

Praxisinfo

DMP Brustkrebs

Aktualisierung

1. Wesentliche Änderungen im Überblick

Das Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs wurde an den neuesten medizinischen Wissensstand angepasst. Wesentliche Änderungen betreffen folgende Aspekte:

- Empfehlung zur **brusterhaltenden Operation (OP)** bei **multizentrischen** Karzinomen
- Kriterien für eine **Strahlentherapie** nach brusterhaltender OP
- Empfehlungen zur operativen **Entfernung der Lymphknoten** im Achselbereich, die in bestimmten Konstellationen verzichtbar ist
- Kriterien für eine **adjuvante Chemotherapie** einschließlich der Informationen von **Biomarker-Tests**
- ausdifferenzierte Intervalle der **Nachsorgeuntersuchungen**

Die Anforderungen für das durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aktualisierte DMP sind zum **1. Oktober 2023** in Kraft getreten. Sie sollen ab dem **1. Oktober 2024** in den Praxen umgesetzt werden. In der folgenden Übersicht finden Sie die Änderungen im Detail.

2. Behandlung in frühen Stadien

2.1 Kryokonservierung

- Die Vorgaben der „Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Kryo-RL)“ einschließlich der Anforderungen an die **Beratungen** und an das Ausstellen der **Beratungsbescheinigung** sind zu beachten.

**Richtlinie
beachten**

2.2 Psychoedukative Interventionen

- Teilnahme kann **geeigneten Patientinnen** empfohlen werden, sofern Bestandteil der Verträge
- auf Angebote zur Verbesserung von Krankheitsverständnis und -bewältigung hinweisen, insbesondere bei **psychischen Belastungssituationen**

**Unterstützung
bei psychischer
Belastung**

2.3 Operative Therapie

2.3.1 Mastektomie

Brusterhaltung bei multizentrischen Karzinomen:

- kann im Einzelfall infrage kommen bei voraussichtlicher **R0-Resektion aller Herde** und nach Aufklärung der Patientin
- Die Patientin ist im Falle der Mastektomie **vor der Operation** über die Möglichkeiten der primären und sekundären plastisch-chirurgischen Rekonstruktion zu beraten.

**Brusterhaltung
bei Multizen-
trizität**

2.3.2 Operative Eingriffe im Bereich der Axilla:

- Art und Umfang richtet sich auch nach der Art der **operativen Therapie der Brust** (brusterhaltend/Mastektomie)

Axilladisektion verzichtbar:

- sollte bei primär **brusterhaltender OP** im Stadium **pT1/pT2** und **cN0** und einer sich anschließenden perkutanen Tangentialbestrahlung bei **1 bis 2** befallenen **Sentinel-Lymphknoten (LK) nicht durchgeführt** werden

**Axilladis-
sektion in
einigen Fällen
verzichtbar**

Keine Operation oder Strahlentherapie im Lymphknotenabflussgebiet bei ausschließlicher Mikrometastasierung

Entfernung der Wächter-LK:

- sollte bei geplanter **neoadjuvanter Systemtherapie** und palpatorisch und sonografisch unauffälliger Axilla **nach der Systemtherapie** erfolgen

Klinisch suspekter axillärer LK:

- sollten prätherapeutisch mit **Stanzbiopsie** abgeklärt werden

2.4 Strahlentherapie

2.4.1 Nach brusterhaltender OP:

- interdisziplinäre Festlegung der adjuvanten Strahlentherapie, insbesondere bei geplanter **moderat** hypofraktionierter Strahlentherapie oder einer konventionell fraktionierten Strahlentherapie, unter Berücksichtigung von **patienten- und tumorbedingten Risikofaktoren, LK-Status** und **(neo-)adjuvanten Systemtherapien**

**Ergänzte
Kriterien**

2.4.2 Nach Mastektomie

Entscheidung **interdisziplinär** und **individuell**; folgende Konstellationen, bei denen eine Strahlentherapie indiziert ist, sind neu oder wurden angepasst:

- bei pT3-Tumoren mit Vorliegen von **Risikofaktoren**
- bei inkompletter Tumorentfernung (R1-/R2-Resektion) und **fehlender Möglichkeit der Nachresektion**
- bei Befall von **1 bis 3 axillären LK** und **erhöhtem Rezidivrisiko**
- bei Erreichen einer **pathologischen Komplettremission (pCR)** nach neoadjuvanter Chemotherapie Entscheidung gemäß dem **Risikoprofil**

**Risiko-
adaptiertes
Vorgehen**

2.5 Systemische adjuvante Therapie

- neues Kriterium für die Prüfung der Indikation: **Subtyp des Tumors**
- Zur Abschätzung des Risikos kann routinemäßig **ergänzend** auch **Ki-67** hinzugezogen werden; ein **niedriger Wert** stellt einen zusätzlichen Faktor für die Definition einer **Niedrigrisikosituation** dar.

Optional Ki-67

Neue Empfehlungen zur Therapiewahl:

- bei **niedrigem Risiko** im Allgemeinen **keine Chemotherapie** notwendig; in allen anderen Situationen individuelle **Risikoabwägung**
- In besonderen Konstellationen können ergänzend **Genexpressionsprofile** als weitere Prognosefaktoren einbezogen werden.
- wenn bei **Hormonrezeptor-positivem (HR+), HER2-negativem (HER2-), primärem Brustkrebs ohne LK-Befall** eindeutige Empfehlung aufgrund klinischer und pathologischer Kriterien nicht möglich, kann ein **Biomarker-Test** herangezogen werden; Aufklärung mithilfe des Patientinnenmerkblatts notwendig

**Genexpressions-
profile und
Biomarker-
Tests können
unterstützen**

2.5.1 Adjuvante Chemotherapie und zielgerichtete Therapie

Chemotherapie:

- sollte ein **Taxan** und ein **Anthrazyklin** enthalten und in ausreichend hoher Dosierung und in optimalem Zeitintervall appliziert werden
- vor Einleitung einer **anti-HER2-gerichteten Therapie** validierte Bestimmung des **HER2-Status** als **HER2-Überexpression** oder **HER2-Genamplifikation** erforderlich
- wirksame Begleitmaßnahmen, insbesondere **ausreichende Antiemese** in Abhängigkeit vom **emetogenen Potenzial** der eingesetzten Zytostatika mitplanen

Neue Empfehlungen zu Wirkstoffen, Testung, Antiemese

Zielgerichtete Therapien:

- bei **erhöhtem Rückfallrisiko** möglich

2.5.2 Adjuvante endokrine Therapie in der Prä-, Peri- und Postmenopause

Die Therapieempfehlungen wurden wie folgt konkretisiert:

- Definition positiver HR-Status: Östrogenwert (**ER**) $\geq 1\%$ und/oder Progesteronwert (**PR**) $\geq 10\%$
- Zwei Therapiekonzepte:
 - adjuvante endokrine Therapie: in den ersten **5 Jahren**
 - **erweiterte** endokrine Therapie: Fortführung über 5 Jahre hinaus mit einer Gesamttherapiedauer von **bis zu 10 Jahren**
- kann nach erfolgter Chemotherapie und gegebenenfalls bereits parallel zur Strahlentherapie gegeben werden

Adjuvante endokrine Therapie

Prä- und perimenopausale Patientinnen:

- bei niedrigem Risiko alleinige Gabe von **Tamoxifen** über **5 Jahre**
- bei **hohem Rezidivrisiko** in der **prämenopausalen** Situation optional zusätzliche simultane Gabe eines **GnRH-Analogons** über **2 bis 5 Jahre**

Initiale adjuvante und erweiterte endokrine Therapie gemäß Menopausenstatus

Postmenopausale Patientinnen:

- Angeboten werden sollte eine **sequenzielle Therapie** mit **2 bis 3 Jahren Tamoxifen** und **2 bis 3 Jahren Aromataseinhibitoren (AI)**; entweder Tamoxifen gefolgt von AI oder umgekehrte Sequenz; weitere Therapieoptionen: Tamoxifen oder AI jeweils für 5 Jahre.

Erweiterte adjuvante endokrine Therapie

Prä- und perimenopausale Patientinnen mit persistierender Prämenopause:

- optional **Tamoxifen** nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung bis zur Komplettierung von **10 Jahren Gesamtdauer** möglich
- Sofern es unter Tamoxifen zum Eintritt in die Postmenopause gekommen ist, kann **nach 5 Jahren Tamoxifen** für **weitere 2,5 bis 5 Jahre** auf einen **AI** umgesetzt werden.

Postmenopausale Patientinnen mit **erhöhtem Rückfallrisiko**:

- nach initialer Therapie mit 5 Jahren Tamoxifen **Verlängerung für weitere 2 bis 5 Jahre** möglich, Wahl des Wirkstoffs gemäß individuellem Risiko

Therapiewahl gemäß pCR-Status

2.6 Behandlung nach neoadjuvanter Therapie

- postoperatives **histologisches Ergebnis** relevant für die weitere Systemtherapie (pathologische Komplettremission vs. keine pathologische Komplettremission)

2.7 Vorgehen bei Sonderformen

2.7.1 Ductales Carcinoma in situ (DCIS)

Wichtigste prognostische Faktoren:

- Alter, Grading, Ausdehnung des DCIS und Nachweis von Komedonekrosen

Epidemiologie:

- **deutlich gestiegene Inzidenz** in den letzten Jahrzehnten
- bei Diagnosestellung etwa **80 % asymptomatisch**
- **ipsilaterale Rezidive** auch Jahre nach der Diagnose
- bei etwa **50 %** der Fälle Rezidiv in Form eines **invasiven Karzinoms**

Inzidenz stark steigend, hohe Rezidivwahrscheinlichkeit

Operation:

- vollständige Resektion **mit ausreichendem Sicherheitsabstand**
- **Sentinel-LK-Biopsie** nur, wenn eine sekundäre Sentinel-LK-Biopsie aus technischen Gründen nicht möglich ist, etwa bei Ablatio mammae

3. Nachsorge

Dokumentationsintervalle:

- können individuell etwas flexibler gehandhabt werden und kürzer oder länger sein; angegebene Intervalle dienen der Orientierung

Diagnostik:

- bei fehlenden klinischen Auffälligkeiten **keine intensivierete** apparative und Labor-**Diagnostik**

3.1 Psychosomatische, psychosoziale und psychische Aspekte

- Patientinnen sollten auf die **positiven Effekte** von **Entspannungsverfahren** hingewiesen werden, etwa zur Angst- und Stressbewältigung.
- Die Entspannungsverfahren können selbstständig angewendet werden.

Selbstständige Anwendung von Entspannungsverfahren

4. Diagnostik und Therapie der fortgeschrittenen Erkrankung

4.1 Lokalrezidive

Lokalrezidive **und lokoregionäre Rezidive** sind in vielen Fällen potenziell heilbar.

Nachsorgeuntersuchung

• Bildgebung:

- umfasst Mammografie und Sonografie
- Falls bei Rezidivverdacht Dignität damit nicht klärbar, sollte eine **Kernspintomografie** erfolgen.

Bildgebung und Rezeptorstatus wichtig

• Rezeptorstatus:

- Bei Auftreten eines Lokalrezidivs sollen **ER-, PR- und HER2-Status erneut** bestimmt werden.

Therapie:

- bei intramammären Rezidiven (DCIS, invasives Karzinom) **höchste lokale Tumorkontrolle** durch **Mastektomie**
- Darüber hinaus soll **bei allen Rezidiven** ergänzend die Notwendigkeit und Möglichkeit **zusätzlicher Behandlungen** (etwa endokrine Therapie, systemische Chemotherapie, und/oder eine **Strahlentherapie**) interdisziplinär geprüft werden.

Mastektomie empfohlen, zusätzliche Therapieoptionen prüfen

4.2 Fernmetastasen

Therapie:

- wie bei HER2+-Erkrankung auch bei den sonstigen Subtypen eine **zielgerichtete Therapie** möglich
- bei nachgewiesenen **Hirnmetastasen** Indikation für lokale Therapiemaßnahmen **neben den systemischen Therapieoptionen prüfen**

Indikation für zielgerichtete Therapie prüfen

5. Langzeittherapie: Neben- und Folgewirkungen

- Bei Therapie mit **Checkpointinhibitoren** (CPI) Risiko für immunbedingte Nebenwirkungen, insbesondere im endokrinen System, aber auch in anderen Organsystemen
- Auswirkungen können **schwerwiegend** und **irreversibel** sein.

→ Frühzeitige Erkennung und adäquate Behandlung sind klinisch relevant!

Nebenwirkungen von Immuntherapien auf das Immunsystem

6. Rehabilitation

- Nutzen einer Rehabilitationsleistung **frühzeitig** prüfen
- auf Rehabilitationssportgruppen hinweisen
- ergänzte Ziele: **Behinderung** oder **Pflegebedürftigkeit** abwenden, beseitigen oder vermindern
- **Benachteiligungen** durch krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe oder Begleit- und Folgeerkrankungen **vermeiden, vermindern** oder ihnen entgegenwirken

Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abwenden, beseitigen oder vermindern

7. Palliativmedizinische Maßnahmen

- **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)** allen Patientinnen mit weit fortgeschrittener Erkrankung anbieten
- Ziel: **ausreichende Symptomkontrolle**
- bei Pleurakarzinose mit symptomatischer Ergussbildung **Pleurodese** anbieten; Einleitung oder Umstellung einer medikamentösen Therapie prüfen

SAPV für alle Patientinnen

8. Evaluation/Dokumentation der Behandlungsplanung

Behandlung des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses:

- Dokumentationsintervall: halbjährlich oder häufiger/jährlich

**Dokumenta-
tionsintervalle**

Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/Fernmetastasen):

- Dokumentationsintervall: halbjährlich oder häufiger/jährlich

9. Weitere Fragen?

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

→ [g-ba.de/beschluesse/6053](https://www.g-ba.de/beschluesse/6053)

Das Gesundheitspartner-Portal der AOK bietet weitere DMP-Informationen für Arztpraxen:

→ [aok.de/gp](https://www.aok.de/gp)

Impressum

Herausgeber und verantwortlich für den Text: AOK-Bundesverband eGbR –
Arbeitsgemeinschaft von Körperschaften öffentlichen Rechts;
Redaktion: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin; 24.0295_09;
Grafik: Ulrich Scholz, Stephan Schenk; Stand: Oktober 2024