

## 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 fünfzehn 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**

### Indikationen für Knochen- dichtemessung

#### **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.

### Auf klinische Symptome achten

#### **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.

### Erblicher 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 Wahr-  
scheinlichkeit**

**Neue Indikati-  
onen zur  
Mastektomie**

**Neue Indikati-  
onen**

**Grading wich-  
tigster Faktor**

**Behandlungs-  
strategien  
entsprechend  
Menopausenstatus**

### 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

### Psyche und Lebensstil

➔ 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.

### 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](http://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