

Aktualisierung der DMP-Anforderungen für Patientinnen mit Brustkrebs

Das Disease-Management-Programm (DMP) für Patientinnen mit Brustkrebs wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) umfassend überarbeitet. Einen Schwerpunkt bildete dabei das Thema Nachsorge. Die Aktualisierung des DMP Brustkrebs ist am 1. Oktober 2017 in Kraft getreten. Innerhalb eines Jahres müssen die Verträge angepasst werden, sodass das aktualisierte DMP zum 1. Oktober 2018 in den Praxen umgesetzt wird.

Das ist neu

Teilnahmevoraussetzungen und Dauer

Die maximale Teilnahmedauer am DMP ist bereits zum 1. Oktober 2017 von fünfeneinhalb auf zehn Jahre verlängert worden. Sie startet ab dem Datum der histologisch gesicherten Erstdiagnose. Bei Auftreten eines Rezidivs ist ein Verbleib für weitere zehn Jahre möglich.

Nachsorge

Dieses Kapitel wurde erweitert, um den Folgen von Langzeittherapien stärker Rechnung zu tragen. Neue Ziele wie die Unterstützung der Patientinnen bei der Umsetzung der Therapie, Einleitung vorbeugender Maßnahmen sowie frühzeitiges Erkennen von Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen sind hinzugekommen.

Nachsorgeuntersuchungen (in der Regel):

- in den ersten drei Jahren vierteljährlich
- im vierten und fünften Jahr halbjährlich
- danach jährlich.

Wie sich das auf die Dokumentation auswirkt, lesen Sie auf Seite 5.

➔ Unterstützung bei der Langzeittherapie

Dieser Abschnitt wurde komplett überarbeitet und stark erweitert. Schwerpunkte sind Adhärenz und die Erfassung und Behandlung von Nebenwirkungen der endokrinen Therapie und anderer zielgerichteter Therapien. Insbesondere die Motivation der Patientinnen zur konsequenten Fortführung der Therapie steht im Vordergrund.

➔ Neben- und Folgewirkungen der Therapien

Mögliche Neben- und Folgewirkungen der Therapie sind zu beachten und ggf. diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen einzuleiten. Die Patientinnen sollen regelmäßig angeregt werden, eigenverantwortlich zur Vorbeugung und Reduktion von Folgestörungen beizutragen.

Umsetzung ab
1.10.2018

Teilnahme von
5,5 auf 10 Jahre
verlängert

Neue
Nachsorge-
intervalle



Kontinuierliche
Motivation der
Patientin

Regelmäßiges
Monitoring

DMP-Anforderungen bei Patientinnen mit Brustkrebs

Indikationen für Knochendichtemessung

Osteoporose:

Risikofaktoren sind u. a. Alter und endokrine Therapien, vor allem durch Aromataseinhibitoren (AI). Zur Vorbeugung werden körperliche Aktivität, ausreichende Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr sowie Rauchverzicht empfohlen.

Knochendichtemessung mittels zentraler DXA:

- Diese ist vor Beginn einer geplanten Aromataseinhibitoren-Therapie durchzuführen, sofern eine medikamentöse Therapie der Osteoporose beabsichtigt ist.
- Bei allen anderen Patientinnen sollte je nach anamnestischen und klinischen Befunden erwogen werden, ob die Indikation dafür gegeben ist. Vor allem, wenn eine durch die Therapie hervorgerufene vorzeitige Menopause vorliegt.
- Eine Wiederholung kann frühestens nach fünf Jahren erfolgen.

Klimakterisches Syndrom:

Es können therapiebedingte klimakterische Beschwerden wie Hitzewallungen, Schweißausbrüche und/oder organische Veränderungen im Sinne eines urogenitalen Menopause-Syndroms auftreten. Diese sind symptomorientiert zu behandeln. Eine systemische Hormonersatztherapie (HET) wird aber nicht empfohlen.

Kardiotoxizität:

- während und nach der Behandlung auf klinische Symptome achten (Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, Herzinsuffizienz, Dyspnoe, Ödeme, Tachykardie)
- insbesondere relevant bei Anti-HER2-, Chemo- (v. a. Anthrazykline) und Strahlentherapie
- bei Auffälligkeiten Patientinnen überweisen

Lymphödem:

- nach lokaler Therapie Patientinnen über Risiken, Erkennung, Prophylaxe und Behandlung eines sekundären Lymphödems aufklären
- Symptome regelmäßig erfassen und ggf. frühzeitig behandeln

Behandlung

In der Therapie gibt es keine grundlegenden Änderungen. Vielmehr wurden einige Empfehlungen konkretisiert bzw. in Details angepasst.

➔ Allgemeine Prinzipien

Die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer erblichen Komponente soll anamnestisch überprüft werden. Bei entsprechenden Hinweisen soll die Patientin auf die Möglichkeit einer 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 frühzeitig auf die qualifizierte Beratung hingewiesen werden.

Die rechtzeitige Versorgung mit Hilfsmitteln schließt nun auch **Brustprothesen und Kompressionsarmstrümpfe** ein.

Auf klinische Symptome achten

Erblicher Brustkrebs

DMP-Anforderungen bei Patientinnen mit Brustkrebs

➔ Operative Therapie

Ob eine **Suche nach Fernmetastasen** im zeitlichen Umfeld eines chirurgischen Eingriffs notwendig ist, hängt nicht mehr nur von ihrer Bedeutung für die weitere Therapieplanung ab, sondern auch davon, wie wahrscheinlich Fernmetastasen sind.

Die Entscheidung, ob eine Operation durchgeführt wird, ist nicht mehr stadienabhängig.

Mastektomie

Künftig wird nur noch der Begriff „Mastektomie“ verwendet.

Neue Indikationen:

- Wunsch nach plastisch-chirurgischer Rekonstruktion, wenn Mastektomie für ein kosmetisch zufriedenstellendes Ergebnis geeigneter ist
- bei Multizentrität: Mastektomie im Vordergrund

Die Patientin ist im Falle der Mastektomie präoperativ über die Möglichkeiten der Wiederherstellung des Körperbildes zu beraten.

➔ Operative Eingriffe im Bereich der Axilla

Die Kriterien für diesen Eingriff wurden überarbeitet.

Bestimmung des histologischen Nodalstatus (pN-Status) ist nicht mehr Bestandteil des operativen, sondern des weiteren therapeutischen Vorgehens beim invasiven Mammakarzinom.

Art und Umfang des Eingriffs (Sentinel-Lymphknoten-Entfernung, konventionelle Lymphknotendisektion) erfolgen anhand der Befunde zum Nodalstatus und Art der geplanten systemischen Chemotherapie (neoadjuvant/adjuvant).

➔ Strahlentherapie

... nach brusterhaltender Operation:

- Bei älteren Patientinnen mit geringem Rezidivrisiko, die eine adjuvante endokrine Therapie erhalten, ist unter Abwägung der Vor- und Nachteile perkutane Bestrahlung ggf. verzichtbar.

... der Lymphabflusswege:

- Indikation für eine Bestrahlung der Axilla nur bei makroskopischem Resttumor in der Axilla (R2)
- Bei bis zu drei befallenen axillären Lymphknoten ist die Entscheidung auf Basis individueller Risikofaktoren zu fällen.

➔ Systemische (neo-)adjuvante Therapie

Das Grading wurde als Entscheidungskriterium für die Empfehlung einer (neo-)adjuvanten Therapie aufgewertet. Proliferationsfaktoren können im Einzelfall hilfreich sein.

➔ Differenzierter Einsatz der endokrinen Therapie

Dieser Abschnitt wurde neu hinzugefügt.

Jede Patientin mit positivem Hormonrezeptorstatus soll mindestens fünf Jahre eine endokrine Therapie erhalten. Abhängig vom Menopausenstatus und der Verträglichkeit werden Tamoxifen und Aromataseinhibitoren in unterschiedlichen Behandlungsplänen eingesetzt.

Fernmetastasen-suche: abhängig von der Wahrscheinlichkeit

Neue Indikationen zur Mastektomie

Neue Indikationen

Grading wichtigster Faktor

Behandlungsstrategien entsprechend Menopausenstatus

DMP-Anforderungen bei Patientinnen mit Brustkrebs

Metastasen- biopsie

➔ Vorgehen bei Sonderformen des Mammakarzinoms: DCIS

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

➔ Diagnostik und Therapie der fortgeschrittenen Erkrankung

Neu aufgetretene Fernmetastasen, insbesondere viszerale Metastasen, sollen möglichst zur (erneuten) Bestimmung des Hormonrezeptor- und HER-2-Status histologisch gesichert werden.

Denosumab wurde als Therapieoption für **Patientinnen mit Knochenmetastasen** ergänzt.

Die Empfehlungen bei Vorliegen von Hirnmetastasen wurden stärker individualisiert.

Demnach sollte interdisziplinär geprüft werden, welche lokalen Therapiemaßnahmen indiziert sind.

Weitere Anforderungen

➔ Bei Verdacht auf eine **psychische Komorbidität** (z. B. Angststörungen, Depression) soll die weitere Diagnostik und Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

➔ Patientinnen sollen eigenverantwortlich **körperlich aktiv** sein. Diese Empfehlung wurde heraufgestuft. Krafttraining mit dem betroffenen Arm führt nicht zu einem erhöhten Risiko für ein Lymphödem.

➔ Eine gesunde, ausgewogene **Ernährung** nach den Empfehlungen der WHO und die Vermeidung von Übergewicht sind weiterhin empfehlenswert.

Psyche und Lebensstil

Qualitätsziele

Folgende Qualitätsziele sind neu:

- hoher Anteil an Patientinnen, bei denen das Ausmaß der Nebenwirkungen der adjuvanten endokrinen Therapie regelmäßig erfragt wurde
- hoher Anteil an Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus, die eine adjuvante endokrine Therapie fortgeführt haben
- hoher Anteil an Patientinnen mit adjuvanter Aromatasehemmer-Therapie und beabsichtigter medikamentöser Osteoporose-Therapie, bei denen das Ergebnis einer zentralen DXA bekannt ist
- Aufmerksamkeit hinsichtlich möglicher individueller Nebenwirkungen und Spätfolgen der Tumorthherapie
- niedriger Anteil an Patientinnen mit symptomatischem Lymphödem
- hoher Anteil an Patientinnen, die eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training erhalten
- hoher Anteil an Patientinnen mit einem BMI von >30, die eine Empfehlung zu einem regelmäßigen körperlichen Training erhalten
- hoher Anteil an Patientinnen mit bioptischer Sicherung bei erstmaligem Auftreten viszeraler Fernmetastasen
- adäquater Anteil an Patientinnen mit Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie bei Knochenmetastasen

Dokumentation

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 Ergebnis ab dem 6. Jahr festgestellt, sollte der behandelnde Arzt von sich aus am Tag der Feststellung oder spätestens im nächsten Quartal eine Folgedokumentation erstellen. Nach einem neuen Ereignis ab dem 6. Jahr ändert sich das Dokumentationsintervall wieder von jährliche auf halbjährliche Dokumentation.

Achten Sie darauf, regelmäßig Ihre Software aktuell zu halten.

Weitere Fragen?

Der G-BA-Beschluss und Begründung zu den Änderungen im Internet:

➔ <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2938>

Das AOK-Gesundheitspartnerportal bietet weitere Infos zum DMP sowie Themen rund um Arzt und Praxis:

➔ www.aok-gesundheitspartner.de

Geänderte
Dokumen-
tations-
intervalle



Software
aktualisieren

Impressum:

Herausgeber und verantwortlich für den Text: AOK-Bundesverband, Berlin
Redaktion: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin;
Creative Director: Sybilla Weidinger, KomPart
Grafik: Ulrich Scholz Design, Düsseldorf
Druck: Albersdruck GmbH & Co. KG, Düsseldorf
Stand: Januar 2019