

## **Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf der Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den „Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen mit Brustkrebs“ (Aktualisierung 2005):**

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass die „Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patienten mit Brustkrebs“ überarbeitet wurden. Hiervon unberührt bleiben grundsätzliche Kritikpunkte an Funktion und derzeitiger Umsetzung strukturierter Behandlungsprogramme im System der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen, die Gegenstand eines entsprechenden Entschließungsantrags des Vorstands der Bundesärztekammer auf dem nächsten Deutschen Ärztetag in Berlin 2005 sein werden.

Am vorliegenden Entwurf der Neufassung des RSAV-Textes, der Darstellung der Qualitätsziele im Begründungstext sowie am Dokumentationsbogen (Erst-/Folgedokumentation) besteht aus Sicht der Bundesärztekammer Erläuterungs- bzw. Änderungsbedarf in folgenden Kapiteln:

### **Zu 1.4.1 Grundsätze der Therapie:**

#### RSAV-Text:

**Vor Beginn der definitiven Therapie muss mit der Patientin ausführlich über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen gesprochen werden.** 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.

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 Patientin soll insbesondere über die brusterhaltende Therapie und die modifizierte radikale Mastektomie mit und ohne Sofortrekonstruktion aufgeklärt werden. Ihr ist eine angemessene Zeit für die Entscheidungsfindung einzuräumen.

#### Kommentar der Bundesärztekammer:

- ◆ Der schon in der alten Fassung des RSAV-Textes enthaltene Hinweis, dass vor Therapiebeginn mit der Patientin ausführlich über ihre Erkrankung und die Therapieoptionen gesprochen werden muss, entspricht den in der (Muster-) Berufsordnung der Ärzte verankerten Grundsätzen zur ärztlichen Berufsausübung (§§ 7 und 8 in MBO-Ä). Allgemeine Hinweise auf grundsätzlich bestehende Pflichten gegenüber Patientinnen und Patienten wirken im Rahmen eines Behandlungsprogramms, das sich auf spezielle Handlungsempfehlungen zu einem bestimmten Krankheitsbild konzentrieren soll, redundant und sind verzichtbar. Ebenso verzichtbar ist der Hinweis auf die „neutrale Informationsvermittlung“, da der ärztliche Berufsauftrag es grundsätzlich verbietet, diagnostische oder therapeutische Methoden

unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patientinnen und Patienten anzuwenden (§ 11 MBO-Ä).

- ◆ Die Formulierung, die Entscheidungsfindung solle „in Diskussion mit der aufgeklärten Patientin“ erfolgen, wirkt wie eine wörtliche Übersetzung aus englischsprachigen psychoonkologischen Lehrbüchern („discussing treatment options“). Im Deutschen wirkt der Begriff der „Diskussion“ eher unverbindlich und geht am Wesen des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patientin bzw. dem Ziel, der Patientin durch eine medizinisch-inhaltlich kompetente und gleichzeitig empathisch-einfühlsame Beratung eine aktiv von der Patientin mitgetragene Therapieentscheidung zu ermöglichen, vorbei (vgl. auch Kommentar zu Kap. 1.4.4). Inzwischen kann durch verschiedene Studien belegt werden, dass Patientinnen, die sich als schlecht informiert betrachten, ein doppelt so hohes Risiko dafür aufweisen, innerhalb von 12 Monaten nach Feststellung der Krebsdiagnose eine Depression oder andere psychische Störung zu entwickeln, als Patientinnen, die sich gut informiert fühlen (1). Entscheidend für den prognostisch günstigen Effekt einer informierten Entscheidung ist jedoch nicht die Quantität, sondern die Qualität der Information. Durch Studien ist belegt, dass Patienten und Patientinnen auch bei lebensbedrohlichen Erkrankungen in der Regel eine umfassende Aufklärung wünschen, jedoch nicht zu jedem Zeitpunkt in derselben Informationstiefe. Je nach Krankheitsverlauf und psychosozialer Bedürfnislage können statt Informationen zu Überlebensraten „eher solche Informationen im Vordergrund stehen, die das Prinzip Hoffnung transportieren („faith, hope and charity“)" (2).
- ◆ Die ersten drei Absätze von Kapitel 1.4.1, beginnend mit „Vor Beginn der definitiven Therapie...“ bis „Ihr ist eine angemessene Zeit für die Entscheidungsfindung einzuräumen.“, sollten aus o.g. Gründen gestrichen und im Sinne einer spezifischen Handlungsempfehlung für das Beratungs- und Aufklärungsgespräch bei Mammakarzinom im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms folgendermaßen neu formuliert werden:

***Die Beratung und Aufklärung der Patientin vor Beginn der definitiven Therapie sollte der Patientin eine informierte Entscheidung über die im Einzelfall bestehenden Therapieoptionen (brusterhaltene Therapie, modifizierte radikale Mastektomie mit oder ohne Sofortrekonstruktion) ermöglichen und neben medizinisch relevanten Gründen insbesondere auch gesundheits- und krankheitsbezogenen Begleitumstände (z. B. Alter, Begleiterkrankung, emotionale Befindlichkeit und psychosoziale Situation) bzw. Gesichtspunkte der Lebensqualität berücksichtigen. Der Patientin ist eine angemessene Zeit für die Entscheidungsfindung einzuräumen.***

#### **Zu 1.4.2 Operative Therapie des Brustkrebses ohne Sonderformen:**

##### RSÄV-Text:

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.

**Wenn die Resektionsränder nicht tumorfrei sind,** müssen ergänzende operative oder strahlentherapeutische Maßnahmen getroffen werden.

**Nach Exstirpation der Läsion** muss eine eindeutige topographische Markierung des Gewebestückes erfolgen.

Kommentar der Bundesärztekammer:

- ☞ Die Reihenfolge der Hinweise „Wenn die Resektionsränder nicht tumorfrei sind...“ und „Nach Exstirpation der Läsion“ sollte der realen Chronologie der Ereignisse entsprechend umgedreht werden (erst topographische Markierung des Gewebestückes, dann Aussage über Tumorfreiheit der Resektionsränder).

**Zu 1.4.5.1 Ductales Carcinoma in situ (DCIS):**

RSAV-Text:

**DCIS beschreibt eine heterogene Gruppe nicht invasiver, intraduktaler, karzinomatöser Gewebsveränderungen unterschiedlicher histologischer Typen mit variierendem malignen Potential 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 je nach individuellem Befund in Abhängigkeit von der Risikokonstellation zu entscheiden.**

(...)

**Der behandelnde Arzt soll prüfen, ob Patientinnen mit einem hormonrezeptorpositiven DCIS von einer zusätzlichen adjuvanten Tamoxifen-Therapie profitieren können<sup>1</sup>.**

Fußnote: <sup>1</sup>Aufgrund der kontroversen wissenschaftlichen Diskussion besteht noch Klärungsbedarf über die Verortung dieses Absatzes (RSAV-Text oder Begründung).

Kommentar der Bundesärztekammer:

- ☞ Der erste Absatz, beginnend mit „DCIS beschreibt eine heterogene Gruppe nicht invasiver, intraduktaler, karzinomatöser Gewebsveränderungen...“ sollte aus systematischen Gründen entweder als Begründung an die Stelle hinter dem Satz beginnend mit „Über die Radikalität des operativen Vorgehens ist je nach individuellem Befund in Abhängigkeit von der Risikokonstellation zu entscheiden“ oder in den Begründungstext verschoben werden.
- ☞ Der Hinweis „Der behandelnde Arzt soll prüfen, ob Patientinnen mit einem hormonrezeptorpositiven DCIS von einer zusätzlichen adjuvanten Tamoxifen-Therapie profitieren können“ sollte wegen des derzeit noch unklaren Stellenwerts der Tamoxifen-Therapie bei dieser Indikation gestrichen werden. Dies schließt nicht aus, dass der behandelnde Arzt je nach den Besonderheiten des Einzelfalls ggf. eine zusätzliche Tamoxifen-Therapie empfehlen kann.

#### Zu 1.4.2.4 Operative Therapie der Axilla:

##### RSAV-Text:

Die Axilladisektion sollte bei allen Patientinnen mit einem invasiven operablen Brustkrebs durchgeführt werden. Aus Level I und II sollten hierbei insgesamt mindestens 10 Lymphknoten entfernt und untersucht werden.

In begründeten Ausnahmefällen kann auf die axilläre Lymphonodektomie verzichtet werden, z.B.:

- bei mikroinvasiven Karzinomen ( $\leq 2$  mm),
- bei tubulären Karzinomen ( $< 1$  cm),
- bei DCIS gemäß Ziffer 1.4.5.1.

**Auf die standardisierte Axilladisektion kann bei allen Patientinnen mit einem invasiven Brustkrebs dann verzichtet werden, wenn eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt wurde und kein Tumorbefall der Lymphknoten nachgewiesen werden konnte. Voraussetzung für die Durchführung einer Sentinel-Lymphknoten-Biopsie ist insbesondere die Aufklärung der Patientin über die derzeitig bekannte Datenlage des Verfahrens und die daraus resultierende Nutzen-Risikobilanz.**

##### Kommentar der Bundesärztekammer:

☞ Die Bundesärztekammer befürwortet, dass im Unterschied zur alten Fassung auf eine Empfehlung im Hinblick auf eine Entfernung von Lymphknoten des Levels III verzichtet wird, da die Aussagen der wissenschaftlichen Literatur hierzu derzeit keine eindeutige Schlussfolgerung zulassen.

☞ Die neu berücksichtigte Empfehlung bei Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SN-Biopsie) entspricht insoweit der aktuellen evidenzbasierten intersziplinären Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau (3), als es in dieser heißt: „(...) bei negativer SN-Biopsie (kann) auf die Axilladisektion verzichtet werden, wenn diese im Rahmen einer externen Qualitätssicherung und nach Aufklärung der Patientin über Nutzen und Risiko erfolgt ist.“ (S.12 der Leitlinie). Zusätzlich heißt es: „Wenn die Entfernung des Sentinel-Lymphknoten durchgeführt wird, müssen die Qualitätskriterien der Fachgesellschaften eingehalten werden“ (S.12 der Leitlinie) sowie „Aktuell wird die Sentinel-Node-Biopsie evaluiert. Dieses Verfahren gehört jedoch noch nicht zur Standardtherapie und wird nur im Rahmen klinischer Studien durchgeführt (...) eine evtl. Überlegenheit der Sentinel-Node-Biopsie gegenüber der konventionellen Axilladisektion wird auch für diesen Parameter noch in klinischen Studien geprüft.“ (S.13 der Leitlinie). Andererseits verspricht die SN-Biopsie jedoch eine erhebliche Reduktion der postoperativen Morbidität im Schulter-Arm-Bereich. Zwecks Erhöhung der Patientensicherheit sollte wegen der noch nicht abgeschlossenen Evaluation der Gleichwertigkeit der SN-Biopsie mit der Axilladisektion (im Hinblick auf das Gesamtüberleben der Patientinnen) nach dem Vorbild der interdisziplinären Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft die Formulierung im RSAV-Text folgendermaßen präzisiert werden:

*Auf die standardisierte Axilladisektion kann bei allen Patientinnen mit einem invasiven Brustkrebs dann verzichtet werden, wenn eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie **im Rahmen einer externen Qualitätssicherung und nach Aufklärung der Patientin über Nutzen und Risiko** durchgeführt wurde und kein Tumorbefall der Lymphknoten nachgewiesen werden konnte.*

- ◆ Der letzte Satz des Absatzes, beginnend mit „Voraussetzung für die Durchführung einer Sentinel-Lymphknoten-Biopsie ist (...) resultierende Nutzen-Risikobilanz“ kann dann gestrichen werden.

#### **Zu 1.4.4 Systemische adjuvante Therapie (endokrine Therapie und Chemotherapie):**

##### RSAV-Text:

Für alle Frauen **muss** nach individueller Nutzen-Risikoabwägung die Einleitung einer adjuvanten systemischen Therapie geprüft werden. Ob und welche adjuvante systemische Therapie begonnen wird, **muss in Diskussion mit der aufgeklärten Patientin entschieden werden.**

Die Entscheidung über die Notwendigkeit und Art einer adjuvanten Therapie berücksichtigt die Tumorgroße, den Lymphknotenstatus, das Grading, den Rezeptorstatus, den Menopausenstatus, weitere Erkrankungen und das Alter als wichtigste Faktoren zur Risikoeinstufung.

(...)

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

##### Kommentar der Bundesärztekammer:

- ◆ Gegenüber der alten Fassung sieht der neue Entwurf vor, dass die Einleitung einer adjuvanten systemischen Therapie nicht nur geprüft werden **sollte**, sondern geprüft werden **muss**. Die risikoadaptierte Abwägung von Therapieentscheidungen unter Berücksichtigung von differentialdiagnostischen Kriterien und ggf. vorhandenen verschiedenen Therapieoptionen zählt zu den Grundsätzen ärztlicher Berufsausübung. Gemäß Berufsordnung ist der Arzt zu einer gewissenhaften Versorgung der Patientinnen und Patienten mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verpflichtet (§11 Abs. 1 MBO-Ä), eine Missachtung der gebotenen Sorgfaltspflicht zieht im Streitfall haftungsrechtliche Konsequenzen nach sich.
- ◆ Da es sich bei der Einleitung einer adjuvanten systemischen Therapie bei den in Kapitel 1.4.4 in Rede stehenden Patientinnen um einen etablierten, wissenschaftlich fundierten Behandlungsstandard handelt, erscheint die „muss“-Formulierung nicht nur gerechtfertigt, sondern überfällig. Dennoch stellt sich die Frage, ob der Arzt im Rahmen eines DMP-Vertrags zur Beachtung eines spezifischen Entscheidungsalgorithmus zwingend verpflichtet werden kann, wie es die „muss“-Formulierung impliziert. Um Missverständnisse und Interferenzen mit der trotz Teilnahme an DMP-Verträgen grundsätzlich weiterbestehenden ärztlichen Therapiefreiheit zu vermeiden, empfiehlt die Bundesärztekammer, an der älteren „sollte“-Formulierung festzuhalten:  
*Für alle Frauen **sollte** nach individueller Nutzen-Risikoabwägung die Einleitung einer adjuvanten systemischen Therapie geprüft werden.*
- ◆ Die Formulierung „muss in Diskussion mit der aufgeklärten Patientin entschieden werden“ geht am Ziel einer adäquaten Unterstützung der Patientin bei der Entscheidungsfindung vorbei, zur Begründung vgl. Kommentar zu Kapitel 1.4.1. Der Halbsatz „muss in die Diskussion mit der aufgeklärten Patientin entschieden werden“ sollte gestrichen werden und der ganze Satz folgendermaßen neu formuliert werden:

**Ob und welche adjuvante systemische Therapie begonnen wird, ist nach Aufklärung und Beratung der Patientin insbesondere im Hinblick auf mögliche Nebenwirkungen einerseits und optimale supportive Therapien andererseits (z. B. Antiemese, Versorgung mit Perücken etc.) zu entscheiden.**

- ◆ Der letzte Satz des Absatzes „Wirksame Begleitmaßnahmen, insbesondere eine ausreichende Antiemese, sind Bestandteil der systemischen Therapie“, kann dann entfallen.

#### **Zu 1.6.2.1 Therapie bei metastasierten Erkrankungen:**

##### RSAV-Text:

Bei nachgewiesenen Fernmetastasen steht die Lebensqualität der betroffenen Frau im Vordergrund der therapeutischen Maßnahmen.

(...)

Eine Therapie mit Bisphosphonaten ist bei Patientinnen mit Knochenmetastasen indiziert.

**Bei standardisierter immunhistologisch oder molekularbiologisch geprüfter Positivität für HER 2 kann in Einzelfällen der Einsatz einer Antikörpertherapie mit Trastuzumab in Kombination mit einer geprüften Chemotherapie zur Anwendung kommen<sup>2</sup>**

[<sup>2</sup> Die Verortung dieser Aussage (RSAV-Text oder Begründungstext) ist noch zu klären.]

##### Kommentar der Bundesärztekammer:

- ◆ Aus Sicht der Bundesärztekammer wird im Begründungstext zu 1.6.2.1 in Formulierung 1 auf Seite 10 zutreffend darauf hingewiesen, dass eine Antikörper-Monotherapie mit Trastuzumab weniger wirksam ist als die Kombinationsbehandlung; sie kann im Einzelfall, aber auch nur dann, vertretbar sein, wenn die Chemotherapie bei einem HER-2/neu überexprimierenden Tumor ausgereizt ist oder aber Kontraindikationen bestehen. Im Sinne dieses Hinweises sollte der letzte Satz im RSAV-Text zu Kap. 1.6.2.1 folgendermaßen ergänzt werden:

*Bei standardisierter Immunhistologisch oder molekularbiologisch geprüfter Positivität für HER-2 kann in Einzelfällen der Einsatz einer Antikörpertherapie mit Trastuzumab **in der Regel** in Kombination mit einer geprüften Chemotherapie zur Anwendung kommen.*

- ◆ In Anbetracht der noch offenen Fragen zum Nutzen des Einsatzes von Trastuzumab beim metastasierten Mammakarzinom bzw. der noch laufenden klinischen Studien zu diesem Thema ist allerdings fraglich, ob eine diesbezügliche Handlungsempfehlung bereits jetzt schon in den Anforderungen des strukturierten Behandlungsprogramms, das letztendlich in verbindliche Verträge umgesetzt werden muss, abgebildet werden sollte. Dies schließt nicht aus, dass je nach den Erfordernissen des Einzelfalls zusätzliche, über die vertraglich vereinbarten therapeutischen Maßnahmen hinausgehende Therapiemaßnahmen durchgeführt werden können.

## **Zu 1.5.1 Psychosoziale Betreuung:**

### RSAV-Text:

Die psychosoziale Beratung und Betreuung der Frauen soll integraler Bestandteil der Nachsorge sein. Ihr ist in diesem Rahmen ausreichend Zeit einzuräumen.

(...)

Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert **sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.**

### Kommentar der Bundesärztekammer:

- ◆ Der letzte Satz, beginnend mit "Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert " kann gestrichen werden, da jedwede Beeinträchtigung mit Krankheitswert grundsätzlich durch einen qualifizierte Leistungserbringer behandelt werden sollte. Gemäß ärztlicher Berufsordnung müssen rechtzeitig andere Ärztinnen und Ärzte hinzugezogen werden, wenn die eigene Kompetenz zur Lösung der diagnostischen und therapeutischen Aufgabe nicht ausreicht (vgl. Nr. 2 der Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung Teil C MBO-Ä).

## **Zur Darstellung der Qualitätsziele und -indikatoren (Tabelle)/S.14 des Begründungstexts:**

### Kommentar der Bundesärztekammer:

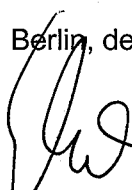
- ◆ Die Bundesärztekammer befürwortet, dass sich die Qualitätsindikatoren auf ein überschaubares Maß begrenzen. Gegenüber der alten Fassung wurde ein Qualitätsziel bzw. -indikator ergänzt („Möglichst hoher Anteil von Patientinnen mit Prüfung auf eine behandlungsbedürftige brustkrebsbedingte psychische Erkrankung“), dessen Sensitivität und Spezifität jedoch in Frage zu stellen ist (vgl. auch diesbezüglicher Kommentar zur Erst-/Folgedokumentation).
- ◆ Bei einigen Qualitätszielen bzw. -indikatoren stellt sich die Frage, ob hier noch Verbesserungspotentiale zu erwarten sind, weil die jeweils geforderten Strukturen und Prozesse bzw. die erwarteten Ergebnisse als breitflächig etabliert gelten können. Dies dürfte z. B. für das Qualitätsziel „Möglichst hoher Anteil an Patientinnen mit Nachbestrahlung nach brusterhaltener Therapie bei invasivem Tumor“ gelten, da die Nachbestrahlung obligatorischer Bestandteil der brusterhaltenen Therapie ist, oder auch für das Qualitätsziel „Adäquater Anteil mit adjuvanter endokriner Therapie bei positiven Hormonrezeptoren“. Wenn Qualitätsziele bereits auf einem hohen Niveau erfüllt werden, bedarf es keiner zwingen Fortsetzung einer Messung von etablierten Standards. Offensichtlich liegen jedoch (noch) keine Auswertungen aus den bereits seit 2002 dokumentierten Daten vor, die ggf. eine Anpassung der Qualitätsziele erlaubt hätten.
- ◆ Insgesamt ist die Ausrichtung der Qualitätszielformulierung stark prozessorientiert. Von insgesamt neun Qualitätszielen ist lediglich eins an einem direkten Patienten-Outcome orientiert („Möglichst hoher Anteil von Patientinnen ohne Lokalrezidiv“). Ergebnisqualitätsziele bzw. -indikatoren z. B. im Hinblick auf die Lebensqualität fehlen völlig. Im Hinblick auf eine stärkere, patientenzentrierte Outcome-Orientierung sollte die Zusammenstellung der Qualitätsziele bzw. der -indikatoren spätestens im Rahmen der nächsten Überarbeitung des DMP Brustkrebs überarbeitet werden.

## Zur Brustkrebs-Erstdokumentation/-Folgedokumentation:

### Kommentar der Bundesärztekammer:

- ◆ Für den Erstdokumentationsparameter Nr. 28 (Lokalisation des lokoregionären Rezidivs) wird im Begründungstext auf Seite 14 in der Tabelle Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren wird kein Qualitätsziel angegeben. Eine unbegründete Datenerfassung ist abzulehnen.
- ◆ Der Erstdokumentationsparameter Nr. 31 (Lokalisation der Metastasen) und die diesbezüglichen Ausprägungen „Leber/Lunge/Knochen/Andere (Mehrfachnennungen möglich)“ bzw. der korrespondierende Folgedokumentationsparameter Nr. 18 sind insofern fragwürdig, als in der Darstellung der Qualitätsziele nur für die Ausprägung „Knochenmetastasen“ ein Qualitätsziel definiert ist („Adäquater Anteil von Patientinnen mit Biphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen“). Für die übrigen Ausprägungen (Leber, Lunge, andere, mehrere) wird kein Qualitätsziel angegeben. Sofern keine relevanten Qualitätsziele für diese Ausprägungen nachträglich benannt werden können, sollte auf die Erfassung dieser Daten verzichtet werden.
- ◆ Der neue Erstdokumentationsparameter Nr.33 (Vorliegen einer behandlungsbedürftigen brustkrebsbedingten psychischen Erkrankung wurde geprüft) bzw. der korrespondierende Folgedokumentationsparameter Nr. 22 ist zu wenig sensitiv und spezifisch, als dass er valide Daten im Hinblick auf das angestrebte Qualitätsziel liefern dürfte. Die Ausprägungen (Ja/Nein) lassen völlig offen, wie geprüft wurde. Mit der alleinigen Abfrage, ob geprüft wurde, kann zwar Aufmerksamkeit in diesen potentiellen Unterversorgungsbereich gelenkt werden, die Erreichung des Qualitätsziels „Möglichst hoher Anteil von Patientinnen mit Prüfung auf eine behandlungsbedürftige brustkrebsbedingte psychische Erkrankung“, d.h. Erhöhung der Detektion brustkrebsbedingter psychischer Erkrankungen, wird auf diese Weise nur fraglich gefördert werden können. Dieser Qualitätsindikator sollte überarbeitet werden.

Berlin, den 31.03.2005



Dr. med. Regina Klakow-Franck, M.A.  
Dezernentin der Bundesärztekammer

### Zitierte Literatur:

- (1) NHMRC National Breast Cancer Centre Psychosocial Working Group. Psychosocial clinical practical guidelines: information, support and counselling for women with breast cancer. Issued by the National Health and Medical Research Council, Australia 2000
- (2) Sänger S. Einbeziehung von Patienten/Verbrauchern in den Prozess des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen am Beispiel der Qualitätsförderung medizinischer Laieninformationen im Internet, äzq Schriftenreihe Band 17, 2004
- (3) Interdisziplinäre Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 032/045, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau, Juni 2004