungserbringer,
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle, ggf. ergänzt durch gemeinsame Aufarbeitung in strukturierten Qualitätszirkeln sowie
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten.
- Ihr Einsatz kann auf im Behandlungsprogramm zu spezifizierende Gruppen von Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringern beschränkt werden, die ein ausreichendes Verbesserungspotenzial erwarten lassen.
- (5) Die Krankenkasse informiert Leistungserbringer und Versicherte über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme. Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. Die Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.
- (6) Im Rahmen der Verträge sind außerdem strukturierte Verfahren zur besonderen Beratung von Versicherten durch die Krankenkassen oder von ihnen beauftragten Dritten vorzusehen, deren Verlaufsdocumentation Hinweise auf mangelnde Unterstützung des strukturierten Behandlungsprozesses durch die Versicherten enthält. Es sind zudem Regelungen zur Auswertung der für die Durchführung der Qualitätssicherung erforderlichen Daten zu treffen. Hierbei sind die Dokumentationsdaten nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V einzubeziehen; darüber hinaus können auch die Leistungsdaten der Krankenkassen einbezogen werden. Im Rahmen der Verträge sind wirksame Sanktionen vorzusehen, wenn die Partner der zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme geschlossenen Verträge gegen die im Programm festgelegten Anforderungen verstoßen.

§ 2a Anforderungen an die Qualitätsberichte der Krankenkassen

- (1) Die Qualitätsberichte der Krankenkassen oder ihrer Verbände gemäß § 137f Abs. 4 SGB V haben folgende Angaben zu enthalten, wobei die Darstellung kassenspezifisch erfolgt:
- a) Zweck und Hintergrund: Bericht gemäß § 137f Abs. 4 Satz 2 SGB V auf der Grundlage der DMP-Anforderungen-Richtlinie
 - b) Name der jeweiligen Krankenkasse sowie ggf. des Dienstleisters
 - c) Indikationsbereich: jeweilige Indikation, auf die sich der Bericht bezieht
 - d) Räumlicher Geltungsbereich: jeweils für die Region, für die von der Krankenkasse ein zugelassenes DMP angeboten wird. Sofern eine Krankenkasse für mehrere Regionen eine Zulassung hat, kann der Bericht über die Regionen zusammengefasst werden. Dabei ist je Region zu kennzeichnen, wenn das DMP weniger als 12 Monate angeboten wurde.
 - e) Berichtszeitraum: ein Kalenderjahr
 - f) Zahl der teilnehmenden Versicherten: maßgeblich ist der 31.12. des Jahres, für den der Bericht erstellt wird
 - g) Weitere optionale Aussagen, wie z. B. die Altersverteilung der teilnehmenden Versicherten oder die Art des Datenflusses
 - h) Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren und Qualitätssicherungsmaßnahmen: Darstellung der vertraglich vereinbarten, durch die Krankenkassen gegenüber den am Programm teilnehmenden Versicherten durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie der dazu zugrunde liegenden Qualitätsziele und -indikatoren in allgemeinverständlicher Form. Hierzu gehören insbesondere:
 - aa. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (zum Beispiel Remindersysteme) für Versicherte,
 - bb. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 - cc. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information für eingeschriebene Versicherte.
 Die Darstellung umfasst die Beschreibung der Qualitätssicherungsmaßnahme, die Angabe des zugrunde liegenden Qualitätsziels und die

Anzahl der DMP-Teilnehmer, die mit der Maßnahme im Berichtsjahr versorgt wurde. Falls ein Qualitätsindikator und ein Zielwert bzw. ein Zielwertbereich vereinbart wurden, sind diese ebenfalls mit der Angabe des im Berichtsjahr erreichten Wertes zu berichten. Alle Inhalte und Ergebnisse sind allgemeinverständlich darzustellen. Den Krankenkassen steht frei, zusätzlich zu den vertraglich vereinbarten weitere im Programm vorgesehene Qualitätssicherungsmaßnahmen darzustellen.

- i) Beendigung der Teilnahme: Anzahl der Versicherten, die ihre Teilnahme im Berichtszeitraum beendeten (Anzahl der Beendigungen insgesamt sowie nach KV-Bereich)
 - j) Gründe der Beendigung der Teilnahme: Tod, Ende Mitgliedschaft bei der Krankenkasse, Beendigung der Teilnahme durch den Versicherten, fehlende aktive Teilnahme des Versicherten (zwei fehlende aufeinander folgende Dokumentationen, zwei nicht wahrgenommene Schulungen innerhalb von 12 Monaten)
- (2) Die Übermittlung des Berichts an das Bundesversicherungsamt hat durch die Krankenkasse oder durch einen von ihr beauftragten Dritten bis spätestens zum 01.10. des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres zu erfolgen. Die Krankenkassen haben den Bericht zeitnah in geeigneter Form der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Das erste Berichtsjahr ist das Jahr, in dem diese Regelung in Kraft tritt.

§ 3 Anforderungen an die Einschreibung des Versicherten in ein Programm

- 1) Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind:
 - die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt jeweils gemäß Ziffer 1.2 in der zur Anwendung kommenden Anlage,
 - die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten und
 - die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass

Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des Vertrages des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

- (2) Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahmeerklärung, dass sie im Einzelnen
 - die Programm- und Versorgungsziele kennen und an ihrer Erreichung mitwirken werden,
 - die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen kennen und unterstützen werden,
 - auf die Möglichkeit, eine Liste der verfügbaren Leistungsanbieter zu erhalten, hingewiesen worden sind,
 - über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden sind sowie
 - über die mit ihrer Teilnahme an dem Programm verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten informiert worden sind, insbesondere über die Möglichkeit einer Übermittlung von Befunddaten an die Krankenkasse zum Zweck der Verarbeitung und Nutzung im Rahmen des Vertrages des strukturierten Behandlungsprogramms und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können.
- (3) Die speziellen Anforderungen an die Einschreibung von Versicherten in ein Programm werden in der jeweiligen Anlage dieser Richtlinie geregelt.
- (4) Die Regelungen des § 28d RSAV bleiben unberührt.

§ 4 Anforderungen an die Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten

- (1) In den Verträgen sind Regelungen über die Schulung von Versicherten und Leistungserbringern vorzusehen. Die Durchführung der entsprechenden Schulungen ist mit den beteiligten Leistungserbringern oder Dritten zu vereinbaren.
- (2) Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen unter anderem auf die vereinbarten Management-Komponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien ab. Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die Verträge der strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnehmender Leistungserbringer. Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von entsprechenden Teilnahmehinweisen abhängig machen.
- (3) Patientenschulungen dienen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen. Schulungsprogramme müssen gegenüber dem Bundesversicherungsamt benannt und ihre Ausrichtung an den Therapiezielen und an den medizinischen Inhalten der jeweils betroffenen Anlagen dieser Richtlinie belegt werden. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen. Das Nähere zu den Anforderungen an die Patientenschulungen ist in den jeweiligen Anlagen geregelt.

§ 5 Anforderungen an die Dokumentation

Die Inhalte der Dokumentation zu den strukturierten Behandlungsprogrammen sind in den Anlagen geregelt.

§ 6 Anforderungen an die Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation)

- (1) Dieser Paragraph regelt die Anforderungen an die Evaluation und löst die nach § 321 Satz 4 SGB V geltenden Anforderungen des § 28g RSAV in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung ab. Die medizinischen Evaluationsparameter werden in der jeweiligen Ziffer 5 der Anlagen dieser Richtlinie normiert. Mit dem Inkrafttreten der jeweiligen indikationsspezifischen Regelung zur Evaluation findet eine durchgängige Evaluation statt, da Grundlage für die medizinischen Evaluationsparameter in der jeweiligen Anlage die fortlaufende Dokumentation ist und der erste Evaluationszeitraum nach dieser Richtlinie auch den Zeitraum seit der letzten Evaluation umfasst.
- (2) Die Evaluation soll dem G-BA insbesondere Erkenntnisse für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Vorgaben an die Behandlung in den Programmen liefern. Dieses Ziel soll grundsätzlich durch zwei Bestandteile der Evaluation erreicht werden:
 1. Eine regelmäßige Berichterstattung über relevante Parameter der Versorgung innerhalb der für dieselbe Krankheit zugelassenen Programme.
 2. Ein Vergleich der Versorgung von Patienten innerhalb der für dieselbe Krankheit zugelassenen Programme mit Patienten, die außerhalb der Programme versorgt werden.
- (3) Für die Evaluationsberichte nach Abs. 2 Satz 2 Ziffer 1 gelten die folgenden Anforderungen:
 1. Die auf Bundesebene aggregierten Evaluationsergebnisse sind kassenartenübergreifend für jede nach dieser Richtlinie geregelte Indikation zu erstellen und in einem Evaluationsbericht darzustellen.
 2. Der Beginn des Evaluationszeitraums ist der Beginn des jeweiligen DMP (Zeitpunkt der frühesten Zulassung eines DMP in Deutschland). Der Evaluationszeitraum für den erstmalig zu erstellenden Evaluationsbericht endet am 31.12. des Jahres des Inkrafttretens der jeweiligen indikationsspezifischen Anlage. Die Analysen sowie der Bericht sind alle 36 Monate zu aktualisieren, das heißt, das Ende des Evaluationszeitraums der Folgeberichte verschiebt sich um jeweils 36 Monate. Dies entspricht dem Be-

- wertungszeitraum nach § 137g Abs. 3 Satz 2 SGB V. Abweichungen vom Evaluationszeitraum und somit vom Bewertungszeitraum können in den indikationsspezifischen Anlagen geregelt werden. Der Bericht ist durch die Krankenkassen bzw. deren Verbände oder von ihnen beauftragten Dritten spätestens 18 Monate nach Ende des jeweiligen Evaluationszeitraums zu veröffentlichen und dem G-BA zur Kenntnis zu geben.
3. Im Evaluationsbericht sind mindestens folgende Inhalte darzustellen:
- Fragestellung gemäß Ziffer 3.d.
 - Auswertungsmethodik
 - Beschreibung der Datengrundlagen
 - Anzahl der datenliefernden Krankenkassen
 - Patientenzahlen und -merkmale:
 - Anzahl der Versicherten, die seit Einführung des jeweiligen Programms eingeschrieben sind bzw. waren, mit Differenzierung nach Alter und Geschlecht
 - Anzahl der verbleibenden Teilnehmer zum Ende des Beobachtungszeitraums
 - Durchschnittliche Beobachtungsdauer
 - Anzahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bzw. stationären Einrichtungen
 - Auswertungen der medizinischen Evaluationsparameter entsprechend der Festlegung in den indikationsspezifischen Anlagen.
4. Für die Erstellung des Berichtes wird im Sinne einer dynamischen Kohorte der Verlauf aller Versicherten, in dem nach Abs. 3 Ziffer 2 beschriebenen Zeitraum, untersucht. Der Beginn des für jeden Versicherten auszuwertenden Beobachtungszeitraums ist das Einschreibedatum in das DMP. Der Beobachtungszeitraum endet mit dem gemäß Abs. 3 Ziffer 2 festgelegten Ende des Evaluationszeitraums bzw. mit dem Ausscheiden des Versicherten aus dem Programm. Die medizinischen Evaluationsparameter sind in Abhängigkeit von der Dauer der Programmteilnahme darzustellen.
- In den indikationsspezifischen Anlagen können ggf. weitere Differenzierungen in der Auswertung z. B. nach Regionen oder Populationen geregelt werden.
 - Die für die Auswertung und Berichtserstellung erforderlichen medizinischen Daten der Dokumentationen nach § 5 dieser Richtlinie sowie die für die Darstellung der nach Abs. 3, Ziffern 3.c.II. und III. erforderlichen administrativen Daten werden von den Krankenkassen bzw. deren Verbänden oder den von ihnen beauftragten Dritten dem unabhängigen Sachverständigen nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V (Evaluator) in pseudonymisierter Form übermittelt. Einzelheiten zur Datenübermittlung (Zeitpunkt, Format etc.) werden zwischen den Krankenkassen bzw. deren Verbänden oder den von ihnen beauftragten Dritten und dem Evaluator abgestimmt.
- (4) Der Evaluator muss die fachlichen, personellen und technischen Voraussetzungen erfüllen, um die Evaluation entsprechend den in dieser Richtlinie vorgegebenen Anforderungen durchführen zu können. Der Evaluator hat schriftlich sämtliche wirtschaftlichen Kontakte der letzten drei Jahre offen darzulegen sowie schriftlich zu bestätigen, dass keine personellen Beteiligungen seitens der Krankenkassen und Leistungserbringer an den Organen der Geschäftsführung oder des Aufsichtsrates des Evaluators bestehen sowie dass eine wirtschaftliche Unabhängigkeit besteht.
- (5) Die Ergebnisse der Evaluation fließen in die Weiterentwicklung der Vorgaben an die Behandlung in den Programmen ein. Darüber hinaus dienen sie auch dazu, die Evaluationskriterien weiterzuentwickeln.
- (6) Die an den strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V teilnehmenden Krankenkassen sind verpflichtet, sich an der Evaluation gemäß den Vorgaben dieser Richtlinie zu beteiligen.

§ 7 Patientenzentrierte Vorgehensweise

Eines der Kernanliegen der Verträge zu den strukturierten Behandlungsprogrammen ist eine aktive Einbindung der Patientin bzw. des Patienten in den Behandlungsverlauf. Vor Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen soll mit der Patientin bzw. dem Patienten ausführlich über die Erkrankung, die möglichen Maßnahmen und deren Auswirkungen, sowie über mögliche zielführende Verhaltensoptionen der Patientin bzw. des Patienten selbst gesprochen werden. Entscheidungen über die jeweiligen Behandlungsschritte sollten im Gespräch mit der informierten Patientin bzw. dem informierten Patienten erfolgen. Dieser Prozess soll durch eine auf die Patientin bzw. den Patienten abgestimmte, neutrale Informationsvermittlung unterstützt werden. Ein angemessenes Eingehen auf ihre bzw. seine psychosoziale Situation und emotionale Befindlichkeit, somit also eine patientenzentrierte Vorgehensweise, soll erfolgen. Dabei ist auch das Recht der Patientinnen und Patienten, eine gemeinsame Entscheidungsfindung nicht in Anspruch zu nehmen, zu berücksichtigen. Auf die Möglichkeit der Unterstützung durch geeignete flankierende Maßnahmen (z. B. Selbsthilfe) soll hingewiesen werden. Diese patientenzentrierte Vorgehensweise soll die Adhärenz (das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Patientin/eines Patienten mit den Behandlungswegen und -zielen übereinstimmt, die er zuvor mit dem Arzt gemeinsam beschlossen hat) fördern.

Die Abläufe in der Praxis

Die Einschreibung als Arzt in das DMP Brustkrebs

Um als koordinierender Arzt oder Einrichtung mit besonderem Versorgungsauftrag Patientinnen im Rahmen eines DMP behandeln zu können, müssen Sie einem DMP-Vertrag für die jeweilige Erkrankung beitreten. Dieser wird zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) geschlossen.

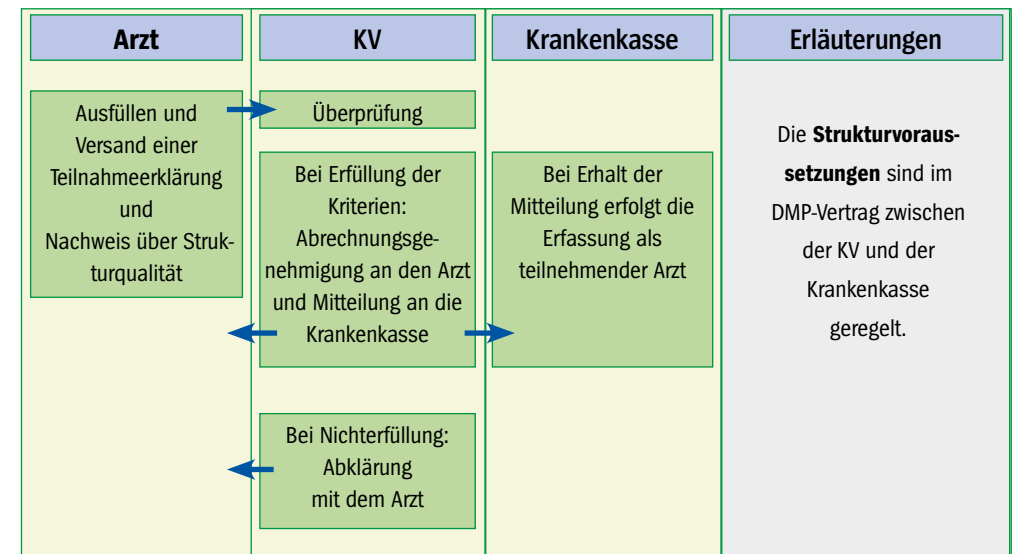
Informationen über die abgeschlossenen Verträge, die Voraussetzungen für Ihre Teilnahme, ein Formular zur Erklärung der Teilnahme sowie andere Dokumente erhalten Sie bei den Krankenkassen und bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (unter www.kvsh.de).

Ihre Einschreibung in das DMP geschieht in folgenden Schritten:

1. Sie füllen die „**Teilnahmeerklärung Leistungserbringer**“ für das DMP Brustkrebs aus. In der Teilnahmeerklärung bestätigen Sie u. a., dass Sie über die Ziele und Inhalte des jeweiligen Behandlungsprogramms informiert sind und dass Sie die Regelungen des Vertrages einhalten. Außerdem verpflichten Sie sich zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen. Sie haben die Möglichkeit, auf der Teilnahmeerklärung anzugeben, ob bei Ihnen **angestellte Ärzte** ebenfalls im Rahmen von DMP tätig sind. Für diesen Fall benötigen Sie zusätzlich die „**Ergänzungserklärung Leistungserbringer**“ zur namentlichen Meldung dieser Ärzte. Die Erklärungen schicken Sie bitte an die im Formular genannte Adresse Ihrer KV.
2. Dort wird geprüft, ob die strukturellen Voraussetzungen für Ihre Teilnahme erfüllt sind.
3. Sie erhalten die **Genehmigung**, dass Sie (ggf. durch einen bei Ihnen angestellten Arzt) an dem Programm teilnehmen können. Sowohl die Teilnah-

mevoraussetzungen als auch die Aufgaben zur Durchführung des jeweiligen DMP sind im entsprechenden DMP-Vertrag bzw. in dessen Anhängen beschrieben.

Wie werden Struktur- und Fortbildungsvoraussetzungen überprüft?



Ihre Aufgaben als koordinierender Vertragsarzt:

Wenn Sie als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, haben Sie die Möglichkeit, als koordinierender Arzt tätig zu sein. Damit gehören u. a. zu Ihren Aufgaben:

1. Die Koordination der Behandlung der Patientinnen, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer sowie die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten;
2. die Durchführung von umfassenden Patientinnen-Aufklärungsgesprächen;
3. die Information der Versicherten über die am Vertrag teilnehmenden stationären Einrichtungen bzw. Kooperationszentren;
4. die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen zu bestimmten Zeitpunkten;

5. die Beachtung der Qualitätsziele einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums;
6. Teilnahme an zwei zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Mammakarzinom“ pro Jahr.

Als koordinierendem Arzt werden Ihnen die **Dokumentationen** und intensivierte Patientinnengespräche **extrabudgetär** vergütet.

Für weitere Details zum Nachweis der Strukturqualität Ihrer Praxis wenden Sie sich bitte an Ihre Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein.

■ Voraussetzungen für eine effiziente Durchführung von DMP

Die DMP-spezifischen Aufgaben und Tätigkeiten sollten sinnvoll auf die Mitglieder des Praxisteam verteilt werden. Beispielsweise kann Ihr nicht-ärztliches Praxispersonal an der Vorbereitung der Untersuchung und deren Dokumentation mitwirken.

Die Organisation der Behandlung (Terminvergabe und ggf. -erinnerung, Abwicklung der Datenübermittlung und -korrektur) kann sogar vollständig vom Praxisteam übernommen werden. Nutzen Sie dieses Potenzial, um sich so weit wie möglich auf die wesentlichen Aufgaben konzentrieren zu können.

Neben personeller Unterstützung erleichtern organisatorische Maßnahmen die effiziente Durchführung von DMP in der Praxis.

■ Teilnahme von stationären Einrichtungen am DMP

Die teilnehmenden stationären Einrichtungen sind von der Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert als „Zertifiziertes Brustzentrum“ ausgewiesen. Sie erfüllen die fachlichen Anforderungen an Brustzentren und verfügen über ein anerkanntes Qualitätsmanagementsystem. Die Einhaltung der fachlichen Anforderungen wird jährlich durch das unabhängige

Institut OnkoZert überwacht.

Nähere Informationen finden Sie unter www.onkozert.de.

Eine Liste der teilnehmenden stationären Einrichtungen erhalten Sie bei der KV Schleswig-Holstein (www.kvsh.de).

Wie werden Ihre Patientinnen in das Behandlungsprogramm aufgenommen?

1. Ihre Patientinnen werden auf verschiedenen Wegen auf das DMP aufmerksam gemacht:
 - direkt über Sie als „koordinierenden Vertragsarzt“, über öffentliche Medien oder über die Kundencenter der Krankenkassen.
2. Sie als „koordinierender Vertragsarzt“ sollen geeignete Patientinnen für das Behandlungsprogramm grundsätzlich anhand folgender Einschreibekriterien auswählen:

■ Einschreibekriterien für Patientinnen mit Brustkrebs sind:

- die histologische Sicherung eines Mammakarzinoms (inclusive DCIS) oder eines lokoregionären Rezidivs oder eine nachgewiesene Fernmetastasierung des histologisch nachgewiesenen Brustkrebses;
- die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt;
- das alleinige Vorliegen eines lobulären Carcinoma in situ (LCIS) rechtfertigt nicht die Aufnahme in das DMP;
- nach zehn Jahren Rezidivfreiheit nach histologischer Sicherung endet die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm;
- tritt ein lokoregionäres Rezidiv / kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am DMP auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere zehn Jahre ab dem Zeitpunkt der jeweiligen histologischen Sicherung möglich;
- tritt ein lokoregionäres Rezidiv / kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung

der Teilnahme am DMP auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich;

- Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.

Ihre Patientin

- erhält ein Merkblatt, auf dem das Ziel, die Inhalte und der Ablauf des DMP dargestellt sind;
- erhält eine Datenschutzzinformation, in der detailliert der Datenfluss erläutert wird;
- unterschreibt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE), in der sie u. a. bestätigt, dass sie die Programm- und Versorgungsziele kennt, Sie als koordinierenden Arzt auswählt und die Nutzung ihrer Daten autorisiert.
- Beim ersten Kontakt wird zudem von Ihnen die Erstdokumentation ausgefüllt (siehe Seite 16 dieses Manuals).

■ Checkliste: Notwendige Unterlagen für die Einschreibung einer Patientin:

Der Patientin müssen vor Unterschrift vorliegen:	
●	Merkblatt („Eine Information für Patientinnen“)
●	Datenschutzzinformation
Die Patientin muss unterschrieben haben:	
●	Teilnahmeerklärung
●	Einwilligungserklärung zur Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten
Für die Patientin müssen Sie ausfüllen:	
●	Erstdokumentation
●	Datum, Unterschrift und Arztstempel auf dem untersten Teil der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE)

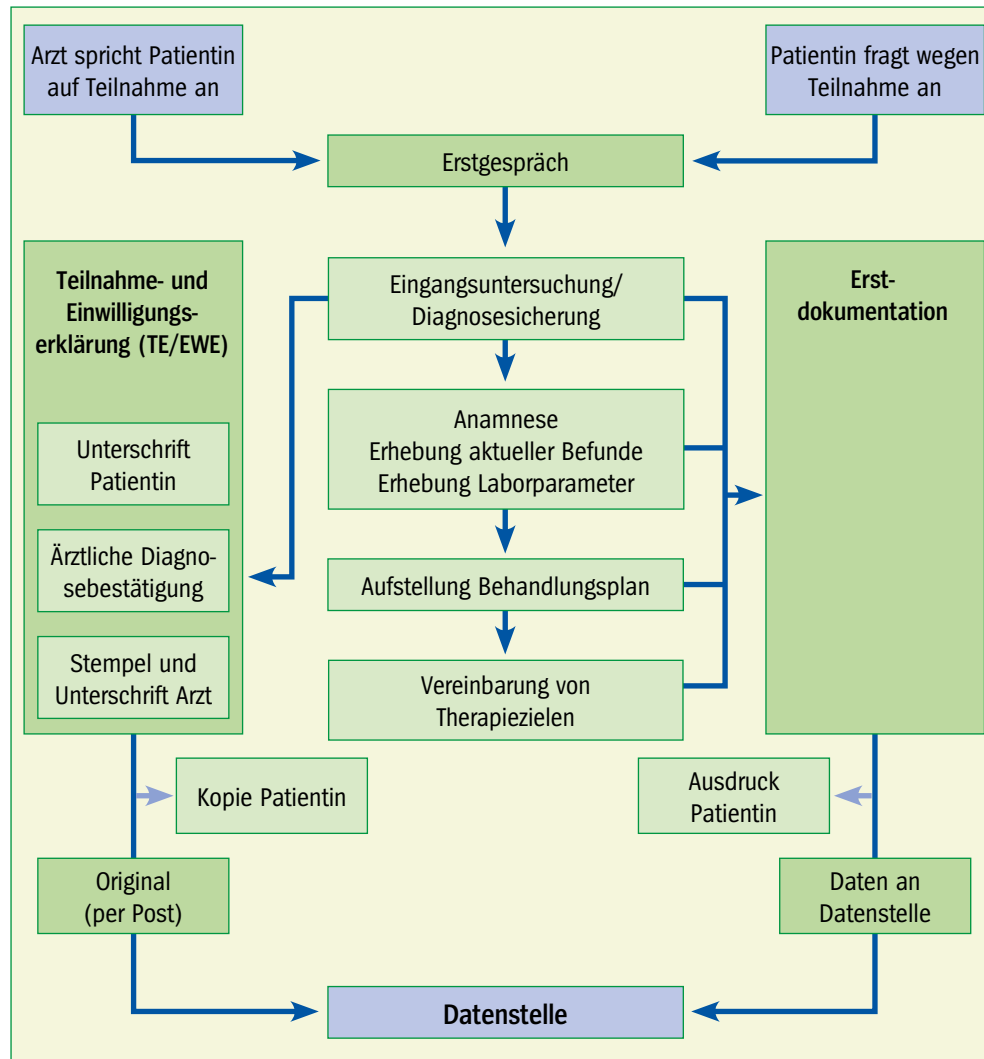
Als koordinierender Arzt bestätigen Sie die **gesicherte Diagnose** der jeweiligen Erkrankung auf der Teilnahmeerklärung der Patientin schriftlich und versehen diese mit Stempel und Unterschrift.

Es gibt drei Möglichkeiten der Einschreibung durch den koordinierenden Arzt:

1. Erstmanifestation eines Mammakarzinoms oder kontralateralen Brustkrebses
 - präoperativ:
Die Erstdokumentation wird ausgefüllt und versendet (siehe Seite 16 dieses Manuals). Erst nach erfolgter chirurgischer Primärtherapie sind die Angaben durch das erneute Ausfüllen eines Erstdokumentationsbogens nachzureichen.
 - postoperativ:
Die komplette Erstdokumentation wird ausgefüllt und versendet.
2. Lokalrezidiv eines Mammakarzinoms
 - präoperativ:
Die Erstdokumentation wird ausgefüllt und versendet (siehe Seite 16 dieses Manuals). Erst nach erfolgter chirurgischer Primärtherapie sind die Angaben durch das erneute Ausfüllen eines Erstdokumentationsbogens nachzureichen.
 - postoperativ:
Die komplette Erstdokumentation wird ausgefüllt und versendet.
3. bei vorliegender Fernmetastase

In allen Fällen sind die Einschreibeunterlagen binnen zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle zu übermitteln. Bei präoperativer Einschreibung ist die vollständige Dokumentation in der vertraglich vereinbarten Frist, spätestens vier Wochen nach dem chirurgischen Eingriff, nachzureichen.

DMP: Der Programmstart im Überblick



Nachdem Sie die Patientin informiert und sowohl die Patientin als auch Sie selbst die TE/EWE unterschrieben haben, müssen Sie zur Vervollständigung der Einschreibung in das Programm die **Erstdokumentation** am PC ausfüllen. Dabei nehmen Sie alle notwendigen Untersuchungen sowie die Anamnese vor. Bitte händigen Sie Ihrer Patientin einen Ausdruck ihrer DMP-Dokumentation aus der Praxisverwaltungssoftware aus.

Die TE/EWE und die Erstdokumentation versenden Sie an die **Datenstelle**. Während Sie die Dokumentationsdatensätze elektronisch übermitteln können, müssen Sie das Original der Teilnahme-/Einwilligungserklärung wegen der Unterschriften weiterhin per Post an die Datenstelle übermitteln. Einige PVS-Hersteller haben die TE/EWE auch in ihrer DMP-Software hinterlegt.

Die Datenstelle informiert die **Krankenkasse** der Versicherten über deren Einschreibung in das DMP. Die Krankenkasse prüft die Teilnahmevoraussetzungen der Patientin und schickt der Patientin eine Teilnahmebestätigung. Sie selbst erhalten von der Datenstelle eine Übersicht zu den übermittelten Datensätzen.

Die Krankenkasse muss die Teilnahme der Versicherten am Programm beenden, wenn sie zwei aufeinander folgende im Rahmen des DMP vorgesehene Untersuchungen (inkl. Dokumentation) versäumt hat. Wurde die Programmteilnahme aus formalen Gründen beendet, können Sie die Patientin auf ihren Wunsch jederzeit wieder neu mit TE/EWE und Erstdokumentation in das DMP einschreiben.

Grundsätzlich gilt: Nach einer Einschreibung (= „laufender Fall“) erfolgen im weiteren Verlauf ausschließlich Folgedokumentationen.

Die Behandlung im DMP und ihre Dokumentation

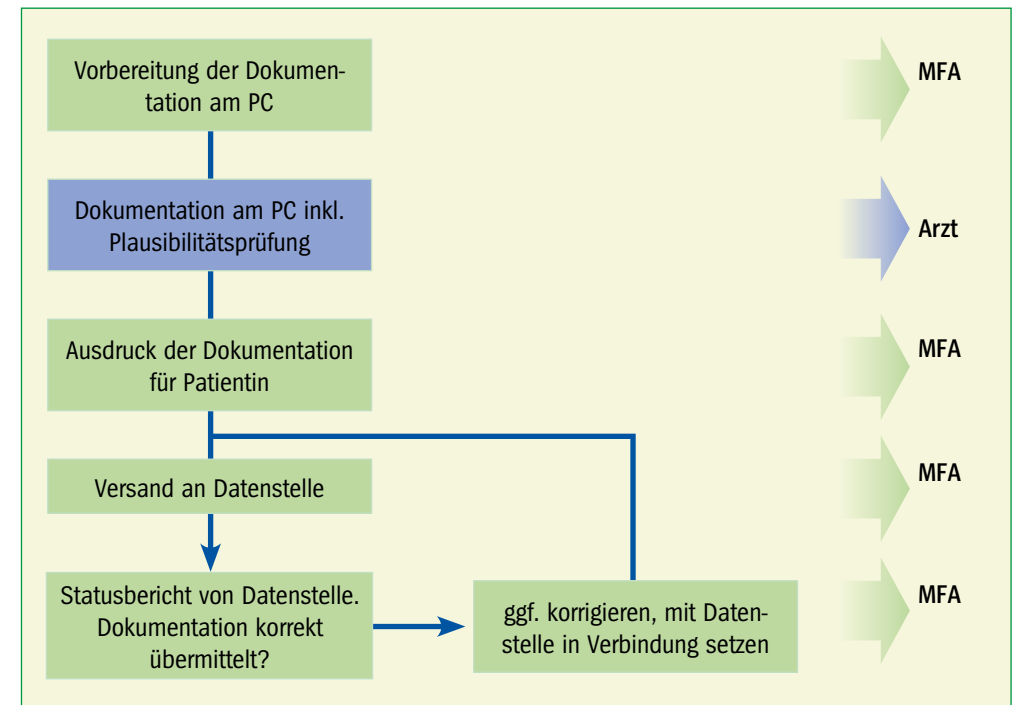
Nach der Aufnahme der Patientin in das strukturierte Behandlungsprogramm haben Sie als koordinierender Arzt **mehrere Aufgaben**. Sie

- überwachen den Gesundheitszustand der Patientin, indem Sie bei deren turnusmäßigen Besuchen die im Rahmen des jeweiligen DMP vorgesehenen Untersuchungen durchführen.
- überweisen die Patientin zu den im Programm vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen bzw. zur Mitbehandlung an Ärzte oder Einrichtungen anderer Versorgungsebenen.
- entwickeln zusammen mit der Patientin und unter Berücksichtigung ihrer Persönlichkeit und Lebensumstände eine auf sie individuell zugeschnittene Behandlungsstrategie und unterstützen sie bei der Erreichung der Behandlungsziele.
- fördern das Wissen der Patientin über ihre Erkrankung und motivieren sie dazu, ihre Lebensweise den Erfordernissen der Krankheit anzupassen.
- dokumentieren die Behandlung fortlaufend entweder jedes zweite Quartal oder jährlich mithilfe der standardisierten elektronischen Dokumentationsdatensätze.

Ärzte und Einrichtungen der spezifisch qualifizierten Versorgungsebene behandeln die Patientin aufgrund einer Überweisung des koordinierenden Arztes mit und überweisen sie an diesen zurück. Dabei geben sie die Daten weiter, die der Vervollständigung der Dokumentation dienen. Sie informieren den koordinierenden Arzt über eingeleitete Maßnahmen.

Die Patientinnen sollen in dem DMP über den Behandlungsverlauf informiert werden, um sie in die Behandlung einzubeziehen und ihre Compliance zu erhöhen. Im Programm ist daher vorgesehen, dass die Patientin zur Information und für ihre Unterlagen jeweils einen **Ausdruck ihrer Dokumentationsdaten** erhält.

Die **Dokumentation der Behandlung** durch den koordinierenden Arzt erfolgt elektronisch mittels des DMP-Moduls einer von der KBV zertifizierten Praxisverwaltungssoftware. Die **DMP-Software prüft**, ob die Eingaben vollständig und plausibel sind. Dadurch werden spätere Korrekturläufe nahezu überflüssig. Sollte es im Ausnahmefall einmal zu einer Korrektur kommen, erfolgt diese papiergebunden durch die Datenstelle. Die fertige Dokumentation wird als Datensatz gespeichert und verschlüsselt.



■ Ablauf der Dokumentation im eDMP

Die Dokumentationsdaten können Sie auf folgenden Wegen an die Datenstelle übermitteln:

- Sie können die Daten über das DMP-Portal der KV Schleswig-Holstein hochladen und damit an die Datenstelle übermitteln. Infos unter www.kvsh.de.
- Weiterhin gibt es auch die Möglichkeit, die Dokumentationsdaten direkt bei der Datenstelle einzugeben. Infos unter <https://DMPonline.inter-forum.de/>.
- Außerdem ist eine Übermittlung der Daten mittels des Kommunikationsdienstes „KV-Connect“ über Ihre Praxisverwaltungssoftware möglich.

Da die Daten beim Abspeichern bzw. vor dem Versand von der DMP-Software automatisch verschlüsselt werden, sind sie vor Missbrauch geschützt.

Wenn die von Ihnen an die **Datenstelle** übermittelten Daten nicht lesbar, unvollständig oder nicht plausibel sind, informiert Sie die Datenstelle und bittet Sie, die Datenübermittlung erneut durchzuführen. Das geschieht auch dann, wenn Dateien von der Datenstelle nicht entschlüsselt werden können oder in einem inkompatiblen Format übermittelt wurden.

Unabhängig von der Art der Datenübermittlung erhalten Sie regelmäßig von der Datenstelle einen **Statusbericht** über alle eingegangenen Dokumentationen. Dokumentationen, die später als 52 Kalendertage nach Ende des Quartals, in dem die Dokumentation erstellt wurde, bei der Datenstelle eingehen, sind verfristet und können bei der weiteren Verarbeitung nicht mehr berücksichtigt werden.

Dokumentationsdatensätze, die frist- und formgerecht übermittelt wurden, leitet die Datenstelle an die Krankenkassen und die Gemeinsame Einrichtung weiter, wo sie für die weitere Nutzung für im DMP vorgesehene Zwecke aufbereitet werden.

Adresse der Datenstelle:

Postanschrift der Datenstelle für alle Diagnosen – nur für die Übersendung der TE/EWE:

DAVASO GmbH
Abteilung DMP – SH
Postfach 500752
04302 Leipzig

Anschrift der Datenstelle – für private Zustelldienste:

DAVASO GmbH
Abteilung DMP – SH
Sommerfelder Str. 120
04316 Leipzig
Hotline der Datenstelle:
0341/2592043

Der Arztwechsel einer Patientin

Die Patientin kann, z. B. aufgrund eines Wohnortwechsels innerhalb des KV-Bezirks, ihren betreuenden DMP-Arzt wechseln. Dazu muss der neue Arzt in der DMP-Software lediglich eine **Folgedokumentation** (ohne TE/EWE!) erstellen und an die Datenstelle übermitteln. Die Datenstelle übermittelt die Information an die Krankenkasse der Patientin, diese wiederum informiert den vorherigen koordinierenden Arzt über den Wechsel der Patientin.

Hat sich eine Patientin aus Versehen bei zwei Ärzten gleichzeitig eingeschrieben, wendet sich die Krankenkasse an die Patientin und bittet sie, sich für einen Arzt zu entscheiden. Die betroffenen Ärzte werden ebenfalls von der Krankenkasse über die Entscheidung der Patientin informiert.

Die Praxisübernahme

Für bereits vom vorherigen Praxisinhaber ins DMP eingeschriebene Patientinnen gelten die Regelungen des Arztwechsels. Hier ist eine Folgedokumentation zu erstellen.

Der Krankenkassenwechsel einer Patientin

Hier gelten die gleichen Regelungen wie bei der Neueinschreibung von Patientinnen: Es ist eine neue TE/EWE und Erstdokumentation zu erstellen.

Die Wiedereinschreibung einer Patientin nach Ausschreibung durch die Krankenkasse

Nach einer Ausschreibung durch die Krankenkasse hat die Wiedereinschreibung mit einer neuen TE/EWE und Erstdokumentation zu erfolgen. Es darf die bereits vergebene Fallnummer der Patientin erneut verwendet werden.

Die Abrechnung im Behandlungsprogramm

Für die **vollständigen und plausiblen Dokumentationen** erhalten Sie die **vertraglich vereinbarte Vergütung**. Sie können die Dokumentation nur für Patientinnen abrechnen, die sie als **koordinierenden Arzt** gewählt haben. Ihrer KV teilen Sie bei Ihrer Quartalsabrechnung die im DMP-Vertrag vereinbarte(n) Gebührenordnungsnummer(n) der von Ihnen erbrachten Leistungen je Patientin mit. Die Vergütung erfolgt **einmal im Quartal** durch die KV entsprechend den bei der Datenstelle **fristgerecht eingegangenen, vollständigen und plausiblen Dokumentationen** für eingeschriebene Versicherte.

Wie ist DMP Brustkrebs vertraglich geregelt?

Den Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und den am DMP Brustkrebs beteiligten Kassen können Sie unter www.kvsh.de DMP-Programme einsehen. Dort finden Sie auch alle Vertragsanlagen, z. B. die Teilnahmeerklärung für Ärzte.

Die Abrechnung von Leistungen im DMP

Die Vergütung von DMP-Leistungen ist im Vertrag bzw. einer Anlage zum DMP-Vertrag geregelt. Bei Ihrer **Quartalsabrechnung** teilen Sie bitte Ihrer KV die im DMP-Vertrag vereinbarte(n) Gebührenordnungsnummer(n) der von Ihnen erbrachten Leistungen mit. Hierbei beachten Sie bitte, dass nur die Leistungen abgerechnet werden können, für die eine Genehmigung ausgesprochen wurde.

Die Vergütung erfolgt quartalsweise durch die KV. Honoriert werden nur vollständige und plausible Dokumentationen für bei Ihnen eingeschriebene Versicherte.

Feedbackberichte für den Arzt

Die Gemeinsame Einrichtung als neutrale Institution wertet in regelmäßigen Abständen die von Ihnen erfassten Dokumentationsdaten aus und stellt Ihnen die Ergebnisse in Form eines Feedbackberichts zur Verfügung. Sie erfahren so vertraulich und ganz individuell für Ihre Praxis

- wie viel Prozent Ihrer Patientinnen die definierten Qualitätsziele erreicht haben;
- welche Patientinnen die Ziele nicht erreicht haben;
- wo Ihre Praxis hinsichtlich der Zielerreichung im Vergleich zu den anderen Praxen steht.

Der Feedbackbericht hilft Ihnen, gemeinsam mit der Patientin gezielt an der konsequenten Umsetzung der ärztlichen Empfehlungen zu arbeiten. Außerdem gibt er Ihnen Hinweise zur **Optimierung von Behandlungsabläufen**, z. B. im Rahmen von Qualitätszirkeln. Der Feedbackbericht ist so ein effektives Instrument zur Verbesserung der Versorgungsqualität.

Häufig gestellte Fragen

Wie DMP entstehen und funktionieren

■ Was ist Disease Management?

Ursprünglich wurde der Begriff Disease Management in den USA geprägt; er beinhaltet den strukturierten Umgang mit der Erkrankung unter Einbeziehung aller an der Behandlung Beteiligten.

In Deutschland wurden die Disease-Management-Programme (DMP) seit 2002 eingeführt. Ziel ist es, die Versorgung von chronisch Kranken zu verbessern. Denn im Gegensatz zu einer hervorragenden Akutversorgung kann die Betreuung chronisch Kranker in Deutschland im internationalen Vergleich noch verbessert werden. Das hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen in seinem Gutachten zur medizinischen Über-, Unter- und Fehlversorgung von 2001 festgestellt und deshalb die Einführung spezieller Programme für chronisch Kranke empfohlen. Komplikationen und Folgeerkrankungen chronischer Krankheiten sollen durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung und Behandlung vermieden oder in ihrem Zeitpunkt des Auftretens verzögert werden.

■ Wie funktionieren DMP?

Ein Versicherter kann sich in ein Programm einschreiben, wenn er die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, wenn seine Krankenkasse ein DMP für die vorliegende Krankheit anbietet und wenn der von ihm gewählte Arzt an dem Programm teilnimmt. Der Patient unterschreibt die Teilnahmeerklärung und seine Einwilligung zur Datenweitergabe. Diese Dokumente und die erstellte Erstdokumentation werden vom Arzt an die entsprechende Datenstelle weitergeleitet. Der Patient hat sich für seine Erkrankung auf einen koordinierenden Arzt festgelegt, der nun für die weiteren Folgedokumentationen, aber auch für die krankheitsbezogenen Über- und Einweisungen verantwortlich ist. Der Verlauf der Behandlung und die Therapieziele werden zwischen Arzt

und Patient abgestimmt, regelmäßige Folgetermine und – bei Bedarf – Schulungen vereinbart. Die Dokumentation dient auch der Qualitätssicherung. Die Aufwendungen für Koordinierung und Dokumentation werden dem Arzt extrabudgetär von den teilnehmenden Krankenkassen vergütet.

Die Teilnahme an einem DMP ist für Arzt und Patient freiwillig.

■ Für welche Krankheitsbilder gibt es DMP?

Seit 2002 sind strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit folgenden Indikationen eingeführt worden:

- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Brustkrebs
- Asthma bronchiale
- COPD

In Schleswig-Holstein sind alle DMP vereinbart worden.

■ Was ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 SGB V und welche Rolle spielt er bei der Entstehung von DMP?

Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er spielt eine zentrale Rolle bei der Entwicklung und Überarbeitung der strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke. In Bezug auf die DMP hat der G-BA folgende Aufgaben:

Festlegung der Diagnosen

Nach § 137f Abs. 1 SGB V legt der G-BA in Richtlinien geeignete chronische Krankheiten fest, für die Disease-Management-Programme entwickelt werden sollen. Die Kriterien für die Auswahl der Diagnosen sind im SGB V festgeschrieben.

Festlegung von Inhalten

Nach § 137 f Abs. 2 SGB V erlässt der G-BA Richtlinien zur inhaltlichen Ausge-

staltung der strukturierten Behandlungsprogramme. Die praktische Umsetzung der DMP erfolgt durch die Krankenkassen auf der Basis von regionalen Verträgen mit den Leistungserbringern (Vertragsärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen). Die Verträge müssen dem Bundesversicherungsamt vorgelegt werden, das die Übereinstimmung mit den gesetzlichen Grundlagen und Richtlinien des G-BA prüft. Wenn die Programme und Verträge diesen Vorgaben entsprechen, erhalten sie eine zeitlich unbefristete Zulassung des Bundesversicherungsamtes.

Überprüfung und Aktualisierung von Inhalten

Nach § 137 f Abs. 2 SGB V ist der G-BA verpflichtet, seine Richtlinien regelmäßig zu überprüfen. Wenn sich der aktuelle Stand des medizinischen Wissens geändert hat, werden die Inhalte der Programme entsprechend angepasst.

■ Wie entstehen die Empfehlungen für die medizinischen Anforderungen an DMP?

Der „Unterausschuss Disease-Management-Programme“ des G-BA ist für die inhaltliche Ausgestaltung und Aktualisierung der DMP zuständig. Hier arbeiten Vertreter der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen unter Beteiligung von Patientenvertretern zusammen. Die Inhalte werden von Arbeitsgruppen mit externen, klinisch tätigen Experten vorbereitet. Dabei werden Bewertungen der medizinischen Evidenz hinzugezogen, die das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeitet.

■ Was bedeutet evidenzbasierte Medizin?

Evidenzbasierte Medizin (EbM) zielt auf eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung der medizinischen Behandlung, indem aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse systematisch für Entscheidungen in der individuellen medizinischen Versorgung von Patienten aufbereitet und somit für den einzelnen Arzt nutzbar gemacht werden. Ziel ist es, die Anwendung unwirksamer oder gar schädlicher Verfahren zu vermeiden. David Sackett, einer der Pioniere der evidenzbasierten Medizin, hat folgende Definition formuliert: „Die Praxis der

evidenzbasierten Medizin bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung. Mit individueller klinischer Expertise meinen wir das Können und die Urteilskraft, die die Ärzte durch ihre Erfahrung und klinische Praxis erwerben.“

■ Welche Bedeutung hat die evidenzbasierte Medizin für die Praxis?

Der britische Arzt und Epidemiologe **Archie Cochrane** setzte sich unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg als einer der ersten Wissenschaftler für die **Durchführung randomisierter klinischer Studien** ein, um die mangelnde Anwendung wissenschaftlicher Methoden in der klinischen Praxis zu beheben. Er forderte, dass wissenschaftliche Übersichtsarbeiten systematisch geplant und ständig aktualisiert werden, um neue Ergebnisse bei der Versorgung von Patienten berücksichtigen zu können.

Als Antwort auf die Forderung nach systematischen Übersichten aller relevanten randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) im Gesundheitswesen wurde im Oktober 1992 das Cochrane Centre in Oxford gegründet.

Das Cochrane Centre ist ein weltweites Netz von Wissenschaftlern und Ärzten aller gesundheitlichen Fachrichtungen, das sich zum Ziel gesetzt hat, systematische Übersichtsarbeiten zu Therapievergleichen auf der Basis randomisierter Studien zu erstellen, aktuell zu halten und in der Cochrane-Datenbank zu verbreiten.

Im März 1998 wurden in Berlin das **Netzwerk „Evidenzbasierte Medizin“** und am 6. Oktober 2000 das **„Deutsche Netzwerk für evidenzbasierte Medizin“** gegründet. Das Netzwerk ist ein Zusammenschluss verschiedener Zentren, die sich zum Ziel gesetzt haben, systematische Übersichtsarbeiten zu erstellen, in regelmäßigen Abständen Workshops zu organisieren, alle Aktivitäten im deutschsprachigen Raum, die sich mit „evidenzbasierter Medizin“ bzw. „evidenzbasierter Gesundheitsversorgung“ beschäftigen, zu bündeln und sich allgemein für die Verbreitung der Methode einzusetzen.

Die Bestrebungen, die evidenzbasierte Methodik im gesamten Gesundheitswesen anzuwenden, führten zur Entstehung von weiteren Konzepten wie „evidence-based nursing“, „evidence-based mental health“, „evidence-based child care“, „evidence-based pharmaco-therapy“, „evidence-based dentistry“, „evidence-based practice“ sowie „evidence-based health care“.

■ Welcher Zusammenhang besteht zwischen evidenzbasierter Medizin und DMP?

Das methodische Vorgehen, wissenschaftliche Informationen problemorientiert aufzuarbeiten und zu beurteilen, sodass sie von den praktisch tätigen Ärzten in der individuellen klinischen Entscheidungsfindung optimal genutzt werden können, macht das Konzept der evidenzbasierten Medizin zu dem, was es ist: eine auf methodisch erbrachten und beurteilten Beweisen und nicht auf althergebrachtem Wissen oder Intuition basierende Medizin. Es schließt weder das Wissen der klinisch tätigen Ärzte noch die Individualität der Patienten und ihrer Probleme aus, sondern verlangt vielmehr eine Verknüpfung.

Auf Basis der beschriebenen Methodik wurden nun vom **G-BA** die medizinischen Anforderungen für DMP entwickelt, die als **Versorgungsinhalte** von DMP vertraglich verankert sind.

Die in diesen Versorgungsinhalten festgelegten **Zielparameter**, wie z. B. die Blutdruckeinstellung auf Werte unter 140/90 mmHg für die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2, stellen das derzeit bestverfügbare Wissen, also die **externe Evidenz** dar. In der praktischen Anwendung muss die externe Evidenz, in diesem Beispiel RR-Senkung unter Werte von 140/90 mmHg, durch die **klinische Expertise** individuell auf den Patienten angepasst werden.

Da sich die Wissenschaft weiterentwickelt, ist es verständlich, dass diese evidenzbasierten Versorgungsinhalte regelmäßig auf den neuesten wissenschaftlichen Stand aktualisiert werden müssen.

■ Welche Rolle spielen die Krankenkassen im DMP?

Die Kassen bieten ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme an. Im Mittelpunkt steht die kontinuierliche und strukturierte Behandlung der Patienten. Hierzu schließen die Krankenkassen Verträge mit Ärzten (meist den Kassenärztlichen Vereinigungen). Ein dem Patienten vertrauter Arzt übernimmt die Rolle des Koordinators. Er ist gewissermaßen der Lotse für alle diagnosebezogenen Behandlungsschritte.

Auch Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen werden von den Krankenkassen vertraglich eingebunden. Die Verträge sind in der Regel kassenartenübergreifend. Die Kassen haben die Möglichkeit, ihren Teilnehmern zusätzliche Serviceleistungen zu bieten. Das sind z. B. umfangreiche Informationen, die es den Patienten ermöglichen, ihre Erkrankung besser zu verstehen und den Verlauf im Rahmen des Möglichen günstig zu beeinflussen.

Das Ziel der strukturierten Behandlungsprogramme ist eine qualitative Verbesserung der medizinischen Versorgung für chronisch kranke Menschen.

■ Was ist das Besondere an der Versorgung im DMP?

Anders als in der Regelversorgung werden Patienten im DMP regelmäßig bezüglich ihrer chronischen Erkrankung untersucht und das Ergebnis systematisch dokumentiert. Das gilt auch, wenn es den Patienten gut geht. Sollten Komplikationen auftreten, ist die Weiterleitung an besonders qualifizierte Ärzte oder Einrichtungen vorgesehen. Disease-Management-Programme greifen nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Das heißt: Patienten, die sich gegen die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm entscheiden, erhalten grundsätzlich die im Leistungskatalog der GKV vorgeschriebenen Leistungen.

■ Kann die Patientin jeden Arzt als koordinierenden Arzt wählen, der die vertraglichen Voraussetzungen erfüllt hat?

Aufgrund der Dauer und der Komplexität der Erkrankung ist es erforderlich, dass die Patientinnen einen koordinierenden Arzt wählen. Die freie Arztwahl

bleibt jedoch auch im DMP erhalten, da die Patientinnen

- die koordinierenden Ärzte jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne das Disease-Management-Programm verlassen zu müssen wechseln können und
- auch andere Ärzte jederzeit aufsuchen können.

Um die Kontinuität der Behandlung zu gewährleisten, muss bei einem Arztwechsel jedoch festgelegt werden, wer zukünftig die Funktion des koordinierenden Arztes übernehmen soll. Ebenso dokumentiert der Koordinationsarzt krankheitsbezogene Überweisungen und Mitbehandlungen.

■ Was passiert, wenn die Patientin wegen ihrer DMP-Erkrankung aus eigener Initiative einen anderen Arzt aufsucht?

Solche Konsultationen sind natürlich möglich, laufen aber außerhalb des DMP, solange die Patientin nicht einen Wechsel des koordinierenden Arztes beschließt.

■ Wie werden die Daten im DMP übermittelt?

Die Datenübermittlung erfolgt elektronisch mittels einer zertifizierten DMP-Software

- direkt bei der Datenstelle (DMPonline)
- über das Online-Portal der KV
- mittels des Kommunikationsdienstes „KV-Connect“ über Ihre Praxisverwaltungsoftware

an die Datenstelle:

Postanschrift – nur für die Übersendung der TE/EWE:

DAVASO GmbH
Abteilung DMP-SH
Postfach 50 07 52
04302 Leipzig

für private Zustelldienste:

DAVASO GmbH
Abteilung DMP-SH
Sommerfelder Str. 120
04316 Leipzig

Bei Anfragen an die Datenstelle:

Hotline der Datenstelle: 0341-2592043

E-Mail: dmp-sh@davaso.de (Achtung: Nicht für Datenlieferungen verwenden!)

■ Welche Aufgaben hat die Gemeinsame Einrichtung?

Die Vertragspartner bilden eine paritätisch besetzte sogenannte Gemeinsame Einrichtung. Sie hat unter anderem folgende Aufgaben:

- Qualitätssicherung (z. B. Erstellung der Arzt-Feedbackberichte)
- Regelung und Überwachung der DMP-Pflichtfortbildung

■ Wie werden die Daten von Patientinnen und Ärzten geschützt?

Die Krankenkassen müssen sich bei der Datenerhebung an die gesetzlichen Datenschutzvorgaben halten (Seit dem 25. Mai 2018 gilt die Europäische Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Die Patientin willigt mit der Einschreibung in das Programm in die Übermittlung ihrer Daten an die entsprechenden Stellen ein. Sie muss über die weitergeleiteten Daten informiert werden. Die Krankenkassen erhalten nur die Daten, die für eine Durchführung der Programme unbedingt notwendig sind. Nach einer gesetzlich festgelegten Aufbewahrungsfrist müssen die Daten wieder gelöscht werden.

■ Wo können Ärzte TE/EWE beziehen?

Die TE/EWE erhält der teilnehmende Arzt über den regulären Formularbezug. Sie können auch aus dem Praxisverwaltungssystem ausgedruckt werden.

■ **Wo gibt es Hilfestellung für das Ausfüllen der Dokumentation?**

Hier im allgemeinen Teil des Praxismanuals finden Sie generelle Hinweise sowie die ausführliche Ausfüllanleitung für die Dokumentation ab Seite 29.

■ **Wo erfahre ich, welche Ärzte, andere Spezialisten und Einrichtungen an einem DMP teilnehmen?**

Eine Liste aller am DMP teilnehmenden Ärzte, Spezialisten und Einrichtungen (das sog. Leistungserbringer-Verzeichnis) finden Sie auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (www.kvsh.de).

■ **Wie ist die Teilnahme von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen am DMP geregelt?**

Die DMP sehen die Einbindung von Krankenhäusern und ggf. auch Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen der Kooperation der Versorgungsebenen vor.

Das Disease-Management-Programm Brustkrebs

■ **Welches sind die Ziele eines DMP Brustkrebs?**

Mit dem DMP Brustkrebs soll eine systematische Koordination der Behandlung der betroffenen Patientinnen gewährleistet werden. Wichtig ist die interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller beteiligten Ärzte und teilnehmenden Krankenkassen. Das DMP Brustkrebs verfolgt im Wesentlichen folgende Ziele:

- Vermeidung von Rezidiven und des Fortschreitens der Erkrankung
- Verbesserung der Lebensqualität der Patientin
- Einbindung aufgeklärter Patientinnen in die Behandlungsentscheidungen und patientinnenzentriertes Vorgehen

■ **Wie viele Frauen leiden in Deutschland an Brustkrebs?**

In Deutschland werden nach Schätzungen jährlich rund 69.000¹ Frauen mit der Diagnose Brustkrebs (Mammakarzinom) konfrontiert. Das Mamma-

karzinom ist in der westlichen Welt die häufigste Krebserkrankung der Frau und macht etwa 30 Prozent aller bösartigen Erkrankungen bei Frauen aus. In Deutschland erkrankt etwa jede achte Frau² irgendwann in ihrem Leben an Brustkrebs.

■ **Welche Medien können zur Information und Aufklärung der Patientinnen im DMP eingesetzt werden?**

Es gibt zahlreiche Publikationen und Quellen, die der an Brustkrebs erkrankten Patientin Informationen und Hilfen zu ihrer Erkrankung geben können.

■ **Wie können Ärzte am DMP Brustkrebs teilnehmen?**

Die konkreten Abläufe für die Aufnahme des Arztes in das DMP sind im DMP-Vertrag des jeweiligen Landes geregelt. Siehe auch Abschnitt „Die Abläufe in der Praxis“ ab Seite 16 dieses Praxismanuals.

■ **Welche Patientinnen kommen für das DMP Brustkrebs infrage?**

Eingeschrieben werden können alle Patientinnen mit Brustkrebs, die die Einschreibekriterien erfüllen und bereit und in der Lage sind, aktiv am Programm teilzunehmen.

Die Einschreibekriterien sind:

- der histologische Nachweis eines Mammakarzinoms oder eines lokoregionären Rezidivs oder eine nachgewiesene Fernmetastasierung des histologisch nachgewiesenen Brustkrebses;
- die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt;
- wegen der Besonderheiten hinsichtlich Behandlung und Verlauf können Patientinnen mit alleinigem Vorliegen eines lobulären Carcinoma in situ (LCIS) nicht in das DMP aufgenommen werden.

■ **Wie lange werden Patientinnen im DMP Brustkrebs betreut?**

- Nach zehn Jahren Rezidivfreiheit nach histologischer Sicherung, also zehn Jahre nach histologischer Diagnosesicherung, endet die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm.

¹ Quelle: Robert Koch Institut, Stand: 2017

² Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft, Stand: 2018

- Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am DMP auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere zehn Jahre ab dem Zeitpunkt der histologischen Sicherung möglich.
- Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am DMP auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich. Die Patientin kann dann erneut zehn Jahre ab histologischer Diagnosesicherung im Programm verbleiben.
- Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.

■ **Wo gibt es Hilfestellung für das Ausfüllen der Dokumentation?**

Siehe Abschnitt 3 dieses Praxismaterials. Hier finden Sie eine detaillierte Ausfüllanleitung für die Erst- und Folgedokumentation.

■ **Welche Strukturvoraussetzungen müssen Krankenhäuser erfüllen, die am DMP Brustkrebs teilnehmen?**

Die Anforderungen an die Strukturqualität teilnehmender stationärer Einrichtungen bzw. Kooperationszentren sind in der Anlage „Strukturqualität“ des jeweiligen DMP-Vertrages geregelt.

Ausfüllanleitung zur Erst- und Folgedokumentation im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs (Stand 26.04.2018, Version 3)

I) Vorbemerkung

Die Dokumentation stellt ein Kernelement zur Umsetzung des Disease-Management-Programms dar. Neben der Erhebung der Ausgangsdaten (Erstdokumentation) und der Sicherung der Einschreibungsdiagnose erfüllt die Dokumentation weitere wichtige Funktionen:

Sie dient als Checkliste bezüglich medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen, indikationsbezogener Risikofaktoren und Kontrolluntersuchungen.

Sie stellt einen Informationsspeicher für Sie und Ihre Patientin dar und hält gemeinsame Zielvereinbarungen fest.

Sie kann bei notwendigen Über- und Einweisungen als Begleitbrief dienen.

Schließlich bildet die Dokumentation die Basis für die Gestaltung Ihres individuellen Feedbackberichts und für die Programmevaluation.

Die sorgfältige Eintragung der Daten ist daher überaus wichtig und ist für Sie, Ihre Patientin und alle mitbehandelnden Ärzte von Vorteil. Nicht zuletzt kann eine Vergütung an Sie nur bei vollständig ausgefüllter Dokumentation erfolgen.

II) Allgemeine Fragen

■ Welche Patienten können eingeschrieben werden?

Eingeschrieben werden können alle gesetzlich krankenversicherten Patientinnen mit Brustkrebs (inkl. DCIS) oder einem lokoregionären Rezidiv, bei denen die Erkrankung eindeutig durch eine histologische Sicherung diagnostiziert ist und die Diagnosestellung nicht länger als 10 Jahre zurückliegt, sowie Patientinnen mit Fernmetastasen der Brustkrebserkrankung, sofern die Krankenkasse der Patientin einen entsprechenden Vertrag mit der jeweiligen KV abgeschlossen hat.

Das alleinige Vorliegen eines lobulären Carcinoma in situ (LCIS) rechtfertigt nicht die Aufnahme in strukturierte Behandlungsprogramme. Männliche Patienten können nicht am DMP Brustkrebs teilnehmen.

■ Wann ist die Dokumentation vollständig?

Die Dokumentation ist vollständig, wenn zu jedem Fragenkomplex die erforderlichen Angaben gemacht worden sind.

Denken Sie bitte daran, eine Sicherheitskopie des Datensatzes anzufertigen und Ihrer Patientin jeweils einen Ausdruck der ausgefüllten Dokumentation auszuhändigen.

Bedenken Sie, dass aufgrund vertraglicher Regelungen nur bei vollständig ausgefüllten Dokumentationen und Einhaltung der Dokumentationsfristen eine Vergütung an Sie möglich ist.

■ Wie erfolgt die Dokumentation bei präoperativer Einschreibung?

Da beim DMP Brustkrebs die zur Einschreibung erforderliche histologische Sicherung des Befundes in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff erfolgt, gilt für die Fälle, in denen eine Operation erst zu einem späteren Zeitpunkt geplant ist, sowie für die Fälle, in denen grundsätzlich keine OP geplant ist, eine Dokumentation auch dann als vollständig zu werten, wenn in Abschnitt 2 (Anamnese und Behandlungsstatus) die Angabe zu Ziffer 2.1 „OP geplant“

oder „OP nicht geplant“ lautet und im Weiteren sich die Angaben in im Abschnitt 3 „aktueller Befundstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebs“ auf die klinische Befunde beziehen. Nach erfolgter chirurgischer Primärtherapie sind ausschließlich die Angaben zu Ziffer 2.1 sowie zu Abschnitt 3 (Ziffer 3.1. – 3.5) und 4 innerhalb von vier Wochen nach erfolgter Operation auf einem weiteren Erstdokumentationsbogen zu aktualisieren. Die übrigen Abschnitte sind nicht erneut auszufüllen.

Füllen Sie aus verarbeitungstechnischen Gründen bitte auch nicht nochmals den Abschnitt 6 „sonstige Befunde“ aus. Die so erstellte Dokumentation ist abhängig vom Operationsdatum zu erstellen. Sie kann daher auch zeitlich nach einer Folgedokumentation erstellt werden und hat keinen Einfluss auf den Teilnahmebeginn Ihrer Patientin. Bitte beachten Sie dabei auch, dass eine solche Erstdokumentation nicht die regelhafte Folgedokumentation ersetzen kann.

■ In welchem Rhythmus sind die Dokumentationen zu erstellen?

Die Dokumentation erfolgt nach histologischer Sicherung:

In den ersten fünf Jahren mindestens jedes zweite Quartal bei Patientinnen

- mit Einschreibung aufgrund eines Primärtumors, eines lokoregionären Rezidivs oder eines kontralateralen Brustkrebses.
- mit einem neu aufgetretenen Ereignis (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) während der Teilnahme ab dem Datum der histologischen Sicherung des jeweils neuen Ereignisses.
- Darüber hinaus bei bestehenden oder neu auftretenden Fernmetastasen über den gesamten Teilnahmezeitraum ab der diagnostischen Sicherung der Fernmetastasen.

Ab dem sechsten Jahr mindestens jedes vierte Quartal bei Patientinnen

- ohne neues Ereignis (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor)

Achtung: Wird ein neues Ereignis festgestellt, sollte der behandelnde Arzt von sich aus am Tag der Feststellung oder spätestens im nächsten Quartal eine Folgedokumentation erstellen.

Tritt ein neues Ereignis (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Brustkrebs) während oder nach Ablauf der ersten 5 Jahre nach Sicherung des Erstbefundes auf, muss die Dokumentation innerhalb der nachfolgenden fünf Jahre nach histologischer Sicherung des jeweils neu aufgetretenen Ereignisses wiederum mindestens jedes zweite Quartal erfolgen.

Abweichend davon werden Patientinnen mit Einschreibung wegen Fernmetastasen oder mit im Verlauf einer bestehenden Teilnahme auftretender Fernmetastasen über den gesamten Teilnahmezeitraum ab der diagnostischen Sicherung der Fernmetastasen mindestens jedes zweite Quartal dokumentiert.

Bei allen teilnehmenden Patientinnen können im individuellen Fall kürzere Abstände gewählt werden. So kann auch unabhängig von der Erkrankungsdauer bzw. dem Grund der Einschreibung eine Dokumentation jedes zweite Quartal oder quartalsweise erstellt werden.

■ Was ist bei einer Neuerkrankung während einer bereits bestehenden Teilnahme zu beachten?

Wie oben beschrieben, ändert sich in Abhängigkeit von dem Auftreten eines neuen Ereignisses während der bestehenden Teilnahme das Dokumentationsintervall. Tritt ein neues Ereignis nach Ablauf des 5. Jahres nach Sicherung der Erstdiagnose eines Primärtumors, eines lokoregionären Rezidivs oder eines kontralateralen Brustkrebses auf, so wechselt das Dokumentationsintervall von mindestens jedes vierte Quartal (bzw. einmal jährlich) auf mindestens jedes zweite Quartal. Um fehlende Dokumentationen und damit ggf. eine Beendigung der Teilnahme Ihrer Patientin zu vermeiden, ist es daher unbedingt erforderlich, dass jedes neue Ereignis während einer bestehenden Teilnahme zeitnah zur histologischen Sicherung, möglichst spätestens bei der nächsten fälligen Dokumentation, mittels einer vollständigen Folgedokumentation an die Krankenkasse gemeldet wird. Damit wird die Krankenkasse u. a. in die Lage versetzt, Sie und Ihre Patientin an anstehende Dokumentationstermine zu erinnern.

■ Wie werden die Dokumentationen weitergeleitet und honoriert?

Nach der Erstellung der Dokumentation ist diese **innerhalb von zehn Kalendertagen** nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Datenstelle zu **übermitteln**. Sollten die von Ihnen vorgenommenen Angaben in der Dokumentation unvollständig oder unplausibel sein, wird sie in Kopie an Sie zur Korrektur zurückgeschickt. Die **vollständige und plausible** Dokumentation muss inklusive abgeschlossener Korrektur bzw. Vervollständigung erneut von Ihnen unter Angabe des Korrekturdatums zurückgesandt werden und der vertraglich vereinbarten Datenstelle **innerhalb von 52 Kalendertagen** nach Ende des Quartals, in dem die Dokumentation erstellt wurde, vorliegen.

Wenn Sie noch Fragen zum Ausfüllen oder zur Handhabung der Dokumentation haben, wenden Sie sich bitte an die zuständige Stelle.

III) Aufbau der Erstdokumentation

Die Dokumentation besteht aus den unten aufgeführten Abschnitten, die nachfolgend näher erläutert werden. Dabei wird zunächst die Erstdokumentation dargestellt und anschließend auf Unterschiede bei der Folgedokumentation hingewiesen.

0. Kopffeld

1. **Einschreibung (Dokumentationsfeld 10 – 13*)**
2. **Anamnese und Behandlung des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses (Dokumentationsfeld 14*)**
3. **Aktueller Befundstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses (Dokumentationsfeld 15 – 19*)**
4. **Behandlung des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses (Dokumentationsfeld 20- 23*)**
5. **Befunde und Therapie von Fernmetastasen (Dokumentationsfeld 24 – 25*)**
6. **Sonstige Befunde (Dokumentationsfeld 26 – 30*)**
7. **Datum**

*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

■ 0 Kopffeld

DMP-Fallnummer

Für jede Patientin ist durch den Arzt **genau eine DMP-Fallnummer** zu vergeben, die aus **maximal sieben Ziffern oder Zeichen** bestehen darf. Die Fallnummer darf jeweils **nur für eine Patientin** verwendet werden.

Die Fallnummer hat den Zweck, dass Sie eingehende Feedbackberichte Ihren Patientinnen trotz Pseudonymisierung zuordnen können und muss daher in der **Folgedokumentation unbedingt weitergeführt werden**.

Krankenhaus-IK

Erfolgt die Einschreibung bzw. Koordination der Patientin durch das Krankenhaus, ist an dieser Stelle das Institutionskennzeichen einzutragen. In allen anderen Fällen, d. h. Einschreibung bzw. Koordination durch einen belegärztlich tätigen Arzt bzw. niedergelassenen Vertragsarzt, ist die Angabe der „Krankenhaus-IK“ nicht zwingend erforderlich. Um im Rahmen der Qualitätssicherung eine Zuordnung zum behandelnden Krankenhaus herstellen zu können, ist die Angabe allerdings wünschenswert.

Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Erstdokumentation)

■ 1 Einschreibung

Voraussetzung für die Einschreibung ist

- der histologische Nachweis eines Brustkrebses (Primärtumor oder kontralateraler Brustkrebs) oder
- der histologische Nachweis eines lokoregionären Rezidivs oder
- eine nachgewiesene Fernmetastasierung des zuvor histologisch nachgewiesenen Brustkrebses.

Die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt. Das alleinige Vorliegen eines lobulären Carcinoma in situ (LCIS) rechtfertigt nicht die Aufnahme in das DMP.

Für die Einschreibung sollte grundsätzlich der jüngste Befund verwendet werden. Sollten bei Ihrer Patientin bereits mehrere Brustkrebsstadien histologisch gesichert sein, ist die Angabe *eines* histologischen Nachweises ausreichend.

Machen Sie mehrere unterschiedliche Angaben zum Datum der histologischen Sicherung der jeweiligen Brustkrebsstadien, ist für das weitere Ausfüllen des Bogens immer das jüngste der angegebenen Daten ausschlaggebend.

Gültig sind daher nur Datumsangaben, bei denen das Datum der histologischen Sicherung eines *Primärtumors zeitlich vor* dem Datum der histologischen Sicherung eines *kontralateralen Brustkrebses* und/oder eines *lokoregionären Rezidivs* und/oder *von Fernmetastasen* liegt bzw. die Datumsangaben gleich sind.

Nicht gültig sind somit Angaben, bei denen das Datum der histologischen Sicherung eines Primärtumors nach dem Datum der histologischen Sicherung eines kontralateralen Brustkrebses bzw. eines lokoregionären Rezidivs oder von Fernmetastasen liegt. In diesen Fällen erhalten Sie den Bogen mit der Bitte zurück, die Angaben zu überprüfen und zu korrigieren.

Liegen Fernmetastasen vor, erfolgt die Einschreibung immer aus diesem Grund und ist für das weitere Ausfüllen des Bogens zugrunde zu legen.

Abhängig davon, welche Diagnose zur Einschreibung der Patientin in das Programm geführt hat, sind in der Folge unterschiedliche Angaben auf dem Dokumentationsbogen erforderlich.

Der Abschnitt 6 (Sonstige Befunde) sowie 7 (Datum) sind davon unabhängig immer auszufüllen.

1.1 Einschreibung aufgrund eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses (Dokumentationsfeld 10 und 11*)

Erfolgt die Einschreibung aufgrund eines *Primärtumors* oder eines *kontralateralen Brustkrebses* ist das taggenaue Datum der histologischen Sicherung anzugeben. In diesen Fällen ist der Verbleib der Patientin im Programm zunächst zeitlich auf 10 Jahre nach histologischer Sicherung begrenzt.

Bei einer gleichzeitigen Angabe zur histologischen Sicherung eines Primärtumors und eines kontralateralen Brustkrebses darf das Datum der histologischen Sicherung eines Primärtumors nicht nach dem Datum der histologischen Sicherung des kontralateralen Brustkrebses liegen.

Tritt ein kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere 10 Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises des kontralateralen Brustkrebses möglich. Dies ist im Behandlungsverlauf auf der Folgedokumentation im Abschnitt 3 zu vermerken (siehe Bearbeitungshinweis zur Folgedokumentation).

Ist die histologische Sicherung eines *Primärtumors* oder eines *kontralateralen Brustkrebses der jüngste und damit der zur Einschreibung führende Befund*, sind im Weiteren nur Angaben zu den Parametern der Abschnitte

- „Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses“ (Abschnitt 2),
- „Aktueller Befundstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses“ (Abschnitt 3)
- „Behandlung des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses“ (Abschnitt 4) sowie
- „Sonstige Befunde“ (Abschnitt 6)

erforderlich. Der Abschnitt 5 (Befunde und Therapie von Fernmetastasen) muss frei bleiben.

*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

1.2 Einschreibung aufgrund eines lokoregionären Rezidivs

(Dokumentationsfeld 12*)

Erfolgt die Einschreibung aufgrund eines **lokoregionären Rezidivs**, ist ebenfalls das taggenaue Datum der histologischen Sicherung anzugeben. Auch hier ist der Verbleib der Patientin im Programm zunächst zeitlich auf 10 Jahre nach histologischer Sicherung begrenzt.

Bei einer gleichzeitigen Angabe zur histologischen Sicherung eines lokoregionären Rezidivs und eines Primärtumors sowie ggf. noch zusätzlich eines kontralateralen Brustkrebses darf das Datum der histologischen Sicherung eines Primärtumors nicht nach dem Datum der histologischen Sicherung des lokoregionären Rezidivs bzw. der Sicherung des kontralateralen Brustkrebses liegen.

Tritt ein weiteres lokoregionäres Rezidiv während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere 10 Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises des neu aufgetretenen lokoregionären Rezidivs möglich. Dies ist im Behandlungsverlauf auf der Folgedokumentation im Abschnitt 3 zu vermerken (siehe Bearbeitungshinweis zur Folgedokumentation).

Ist die histologische Sicherung eines **lokoregionären Rezidivs der jüngste und damit der zur Einschreibung führende Befund** dürfen Sie im Weiteren nur Angaben zu den Parametern des Abschnittes 6 „Sonstige Befunde“ machen. Die Abschnitte 2, 3, 4 und 5 müssen dann frei bleiben.

1.3 Einschreibung aufgrund von Fernmetastasen (Dokumentationsfeld 13*)

Ist der Grund der Einschreibung das Vorliegen von Fernmetastasen, gelten die Fernmetastasen immer als primärer Einschreibegrund, unabhängig von dem Datum der diagnostischen Sicherung. Neben dem Datum der Sicherung der Fernmetastasen ist zusätzlich auch mindestens das Datum der histologischen Sicherung der Erstmanifestation des Primärtumors oder des kontralateralen Brustkrebses bzw. des lokoregionären Rezidivs anzugeben. Sollte Ihnen das ge-

naue Datum der Erstmanifestation bzw. des kontralateralen Brustkrebses oder des lokoregionären Rezidivs nicht bekannt sein, können Sie ersatzweise auch nur das Jahr der histologischen Sicherung im Format 00.00.JJJJ angeben. Patientinnen mit Fernmetastasierung können zeitlich unbefristet am Programm teilnehmen.

Schreiben Sie Ihre Patientin aufgrund des Vorliegens von Fernmetastasen ein und haben Sie hierzu das Datum der Diagnosesicherung an der vorgesehenen Stelle eingetragen, sind im Weiteren nur Angaben zu den Parametern des Abschnittes

- „Befunde und Therapie von Fernmetastasen“ (Abschnitt 5) sowie
- „Sonstige Befunde“ (Abschnitt 6) erforderlich.

Die Abschnitte 2, 3 und 4 müssen dann frei bleiben.

Die Dokumentation erfolgt bei Patientinnen mit Einschreibung aufgrund von Fernmetastasen oder, wenn im Verlauf einer bestehenden Teilnahme Fernmetastasen auftreten, über den gesamten Teilnahmezeitraum ab der diagnostischen Sicherung der Fernmetastasen mindestens jedes zweite Quartal.

2 Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses

Die Angaben zu der folgenden Ziffer 2.1 sind nur dann erforderlich und zulässig, wenn die Einschreibung der Patientin aufgrund eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.1 erfolgt sind.

2.1 Operative Therapie (Dokumentationsfeld 14*)

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

In der Regel wird die Diagnose vor dem therapeutischen Eingriff gestellt. Daher kann es sein, dass zum Zeitpunkt der Erstellung der Erstdokumentation

*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

die operative Primärtherapie noch nicht erfolgt ist oder für die Zukunft auch nicht geplant ist.

Für die Fälle, in denen die operative Therapie noch nicht erfolgt, aber bereits geplant ist, geben Sie zunächst bitte „**OP geplant**“ an. Für die Fälle, in denen davon auszugehen ist, dass zunächst keine operative Therapie durchgeführt werden soll, kreuzen Sie bitte „**OP nicht geplant**“ an. In beiden Fällen müssen sich in Abschnitt 3 die Angaben zu den Felder 15-18 auf den klinischen Befund beziehen.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Daten zu Abschnitt 3 und 4 innerhalb von vier Wochen nach einer erfolgten OP nachträglich zu aktualisieren sind (siehe hierzu auch die Ausführungen zur präoperativen Einschreibung auf Seite 29). Dabei ersetzt diese Aktualisierung nicht die regelhafte Folgedokumentation!

Wenn die Angabe „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ erfolgt ist, ist keine weitere Angabe zu den übrigen Antwortmöglichkeiten dieses Dokumentationsfeldes möglich. Alle übrigen Angaben können sowohl alleine stehen als auch miteinander kombiniert werden.

Sollte bereits eine operative Therapie durchgeführt worden sein, geben Sie die Art der erfolgten operativen Therapie an. Sofern es sich bei der durchgeführten operativen Therapie weder um eine BET oder Mastektomie noch um eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie oder Axilläre Lymphonodektomie handelt, geben Sie bitte „**Anderes Vorgehen**“ an. In allen Fällen sind im Weiteren die Angaben im kompletten Abschnitt 3 (Dokumentationsfeld 15-19) erforderlich und müssen sich auf den postoperativen Befund beziehen.

■ 3 Aktueller Befundstatus des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses

Die Angaben zu den folgenden Ziffern 3.1 – 3.5 sind nur dann erforderlich und zulässig, wenn die Einschreibung der Patientin aufgrund eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.1 erfolgt sind. Alle Angaben sollen sich daher auf die zur Einschreibung führende Diagnose beziehen.

3.1 TNM-Klassifizierung (Dokumentationsfeld 15*)

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier an, ob sich die nachfolgenden Angaben zur TNM-Klassifikation (Ziffer 3.2 - 3-4) auf das Ergebnis klinischer Untersuchungen („c“), eines chirurgischen Eingriffs und histopathologischen Untersuchungen („p“) oder einem chirurgischen Eingriff und histopathologischer Untersuchung nach vorangegangener neoadjuvanter Therapie („yp“) beziehen.

Sofern Sie in Ziffer 2.1 „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ angegeben haben, ist hier nur die Angabe „(c) Klinisch“ zulässig.

3.2 T 3.3 N 3.4 M } Angaben zur TNM-Klassifikation (Dokumentationsfelder 16-18*)

Bitte machen Sie hier Angaben zum Tumorbefund. Sollten Ihnen die Angaben nicht vorliegen bzw. unbekannt sein, können Sie hilfsweise in Ziffer 3.2 und 3.3 „X“ angeben.

Unter der Angabe „Tis“ ist hier nur ein DCIS, nicht aber ein LCIS anzugeben. Es ist jeweils nur eine Angabe je Ausprägung möglich.

3.5 Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron (gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) (Dokumentationsfeld 19*)

Eine Angabe ist notwendig; nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier den Befund zum Hormonrezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron) an.

Die Befundeinteilung richtet sich dabei nach dem Immunreaktiven Score (IRS) nach Remmele et al 1987¹.

Sollte der Status nicht bekannt sein (z. B. weil noch keine OP erfolgt ist), geben Sie bitte „Unbekannt“ an.

Sofern der Hormonrezeptorstatus positiv ist, sind im Weiteren die Angaben in Abschnitt 4 (Dokumentationsfeld 20-23) verpflichtend.

¹ Der IRS berechnet sich als die Punktwerte aus dem Anteil der positiven Zellkerne (0-4 Punkte) multipliziert mit den Punktwerten aus der Beurteilung der Farbintensität (0-3 Punkte). Es ergibt sich so ein Punktwert zwischen 0-12. Der Hormonrezeptorstatus gilt als positiv, wenn der IRS > 1 ist. Ergeben sich aus der Score-Bewertung zu Östrogen und Progesteron unterschiedliche Ergebnisse, ist der Befund des höheren Scores zu dokumentieren

*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

4 Behandlung des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind nur dann erforderlich und zulässig, wenn die Einschreibung der Patientin aufgrund eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.1 erfolgt sind sowie in Abhängigkeit eines in Ziffer 3.5 dokumentierten positiven Hormonrezeptorstatus (Dokumentationsfeld 19). Sofern der Hormonrezeptorstatus negativ ist oder aber bei der TNM-Klassifizierung eine Metastase dokumentiert wurde (Dokumentationsfeld 18 = 1), ist hier keine Angabe zulässig.

Jede Patientin mit positivem Hormonrezeptorstatus soll eine endokrine Therapie erhalten, die mindestens fünf Jahre fortgeführt wird. Zum Einsatz kommen für das jeweilige Anwendungsgebiet geprüfte und zugelassene Wirkstoffe unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen sowie individueller Risiken und Komorbiditäten. Aus diesem Grund werden in diesem Abschnitt die aktuelle adjuvante Therapie (4.1), deren Nebenwirkungen (4.2) sowie die Dauer der Therapie (4.3) erfragt.

4.1 Aktuelle adjuvante endokrine Therapie (Dokumentationsfeld 20*)

Eine Angabe ist erforderlich, sofern in Ziffer 3.5 der Hormonrezeptorstatus als „positiv“ dokumentiert wurde. Wurde der Hormonrezeptorstatus als „unbekannt“ dokumentiert, ist die Angabe optional. Nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier die Art der aktuell (zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung) stattfindenden adjuvanten Therapie an.

Sofern aktuell eine adjuvante Therapie stattfindet, sind im Weiteren Angaben zu Ziffer 4.2 und 4.3 erforderlich.

Sofern eine Therapie mit einem Aromataseinhibitor durchgeführt wird, ist darüber hinaus auch eine Angabe zu Ziffer 4.4 erforderlich.

Zur Behandlung werden sowohl Tamoxifen als auch Aromataseinhibitoren (z. B. Anastrozol, Letrozol, Exemestan) eingesetzt. Sofern eine Therapie mit anderen Wirkstoffen durchgeführt wird, geben Sie bitte „Andere“ an.

Sollte zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch keine adjuvante endokrine Therapie stattfinden, aber bereits geplant sein, geben Sie bitte „Endokrine Therapie geplant“ an. In diesem Fall ist **keine Angabe** zu Ziffer 4.2 (Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten Therapie) zulässig.

Sollte zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung weder eine Therapie stattfinden noch geplant sein, geben Sie bitte „Keine“ an. In diesem Fall ist im Weiteren **keine Angabe** zu Ziffer 4.2 (Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten Therapie) möglich.

4.2 Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie

(Dokumentationsfeld 21)*

Eine Angabe ist erforderlich, sofern in Ziffer 4.1 eine adjuvante endokrine Therapie dokumentiert ist; nur eine Angabe ist möglich.

Sofern aktuell (zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung) bei Ihrer Patientin eine adjuvante endokrine Therapie durchgeführt wird, sollte regelmäßig auf Nebenwirkungen geachtet werden. Es sollten regelmäßig mögliche Nebenwirkungen und die Belastung durch die Nebenwirkungen bei der Patientin erfragt werden.

Bitte geben Sie hier an, ob Sie mögliche Nebenwirkungen der Therapie erfragt haben. Ist dies der Fall, geben Sie bitte an, als wie belastend die Nebenwirkungen der Therapie eingeschätzt werden.

Bestehen zwar Nebenwirkungen, diese werden aber nicht als belastend empfunden, geben Sie bitte „nicht belastend“ an. Weitere Ausprägungen der Belastung durch die Nebenwirkung sind „mäßig belastend“ und „stark belastend“.

**Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL*

Bestehen keine Nebenwirkungen, geben Sie bitte „Nein“ an.

Wurden die Nebenwirkungen der Therapie nicht erfragt, so geben Sie bitte „nicht erfragt“ an.

4.3 Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie *(Dokumentationsfeld 22*)*

Eine Angabe ist erforderlich, sofern in Ziffer 3.5 der Hormonrezeptorstatus als „positiv“ dokumentiert wurde; nur eine Angabe ist möglich.

Eine adjuvante endokrine Therapie erfolgt in der Regel über eine Dauer von 5 Jahren. Bitte geben Sie hier den zeitlichen Verlauf der bisherigen adjuvanten Therapie an.

Wurde eine adjuvante endokrine Therapie zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung bereits beendet, geben Sie bitte an, ob sie „vor dem abgeschlossenen 5. Jahr abgebrochen“ wurde oder aber „regulär nach fünf Jahren abgeschlossen“ wurde.

Dauert die Therapie aktuell noch an, geben Sie bitte an, ob sie „aktuell andauernd, weniger als fünf Jahre“ oder „aktuell andauernd, Fortführung über fünf Jahre hinaus“ erfolgt.

Wurde bzw. wird keine endokrine Therapie durchgeführt, geben Sie dies bitte auch an („Keine endokrine Therapie durchgeführt“).

4.4 Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund *(Dokumentationsfeld 23*)*

Eine Angabe ist nur dann erforderlich und zulässig, sofern in Ziffer 4.1 eine Therapie mit Aromataseinhibitoren dokumentiert ist. Sofern keine Therapie mit Aromataseinhibitoren dokumentiert ist, ist eine Angabe nicht zulässig; nur eine Angabe ist möglich.

Bei Beginn einer Therapie mit Aromataseinhibitoren soll eine Osteodensitometrie mittels einer zentralen DXA durchgeführt werden, sofern eine medikamentöse Therapie der Osteoporose beabsichtigt ist.

Bitte geben Sie hier den Befund der DXA an.

Sofern keine DXA durchgeführt wurde oder der Befund nicht bekannt ist, geben Sie bitte „unbekannt“ an.

■ 5 Befunde und Therapie von Fernmetastasen

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind nur dann erforderlich und zulässig, wenn die Einschreibung der Patientin aufgrund des Vorliegens von Fernmetastasen erfolgt ist und hierzu die Angaben in der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 1.3 erfolgt sind. Die Angaben erfolgen unabhängig vom operativen Behandlungsstatus.

5.1 Lokalisation von Fernmetastasen (Dokumentationsfeld 24*)

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

Mindestens eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte den Lokalisationsort der Fernmetastase an. Hierbei können alle Antworten kombiniert werden.

5.2 Therapie bei Knochenmetastasen (Dokumentationsfeld 25*)

Eine Angabe ist nur dann erforderlich und zulässig, sofern in Ziffer 5.1 die Angabe „Knochen“ dokumentiert ist. Ist dies nicht der Fall, können die Angaben zu dieser Ziffer frei bleiben.

Bitte machen Sie jeweils eine Angabe zu

- a) Bisphosphonaten und
- b) Denosumab

Die Angabe „Nein“ kann jeweils gleichzeitig mit „Kontraindikation“ angegeben werden.

■ 6 Sonstige Befunde

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind – unabhängig von dem zur Einschreibung führenden Befund, dem operativen Status oder einer andauernden bzw. abgeschlossenen endokrinen Therapie – für alle Patientinnen zwingend erforderlich.

6.1 Symptomatisches Lymphödem (Dokumentationsfeld 26*)

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Geben Sie bitte an, ob bei Ihrer Patientin aktuell ein symptomatisches Lymphödem vorliegt und ob eine Behandlung mittels Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich ist.

Liegt kein symptomatisches Lymphödem vor, geben Sie bitte „Nein“ an

6.2 Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgeben

(Dokumentationsfeld 27*)

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Geben Sie bitte an, ob Sie Ihrer Patientin regelmäßiges körperliches Training empfohlen haben.

6.3 Z. n. besonders kardiotoxischer Tumorthherapie (Dokumentationsfeld 28*)

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachangaben sind möglich.

Einige Tumorthérapien gelten als besonders kardiotoxisch. Dazu zählen die Therapie mit Antrazyklinen (Doxorubicin, Epirubicin) oder Trastuzumab sowie linksthorakale Bestrahlungen.

Bitte geben Sie hier an, ob bei Ihrer Patientin eine solche Therapie durchgeführt wurde bzw. aktuell durchgeführt wird.

Sollte keine der aufgeführten Therapien in der Vergangenheit oder aktuell bei Ihrer Patientin zur Anwendung kommen, geben Sie bitte „Nein“ an.

Ist Ihnen nicht bekannt, ob eine solche Therapie bisher bei ihrer Patientin durchgeführt wurde, geben Sie bitte „Unbekannt“ an.

6.4 Körpergröße (Dokumentationsfeld 29*)

Eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie die Körpergröße in cm an.

Ist die Körpergröße nicht zu erheben, ist „0“ einzutragen.

6.5 Körpergewicht (Dokumentationsfeld 30*)

Eine Angabe ist erforderlich.

Die Angabe erfolgt in kg.

Ist das Körpergewicht nicht zu erheben, ist eine „0“ einzutragen.

7 Datum

7.1 Datum der Erstellung

Für die Einschreibung der Patientin in ein strukturiertes Behandlungsprogramm ist das **Datum relevant**, an dem die Dokumentation **vollständig ausgefüllt** wurde. Daher müssen Sie das Datum eintragen. Die Dokumentation muss **innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes** an die vertraglich vereinbarte Datenstelle übermittelt werden.

Wurde in der zuständigen Stelle festgestellt, dass die Angaben in der Dokumentation an einer oder mehreren Stellen unvollständig oder unplausibel

sind, erhalten Sie einen Ausdruck der Dokumentation zurück und werden aufgefordert, diesen **zu korrigieren und erneut mit dem aktuellen Datum der Korrektur** zu versehen. Die vollständige und plausible Dokumentation muss der vertraglich vereinbarten Datenstelle einschließlich der abgeschlossenen Korrektur **innerhalb von 52 Tagen nach Ablauf des Quartals, in dem die Dokumentation erstellt wurde**, vorliegen.

*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Folgedokumentation)

Die Folgedokumentation gliedert sich in folgende Abschnitte:

1. **Einschreibung erfolgte wegen (Dokumentationsfeld 10*)**
2. **Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses (adjuvante Therapie) (Dokumentationsfeld 11-14*)**
3. **Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse (Dokumentationsfeld 15-19*)**
4. **Sonstige Befunde (Dokumentationsfeld 20-23*)**
5. **Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (Dokumentationsfeld 24*)**
6. **Datum**

■ 1 Einschreibung erfolgte wegen (Dokumentationsfeld 10*)

Eine Angabe ist erforderlich; genau eine Angabe ist zulässig.

Wie auch bei der Erstdokumentation ist die Notwendigkeit zur Angabe der weiteren Abschnitte davon abhängig, welche Diagnose zur Einschreibung geführt hat. Tragen Sie daher bitte hier die Diagnose ein, die Sie zur Einschreibung der Patientin in das strukturierte Behandlungsprogramm veranlasst hat.

Sollte die Einschreibung aufgrund des Vorliegens eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines *kontralateralen Brustkrebses* erfolgt sein, sind auf der Folgedokumentation nur Angaben zu den **Abschnitten**

- 2 („*Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses (adjuvante Therapie)*“),
- 3 („*Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse*“), und
- 4 („*Sonstige Befunde*“)
- 6.1 „*Datum der Erstellung*“ **zwingend erforderlich.**

Angaben zum Abschnitt 5 Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung sind in der Regel nicht notwendig (siehe hierzu auch die Ausführungen im Abschnitt 4).

*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

Sollte die Einschreibung aufgrund des Vorliegens eines *lokoregionären Rezidivs* oder von *Fernmetastasen* erfolgt sein, sind nur die Angaben zu den **Abschnitten 3, 4, 5 und zum „Datum der Erstellung“ (6.1) zwingend erforderlich.** Die Angaben zum Abschnitt 2 sind nicht erforderlich

■ 2 Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses (entspricht Abschnitt 4 der Erstdokumentation) (Dokumentationsfelder 11-14*)

Eine Angabe zu diesem Abschnitt ist nur erforderlich und zulässig, wenn die Einschreibung der Patientin aufgrund eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebses erfolgt ist und Sie dies in Abschnitt 1 entsprechend dokumentiert haben sowie in Abhängigkeit eines positiven Hormonrezeptorstatus.

Jede Patientin mit positivem Hormonrezeptorstatus soll eine endokrine Therapie erhalten, die mindestens fünf Jahre fortgeführt wird. Zum Einsatz kommen für das jeweilige Anwendungsgebiet geprüfte und zugelassene Wirkstoffe unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen sowie individueller Risiken und Komorbiditäten. Aus diesem Grund werden in diesem Abschnitt die aktuelle adjuvante Therapie (2.1), deren Nebenwirkungen (2.2) sowie die Dauer der Therapie (2.3) erfragt.

2.1 Aktuelle adjuvante endokrine Therapie (Dokumentations-Feld 11*)

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Bitte geben Sie hier die Art der aktuell (zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung) stattfindenden adjuvanten endokrinen Therapie an.

Sofern aktuell eine adjuvante endokrine Therapie stattfindet, sind im Weiteren Angaben zu Ziffer 2.2 und 2.3 erforderlich.

Sofern eine Therapie mit einem Aromataseinhibitor durchgeführt wird, ist auch eine Angabe zu Ziffer 2.4 erforderlich.

Zur Behandlung werden sowohl Tamoxifen als auch Aromataseinhibitoren (z. B. Anastrozol, Letrozol, Exemestan) eingesetzt. Sofern eine Therapie mit anderen Wirkstoffen durchgeführt wird, geben Sie bitte „Andere“ an.

Sollte zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch keine adjuvante endokrine Therapie stattfinden, aber bereits geplant sein, geben Sie bitte „Endokrine Therapie geplant“ an. In diesem Fall ist keine Angabe zu Ziffer 2.2 (Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten Therapie) erforderlich.

Sollte zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung weder eine Therapie stattfinden noch geplant sein, geben Sie bitte „Keine“ an. In diesem Fall ist im Weiteren keine Angabe zu Ziffer 2.2 (Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten Therapie) erforderlich.

2.2 Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie

(Dokumentationsfeld 12)*

Eine Angabe ist erforderlich sofern in Ziffer 2.1 eine adjuvante endokrine Therapie dokumentiert ist; nur eine Angabe ist möglich.

Sofern aktuell (zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung) bei Ihrer Patientin eine adjuvante endokrine Therapie durchgeführt wird, sollte regelmäßig auf mögliche Nebenwirkungen geachtet werden. Es sollten regelmäßig Nebenwirkungen und die Belastung durch die Nebenwirkungen bei der Patientin erfragt werden.

Bitte geben Sie hier an, ob Sie mögliche Nebenwirkungen der Therapie erfragt haben. Ist dies der Fall, geben Sie bitte an, als wie belastend die Nebenwirkungen der Therapie eingeschätzt werden.

Bestehen zwar Nebenwirkungen, diese werden aber nicht als belastend empfunden, geben Sie bitte „nicht belastend“ an. Weitere Ausprägungen der Belastung durch die Nebenwirkungen sind „mäßig belastend“ und „stark belastend“.

Bestehen keine Nebenwirkungen, geben Sie bitte „Nein“ an.

Wurden die Nebenwirkungen der Therapie nicht erfragt, so geben Sie bitte „nicht erfragt“ an.

2.3 Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie seit der letzten Dokumentation *(Dokumentationsfeld 13*)*

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Eine adjuvante endokrine Therapie erfolgt in der Regel über eine Dauer von fünf Jahren. Bitte geben Sie hier den zeitlichen Verlauf der adjuvanten Therapie seit der letzten Dokumentation an.

Wurde eine adjuvante endokrine Therapie in der Zeit zwischen der jetzigen und der letzten Dokumentation beendet, geben Sie bitte an, ob sie „vor dem abgeschlossenen 5. Jahr abgebrochen“ wurde oder aber „regulär nach fünf Jahren abgeschlossen“ wurde.

Dauert die Therapie aktuell noch an, geben Sie bitte an, ob sie „aktuell andauernd, weniger als fünf Jahre“ oder „aktuell andauernd, Fortführung über fünf Jahre hinaus“ erfolgt.

Wurde bzw. wird keine endokrine Therapie durchgeführt, geben Sie dies bitte auch an („Keine endokrine Therapie durchgeführt“).

2.4 Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund *(Dokumentationsfeld 14*)*

Eine Angabe ist nur dann erforderlich und zulässig, sofern in Ziffer 2.1 eine Therapie mit Aromataseinhibitoren dokumentiert ist; nur eine Angabe ist möglich.

**Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL*

Bei Beginn einer Therapie mit Aromataseinhibitoren soll eine Osteodensitometrie mittels einer zentralen DXA durchgeführt werden, sofern eine medikamentöse Therapie der Osteoporose beabsichtigt ist.

Bitte geben Sie hier den Befund der DXA an.
Sofern keine DXA durchgeführt wurde oder der Befund nicht bekannt ist, geben Sie bitte „unbekannt“ an.

■ 3 Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse

(Dokumentationsfeld 15-19*)

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind unabhängig von der zur Einschreibung zugrunde gelegten Diagnose immer erforderlich.

Bei Neuauftreten eines histologisch gesicherten kontralateralen Brustkrebses bzw. eines lokoregionären Rezidivs während der Programmteilnahme verlängert sich der Verbleib einer Patientin im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs um weitere 10 Jahre nach histologischer Sicherung. Daher ist es erforderlich, dass Sie hierzu eine **taggenaue** Angabe machen. Eine Patientin mit Fernmetastasen kann zeitlich unbegrenzt im Programm verbleiben.

3.1 Lokoregionäres Rezidiv (Datum der histologischen Sicherung)

(Dokumentationsfeld 15*)

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich

Sollte bei Ihrer Patientin im Programmverlauf seit der **letzten Dokumentation ein lokoregionäres Rezidiv** aufgetreten sein, geben Sie bitte das Datum der histologischen Sicherung an. Es ist dabei eine Angabe des taggenauen Datums erforderlich. Sofern nicht auch gleichzeitig Knochenmetastasen festgestellt und dokumentiert wurden sind im Weiteren keine Angaben zu Abschnitt 5 zulässig.

Sollte seit der letzten Dokumentation kein lokoregionäres Rezidiv histologisch gesichert worden sein, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

*Die Angaben zu den Dokumentationsfeldern bezieht sich auf die Feldnummerierung in der Anlage 4 der DMP-A-RL

3.2 Kontralateraler Brustkrebs (Datum der histologischen Sicherung)

(Dokumentationsfeld 16*)

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich

Sollte bei Ihrer Patientin im Programmverlauf **seit der letzten Dokumentation ein kontralateraler Brustkrebs** aufgetreten sein, geben Sie bitte das Datum der histologischen Sicherung an. Es ist dabei die Angabe des taggenauen Datums erforderlich. Sofern nicht auch gleichzeitig Knochenmetastasen festgestellt und dokumentiert wurden sind im Weiteren keine Angaben zu Abschnitt 5 zulässig.

Sollte seit der letzten Dokumentation kein kontralateraler Brustkrebs histologisch gesichert worden sein, geben Sie bitte „**Nein**“ an

3.3 Lokalisation von Fernmetastasen (Datum der diagnostischen Sicherung von Fernmetastasen) (Dokumentationsfeld 17*)

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Sollten bei Ihrer Patientin im Programmverlauf **seit der letzten Dokumentation Fernmetastasen** aufgetreten sein, geben Sie bitte das Datum an, an dem die Diagnose gesichert wurde. Es ist dabei eine Angabe des taggenauen Datums erforderlich. In diesem Fall sind in Abhängigkeit von der Lokalisation der Fernmetastasen auch Angaben zu der Ziffer 5.1 des Abschnittes 5 „Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung“ erforderlich.

Geben Sie bitte daher die Lokalisation der Fernmetastasen an.

Sollten bei Ihrer Patientin **viszerale Metastasen** vorliegen und haben Sie diese hier dokumentiert, ist zusätzlich eine Angabe zu Ziffer 3.4 erforderlich, eine Angabe in Ziffer 5.1 ist bei alleinigem Vorliegen von viszerale Metastasen hingegen nicht zulässig.

Sollten bei Ihrer Patientin **Knochenmetastasen** vorliegen und haben Sie diese hier dokumentiert, ist zusätzlich eine Angabe zu Ziffer 5.1 im Abschnitt 5 erforderlich.

Sollten seit der letzten Dokumentation keine Fernmetastasen aufgetreten sein, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

3.4 Bioptische Sicherung der viszeralen Metastasen (Dokumentationsfeld 18*)

Eine Angabe ist nur dann erforderlich, sofern in Ziffer 3.3 mindestens die Angabe „viszeral“ dokumentiert ist. Ist dies nicht der Fall, müssen die Angaben zu dieser Ziffer frei bleiben. Nur eine Angabe ist möglich.

Erstmals aufgetretene Fernmetastasen, insbesondere viszerale Fernmetastasen sollen, wann immer möglich und therapierelevant, zur (erneuten) Bestimmung des Hormonrezeptorstatus und HER-2-Status histologisch gesichert werden. Im weiteren Verlauf der Erkrankung kann eine nochmalige histologische Sicherung sinnvoll sein.

Geben Sie bitte an, ob eine bioptische Sicherung der viszeralen Metastasen erfolgt ist. Sollte eine Biopsie geplant, aber zum Zeitpunkt der Dokumentation noch nicht erfolgt sein, geben Sie bitte „geplant“ an.

3.5 Symptomatisches Lymphödem (entspricht Ziffer 7.1 der Erstdokumentation) (Dokumentationsfeld 19*)

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist zulässig.

Geben Sie bitte an, ob bei Ihrer Patientin aktuell ein symptomatisches Lymphödem vorliegt und ob eine Behandlung mittels Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich ist.

Liegt kein symptomatisches Lymphödem vor, geben Sie bitte „Nein“ an.

4 Sonstige Befunde (Dokumentationsfeld 20-23*)

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind – unabhängig von dem zur Einschreibung führenden Befund – für alle Patientinnen zwingend erforderlich.

4.1 Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgeben

(Dokumentationsfeld 20*)

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Geben Sie bitte an, ob Sie Ihrer Patientin regelmäßiges körperliches Training empfohlen haben.

4.2 Z. n. besonders kardiotoxischer Tumorthherapie (Dokumentationsfeld 21*)

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachangaben sind möglich.

Einige Tumorthapien gelten als besonders kardiotoxisch. Dazu zählen die Therapie mit Antrazyklinen (Doxorubicin, Epirubicin) oder Trastuzumab sowie linksthorakale Bestrahlungen.

Bitte geben Sie hier an, ob bei Ihrer Patientin eine solche Therapie durchgeführt wurde bzw. aktuell durchgeführt wird.

Sollte keine der aufgeführten Therapien in der Vergangenheit oder aktuell bei Ihrer Patientin zur Anwendung kommen, geben Sie bitte „Nein“ an.

Ist Ihnen nicht bekannt, ob eine solche Therapie bisher bei Ihrer Patientin durchgeführt wurde, geben Sie bitte „Unbekannt“ an.

4.3 Körpergröße (Dokumentationsfeld 22*)

Eine Angabe ist erforderlich.

Bitte geben Sie die Körpergröße in cm an.

Ist die Körpergröße nicht zu erheben, ist „0“ einzutragen.

4.4 Körpergewicht (Dokumentationsfeld 23*)

Eine Angabe ist erforderlich.

Die Angabe erfolgt in kg.

Ist das Körpergewicht nicht zu erheben, ist eine „0“ einzutragen.

■ 5 Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (Dokumentationsfeld 24*)

Eine Angabe zu diesem Abschnitt ist nur dann erforderlich und zulässig, wenn die Einschreibung der Patientin aufgrund des Vorliegens von Knochenmetastasen erfolgt ist oder eine solche Diagnose bei einer der letzten Dokumentationen festgestellt wurde und Sie dies in Abschnitt 1 („Einschreibung erfolgte wegen“) bzw. 3 („Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse“) entsprechend dokumentiert haben (bei aktueller oder früherer Dokumentation).

5.1 Therapie bei Knochenmetastasen (Dokumentationsfeld 24*)

Eine Angabe ist nur dann erforderlich, sofern bei der aktuellen oder einer vorangegangenen Dokumentation in Ziffer 3.3 die Angabe „Knochen“ dokumentiert wurde oder aber die Einschreibung aufgrund von Knochenmetastasen erfolgt ist. Ist dies nicht der Fall, müssen die Angaben zu dieser Ziffer frei bleiben.

Bitte machen Sie jeweils eine Angabe zu

- c) Bisphosphonaten und
- d) Denosumab

Die Angabe „Nein“ kann jeweils gleichzeitig mit „Kontraindikation“ angegeben werden.

■ 6 Datum

6.1 Datum der Erstellung (entspricht Erstdokumentation Abschnitt 7.1)

Für den Verbleib der Patientin im DMP ist das *Datum relevant*, an dem die Dokumentation *vollständig ausgefüllt* wurde. Daher müssen Sie das Datum eintragen. Die Dokumentation muss *innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes* an die vertraglich vereinbarte Datenstelle übermittelt werden.

Wurde in der zuständigen Stelle festgestellt, dass die Angaben in der Dokumentation an einer oder mehreren Stellen unvollständig oder unplausibel sind, erhalten Sie einen Ausdruck der Dokumentation zurück und werden aufgefordert, diese zu *korrigieren und erneut mit dem aktuellen Datum der Korrektur* zu versehen. Der vollständige und plausible Bogen muss der vertraglich vereinbarten Datenstelle einschließlich der abgeschlossenen Korrektur innerhalb von 52 Tagen *nach Ablauf des Quartals, in dem die Dokumentation erstellt wurde*, vorliegen.

Anlage 3 zur DMP-A-RL in der Fassung vom 20.4.2017

Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen mit Brustkrebs

1 Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)

1.1 Definition des Brustkrebses

Beim Brustkrebs handelt es sich um eine von der Brustdrüse ausgehende bösartige Neubildung. Dies umfasst auch das duktales Carcinoma in situ (DCIS), das noch nicht infiltrierend in das umgebende Gewebe wächst.

1.2 Diagnostik

Die Diagnose gilt als gestellt nach histologischer Sicherung.

1.3 Maßnahmen im Rahmen der Primärtherapie

Neben der histologischen Sicherung einschließlich der speziellen pathologischen Diagnostik müssen vor Einleitung der Primärtherapie folgende Untersuchungen abgeschlossen sein:

- die klinische Untersuchung,
- Mammographie in zwei Ebenen,
- Ultraschall Diagnostik.

Die Notwendigkeit einer perioperativen Suche nach Fernmetastasen hängt von der zu erwartenden Wahrscheinlichkeit ihres Vorhandenseins und ihrer Bedeutung für die weitere Therapieplanung ab. Es sind grundsätzlich alle

erhobenen diagnostischen Vorbefunde zu nutzen. Zur definitiven Therapieplanung gehört eine eingehende Überprüfung der vorhandenen und der noch zu erhebenden pathomorphologischen Befunde. Insbesondere folgende Inhalte der Befundung sind zu fordern:

- Tumortyp,
- metrische Messung der Tumorgöße,
- Lymphangiosis carcinomatosa, Gefäßeinbrüche,
- Multifokalität / Multizentrität,
- Lymphknotenstatus,
- Beurteilung der Schnittränder (Tumordinfiltration, Breite des gesunden Gewebes),
- Ausdehnung des intraduktalen Tumoranteils,
- Differenzierungsgrad (Grading),
- Hormonrezeptorstatus,
- HER2-Status für invasive Karzinome.

1.4 Therapie

1.4.1 Grundsätze der Therapie

Vor Beginn der definitiven Therapie muss mit der Patientin ausführlich über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen gesprochen werden. Bei den operativen Verfahren müssen organerhaltende und ablativ Verfahren, ebenso wie die Möglichkeit der Rekonstruktion, dargestellt werden. Der Patientin ist eine angemessene Zeit für die Entscheidungsfindung einzuräumen. Die Entscheidungsfindung sollte für jeden Behandlungsschritt in Diskussion mit der aufgeklärten Patientin erfolgen. Die Voraussetzung hierfür ist eine auf die Patientin abgestimmte, neutrale Informationsvermittlung und ein adäquates Eingehen auf ihre psychosoziale Situation und emotionale Befindlichkeit, somit also eine patientenzentrierte Vorgehensweise. Auf die Möglichkeiten der Unterstützung durch die Selbsthilfe und spezielle Beratungseinrichtungen soll hingewiesen werden, entsprechende Kontaktadressen sollen zur Verfügung gestellt werden.

Die Therapie muss nach individueller Risikoabschätzung unter Berücksichtigung der medizinisch relevanten Befunde sowie der gesundheits- und krankheitsbezogenen Begleitumstände und der Lebensqualität erfolgen (z. B. Alter, Begleiterkrankungen, psychosoziale Umstände).

Die Behandlung brustkrebserkrankter Patientinnen setzt eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation voraus. Bei Erstdiagnose des duktales Carcinoma in situ (DCIS) oder des invasiven Mammakarzinoms sowie bei Rezidiv und/oder neu aufgetretener Metastasierung sollte patientenbezogen die Therapie interdisziplinär geklärt werden.

Die Ärztin / der Arzt informiert die Patientin in den einzelnen Phasen der Behandlung über Nutzen und Risiken der jeweils zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten.

Die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer hereditären Komponente soll anamnestisch überprüft werden. Sofern sich Hinweise dafür ergeben, soll die Patientin auf die Möglichkeit einer entsprechend speziell qualifizierten Beratung hingewiesen werden.

Frauen im gebärfähigen Alter sollen über die Notwendigkeit der Kontrazeption während der Therapie und über die möglichen Auswirkungen der systemischen Therapie auf die Fertilität informiert werden.

Besteht der Wunsch nach fertilitätserhaltenden Maßnahmen, soll die Patientin frühzeitig auf die Möglichkeit einer entsprechend fachlich qualifizierten Beratung hingewiesen werden.

Im gesamten Versorgungsprozess sind Maßnahmen der psychosozialen Betreuung zu berücksichtigen.

Die psychosoziale Betreuung ist an die individuelle Situation (Krankheitsphase, Therapieverfahren etc.) anzupassen. Hierfür ist im Rahmen von struktu-

rierten Behandlungsprogrammen ein strukturiertes Unterstützungs- und Beratungsangebot vorzusehen. Dieses kann insbesondere Maßnahmen zur Information, Beratung sowie – bei entsprechender Indikation – psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen umfassen.

Die psychosoziale Betreuung erfordert kommunikative Kompetenzen und eine erhöhte diagnostische Aufmerksamkeit gegenüber psychischen Belastungsreaktionen und psychischen Störungen bei den Patientinnen und deren Angehörigen. Es ist zu prüfen, ob die Patientin einer weitergehenden Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer bedarf.

Integraler Bestandteil der Therapie sind die rechtzeitige Versorgung mit Heilmitteln (z. B. Physiotherapie, Lymphdrainage) und Hilfsmitteln (insbesondere Perücken, Brustprothesen und Kompressionsarmstrümpfe) sowie die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen und die Beratung über sozialmedizinische Maßnahmen.

1.4.2 Operative Therapie des Brustkrebses ohne Sonderformen

Ziel der operativen Therapie ist die lokale Kontrolle durch vollständige Entfernung des Karzinomherdes bei gleichzeitiger Berücksichtigung des kosmetischen Ergebnisses. Die Vollständigkeit der Entfernung ist durch eine histopathologische Untersuchung zu sichern. Nach Exstirpation der Läsion muss eine eindeutige topographische Markierung des Gewebestückes erfolgen.

Wenn die Resektionsränder nicht tumorfrei sind (Ziel: R0-Resektion), müssen, wo immer möglich, ergänzende operative (Nachresektion/Ablatio) oder – nach Ablatio – strahlentherapeutische Maßnahmen getroffen werden.

Die operative Therapie kann sowohl organerhaltend als auch ablativ erfolgen (siehe 1.4.2.2 und 1.4.2.3).

Patientinnen mit lokal begrenzten Tumoren sollen der operativen Therapie zugeführt werden. Bei Indikation zu einer tumorspezifischen Systemtherapie soll geprüft werden, ob diese vor oder nach einer Operation erfolgen kann. Eine

primäre systemische Therapie kann durch Reduktion des Tumolvolumens die Wahrscheinlichkeit einer brusterhaltenden Operation erhöhen. Patientinnen mit einem lokal fortgeschrittenen Brustkrebs (T4-Tumor oder inflammatorischem Brustkrebs, siehe Nummer 1.4.6.2) sind nur in begründeten Ausnahmefällen primär operabel und bedürfen einer individuellen präoperativen Therapie, die medikamentöse und/oder strahlentherapeutische Komponenten enthält.

1.4.2.1 Vorgehen bei nicht tastbarem Befund

Ist eine karzinomatöse Läsion nicht tastbar, muss sie durch eine präoperative Markierung lokalisiert und anhand dieser Lokalisation exstirpiert werden. Das entnommene Gewebestück ist durch ein der Methodik der Markierung entsprechendes bildgebendes Verfahren zu untersuchen, um die vollständige Exstirpation in Übereinstimmung mit dem präoperativen Befund zu gewährleisten.

1.4.2.2 Brusterhaltende Therapie

Patientinnen, bei denen eine brusterhaltende Therapie aufgrund des Befundes infrage kommt, müssen über diese Möglichkeit informiert werden, da diese in Kombination mit adjuvanter Strahlentherapie identische Überlebensraten wie die Mastektomie erzielt. Die brusterhaltende Operation sollte – unter Berücksichtigung der Kontraindikationen – die bevorzugte Operationsmethode sein (siehe Nummer 1.4.2.3).

Bei sehr ungünstigem Tumor-Brust-Verhältnis und daraus folgender Indikation zur Mastektomie kann auf Wunsch der Patientin sowie nach eingehender Aufklärung der Patientin eine primär systemische Therapie mit dem Ziel einer brusterhaltenden Operation durchgeführt werden, sofern der Tumor für eine primär systemische Therapie geeignet ist.

Neben der Tumorgöße sind bei der Entscheidung, ob eine brusterhaltende Therapie infrage kommt, insbesondere die Tumorausdehnung, die Relation der

Tumorgöße zum Restbrustvolumen und der Wunsch der aufgeklärten Patientin zu berücksichtigen.

Die Resektionsränder sollen bei der histopathologischen Untersuchung frei von Karzinom sein (R0).

1.4.2.3 Mastektomie

Die Mastektomie wird immer dann durchgeführt, wenn ein brusterhaltendes Vorgehen nicht möglich ist. Sie ist indiziert bei:

- inkompletter Entfernung des Tumors (inkl. intraduktale Komponente), auch nach Nachresektion,
- inflammatorischem Mammakarzinom nach Vorbehandlung,
- bestehendem Wunsch nach plastisch-chirurgischer Wiederherstellung des Körperbildes, wenn die Mastektomie die geeignetere Voraussetzung für ein kosmetisch zufriedenstellendes Ergebnis darstellt,
- klinischen Kontraindikationen zur Nachbestrahlung nach brusterhaltender Therapie.

Bei Multizentrität steht die Indikation zur Mastektomie im Vordergrund.

Die Mastektomie ist auch möglich aufgrund der Entscheidung der Patientin nach erfolgter angemessener Aufklärung.

Die Patientin ist im Falle der Mastektomie präoperativ über die Möglichkeiten der Wiederherstellung des Körperbildes zu beraten (vgl. Nummer 1.4.2.5).

Die Entscheidung über die Art des Mastektomieverfahrens soll die onkologische Sicherheit in der jeweiligen Indikation beachten.

1.4.2.4 Operative Eingriffe im Bereich der Axilla

Die Bestimmung des histologischen Nodalstatus (pN-Status) ist Bestandteil des weiteren therapeutischen Vorgehens beim invasiven Mammakarzinom.

Art und Umfang des operativen Eingriffes (Sentinel-Lymphknoten-Entfernung, konventionelle Lymphknotendisektion) werden anhand der Befunde zum Nodalstatus und, sofern indiziert, anhand der Art der systemischen Chemotherapie (adjuvant/neoadjuvant) entschieden. Bei konventioneller Lymphknotendisektion werden mindestens 10 Lymphknoten aus Level I/II entfernt.

Im Rahmen der Entfernung der Sentinel-Lymphknoten sollen für die Markierung der Sentinel-Lymphknoten radioaktive Tracer (allein oder in Kombination mit Farbstoff) verwendet werden. Als ergänzende Maßnahme wird die präoperative Durchführung einer Lymphszintigraphie empfohlen.

1.4.2.5 Plastisch rekonstruktive Eingriffe

Plastisch rekonstruktive Eingriffe sind im Rahmen des Primäreingriffes oder zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Sie sollten der Patientin nach umfassender Information über Behandlungsverfahren und Behandlungseinrichtungen angeboten werden.

1.4.3 Strahlentherapie des Brustkrebses

1.4.3.1 Strahlentherapie nach brusterhaltender Operation

Die perkutane Strahlentherapie verbessert die lokale Tumorkontrolle und das Gesamtüberleben. Eine homogene Nachbestrahlung des verbliebenen Brustgewebes einschließlich der angrenzenden Thoraxwand ist nach brusterhaltendem operativen Vorgehen grundsätzlich indiziert. Eine zusätzliche lokale Dosisaufsättigung (Boost) des Tumorbettes senkt in allen Altersgruppen die lokale Rezidivrate, ohne zu einem signifikanten Überlebensvorteil zu führen.

Bei älteren Patientinnen mit geringem Rezidivrisiko soll unter Abwägung der Vor- und Nachteile über die Durchführung einer Boostbestrahlung entschieden werden. Bei älteren Patientinnen mit geringem Rezidivrisiko, die eine adjuvante endokrine Therapie erhalten, kann unter Berücksichtigung der Vor- und Nachteile der Verzicht auf eine perkutane Bestrahlung erwogen werden.

Das Konzept zur adjuvanten Strahlentherapie, insbesondere bei geplantem Einsatz einer hypofraktionierten Strahlentherapie versus einer konventionell fraktionierten Strahlentherapie, ist patientenbezogen interdisziplinär festzulegen.

Bei Wahl einer Hypofraktionierung sollte ein in Studien geprüftes Fraktionierungsschema verwendet werden.

1.4.3.2 Strahlentherapie nach Mastektomie

Eine postoperative Radiotherapie der Thoraxwand senkt das Risiko eines lokoregionären Rezidivs und verbessert das Gesamtüberleben bei Patientinnen mit hohem Lokalrezidivrisiko. Sie ist insbesondere bei folgenden Konstellationen indiziert:

- bei Patientinnen mit T3/T4- Tumoren, inklusive inflammatorisches Karzinom,
- bei Befall von vier und mehr axillären Lymphknoten,
- bei inkompletter Tumorentfernung (R1-/R2-Resektion).

Nach primärer systemischer Therapie soll sich die Indikation zur Radiotherapie nach der prätherapeutischen T- und N-Kategorie, unabhängig vom Ausmaß des Ansprechens auf die primäre systemische Therapie, richten.

1.4.3.3 Strahlentherapie der Lymphabflusswege

Bei der individuellen Entscheidungsfindung über eine Bestrahlung der Lymphabflusswege ist zwischen dem Risiko eines lokoregionären Rezidivs und dem Risiko der erhöhten Morbidität abzuwägen.

Eine Indikation für eine Bestrahlung der Axilla besteht nur bei makroskopischem Resttumor in der Axilla (R2).

Die Bestrahlung der supra-/infraklavikulären Lymphknoten wird empfohlen bei:

- Befall von vier und mehr axillären Lymphknoten,
- Befall des Level III der Axilla,
- Indikation zur Bestrahlung der Axilla.

Bei ein bis drei befallenen axillären Lymphknoten ist die Entscheidung zur Radiotherapie unter Berücksichtigung der individuellen Risikofaktoren zu fällen.

1.4.4 Systemische adjuvante Therapie (endokrine Therapie, Chemotherapie und Antikörpertherapie)

Für alle Patientinnen muss nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung die Einleitung einer adjuvanten systemischen Therapie geprüft werden.

Die Entscheidung über die Empfehlung einer adjuvanten Therapie richtet sich nach den individuell vorliegenden prognostischen und prädiktiven Faktoren. Dazu gehören insbesondere das Grading und ggf. weitere tumorspezifische Kriterien z. B. Proliferationsfaktoren, die in ihrer Bedeutung als prognostische Marker international kontrovers diskutiert werden, der Hormonrezeptorstatus, der HER2-Status, die Tumorgöße, der Lymphknotenstatus und der Menopausenstatus. Alter und Komorbidität sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Die betroffenen Patientinnen müssen unterschiedlichen Risikogruppen zugeordnet werden.

Zu der Gruppe mit niedrigem Risiko gehören Patientinnen, unabhängig vom Menopausenstatus, die alle die folgenden Bedingungen erfüllen müssen:

- Patientinnen mit 35 Jahren oder älter,
- Tumordurchmesser ≤ 2 cm,
- Grading I,
- positiver Hormonrezeptorstatus (Östrogen- und/oder Progesteronrezeptor),
- negativer HER2-Status,
- negativer Lymphknotenstatus.

Alle anderen Patientinnen haben ein erhöhtes Risiko.

Jede Patientin mit positivem Hormonrezeptorstatus soll eine endokrine Therapie erhalten.

Bei Patientinnen mit erhöhtem Risiko und rezeptornegativem Befund sollte eine Chemotherapie in Betracht gezogen werden. Die Chemotherapie muss in ausreichend hoher Dosierung und ausreichend lange erfolgen.

Bei Patientinnen mit erhöhtem Risiko und rezeptorpositivem Befund ist entweder die alleinige endokrine Therapie oder die Kombination von Chemotherapie mit endokriner Therapie zu erwägen.

Bei Patientinnen mit HER2-positiven Tumoren (ab Stadium pT1c und/oder LK Befall) soll eine Behandlung mit Trastuzumab erfolgen.

Wirksame Begleitmaßnahmen, insbesondere eine ausreichende Antiemese, sind Bestandteil der systemischen Therapie.

1.4.4.1 Differenzierter Einsatz der endokrinen Therapie

Jede Patientin mit positivem Hormonrezeptorstatus soll eine endokrine Therapie erhalten, die mindestens fünf Jahre fortgeführt wird. Zum Einsatz kommen für das jeweilige Anwendungsgebiet geprüfte und zugelassene Wirkstoffe unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen sowie individueller Risiken und Komorbiditäten.

In Abhängigkeit vom Menopausenstatus sollen folgende Therapieregime angeboten werden:

1. Für die ersten 5 Jahre der Therapie:

Bei prä- und perimenopausalem Status:
Tamoxifen für 5 Jahre

Bei postmenopausalem Status:
Folgende Therapieregime sind einsetzbar:

- Sequenzielle Therapie für 5 Jahre (Tamoxifen gefolgt von Aromataseinhibitor bzw. Aromataseinhibitor gefolgt von Tamoxifen),
- Tamoxifen für 5 Jahre,
- Aromataseinhibitor für 5 Jahre.

Sofern aufgrund von Nebenwirkungen, Änderungen der individuellen Risikokonstellation bzw. Auftreten von Komorbiditäten die Fortführung der vereinbarten Therapie nicht möglich ist, sollte ein Wechsel auf eine andere endokrine Therapie (Tamoxifen oder Aromataseinhibitor) vor einem endgültigen Abbruch der Therapie in Erwägung gezogen werden.

II. Erweiterte endokrine Therapie

Eine Fortführung der endokrinen adjuvanten Therapie über 5 Jahre hinaus für bis zu 10 Jahre Gesamttherapiedauer sollte auf Basis einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen.

Bei weiterhin prä- oder perimenopausalem Status:
Angebot der Fortführung der Tamoxifentherapie bis zur Komplettierung von 10 Jahren Gesamttherapiedauer.

Bei postmenopausalem Status:
Angebot der Fortführung der Tamoxifentherapie für weitere 5 Jahre oder der Wechsel auf einen Aromataseinhibitor.

Zum Langzeitmanagement der endokrinen Therapie siehe auch Nummer 1.5.2.1 und 1.5.3.

1.4.5 Primäre systemische/neoadjuvante Therapie

Die primäre systemische Therapie, weitgehend synonym neoadjuvante Therapie, beschreibt die Therapieformen, die nach der gesicherten Diagnose eines Mammakarzinoms vor einer operativen Therapie zur Anwendung kommen. Zur Wahl der primären systemischen Therapie sind die gleichen klinischen

und pathomorphologischen Befunde zu erheben wie bei der adjuvanten Therapie (vgl. Nummer 1.4.4). Der Effekt der primären systemischen Therapie ist regelmäßig zu überwachen.

Die primäre systemische Therapie ist die Therapie der Wahl bei inflammatorischem Mammakarzinom und weit fortgeschrittenen primär inoperablen Mammakarzinomen, um durch eine Tumorverkleinerung eine Operation mit tumorfreien Resektionsgrenzen erreichen zu können.

Bei primär resektablen Tumoren, die wegen der Tumorgöße eine Mamma-ablatio indizieren, kann eine primäre systemische Therapie zur Reduktion des Tumorumfanges eingesetzt werden, um eine brusterhaltende Operation zu ermöglichen.

In Sondersituationen, z. B. bei Kontraindikationen gegen eine operative Therapie, kann die primäre systemische Therapie mit dem Ziel der Tumorkontrolle zum Einsatz kommen.

Weitere spezifische Aspekte zur primären systemischen Therapie finden sich auch unter den Nummern 1.4.2, 1.4.2.3 und 1.4.3.2.

1.4.6 Vorgehen bei Sonderformen des Brustkrebses

1.4.6.1 Duktales Carcinoma in situ (DCIS)

DCIS beschreibt eine heterogene Gruppe nicht invasiver, intraduktaler, karzinomatöser Gewebsveränderungen unterschiedlicher histologischer Typen mit variierendem malignen Potenzial und daraus resultierender Heterogenität hinsichtlich Prognose, Rezidivhäufigkeit und Progression der Erkrankung.

Die Standardbehandlung des DCIS ist die operative Entfernung aller suspekten Herde mit histologischer Bestätigung der vollständigen Resektion. Über die Radikalität des operativen Vorgehens ist – in Abhängigkeit von der Risikokonstellation – mit der aufgeklärten Patientin zu entscheiden.

Die brusterhaltende Operation des DCIS wird ohne Operation der Axilla durchgeführt. Eine Sentinel-Lymphknoten-Entnahme soll im Falle der medizinischen Indikation zur Mastektomie wegen DCIS durchgeführt werden.

Bei brusterhaltender Therapie des DCIS ist in der Regel eine postoperative Strahlentherapie angezeigt. Die Vielfalt der klinischen und morphologischen Befunde (u. a. Alter der Patientin, Tumorausdehnung, Tumorgrading und Sicherheitsabstand) des DCIS muss bei der Nutzen-Risiko-Bewertung einer Strahlentherapie berücksichtigt werden.

Die postoperative Therapie mit Tamoxifen bei Östrogenrezeptor-positivem DCIS reduziert das Auftreten von DCIS-Rezidiven und von kontralateralen invasiven Karzinomen, sie hat jedoch keinen Einfluss auf die Mortalität.

Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt soll individuell unter Abwägung von Nutzen und Risiken prüfen, ob Patientinnen mit einem hormonrezeptorpositiven DCIS von einer zusätzlichen adjuvanten Tamoxifen-Therapie profitieren können. Eine Chemotherapie und eine Trastuzumabtherapie sind nicht indiziert.

1.4.6.2 Lokal fortgeschrittener Brustkrebs

Essenzielle Bestandteile der Therapie des inflammatorischen und/oder primär inoperablen Brustkrebses sind die systemische Therapie, Sekundäroperation und die Strahlentherapie.

Die therapeutische Sequenz wird durch die individuellen Gegebenheiten festgelegt.

1.4.6.3 Brustkrebs und Multimorbidität

Bei Patientinnen, die wegen Multimorbidität inoperabel sind, sollten mit dem Ziel der lokalen Tumorkontrolle bei Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität andere Behandlungsmöglichkeiten, wie z. B. Strahlentherapie oder endokrine Therapie, ggf. in Kombination, individuell erwogen werden.

1.5 Nachsorge

Die Nachsorge soll vorzugsweise die physische und psychische Gesundheit sowie die psychosoziale Rehabilitation unterstützen und ist nicht nur als Verlaufskontrolle oder Nachbeobachtung der Erkrankung zu verstehen. Sie ist symptom- und risikoorientiert zu konzipieren und den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen anzupassen.

Weitere Ziele der Nachsorge sind:

- das frühzeitige Erkennen eines lokoregionären Rezidivs (siehe Nummer 1.6.1) bzw. eines kontralateralen Tumors,
- die Unterstützung der Patientin in der Umsetzung der empfohlenen und vereinbarten Therapie und
- die Einleitung geeigneter vorbeugender Maßnahmen sowie das frühzeitige Erkennen von Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Therapie.

Die Nachsorgeuntersuchungen erfolgen in der Regel in den ersten drei Jahren vierteljährlich, sowie im vierten und fünften Jahr halbjährlich, danach jährlich.

Abhängig von den Erfordernissen der Situation und der psychosozialen Betreuung kann eine häufigere ärztliche Betreuung stattfinden.

Die Dokumentation im Rahmen dieser Richtlinie erfolgt bei Patientinnen mit Einschreibung aufgrund eines Primärtumors, eines lokoregionären Rezidivs oder eines kontralateralen Brustkrebses innerhalb der ersten fünf Jahre nach histologischer Sicherung mindestens jedes zweite Quartal.

Tritt innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren nach histologischer Sicherung kein neues Ereignis (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) auf, erfolgt die Dokumentation ab dem sechsten Jahr mindestens jedes vierte Quartal. Bei Auftreten eines neuen Ereignisses (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) erfolgt die Dokumentation innerhalb der nachfolgenden fünf Jahre nach histologischer Sicherung des jeweils neu aufgetretenen Ereignisses mindestens jedes zweite Quartal.

Abweichend davon werden Patientinnen mit Einschreibung wegen Fernmetastasen oder im Verlauf einer bestehenden Teilnahme auftretender Fernmetastasen über den gesamten Teilnahmezeitraum ab der diagnostischen Sicherung der Fernmetastasen mindestens jedes zweite Quartal dokumentiert.

Bei allen teilnehmenden Patientinnen können im individuellen Fall kürzere Abstände gewählt werden.

Die Nachsorge umfasst mindestens Anamnese, körperliche Untersuchung (einschließlich Untersuchung der Mammae, der Thoraxwand und der lokoregionalen Lymphabflusswege) und Information/Beratung/Aufklärung. Dies umfasst auch das Ansprechen des Themas „Sexualität“.

Es sollte in der Regel einmal jährlich eine Mammographie erfolgen (nach brusterhaltender Therapie beidseits, nach Mastektomie auf der kontralateralen Seite), in bestimmten Fällen können häufigere Kontrollen notwendig werden. Der zusätzliche Einsatz einer Mammasonographie kann begründet sein.

1.5.1 Psychosomatische, psychosoziale und psychische Aspekte

Psychosomatische und/oder psychosoziale Probleme können nach der Diagnose Brustkrebs auftreten, sie sind bekannte Folgen der Diagnosestellung und Therapie. Die psychosoziale Exploration, Beratung und Betreuung der Patientinnen soll integraler Bestandteil der Nachsorge sein. Ihr ist in diesem Rahmen ausreichend Zeit einzuräumen. Hierzu gehört auch die Beratung über die Möglichkeiten der Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur medizinischen Rehabilitation (siehe Nummer 1.8).

Die nachsorgende Ärztin/der nachsorgende Arzt soll prüfen, ob die Patientin einer weitergehenden Diagnostik und/oder Behandlung bedarf. Bei Verdacht auf eine psychische Komorbidität (z. B. Angststörungen, Depression) soll die weitere Diagnostik und Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

1.5.2 Unterstützung bei der Langzeittherapie

1.5.2.1 Endokrine Therapie

Die adjuvante systemische endokrine Therapie wird gem. Nummer 1.4.4.1 durchgeführt. Da es sich um eine langfristig angelegte Therapie handelt, ist die stetige Motivation der Patientin zur konsequenten Fortführung der Therapie ein wesentlicher Bestandteil der Nachsorge. Verträglichkeit und Nebenwirkungen sowie ggf. bestehende Umsetzungsbarrieren und individuelle Risikokonstellationen sind zu beachten und regelmäßig zu erfassen. Bei relevanten Veränderungen ist die differenzierte Auswahl der zur endokrinen Therapie eingesetzten Wirkstoffe gem. Nummer 1.4.4.1 zu überprüfen.

1.5.2.2 Andere zielgerichtete Therapien

Die Besonderheiten einer adjuvanten zielgerichteten Therapie bei Patientinnen mit HER2-positivem Mammakarzinom hinsichtlich Therapiedurchführung und -kontrolle (z. B. regelmäßige Überprüfungen der Herzfunktion bei Trastuzumab-Therapie) sind auch bei Einsatz in der Phase der Nachsorge zu beachten (vgl. auch Nummer 1.5.3.3).

1.5.3 Neben- und Folgewirkungen der Therapien

Mögliche Neben- und Folgewirkungen der Therapie, die im Rahmen der Nachsorge auftreten können, sind zu beachten. Dabei sind insbesondere bestehende Begleiterkrankungen und Komedikationen zu berücksichtigen.

Die Patientinnen sollen regelmäßig zu geeigneten Maßnahmen der Eigenverantwortung zur Vorbeugung und Reduktion von Folgestörungen angeregt werden.

Zu prüfen ist, ob weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen zur Vorbeugung und/oder Behandlung von Neben- und/oder Folgewirkungen der Therapie erforderlich sind.

Relevante Folgestörungen können u. a. die Osteoporose, das klimakterische Syndrom, die Kardiotoxizität sowie das Lymphödem sein.

1.5.3.1 Osteoporose

Das Risiko der Entwicklung einer Osteoporose wird beeinflusst durch verschiedene Faktoren, insbesondere Alter und endokrine Therapien, hier vor allem die Behandlung mit Aromataseinhibitoren. Generelle Empfehlungen zur Vorbeugung sind insbesondere körperliche Aktivität, ausreichende Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr sowie Verzicht auf Rauchen.

Bei Beginn einer Therapie mit Aromataseinhibitoren soll eine Osteodensitometrie mittels einer zentralen DXA durchgeführt werden, sofern eine medikamentöse Therapie der Osteoporose beabsichtigt ist.

Bei allen anderen Patientinnen ist die Indikation für eine zentrale DXA in Abhängigkeit von konkreten anamnestischen und klinischen Befunden zu erwägen, hierzu zählt insbesondere auch die durch die Brustkrebs-spezifische Therapie induzierte prämatüre Menopause. Voraussetzung ist auch hier eine beabsichtigte spezifische medikamentöse Osteoporosetherapie.

Zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung kann die Osteodensitometrie mittels zentraler DXA frühestens nach 5 Jahren wiederholt werden, es sei denn, dass aufgrund besonderer therapierelevanter anamnestischer und klinischer Befunde eine frühere Untersuchung geboten ist.

1.5.3.2 Klimakterisches Syndrom

Durch die brustkrebspezifische Therapie können klimakterische Beschwerden ausgelöst oder aggraviert werden. Dazu gehören z. B. Hitzewallungen, Schweißausbrüche und/oder organische Veränderungen im Sinne eines urogenitalen Menopause-Syndroms. Sie können individuell unterschiedlich auftreten und werden symptomorientiert behandelt. Eine systemische Hormonersatztherapie wird nicht empfohlen.

1.5.3.3 Kardiotoxizität

Da kardiale Neben- und/oder Folgewirkungen insbesondere bei Behandlungen mit anti-HER2-gerichteten Wirkstoffen oder Chemotherapie (insbesondere

mit Anthrazyklinen) sowie nach Strahlentherapie möglich sind, soll die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt auf klinische Symptome einer kardialen Beeinträchtigung, wie Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit oder Herzinsuffizienz (z. B. Dyspnoe, Ödeme, Tachykardie) achten. Dies ist angezeigt insbesondere während der Behandlung, aber auch nach dieser. Die erforderlichen kardiologischen Kontrollen sind zu beachten. Bei Beschwerden sind die Patientinnen weitergehenden diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen durch geeignete Leistungserbringer zuzuführen.

1.5.3.4 Lymphödem

Da nach der lokalen Therapie des Brustkrebses ein Lymphödem auftreten kann, sollen die Patientinnen über die Risiken und die Möglichkeiten der Erkennung, die Prophylaxe und die Behandlung eines sekundären Lymphödems aufgeklärt werden. Symptome eines Lymphödems sollten regelmäßig erfasst und bei Bedarf eine frühzeitige Behandlung durch geeignete Leistungserbringer veranlasst werden.

1.5.4 Körperliche Aktivitäten und Ernährung

Körperliche Aktivität und Sport wirken sich positiv auf die Bewältigung des Krankheitserlebens aus. Sport und körperliche Aktivität wirken auch dem Fatigue-Syndrom (Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, Zunahme der kognitiven Defizite, Motivationsverlust, Reizbarkeit) entgegen. Daher soll die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt regelmäßig empfehlen, dass die Patientin in Eigenverantwortung geeignete Maßnahmen der körperlichen Aktivität ergreift. Krafttraining mit dem betroffenen Arm führt nicht zu einem erhöhten Risiko für die Entstehung eines Lymphödems auf der betroffenen Seite. Ob sportliche Aktivitäten die Prognose der Erkrankung beeinflussen, ist nicht mit ausreichender Evidenz geklärt.

Eine gesunde ausgewogene Ernährung nach den Empfehlungen der WHO ist prinzipiell für jede Patientin empfehlenswert, darüber hinaus gibt es keine ausreichende Evidenz für die Wirksamkeit spezieller Diäten auf den Krankheitsverlauf von Patientinnen mit Brustkrebs.

Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt soll die Patientin darauf hinweisen, Übergewicht zu vermeiden.

■ 1.6 Diagnostik und Therapie fortgeschrittener Erkrankungen

1.6.1 Lokalrezidive

Lokalrezidive sind in vielen Fällen mit Aussicht auf Heilung behandelbar. Je früher sie diagnostiziert, histologisch gesichert und behandelt werden, umso besser ist ihre Prognose. Daher kommt der Nachsorgeuntersuchung eine besondere Bedeutung zu (siehe Nummer 1.5).

Bei Auftreten eines Lokalrezidivs muss im Hinblick auf die Therapieplanung geprüft werden, ob weitere Herde oder eine Fernmetastasierung vorliegen.

1.6.1.1 Therapie des Lokalrezidivs

Die Therapie intramammärer Rezidive besteht in der Regel in einer operativen Intervention. Die Mastektomie erzielt hierbei die beste Tumorkontrolle.

Ein Thoraxwandrezidiv ist nach Möglichkeit operativ vollständig zu entfernen (R0 Resektion).

Bei lokoregionärem Rezidiv nach Mastektomie sollte eine postoperative Bestrahlung durchgeführt werden, sofern es aufgrund der bisherigen Strahlenbelastung vertretbar ist.

Darüber hinaus soll bei allen Rezidiven ergänzend die Notwendigkeit und Möglichkeit zusätzlicher Behandlungen (systemische endokrine und/oder chemotherapeutische Behandlungsverfahren) geprüft werden.

1.6.2 Fernmetastasen

Bei Fernmetastasen muss im Hinblick auf eine mögliche therapeutische Konsequenz geprüft werden, welche diagnostischen Maßnahmen zur Erkennung weiterer Herde sinnvoll sind. Erstmals aufgetretene Fernmetastasen, insbesondere viszerale Fernmetastasen sollen, wann immer möglich und

therapie relevant, zur (erneuten) Bestimmung des Hormonrezeptorstatus und HER-2-Status histologisch gesichert werden. Im weiteren Verlauf der Erkrankung kann eine nochmalige histologische Sicherung sinnvoll sein.

1.6.2.1 Therapie bei metastasierten Erkrankungen

Bei nachgewiesenen Fernmetastasen steht die Lebensqualität der betroffenen Patientin im Vordergrund der therapeutischen Maßnahmen. Diese haben sich darauf auszurichten, eine Lebensverlängerung unter möglichst langem Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit, einer akzeptablen Lebensqualität und Linderung tumorbedingter Beschwerden zu erreichen. Die individualisierte Therapiestrategie hat die krankheitsspezifischen Risikofaktoren (viszerale Metastasierung, Knochenmetastasierung, Hirnmetastasierung) sowie die persönliche Situation der Patientin zu beachten. Zur Therapie einer Fernmetastasierung kommen in Abhängigkeit von der individuellen Befundkonstellation medikamentöse, strahlentherapeutische und operative Maßnahmen allein oder in Kombination zum Einsatz.

Eine endokrine Therapie ist bei positivem Hormonrezeptorstatus zu empfehlen.

Eine Chemotherapie sollte unter Berücksichtigung der individuellen Risikosituation und des Therapieziels in Erwägung gezogen werden, insbesondere bei negativem Rezeptorstatus, Resistenz auf eine endokrine Therapie, schnell progredientem Verlauf, viszeralem Befall und/oder erheblichen Beschwerden. In diesen Situationen kann eine Chemotherapie trotz ihrer Nebenwirkungen die Lebensqualität erhöhen.

Eine Therapie mit Bisphosphonaten oder gegebenenfalls Denosumab ist bei Patientinnen mit Knochenmetastasen indiziert. Bei Schmerzen, Frakturgefahr oder drohenden bzw. bereits bestehenden neurologischen Ausfällen in Folge von Knochenmetastasen kann zusätzlich eine lokale Therapie (Strahlentherapie, Operation) indiziert sein.

Bei standardisierter immunhistologisch oder molekularbiologisch geprüfter Positivität für HER2 besteht die Indikation einer entsprechenden zielgerichteten Therapie.

Bei der Feststellung von Hirnmetastasen sollte eine interdisziplinäre Abstimmung unter Einbeziehung von Neurochirurgen und Strahlentherapeuten erfolgen. Es soll geprüft werden, welche lokalen Therapiemaßnahmen (neurochirurgische Operation und/oder Strahlentherapie (Ganzhirnbestrahlung und/oder stereotaktisch geführte Strahlentherapie)) indiziert sind.

Das Ansprechen der therapeutischen Verfahren muss in angemessenen Abständen kontrolliert und die geeigneten therapeutischen Konsequenzen müssen ergriffen werden.

■ 1.7 Palliativmedizinische Maßnahmen

Die palliative Therapie als aktive, ganzheitliche Behandlung einer progredienten Erkrankung in weit fortgeschrittenem Stadium zielt in erster Linie auf die Beherrschung von Schmerzen und anderen Krankheitsbeschwerden und umfasst auch krankheitsbedingte psychische und soziale Probleme. Sie soll allen Patientinnen mit weit fortgeschrittener Erkrankung angeboten werden. Es ist zu prüfen, ob und wann eine ambulante oder stationäre Behandlung und/oder Pflege angebracht ist.

Eine angemessene schmerztherapeutische Versorgung unter Berücksichtigung des Dreistufenschemas der WHO ist zu gewährleisten.

Ziel der Schmerzbehandlung ist eine rasch eintretende und möglichst komplette Schmerzkontrolle. Das Ansprechen der Therapie ist in angemessenen Abständen zu prüfen und ggf. sind erforderliche Umstellungen der Therapie zeitnah einzuleiten. Nicht kontrollierbare Schmerzzustände bedürfen einer Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer ggf. innerhalb eines interdisziplinären Teams. Insbesondere ist eine rechtzeitige und ausreichende Versorgung mit Opiaten zu gewährleisten. Nebenwirkungen einer Therapie mit Opiaten (z. B. Obstipation) sind frühzeitig in geeigneter Weise zu behandeln.

Durch ossäre Metastasierung bedingte Schmerzen werden durch den Einsatz von Bisphosphonaten günstig beeinflusst. Ebenso ist der Einsatz einer Strahlentherapie bei Schmerzen durch Knochenmetastasierung zu erwägen.

■ 1.8 Rehabilitation

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms ist individuell zu prüfen, ob eine Patientin von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann.

Die ambulante oder stationäre Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem brustkrebserkrankte Patientinnen mithilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen und aufrechtzuerhalten sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch die Brustkrebserkrankung vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken.

■ 1.9 Kooperation der Versorgungssektoren

Das Behandlungskonzept muss eine interdisziplinäre, professionen- und sektorenübergreifende Betreuung in qualifizierten Einrichtungen mit dem notwendigen logistischen Hintergrund gewährleisten. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein. Überweisungserfordernisse müssen in Abhängigkeit vom Krankheitsstadium der Patientin und der jeweiligen fachlichen Qualifikation der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes sowie der regionalen Versorgungsstrukturen geprüft werden.

2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)

Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt.

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Lfd. Nr.	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Hoher Anteil von Patientinnen, bei denen das Ausmaß der Nebenwirkungen der adjuvanten endokrinen Therapie regelmäßig erfragt wurde.	Anteil der Patientinnen, bei denen das Ausmaß der Nebenwirkungen der adjuvanten endokrinen Therapie im Dokumentationszeitraum erfragt wurde, bezogen auf alle Patientinnen mit adjuvanter endokriner Therapie.
2	Hoher Anteil von Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus, die eine adjuvante endokrine Therapie fortgeführt haben.	<p>a) Anteil der Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus, die aktuell eine adjuvante endokrine Therapie erhalten, bezogen auf alle Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus.</p> <p>b) Anteil der Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus und adjuvanter endokriner Therapie, die die Therapie mindestens fünf Jahre fortgeführt haben, bezogen auf alle Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus und adjuvanter endokriner Therapie.</p>

Lfd. Nr.	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
3	Hoher Anteil von Patientinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose, bei denen das Ergebnis einer zentralen DXA bekannt ist.	Anteil von Patientinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose mit bekanntem zentralen DXA-Befund, bezogen auf alle Patientinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose.
4	Aufmerksamkeit hinsichtlich möglicher individueller Nebenwirkungen und Spätfolgen der tumorspezifischen Therapie.	Anteil von Patientinnen, bei denen bekannt ist, ob eine kardiotoxische Tumorthherapie mit linksthorakaler Bestrahlung, Anthrazyklinen und/oder Trastuzumab stattgefunden hat bezogen auf alle Patientinnen.
5	Niedriger Anteil von Patientinnen mit einem symptomatischen Lymphödem (z. B. Schwellung, Funktionseinschränkung).	Anteil von Patientinnen mit einem symptomatischen Lymphödem (z. B. Schwellung, Funktionseinschränkung) des Armes, bezogen auf alle Patientinnen nach operativer Therapie.
6	Hoher Anteil von Patientinnen, die eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training erhalten.	Anteil der Patientinnen, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training gegeben wurde, bezogen auf alle Patientinnen.
7	Hoher Anteil von Patientinnen, mit BMI > 30, die eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training erhalten.	Anteil der Patientinnen, mit BMI > 30, bei denen im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training gegeben wurde, bezogen auf alle Patientinnen mit BMI > 30.

Lfd. Nr.	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
8	Adäquater Anteil von Patientinnen mit Bisphosphonat oder Denosumab-Therapie bei Knochenmetastasen.	Anteil der Patientinnen mit Bisphosphonat oder Denosumab-Therapie bezogen auf alle Patientinnen mit Knochenmetastasen.
9	Hoher Anteil von Patientinnen mit bioptischer Sicherung bei erstmaligem Auftreten viszeraler Fernmetastasierung.	Anteil der Patientinnen mit bioptischer Sicherung viszeraler Fernmetastasierung, bezogen auf alle Patientinnen mit erstmaligem Auftreten viszeraler Fernmetastasen.

3 Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 SGB V)

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser Richtlinie geregelt.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Voraussetzung für die Einschreibung ist über die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen nach Nummer 3.1 hinaus die histologische Sicherung eines Brustkrebses oder die histologische Sicherung eines lokoregionären Rezidivs oder eine nachgewiesene Fernmetastasierung des histologisch nachgewiesenen Brustkrebses. Die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt.

Das alleinige Vorliegen einer nicht-invasiven lobulären Neoplasie rechtfertigt nicht die Aufnahme in strukturierte Behandlungsprogramme.

Für die Teilnahme gelten folgende Regelungen:

- Nach zehn Jahren Rezidiv- bzw. Tumorfreiheit nach histologischer Sicherung der zur Einschreibung führenden Diagnose endet die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm.
- Tritt ein lokoregionäres Rezidiv bzw. kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere zehn Jahre ab dem Zeitpunkt der jeweiligen histologischen Sicherung möglich.
- Tritt ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs nach Beendigung der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auf, ist eine Neueinschreibung erforderlich.

Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.

4 Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)

Die Anforderungen an die Schulungen sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Die Anforderungen an die Schulungen der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt. Schwerpunkte der Schulungen sollten insbesondere auf den Gebieten der Therapieplanung, -adhärenz und der nachsorgenden Betreuung liegen.

4.2 Patientinneninformationen

Es sind geeignete Maßnahmen der Patientinneninformation vorzusehen, die während der gesamten Behandlungskette am individuellen Bedürfnis der Patientin und an den jeweiligen Erfordernissen der Diagnostik, Therapie und Nachsorge auszurichten sind.

Die Inanspruchnahme ist freiwillig. Eine Nicht-Inanspruchnahme führt nicht zum Ausschluss der Patientin aus dem strukturierten Behandlungsprogramm.

Schulungsprogramme (gem. § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V) sind für Patientinnen mit Brustkrebs nicht zielführend.

5 Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)

Für die Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nummer 1 DMP-A-RL sind mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten:

- a. Patientinnen mit einem persistierenden symptomatischen Lymphödem, inklusive Patientinnen, bei denen eine Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich ist
- b. Durchführung der adjuvanten endokrinen Therapie bei Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus und adjuvanter endokriner Therapie über mindestens 5 Jahre
- c. BMI
- d. Bioptische Sicherung bei erstmalig aufgetretenen viszeralen Fernmetastasen
- e. rezidivfreies Überleben
- f. Gesamtüberleben

Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie ist aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter festgelegt.

Abweichend von § 6 Abs. 3 Nr. 2 beginnt der Evaluationszeitraum mit Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V und endet der Evaluationszeitraum für den erstmalig zu erstellenden Bericht am 31.12.2020.

Anlage 4 zur DMP-A-RL in der Fassung vom 20.4.2017 Brustkrebs – Dokumentation

Die Dokumentation im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen mit Brustkrebs erfolgt nach folgenden Vorgaben:

Brustkrebs – Erstdokumentation

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der Versicherten	Nachname, Vorname
3	Geburtsdatum der Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträgername	Name der Krankenkasse
5	Kostenträgerkennung	9 bzw. 7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
Einschreibung		
Mindestens eine der Zeilen 10 bis 13 muss für die Einschreibung ausgefüllt sein.		
10	Primärtumor (Datum der histologischen Sicherung)	TT.MM.JJJJ
11	Kontralateraler Brustkrebs (Datum der histologischen Sicherung)	TT.MM.JJJJ
12	Lokoregionäres Rezidiv (Datum der histologischen Sicherung)	TT.MM.JJJJ
13	Fernmetastasen (Datum der diagnostischen Sicherung von Fernmetastasen ¹)	TT. MM.JJJJ

¹ Hinweis für die **Ausfüllanleitung**: Bei Einschreibung wegen Fernmetastasen muss eines der Felder 10 bis 12 zumindest mit einer Jahreszahl ausgefüllt werden.

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Bei Einschreibung wegen eines Primärtumors/eines kontralateralen Brustkrebses sind die Zeilen 14 bis 23 auszufüllen. Bei Einschreibung wegen Fernmetastasen sind die Zeilen 24 und 25 auszufüllen.		
Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses		
14	Operative Therapie	BET / Mastektomie / Sentinel-Lymphknoten-Biopsie / Axilläre Lymphonodektomie / Anderes Vorgehen / OP geplant ² / OP nicht geplant (Mehrfachnennung möglich)
Aktueller Befundstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses		
15	TNM-Klassifizierung	(p) Pathologisch (postoperativ) / (c) Klinisch / (yp) Pathologisch (postoperativ) nach neoadjuvanter Therapie
16	T	X / Tis ³ / 0 / 1 / 2 / 3 / 4
17	N	X / 0 / 1 / 2 / 3
18	M	0 / 1
19	Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron (gemäß Immunreaktiver Score (IRS)) ⁴	Positiv / Negativ / Unbekannt
Behandlung des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses		
20	Aktuelle adjuvante endokrine Therapie ⁵	Aromataseinhibitoren / Tamoxifen / Andere / Keine / Endokrine Therapie geplant
21	Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie ⁶	Nein / nicht belastend / mäßig belastend / stark belastend / nicht erfragt
22	Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie ⁷	Vor dem abgeschlossenen 5. Jahr abgebrochen / Regulär nach fünf Jahren abgeschlossen / Aktuell andauernd, seit weniger als 5 Jahren / Aktuell andauernd, Fortführung über fünf Jahre hinaus

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
23	Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund ⁸	Auffällig / Unauffällig / Unbekannt
Befunde und Therapie von Fernmetastasen		
24	Lokalisation von Fernmetastasen	Knochen / viszeral / ZNS / Andere (Mehrfachnennung möglich)
25	Therapie bei Knochenmetastasen ⁹	a) Bisphosphonate: Ja / Nein / Kontraindikation b) Denosumab: Ja / Nein / Kontraindikation
Sonstige Befunde		
26	Symptomatisches Lymphödem	Ja, Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich / Ja, keine Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich / Nein
27	Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgegeben	Ja/ Nein
28	Z. n. besonders kardiotoxischer Tumorthherapie ¹⁰	Anthrazykline (Doxorubicin, Epirubicin) / Trastuzumab / linksthorakale Bestrahlung / Unbekannt / Nein
29	Körpergröße	cm
30	Körpergewicht	kg

2 Hinweis für die Ausfüllanleitung: Im Falle einer präoperativen Einschreibung müssen die fehlenden Daten der Erstdokumentation nachgeliefert werden.

3 Hinweis für die Ausfüllanleitung: Tis beinhaltet nur DCIS-Fälle.

4 Hinweis für die Ausfüllanleitung: Verweis auf Remmele et al. 1987

5 Hinweis für die Ausfüllanleitung: Nur bei positivem Hormonrezeptorstatus auszufüllen

6 Hinweis für die Ausfüllanleitung: Nur bei endokriner Therapie auszufüllen

7 Hinweis für die Ausfüllanleitung: Nur bei positivem Hormonrezeptorstatus auszufüllen 8 Hinweis für die Ausfüllanleitung: Nur bei AI-Therapie auszufüllen

9 Hinweis für die Ausfüllanleitung: nur bei Knochenmetastasen (Feld 25) auszufüllen

10 Hinweis für die Ausfüllanleitung: Im Falle aktuell noch laufender Therapien sind diese ebenfalls zu dokumentieren.

Brustkrebs – Folgdokumentation

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der Versicherten	Nachname, Vorname
3	Geburtsdatum der Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträgername	Name der Krankenkasse
5	Kostenträgerkennung	9 bzw. 7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung erfolgte wegen	Primärtumors / Kontralateralen Brustkrebses / Lokoregionären Rezidivs / Fernmetastasen
Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses (adjuvante Therapie)		
11	Aktuelle adjuvante endokrine Therapie ¹¹	Aromataseinhibitor / Tamoxifen / Andere / Keine / Endokrine Therapie geplant
12	Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie ¹²	Nein / nicht belastend / mäßig belastend / stark belastend / nicht erfragt
13	Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie seit der letzten Dokumentation ¹³	Vor dem abgeschlossenen 5. Jahr abgebrochen / Regulär nach fünf Jahren abgeschlossen / Aktuell andauernd, seit weniger als fünf Jahren / Aktuell andauernd, Fortführung über fünf Jahre hinaus / Keine endokrine Therapie durchgeführt
14	Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund	Auffällig/Unauffällig/Unbekannt

11 Hinweis für die Ausfüllanleitung: nur bei positivem Hormonrezeptorstatus auszufüllen

12 Hinweis für die Ausfüllanleitung: nur bei endokriner Therapie auszufüllen

13 Hinweis für die Ausfüllanleitung: nur bei positivem Hormonrezeptorstatus auszufüllen

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse		
15	Lokoregionäres Rezidiv (Datum der histologischen Sicherung)	TT.MM.JJJJ/Nein
16	Kontralateraler Brustkrebs (Datum der histologischen Sicherung)	TT.MM.JJJJ/Nein
17	Lokalisation von Fernmetastasen (Datum der diagnostischen Sicherung von Fernmetastasen)	TT.MM.JJJJ / Knochen / viszeral / ZNS / Andere / Nein (Mehrfachnennung möglich)
18	Biopsische Sicherung der viszeralen Metastasen ¹⁴	Ja / nein / geplant
19	Symptomatisches Lymphödem	Ja, Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich / Ja, keine Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich / Nein
Sonstige Befunde		
20	Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgegeben	Ja/ Nein
21	Z. n. besonders kardiotoxischer Tumorthherapie ¹⁵	Anthrazykline (Doxorubicin, Epirubicin)/ Trastuzumab/ linksthorakale Bestrahlung/ Unbekannt/ Nein
22	Körpergröße	cm
23	Körpergewicht	Ja/Nein/Kontraindikation
Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/ Fernmetastasen) ¹⁶		
24	Therapie bei Knochenmetastasen	a) Bisphosphonate: Ja / Nein / Kontraindikation b) Denosumab: Ja / Nein / Kontraindikation

14 Hinweis für die Ausfüllanleitung: nur bei viszeralen Metastasen (Feld 18) auszufüllen

15 Hinweis für die Ausfüllanleitung: Im Falle aktuell noch laufender Therapien sind diese ebenfalls zu dokumentieren.

16 Hinweis für die Ausfüllanleitung: Zeile 25 sind nur auszufüllen, wenn eine fortgeschrittene Erkrankung bereits besteht oder neu festgestellt wurde.

Internetadressen zur weiteren Information – auch für Ihre Patientinnen

www.aeqz.de

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

www.agbkt.de

Arbeitsgruppe Biologische Krebstherapie

www.ago-online.org

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V.

www.aok.de/medizin-versorgung/behandlungsprogramme/

→ Besondere Services

Navigator der AOK zu Ärzten, Krankenhäusern und Arzneimitteln

www.aok.de/entscheidungshilfen

Medizinische Entscheidungshilfen zum Thema: Brusterhaltende Therapie oder Brustentfernung

www.arznei-telegramm.de

Wichtige Informationen zu Medikamenten und ihren Nebenwirkungen

www.bdp-verband.de

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.

www.bptk.de

Seite der Bundespsychotherapeutenkammer, mit Psychotherapeutensuche

www.brca-netzwerk.de

Das brca-Netzwerk informiert über familiären Brust- und Eierstockkrebs. Hier findet sich auch eine Liste der Beratungszentren

www.brustkrebsdeutschland.de

Verein zur Aufklärung, Information und Unterstützung von Frauen mit Brustkrebs

www.cochrane.de

Das Deutsche Cochrane Zentrum veröffentlicht Zusammenfassungen von Studien über die Erkenntnisse zur Wirksamkeit medizinischer Behandlungsmethoden.

www.dapo-ev.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie e. V.

www.dkfz-heidelberg.de

Infos über alle Krebsarten für Patienten; gut für den Einstieg in das Thema Krebs

www.frauenselbsthilfe.de

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs (FSH) informiert über Therapien, Nachsorge, Rehabilitation und soziale Leistungen

www.germanbreastgroup.de

Studiengruppe zur Verbesserung der Primärbehandlung des Mammakarzinoms

www.inkanet.de

INKA – Informationsnetz für Krebspatienten und Angehörige e. V.

www.junge-erwachsene-mit-krebs.de

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs

www.krebsgesellschaft-nrw.de/b_vorbeugung_vorsorge/b_krebsarten/brustkrebs

Anleitungsfilm zur Selbstuntersuchung der Brust von der Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen

www.krebsgesellschaft.de

Deutsche Krebsgesellschaft: Infos für Ärzte und Wissenschaftler, Patienten und Angehörige

www.krebshilfe.de

Deutsche Krebshilfe: Erklärung von Fachausdrücken; Bestellungen von Broschüren und DVDs

www.krebsinformationsdienst.de

Infos über alle Krebsarten für Patienten. Gut zum Einstieg in das Thema Krebs

www.krebs-kompass.de

Der Krebs-Kompass wird von der gemeinnützigen Volker-Karl-Oehrich-Gesellschaft e.V. betrieben; Infos für Patienten und Angehörige

www.krebs-webweiser.de

Seite des Tumorzentrums Freiburg mit mehr als 500 Links

www.mammacare.de

Förderung der Brustselbstuntersuchung

www.mammo-programm.de

Informationen der Kooperationsgemeinschaft Mammographie-Screening

www.netzwerkstattkrebs.de

Infos und Tipps für junge Krebskranke

www.oncomap.de

Liste der Brustzentren, die von Deutscher Krebsgesellschaft und Deutscher Gesellschaft für Senologie zertifiziert sind

www.patienten-information.de

Unter dem Stichwort Patientenleitlinien findet sich hier die erste nationale Patientenleitlinie zum Thema Brustkrebs: Ersterkrankung und DCIS

www.psychotherapiesuche.de

Psychotherapie-Informationsdienst (PID)

www.senologie.org

Deutsche Gesellschaft für Senologie

www.qrr.de

Qualitäts-Ring-Radiologie

www.washabich.de

Medizinstudenten übersetzen seriös und kostenlos Befunde in eine für Patienten leicht verständliche Sprache