

Qualitätssicherungsbericht 01.01. 2004 – 31.12.2005



Hessisches Disease-Management-Programm Brustkrebs

**Gemeinsame Einrichtung Hessen des
Disease-Management-Programm Brustkrebs GbR.**

Impressum

**Qualitätssicherungsbericht 01.01.2004 – 31.12.2005
Disease-Management-Programm Brustkrebs in Hessen**

Herausgeber

**Gemeinsame Einrichtung (GE) Hessen des Disease-Management-
Programm Brustkrebs GbR., Dr. Horst-Schmidt-Kliniken,
Ludwig-Erhard-Str. 100, 65199 Wiesbaden**

**Geschäftsführer und Vorsitzender: Prof. Dr. Andreas du Bois
Stellv. Geschäftsführer und stellv. Vorsitzender: Prof. Dr. Uwe
Wagner**

Redaktion

**Kopfstelle DMP-Brustkrebs Hessen
Heiko Bienessek
Landesgeschäftsstelle der Barmer/Hessen
Hahnstr. 31-35, 60528 Frankfurt**

Auflage

Internetversion

Stand 08/2006

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

gut zwei Jahre nach Start des DMP Brustkrebs Hessen, liegt endlich der erste Qualitätssicherungsbericht vor. Im Vorfeld hatten u.a. Unregelmäßigkeiten bei der Datenannahmestelle dazu geführt, dass der Ablauf nicht so reibungslos funktionierte, wie es sich alle Beteiligten gewünscht hätten. Ich freue mich, dass ein Großteil dieser Schwierigkeiten nun überwunden ist.

Die vorliegende erste Auswertung der Daten des DMP Brustkrebs bedarf einiger Kommentare: Auf den ersten Blick findet sich ein hoher Anteil „fehlerhafter“ Dokumentationen. Hieraus sollte nicht geschlossen werden, dass die Dokumentationsqualität der Teilnehmer in gleichem Maße unzureichend ist, sondern auch Verbesserungsbedarf im Bereich des Datenhandlings hierzu beigetragen hat.

Bei den Behandlungen sind viele Qualitätsziele schon erreicht, bei manch anderen ist eine Verbesserung bereits sichtbar. Auf das Erreichte können wir stolz sein, die Daten bieten aber auch Anregung für weitere Optimierung. Der Qualitätssicherungsbericht soll die Kompetenzzentren in die Lage versetzen dieses Potential zu identifizieren und auf regionaler Ebene entsprechende Maßnahmen zu implementieren.

Einige Verbesserungen werden auch durch Aktualisierung der Qualitätsziele bedingt werden. Hierzu gehört die Aufnahme der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie in den Standard der Axilladiagnostik. Abschließend möchte ich dazu aufrufen, den Qualitätssicherungsbericht als „lernendes System“ zu betrachten und aktiv an seiner Verbesserung mitzuarbeiten. In diesem Sinne sind der Gemeinsamen Einrichtung (GE) Kommentare jederzeit willkommen.



Prof. Dr. med. A. du Bois
Geschäftsführer der Gemeinsamen Einrichtung


Sehr geehrte Damen und Herren,

seit der Einführung des Disease-Management-Programms (DMP) Brustkrebs in Hessen zum 01.01.2004, mussten wir uns vielen Herausforderungen stellen, die aber auch eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des Programms mit sich brachten.

Nach zweieinhalb Jahren der aktiven Ausgestaltung gilt es das Erreichte zusammen zu fassen und zu bewerten. Denn das DMP ist in der Vielzahl seiner Facetten einem stetigen Wandel und diversen Veränderungen in den organisatorischen Abläufen und insbesondere dem medizinischen Fortschritt unterworfen. Es gilt im Rahmen des Qualitätssicherungsberichts (QS-Bericht) den DMP-Partnern die geleistete Arbeit zusammengefasst darzustellen und die gewonnenen Erkenntnisse mit Blick auf die künftigen Aufgaben zu nutzen.

Innerhalb des QS-Berichts finden sich die Zielerreichung der vereinbarten Qualitätsziele, Hinweise zu den Strukturvoraussetzungen der eingebundenen Leistungserbringer und viele weitere wichtige Bestandteile des DMP's wieder.

Ich freue mich Ihnen, liebe Leserin und lieber Leser eine sehr umfassende Lektüre DMP-Brustkrebs zur Verfügung stellen zu können und bedanke mich auf diesem Wege für das Erreichte im Interesse unserer Versicherten und Patientinnen.



Lothar Guterding
Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

am 1.1.2004 haben wir trotz aller zusätzlichen Verwaltungsarbeiten mit dem DMP in Hessen begonnen.

Lange Verhandlungen waren vorausgegangen, Zweifler gab es genug.

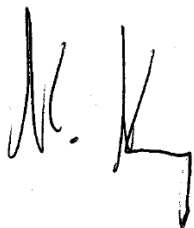
Wir haben diese Form der Zusammenarbeit aber als Chance gesehen und diese Chance genutzt. Im Vordergrund sollte das Ziel stehen, der an Brustkrebs erkrankten Patientin in Hessen den bestmöglichen Standard der heutigen Therapie zukommen zu lassen, nicht nur an einer oder zwei Kliniken, sondern an allen beteiligten Kliniken in Hessen.

Der/die niedergelassene Frauenarzt/Frauenärztin wird in den Qualitätszirkeln mit den beteiligten Kliniken in ein kontinuierliches Gespräch über den neuesten Standard verwickelt und ist so in der Lage, selber die Nachsorge durchzuführen. Hier gibt es keine Rivalität sondern nur beste Zusammenarbeit.

Ziel ist es und muss es auch weiterhin bleiben, die Abläufe zu vereinfachen, daran arbeiten wir kontinuierlich.

Das, was bisher geleistet wurde, kann in diesem QS-Bericht nachgelesen werden. Wir brauchen uns wirklich nicht zu verstecken.

Wir können stolz auf das Erreichte sein, dies ist uns ein Ansporn, weiter daran zu arbeiten zum Wohle der uns anvertrauten Patientin.



Dr. med. Klaus König
Berufverband der Frauenärzte e.V.
Landesvorsitzender Hessen

Erläuterungen:

1. **Versicherte** sind weibliche Versicherte.
2. **Vertragsärzte** sind Vertragsärzte und Vertragsärztinnen.

Inhaltsverzeichnis:	Seite
<u>1. Einführung von Disease-Management-Programmen</u>	7
<u>2. Ziele des DMP Brustkrebs in Hessen</u>	8
<u>3. Kooperation der Versorgungsebenen</u>	8
<u>4. Qualitätssicherung im hessischen DMP</u>	9
4.1 Strukturqualität	10
4.1.1 DMP-Partner	10
a) Teilnehmende niedergelassene Frauenärzte	10
b) Teilnehmende Kliniken	10
4.2 Prozessqualität	11
4.2.1 Qualitätssicherungsziele	11
4.2.2 Strukturierte Dokumentation	12
4.2.3 Feedback-Berichte	14
4.3 Externe Evaluation	15
<u>5. Datenumfang, Datenmanagement u. Datenqualität</u>	15
<u>6. Beschreibung des Patientinnenkollektivs</u>	17
<u>7. Erreichung der Qualitätsziele des DMP-Vertrages</u>	19
7.1 Anforderung an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien	19
7.2 Axilladissektionen bei invasivem Tumortyp	20
7.3 Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl entfernter Lymphknoten	21
7.4 Sicherstellung Strahlentherapie nach brusterhaltender OP	21
7.5 Angemessene medikamentöse Therapie bei nodalpositivem Tumor	22
7.6 Teilnahme der niedergelassenen Gynäkologen an interdisziplinären Qualitätszirkeln	24
7.7 Teilnahme der Kliniken an interdisziplinären Qualitätszirkeln/Fortbildungen	25
7.8 Vollständige und plausible Dokumentation	26
7.9 Aktive Teilnahme der Versicherten	27
<u>8 Ergebnis des DMP Brustkrebs in Hessen</u>	29
8.1 Zielerreichung der Qualitätsziele im Überblick	29
8.2 Allgemeine Maßnahmen zur Steigerung der Prozess-Qualität	30
8.3 Fazit	31
<u>9 Abbildungsverzeichnis</u>	32

1. Einführung von Disease-Management-Programmen

Die Grundlagen für die Einführungen von strukturierten Behandlungsprogrammen, auch Disease-Management-Programme (DMP) genannt, wurden mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) geschaffen. Das Gesetz trat am 1. Januar 2002 in Kraft.

Mit den Regelungen des Gesetzes erhielt der so genannte Koordinierungsausschuss heute Gemeinsamer Bundesausschuss genannt– ein mit Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer besetztes Gremium – zwei Aufträge: Er sollte dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

1. sieben, mindestens jedoch vier Krankheiten vorschlagen, für die strukturierte Behandlungsprogramme zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker eingeführt werden sollten
2. eine Empfehlung geben, welchen Anforderungen diese strukturierten Behandlungsprogramme genügen müssen und zwar hinsichtlich
 - der Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors
 - der durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen
 - Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm, einschließlich der Dauer der Teilnahme
 - Schulung der Versicherten und der Leistungserbringer
 - Dokumentation
 - Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten (Evaluation) eines Programms

Am 28. Januar 2002 hat der Koordinierungsausschuss (Gemeinsamer Bundesausschuss) dem BMG die Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen für die folgenden vier Krankheiten vorgeschlagen:

- Diabetes mellitus
- Mammakarzinom
- Koronare Herzerkrankung
- Asthma bronchiale/COPD

Die Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschuss zu den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme setzte das Ministerium mit der 4. Verordnung zur Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (4. RSAÄndV) um. Die 4. RSAÄndV trat am 1. Juli 2002 in Kraft. Sie beinhaltet sowohl allgemeine als auch krankheitsspezifische Anforderungen an die Behandlungsprogramme.

Empfehlungen für die krankheitsspezifischen Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme finden sich jeweils als Anlagen zu der jeweiligen Risikostruktur- Ausgleichsverordnung (im Folgenden Verordnung genannt). Seit dem 01. Juli 2002 sind damit die rechtlichen Grundlagen dafür gegeben, dass gesetzliche Krankenversicherungen strukturierte Behandlungsprogramme anbieten und die Ärzte eingeschriebene Patientinnen entsprechend den Festlegungen der Verordnung behandeln können.

Der Abschluss von Verträgen ist eine weitere zentrale Voraussetzung für den tatsächlichen Start der Programme. Die DMP-verantwortlichen Ärzte nehmen an einem Vertrag teil, der die Umsetzung eines Programms in der Versorgungspraxis regelt.

Zwischenzeitlich wurden aufgrund der 9. RSAÄndV ab dem 01.03. 2004 Vereinfachungen bei der Umsetzung der DMPs in der täglichen Praxis umgesetzt. Diese beinhalten den Wegfall der Unterschrift der Patientinnen auf den Dokumentationsbögen, den Wechsel zum optionalen Ausfüllen des Wiedervorstellungstermins und die Veränderung der genauen Fristen bei der Erstellung der Folgedokumentationen.

2. Ziele des DMP Brustkrebs in Hessen

Die Krankenkassen in Hessen und spezielle Krankenhäuser (so genannte Koordinationshäuser) haben zum 01.01.2004, in Kenntnisnahme des Berufsverbandes der Frauenärzte, das DMP Brustkrebs vereinbart.

Ziele des DMP-Brustkrebs sind

- die Patientinnen, bezogen auf ihren Krankheitsfall und unter angemessener Berücksichtigung ihres Lebensumfeldes, während des Behandlungsprozesses zu begleiten
- sie durch gezielte, patientinnenorientierte qualitativ gesicherte Informationen aufzuklären
- die Lebensqualität der Patientinnen zu verbessern
- den operativen Standard insbesondere durch eine Steigerung der brusterhaltenden Therapie zu verbessern
- den Standard der adjuvanten Therapie zu verbessern
- durch ein strukturiertes Begleitungs- und Beratungsangebot im psychosozialen Bereich eine besserer Verarbeitung der individuellen empfundenen Gesundheitsgefährdung zu ermöglichen sowie eine
- umfassende Nachsorge, insbesondere im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation zu gewährleisten.

3. Kooperation der Versorgungsebenen

In den §§ 3 und 4 des DMP-Vertrages werden die Aufgaben der Leistungserbringer des DMP Brustkrebs beschrieben. Die Anforderungen entsprechen der RSAV.

Aufgaben der Leistungserbringer im hessischen DMP Brustkrebs

<p>Koordinationshäuser (sind die in §2 Abs. 1 Nr. 1 Rahmenvertrag definierten Einrichtungen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beachtung der Versorgungsinhalte der RSAV • Koordination der stationären Behandlung der Patientinnen, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer • Durchführung von Patientinnengesprächen bzgl. der Therapie, Therapieoptionen, psychosozialen Betreuung und der rechtzeitigen Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln (siehe auch Anlage 11 des DMP-Vertrages) • Information, Beratung und Einschreibung der Patientinnen • Information der Patientinnen über die am Vertrag teilnehmenden niedergel. Frauenärzte • Beachtung der Qualitätsziele einschließlich der qualitätsgesicherten Arzneimitteltherapie • Erstellung und Weiterleitung der Dokumentationen an die Datenstelle • Ansprechpartner für die angeschlossenen Kooperationshäuser, niedergelassenen Frauenärzte und Krankenkassen • Initiierung von regelmäßigen Tumorkonferenzen/Qualitätszirkeln intern, wie auch für die Kooperationshäuser und niedergelassenen Gynäkologen • Erstellung von Protokollen und Teilnahmelisten der Tumorkonferenzen/Qualitätszirkeln und Übersendung an die Kopfstelle
<p>Kooperationshäuser (sind die in §2 Abs. 1 Nr. 2 Rahmenvertrag definierten Einrichtungen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beachtung der Versorgungsinhalte der RSAV • Koordination der stationären Behandlung der Patientinnen, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer • Durchführung von Patientinnengesprächen bzgl. der Therapie,

	<p>Therapieoptionen, psychosozialen Betreuung und der rechtzeitigen Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln (siehe auch Anlage 11 des DMP-Vertrages)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information, Beratung und Einschreibung der Patientinnen • Information der Patientinnen über die am Vertrag teilnehmenden niedergelassenen Frauenärzte • Beachtung der Qualitätsziele einschließlich der qualitätsgesicherten Arzneimitteltherapie • Erstellung und Weiterleitung der Dokumentationen an die Datenstelle • Ansprechpartner für die niedergelassenen Frauenärzte
Niedergelassenen Frauenärzte	<ul style="list-style-type: none"> • Beachtung der Versorgungsinhalte der RSAV • Koordination der ambulanten Behandlung der Patientinnen, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer • Durchführung von Patientinnengesprächen bzgl. der Therapie, Therapieoptionen, psychosozialen Betreuung und der rechtzeitigen Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln (siehe auch Anlage 11 des DMP-Vertrages) • Information, Beratung und Einschreibung der Patientinnen • Information und ggf. Einweisung der Patientinnen in eine am Vertrag teilnehmende Klinik • Beachtung der Qualitätsziele einschließlich der qualitätsgesicherten Arzneimitteltherapie • Erstellung und Weiterleitung der Dokumentationen an die Datenstelle • Sektorübergreifende Zusammenarbeit mit Koordinations- und Kooperationshäusern nach dem Grundsatz „Soviel stationär wie nötig, soviel ambulant wie möglich“ • Planung und Erinnerung der Nachsorgetermine in Kooperation mit den teilnehmenden Krankenkassen • Regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und mind. zweimal jährliche Teilnahme an interdisziplinären Tumorkonferenzen/Qualitätszirkeln der Brustkompetenzzentren
Sonstige Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> • Beachtung der Versorgungsinhalte der RSAV • Mindestens einmal jährliche Fortbildung des ärztlichen Personals zum Thema Brustkrebsdiagnostik

4. Qualitätssicherung im hessischen DMP

Grundsätzliche Anforderungen der RSAV sind in den hessischen DMPs entsprechend detailliert aufgeführt. Dies sind zum einen Maßnahmen wie die Definition von Teilnahmevoraussetzungen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit der DMP-Partner, die medizinischen Inhalte und zum anderen die Dokumentation der Behandlungen. Sie sollen eine bestmögliche Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors der eingeschriebenen Versicherten garantieren. Die stetige Messung und Anpassung von Qualitätszielen führen zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Die Aufgaben der ärztlichen Qualitätssicherung im DMP-Brustkrebs werden von der Gemeinsamen Einrichtung GbR (GE), gemäß §28f Abs. 2 RSAV wahrgenommen bzw. veranlasst. Gleichberechtigte Gesellschafter der GE sind die hessischen Krankenkassen/ Verbände (vertreten durch AOK, BKK, VdAK/AEV) die DMP-Kliniken (vertreten durch Dr. Horst Schmidt Klinik, Wiesbaden; Philipps-Universität Marburg) und der Berufsverband der Frauenärzte. Aufgabe der GE ist es, auf Basis der von

den DMP-Partnern erstellten Dokumentationen die ärztliche Qualitätssicherung zu gewährleisten. Sie umfasst insbesondere:

- die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele
- die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß RSAV
- die Erstellung von Feedback-Berichten
- die Überwachung vertragsgemäßen Verhaltens
- die Sicherstellung einer systematischen Information der Leistungserbringer
- die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- und die vorgeschriebenen Evaluationsverfahren

4.1. Strukturqualität

In den DMP-Verträgen haben die Vertragspartner – basierend auf den gesetzlichen Vorgaben – geregelt, welche Leistungserbringer an dem DMP-Brustkrebs teilnehmen können. Dies gilt für die niedergelassenen Frauenärzte und Kliniken. Die RSAV hat verbindlich festgelegt, welche Patientinnen in die Programme eingeschrieben werden können. Die Teilnahme am DMP ist für Ärzte und Patientinnen freiwillig.

Im ambulanten Bereich werden Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe eingebunden, wenn sie die Strukturvoraussetzungen nach § 4 sowie Anlage 2 des DMP-Vertrages erfüllen.

Teilnahmevoraussetzung für Krankenhäuser ist, dass sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach § 3 bzw. Anlage 1 des DMP-Vertrages erfüllen. Die Krankenkassen in Hessen überprüfen ihre Vertragspartner diesbezüglich - Fehlen die erforderlichen Voraussetzungen, so ist eine Teilnahme am DMP nicht möglich.

Weitere Details bezüglich der im DMP definierten Mindestanforderungen an die Strukturqualität des ambulanten bzw. stationären Sektors entnehmen Sie bitte unserem DMP-Vertrag, den Sie unter folgendem Link: <http://www.bvfhessen.de/dmp.htm> finden.

4.1.1. DMP-Partner

a) Teilnehmende niedergelassene Frauenärzte

Am hessischen DMP Brustkrebs haben 576 Frauenärzte bzw. 508 Praxen ihre Teilnahme erklärt (Stand per 31.12.2005).

b) Teilnehmende Kliniken

Mit Stand per 31.12.2005 sind 9 Koordinationshäuser und 35 Kooperationskliniken als DMP-Partner eingetragen. Nachfolgend sind die Anzahl der niedergelassenen Frauenärzte und deren Zuordnung zu ihrem Koordinationshaus aufgeführt.

Koordinationshäuser:	Anzahl der teiln. Frauenärzten *
Frauenklinik der Johann W. Goethe Universität Frankfurt	228
Dr. Horst Schmidt Klinik, Wiesbaden	88
Universitätsfrauenklinik Gießen	82
Klinikum Darmstadt	79
Klinikum Kassel	71
Klinikum Offenbach	70
Klinikum der Philipps-Universität Marburg	69
Klinikum Fulda	34
Klinikum Hanau	33

* Mehrfachnennungen ergeben sich daraus, dass die Frauenärzte sich in mehreren Koordinationshäusern einschreiben können.

4.2. Prozessqualität

4.2.1. Qualitätssicherungsziele

Es ist ein erklärter Anspruch des DMP in Hessen die Wirksamkeit der strukturierten Behandlung anhand der in der Anlage 8 aufgeführten Qualitätsziele zu belegen. Diese werden nachfolgend beschrieben:

- Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien
 - Steigerung des Anteils brusterhaltender Operationen bei pT₁-Tumor
 - Sicherstellung der Strahlentherapie nach brusterhaltender Operation
 - Sicherstellung der Axilladisektion bei invasivem Tumortyp
 - Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl entfernter Lymphknoten
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
 - angemessene medikamentöse Therapie bei nodalpositivem Tumor
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen
 - Teilnahme an interdisziplinären Qualitätszirkeln
- Vollständigkeit, Verfügbarkeit und Qualität der Dokumentation
 - Vollständige und plausible Dokumentation
- aktive Teilnahme der Versicherten
 - dort sollen mindestens 90% der Versicherten ein Beratungs- und Informationsgespräch akzeptieren

Durch die Qualitätsziele wurden Indikatoren beschrieben, die eine Zielerreichung messbar machen. Die Einhaltung der gesteckten Ziele wird durch die Gemeinsame Einrichtung überwacht und mittels individueller Informationen an die DMP-verantwortlichen Ärzte im Rahmen der Feedback-Berichte sowie teilweise durch persönliche Gesprächen gesteuert.

Leider konnte nicht über alle im Vertrag vereinbarten Qualitätssicherungsziele berichtet werden, da die Datenbasis der Kassen dies nicht in allen Fällen zuließ. Weitere Erläuterungen finden sich unter dem Punkt 8.1. Nr. 10 (Seite 30).

Ein weiteres erklärtes Ziel der Gemeinsamen Einrichtung ist es, den medizinischen Fortschritt im Rahmen des DMP-Programmes nach den Vorgaben der Risikostrukturausgleichsverordnung anzupassen. Diese Bemühungen werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss unterstützt, der die Behandlungsempfehlungen mindestens im Jahresabstand auf deren Aktualität zu überprüfen hat.

Die medizinische Qualitätssicherung im DMP wird ermöglicht durch eine einheitliche Dokumentation einer Vielzahl medizinischer Befund- und Behandlungsdaten auf den Erst- und Folgedokumentationsbögen, die von den DMP-verantwortlichen Ärzten für ihre eingeschriebenen Patientinnen halbjährlich erbracht wird.

Die RSAV legt detailliert fest, welche Parameter erhoben werden müssen. Dokumentiert werden z.B. in der Erstdokumentation für das DMP Brustkrebs Daten zur Versicherten und zum DMP-verantwortlichen Arzt, Daten zur Diagnosesicherung, zur Anamnese, zu den aktuellen Befunden, zur aktuellen Medikation und zur Beratung.

Nach dem Ausfüllen des Erst- oder des Folgedokumentationsbogens leitet der DMP-verantwortliche Arzt diesen innerhalb von 10 Tagen an die Datenstelle weiter. Dort wird die Dokumentation auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft und ggf. mit Fehlerhinweisen zur Korrektur zurück gesandt. Die Dokumentationen müssen spätestens 52 Tage ab Beginn des Folgequartals vollständig und plausibel der Datenstelle vorliegen.

Die Prüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie deren Weiterleitung ist bundeseinheitlich geregelt.

Die Krankenkassen erhalten von der Datenstelle den so genannten Kurzdatensatz, mit dem sie die Teilnahmeberechtigung der Versicherten am Programm prüfen. Diese ohne Arztbezug gelieferten Daten nutzt die Krankenkasse unter anderem auch, um die Versicherten zu einer aktiven Teilnahme am Programm zu motivieren. Dies geschieht zum Beispiel durch die Erinnerung an Untersuchungstermine, die Unterstützung der Versicherten durch Informationsbroschüren und das persönliche Gespräch.

Nach der Pseudonymisierung des Patientenbezugs erhält die Gemeinsame Einrichtung den so genannten Langdatensatz.

Abbildung 1: Erst-Dokumentation Brustkrebs

The form is titled "Erst-Dokumentation Brustkrebs" and "Blatt 1 Original für die Datenstelle". It contains the following sections and fields:

- Patient Information:** Name, Vorname des Versicherten; Geburtsdatum (ggf. mit).
- Insurance Information:** Krankenkassen-Nr., Versicherten-Nr., Status, Vertragsart-Nr., VK gültig bis, Datum.
- Diagnosis and Treatment:**
 - Erstmanifestation (Datum des histologischen Nachweises) (tt.mm.jj)
 - Wie wurde die Diagnose gesichert? (Mehrfachnennungen möglich): Feinnadel-biopsie, Stanz-biopsie, Offene Biopsie, sonstige, Mammo-graphie, Sono-graphie.
 - Lokalrezidiv (Datum des histologischen Nachweises) (tt.mm.jj)
 - Fernmetastasen gesichert am (tt.mm.jj)
 - Primär betroffene Mamma: rechts, links, beidseitig
 - Menopausenstatus: prämenopausal, postmenopausal
 - aktueller Behandlungsstatus: präoperativ, postoperativ, adjuvante Therapie, Nachsorge, derzeit kein operatives Vorgehen geplant
 - Ergebnis nach abgeschlossener Primärtherapie: Vollremission, Teilremission, No change, Progress, Therapie noch nicht abgeschlossen
 - Art der erfolgten chirurgischen Therapie (Mehrfachnennungen möglich): BET, Mastektomie, Onkologische OP, Axilläre Lymphonodektomie, anderes Vorgehen, kein operatives Vorgehen
 - Komplikationen der OP: keine, Nachblutung, Wundheilungsstörung, andere
 - Anzahl entfernter LK: 1-9, ≥ 10, keine
 - Anzahl befallener LK: 1-3, ≥ 4, keine
 - Tumortyp: invasiv, mikroinvasiv, andere
 - Rezeptorstatus: positiv, negativ, unbekannt
 - Resektion: R0, R1, R2, unbekannt
 - Grading (nach Elston und Ellis): 1, 2, 3, nicht beurteilbar
 - pT: Is, X, 0, 1, 2, 3, 4
 - pN: X, 0, 1, 2, 3
 - M: X, 0, 1
 - Lokalisation der Metastasen: Leber, Lunge, Knochen, andere
 - bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie: Mamma rechts, Mamma links, Brustwand rechts, Brustwand links, Lymphabflusswege (supraclaviculär), Mammaria interna, andere, keine
 - Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie: Anthrazyklinhaltig, CMF, andere, keine
 - Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie: Anti-östrogene, GnRH-Analoga, Aromatasehemmer, Gestagene, Ovariectomie, andere, keine
 - Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie: regulär, Tumorprogress, Toxizität, Ablehnung der Therapie, andere
 - Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoptionen erfolgt: ja, ja, gemeinsam mit Personen des Vertrauens, nein, abgelehnt
 - Dokumentationszeitraum: 6 Monate
 - Wiedervorstellungstermin vereinbart: ja, nein (plausibler Grund liegt vor), ohne Begründung abgelehnt.
- Consent and Signatures:** Ich willige in die Datenübermittlung der dunkel gekennzeichneten Felder an die Krankenkasse ein. Dies gilt auch für die evtl. Korrektur der Angaben. Unterschrift Arzt, Unterschrift Patient.

Die Dokumentation im Rahmen des Programmes ist Grundlage für die Qualitätssicherung durch die Gemeinsame Einrichtung. Die Daten werden ausgewertet

- für die Beurteilung der DMP-Qualitätsziele
- für die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie und
- für die Erstellung praxis- und klinikindividueller Feedback-Berichte, um die Behandlungsergebnisse rückspiegeln zu können.

Die aktive Teilnahme der Patientinnen am DMP ist ein zentrales Ziel. Fehlt diese, müssen die Versicherten von der Krankenkasse aus dem DMP ausgeschrieben werden. Nach den Vorgaben der RSAV ist dies der Fall, wenn zwei Folge-Dokumentationen innerhalb von drei Jahren fehlen.

Eine weitere Einrichtung, die Arbeitsgemeinschaft (ARGE), hat die Pseudonymisierung der eingehenden Datensätze und deren Weiterleitung an die GE sicherzustellen, die eingehenden Dokumentationen der Leistungserbringer auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen, die Trennung der Datensätze vorzunehmen und diese an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten (Kassen, GE).

Die ARGE Hessen hat nach § 80 Sozialgesetzbuch (SGB) X von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, die vorgenannten Aufgaben an einen Dritten, im konkreten Fall an die Datenstelle, zu delegieren.

In der Zeit vom 01.01.2004 – 31.12.2004 wurden die Daten von der Datenstelle Inter Forum Leipzig verarbeitet. Aufgrund einer europaweiten Ausschreibung erhielt ab dem 01.01.2005 die Datenstelle Systemform in Bamberg den Zuschlag, die Datenverarbeitung und die Erstellung der Arzt-Feedbackberichte zu übernehmen. Ein einstimmiger Beschluss der Gesellschafter der ARGE/ GE führte zur Verlagerung der Aufgaben. Auch innerhalb der ARGE sind Gesellschafter die hessischen Krankenkassen/ Verbände, die DMP-Kliniken und der Berufsverband der Frauenärzte.

Durch die verschiedenen Maßnahmen der ARGE, wie zum Beispiel regelmäßige Workshops mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Datenstelle mit dem Ziel der Prozessoptimierung sowie durch die Rezertifizierung der Datenstelle und die regelmäßigen Datenstellenprüfungen ist sichergestellt, dass die Arbeitsabläufe in der Datenstelle ständig verbessert werden.

4.2.3. Feedback-Berichte

Die RSAV beschreibt den Feedback-Bericht als eine Möglichkeit für die teilnehmenden Ärzte und Kliniken eine regelmäßige Selbstkontrolle durchzuführen und einen Vergleich zu anderen Leistungserbringern herzustellen.

Die Gemeinsame Einrichtung (GE) kann zwar die Erstellung der Berichte an Dritte delegieren, bleibt aber inhaltlich in der Verantwortung. Aufgrund einer europaweiten Ausschreibung erhielt die Datenstelle Systemform ab dem 01.01.2005 den Auftrag die Leistungserbringer mit einem durch die GE erstellten Bericht zu versorgen. Für den Arztfeedback-Bericht werden die Behandlungsergebnisse jeweils eines halben Jahres ausgewertet. Dabei werden die Daten einer Praxis/Klinik der Gesamtheit aller hessischen DMP-Teilnehmerinnen und/oder dem dazugehörigen Zentrum gegenübergestellt. Durch die Auswertung innerhalb der GE und dem verpflichtenden Bestandteil der Berichte in den interdisziplinären Qualitätszirkeln, ist mit Hilfe der GE eine Modifikation der Behandlungsabläufe und -Inhalte möglich.

Abbildung 2: Titelblatt Feedback-Bericht

Die Feedbackberichte für die DMP-Partner umfassen einzelne Auswertungen zu den Themen

- Basisdaten
- Operative Therapie
- Strahlentherapie
- Medikamentöse Therapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebene
- Aktive Teilnahme der Versicherten

Mit dem ersten Feedbackbericht für die Jahre 2004 und 2005 wurden insgesamt 508 gynäkologische Praxen und 44 Kliniken mit dem Bericht versorgt.

Durch eine Auswertung der Datenstelle wurden von 551 teilnehmenden niedergelassenen Gynäkologen nachfolgende Einschreibungen im ersten Jahr offenkundig.

Anzahl der Ärzte	Anzahl der Einschreibungen
180	0
65	1
37	2
269	> 2

Aufgrund der hohen Quote von nicht einschreibenden Ärzten, wurde an 162 Ärzte und 11 Kliniken ein Bericht ohne den eigenen Praxisbezug versandt.

**Praxis/Klinik
Herr/Frau
Straße/Haus-Nr.
PLZ/Ort**

DMP-Brustkrebs

Indikationsbezogener Feedback-Bericht für teilnehmende DMP-verantwortliche Ärzte

Berichtszeitraum: 01.01.04-31.12.05



**Bericht im Auftrag der Gemeinsamen
Einrichtung DMP-Brustkrebs/Hessen**

4.3 Externe Evaluation

Die RSAV schreibt eine externe Evaluation des DMP vor. Die Evaluation soll zeigen, ob die Ziele des DMP erreicht werden konnten, ob die Einschreibekriterien eingehalten wurden und welche Kosten die Versorgung im Programm verursacht hat. Eine Grundlage der Evaluation bilden die für den Evaluationszeitraum relevanten versichertenbezogenen DMP-Dokumentationen. Diese stellt die Gemeinsame Einrichtung dem externen Evaluator zur Verfügung, der von den Krankenkassen beauftragt wird. Das Bundesversicherungsamt hat in der Fassung vom 06.06.2005 die Kriterien zur Evaluation formuliert. Die Evaluation wird über alle Indikationen und Bundesländer hinweg einheitlich durchgeführt.

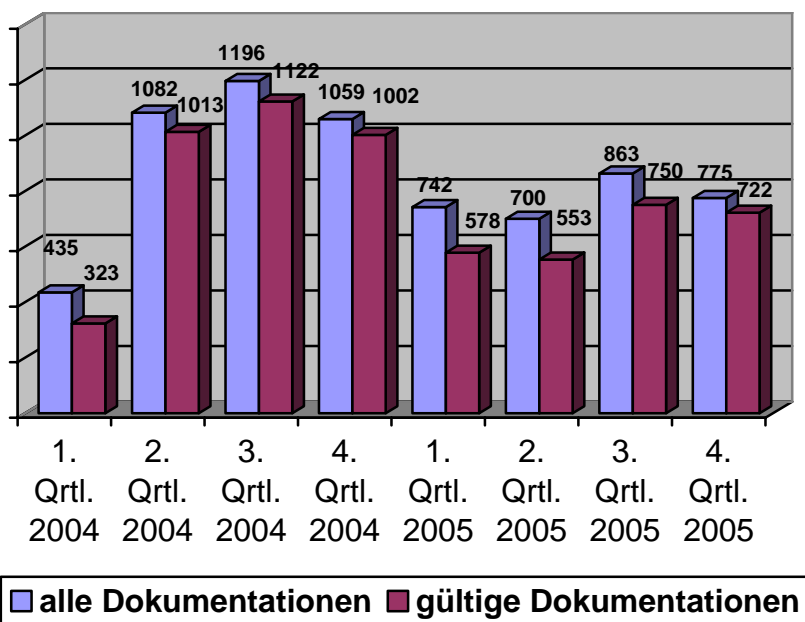
5 Datenumfang, Datenmanagement und Datenqualität

Insgesamt liegen der Datenstelle Systemform nach Übernahme der Daten von der Übergangsstelle Inter Forum im Zeitraum vom 01.01.2004 bis zum 31.12.2005 6852 Erstdokumentationen und 5611 Folgedokumentationen vor. In 789 Fällen mussten die Erstdokumentationen und in 467 Fällen die Folgedokumentationen erneut ausgestellt werden wegen fehlender, unplausibler Angaben oder aus Gründen der Verfristung. Die gültige Erstdokumentation ist zusammen mit der Teilnahmeerklärung die Voraussetzung für die Einschreibung.

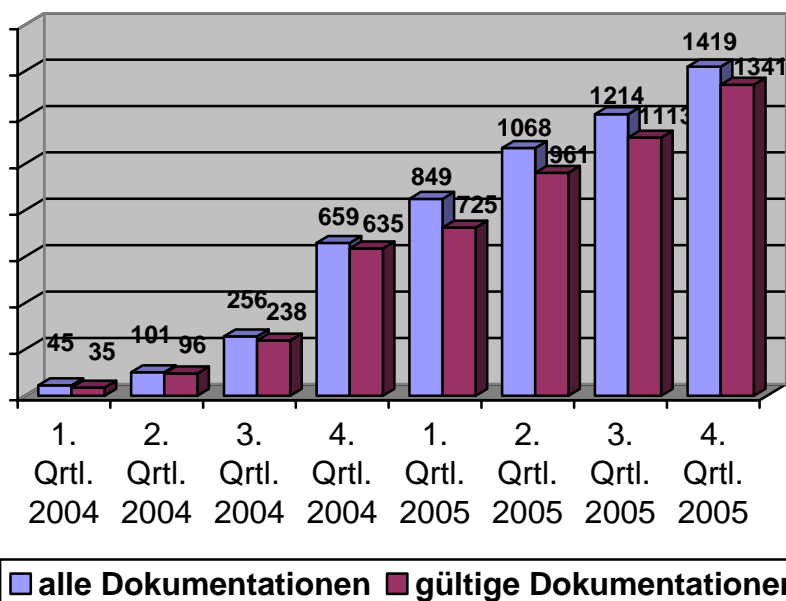
In der Zeit bis zum 28.02.2004 regelt die 4. RSAÄndV, dass der Abstand zwischen zwei Dokumentationen grundsätzlich 6 Monate zu betragen hat. Der Mindestabstand zwischen zwei Dokumentationen beträgt dabei 5 Monate, der Höchstabstand 7 Monate.

Ab dem 01.03.2004 erstellt der DMP-verantwortliche Arzt für die Versicherte jedes zweite Quartal eine Folgedokumentation (9.RSAÄndV). Patientinnen für die zwei Folgedokumentationen innerhalb von drei Jahren fehlen, müssen aus dem DMP ausgeschrieben werden. Bis zum 31.12.2005 traf dies auf 181 Patientinnen zu.

Abbildung 3: Zahl der Erstdokumentationen



Der Anteil gültiger Erstdokumentationen im Jahr 2004 betrug durchschnittlich 92 Prozent, im Jahr 2005 lag er bei 85 Prozent. Im letzten Quartal 2004 waren 95 Prozent der Dokumentationen vollständig und plausibel, im letzten Quartal 2005 waren es 93 Prozent. Als gültige Dokumentationen wurden auch diejenigen gewertet, die zwar zunächst fehlerhaft waren, jedoch nach Rücksendung an den ausstellenden Arzt nach fristgerechter Korrektur bei der Datenstelle eingingen.

Abbildung 4: Zahl der Folgedokumentationen

Der Anteil gültiger Folgedokumentationen im Jahr 2004 betrug durchschnittlich 95 Prozent, im Jahr 2005 betrug er 91 Prozent. Im letzten Quartal 2004 waren 96 Prozent der Dokumentationen vollständig und plausibel, im letzten Quartal 2005 waren es 95 Prozent.

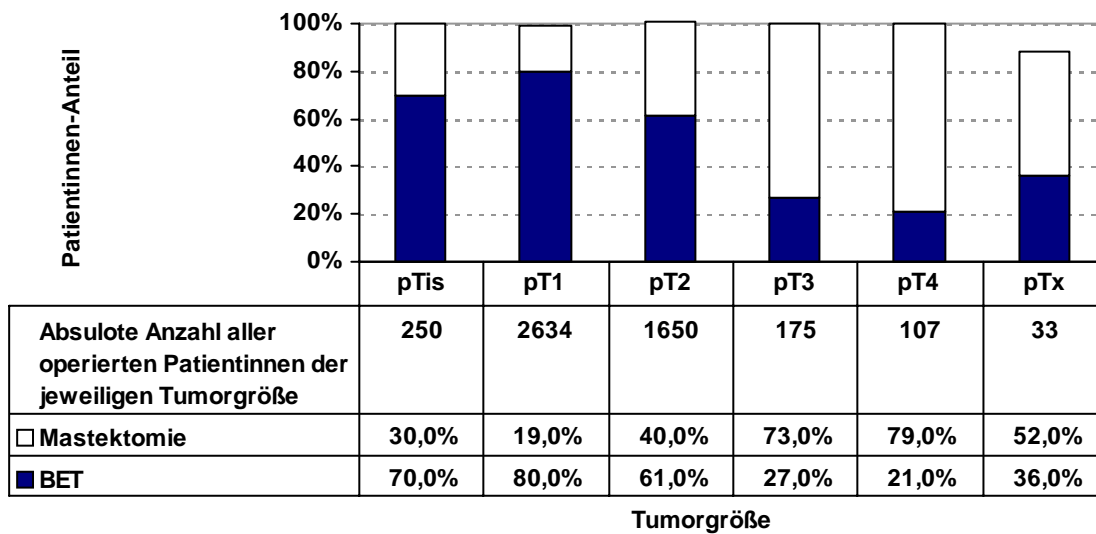
Auch hier wurden als gültige Dokumentationen ebenfalls diejenigen gewertet, die zwar zunächst fehlerhaft waren, jedoch nach Rücksendung an den ausstellenden Arzt nach fristgerechter Korrektur bei der Datenstelle eingingen.

6. Beschreibung des Patientinnenkollektivs

Nachfolgend ist das Eingangsalter der Patientinnen und der Tumor- und Behandlungsstatus dargestellt. Anhand der Auswertungen ergibt sich ein Durchschnittsalter der DMP-Patientinnen von 60 Jahren. Bitte beachten Sie, dass nachfolgend auch die Patientinnen dargestellt werden, die im Verlauf aufgrund fehlender Dokumentation oder der Beendigung des Programmes ausgeschrieben wurde.

Abbildung 5: Anzahl, Alter und Eingangsstatus der Patientinnen

Beobachtungszeitraum 01.01.2004 – 31.12.2005	Gesamt	
	Anzahl	Prozent %
Eingeschriebene Patientinnen	5000	100
<50 J.	926	19
50-69 J.	2837	57
≥ 70 J.	1237	25
Tumorgröße: pTis	250	5
pTx	33	1
pT1	2634	53
pT2	1650	33
pT3	175	4
pT4	107	2
Regionale Lymphknoten: pNx	254	5
pN0	3029	61
pN1	1181	24
pN2	262	5
pN3	150	3
Fernmetastasen: Mx	678	14
M0	4308	86
M1	151	3

Abbildung 6: Tumorgröße und brusterhaltende Therapie

Die Abbildung gibt den Anteil brusterhaltender Operationen bzw. Mastektomien in Abhängigkeit von der Tumorgröße im aktuellen Beobachtungszeitraum (01.01.04-31.12.05) an. Die Grundgesamtheit bilden dabei alle operierten Patientinnen in Hessen, darunter auch Patientinnen mit anderen OP-Techniken als den beiden dargestellten.

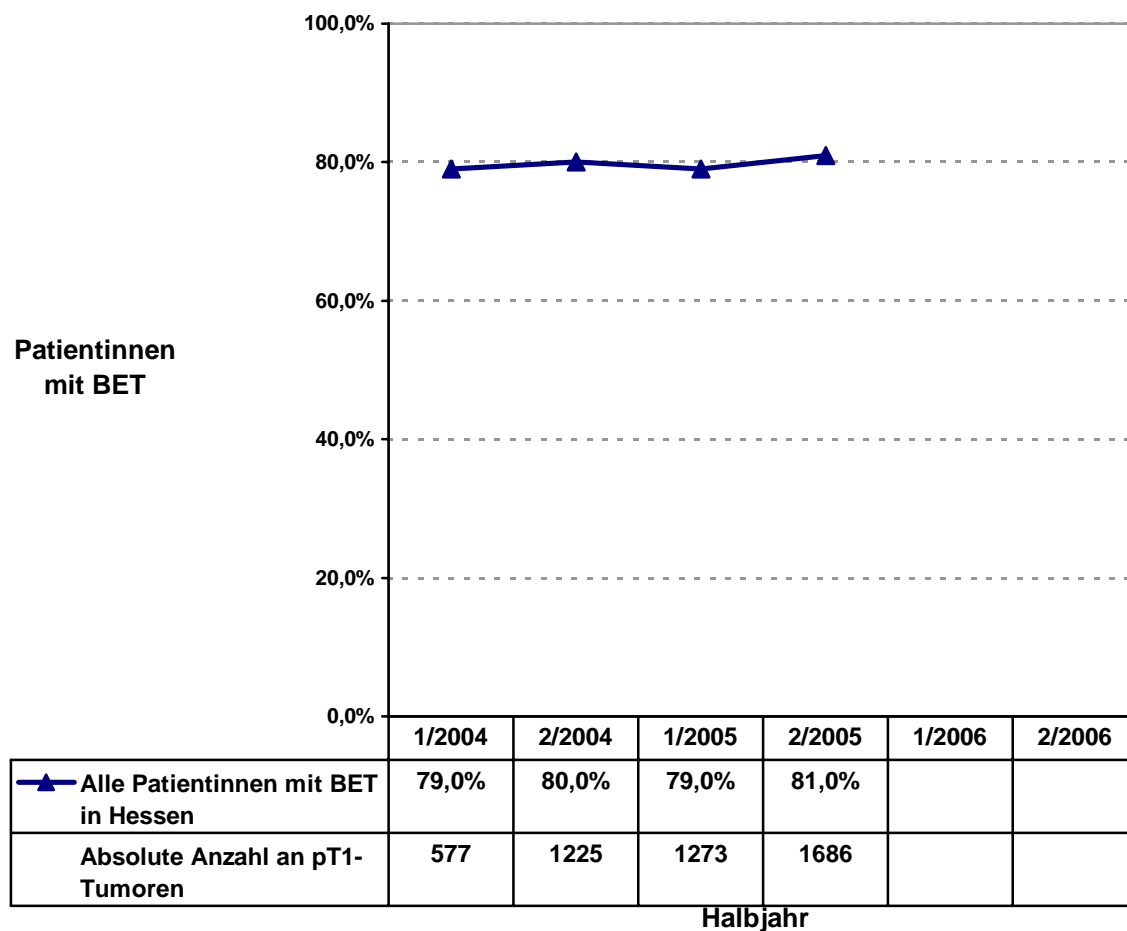
7. Erreichen der Qualitätsziele des DMP-Vertrages

7.1. Anforderung an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien

Die Therapie erfolgt nach individueller Risikoabschätzung unter Berücksichtigung der relevanten Begleitumstände und der Lebensqualität (z.B. Alter, Begleiterkrankungen, psychosoziale Umstände). Alle Patientinnen sollen im DMP insbesondere über die brusterhaltende Therapie und die modifizierte radikale Mastektomie mit und ohne Sofortrekonstruktion aufgeklärt werden.

Mit der operativen Therapie wird die komplette Entfernung des Karzinoms mit einem tumorfreien Resektionsrand (R0) mit einem mikroskopisch gemessenen Sicherheitsabstand zwischen Tumor und Resektionsrand von mehr als 1 mm für die invasive Tumorkomponente und von mindestens 5-10 mm für die intraduktale Komponente bzw. das ductale Carzinoma in situ (DCIS) angestrebt. Verschiedene Langzeitstudien haben hinsichtlich Rezidivfreiheit und Überlebenszeit gezeigt, dass die brusterhaltende Behandlung bei angemessener Indikationsstellung und Technik der modifizierten radikalen Mastektomie gleichzusetzen ist (Veronesi et al. 1995; Fisher et al. 1989; Van Dongen et al. 1992; Jacobson et al. 1995) Für die brusterhaltende Primärbehandlung ist die Kombination von chirurgischer Tumorentfernung mit axillärer Lymphonodektomie und Bestrahlung des Restparenchyms der Brust mittlerweile obligat.

Abbildung 7: Anteil brusterhaltender Operationen im Programmverlauf



⇒ Die Grundgesamtheit bilden dabei alle Patientinnen in Hessen mit einem pT1-Tumor.

Im Hessischen DMP wurde als Qualitätssicherungsziel vereinbart: "Nach einem Jahr DMP-Laufzeit (01.01.- 31.12.2004) soll bei mindestens 50% - 60% der operierten Versicherten mit einem pT₁ Tumor eine

brusterhaltende Therapie durchgeführt werden. Dies wurde mit einem Prozentsatz von 80,0 bei weitem übertroffen. In 2005 stellte das Ergebnis mit 81,0 Prozent eine erneute Steigerung dar.

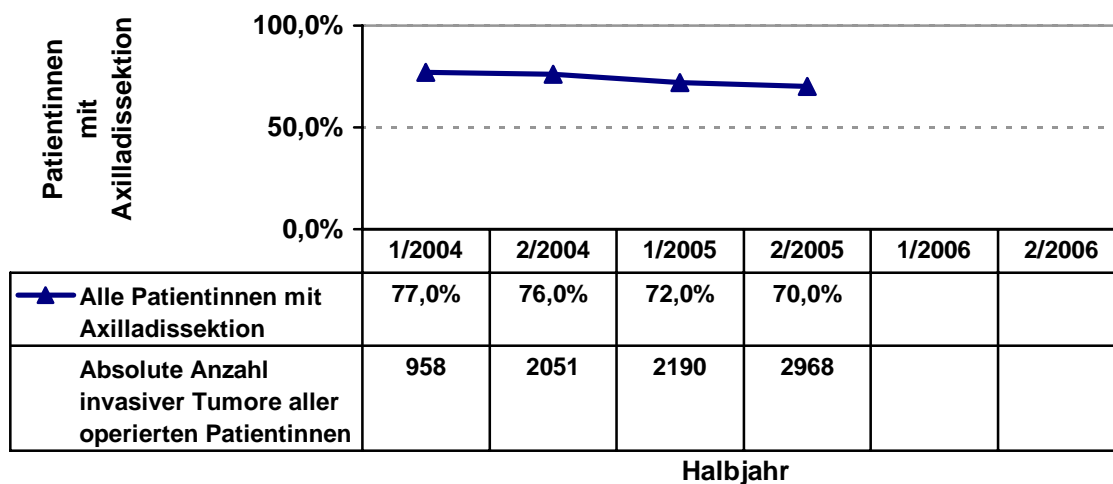
7.2 Axilladisektionen bei invasivem Tumortyp

Nach Anlage 3 der RSAV sollte bei allen Patientinnen mit einem invasiven operablen Mammakarzinom eine Axilladisektion vorgenommen werden. Aus Level I und II sollten demnach mindestens zehn Lymphknoten entfernt und untersucht werden. Ziel ist es, nach 1 Jahr in 80 – 95% bei oben genannten Patientinnen die entsprechende Anzahl entfernter Lymphknoten nachzuweisen. Nur bei klinischem Befall dieser Level sollte auch die Entfernung von Lymphknoten des Levels III erfolgen. Ferner kann demnach auf die axilläre Lymphonodektomie verzichtet werden bei mikroinvasiven Karzinomen ($\leq 2\text{mm}$), bei tubulären Karzinomen, die kleiner als ein Zentimeter sind und bei im Gesunden entfernten DCIS-Tumoren.

Die operative Entfernung der Achsellymphknoten hat einerseits Bedeutung für die Beurteilung der Prognose und für die weitere Therapieplanung und wird andererseits bei axillärem Lymphknotenbefall als eine Maßnahme gesehen, die das Rezidivrisiko vermindert (Goldhirsch et al. 2003).

Diese Abbildung stellt den Anteil der durchgeführten Axilladisektionen bei Patientinnen mit invasivem Tumorwachstum im Programmverlauf dar.

Abbildung 8: Axilladisektionen bei invasivem Tumortyp



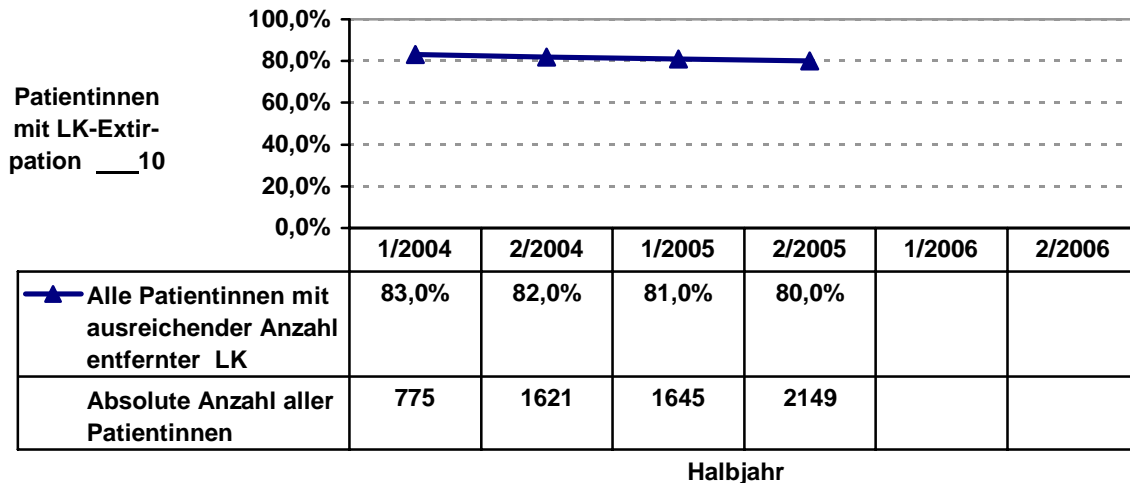
➤ Angestrebtes Qualitätsziel ist es, dass nach 1 Jahr ab Programmstart in Hessen eine Axilladisektion bei mindestens 80-95% aller operierten Patientinnen mit invasivem Tumortyp vorgenommen wurde.

Ende 2004 wurde bei 76,0 % der erkrankten Frauen mit invasiven Karzinomen eine Lymphonodektomie vorgenommen. Ende 2005 ergab die Analyse ein Ergebnis von 70,0 %.

7.3 Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl entfernter Lymphknoten

Diese Abbildung zeigt den Anteil der Patientinnen mit Axilladisektion, bei denen eine ausreichende Anzahl an Lymphknoten entfernt wurde ($n \geq 10$) im Programmverlauf.

Abbildung 9: Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl entfernter Lymphknoten



➤ Angestrebtes Qualitätsziel ist es, den Anteil der Patientinnen mit Axilladisektion, bei denen eine ausreichende Anzahl an Lymphknoten ($n \geq 10$) entfernt wurde, zu steigern. Dieser Anteil sollte nach 1 Jahr ab Programmstart in Hessen bei mindestens 80-95% liegen.

Das angestrebte Ziel in diesem Bereich wurde mit 82,0 % erreicht. In 2005 ergab die Auswertung 80,0%.

7.4 Sicherstellung Strahlentherapie nach brusterhaltender OP

Eine Nachbestrahlung der Brust ist nach brusterhaltender Operation bei einem invasivem Karzinom grundsätzlich angezeigt (Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft).

Auch bei folgenden weiteren Konstellationen erscheint die Nachbestrahlung sinnvoll:

Mastektomie und

- T3/T4-Tumor
- nichtradikaler Resektion (R1 und R2)
- T2-Tumoren mit einem Durchmesser > 3cm
- Befall von 4 und mehr Lymphknoten
- ggf. bei multizentrischen Tumorwachstum
- Befall der Pektoralisfazie
- Sicherheitsabstand < 5 mm

ebenso bei Inflammatorischem Karzinom

Des Weiteren ist im Einzelfall die Notwendigkeit der Strahlentherapie zu prüfen bei

- ductalem Carzinoma in situ nach brusterhaltender Therapie
- 4 oder mehr positiven axillären Lymphknoten

und oder

- kapselüberschreitender lymphatischer Ausbreitung

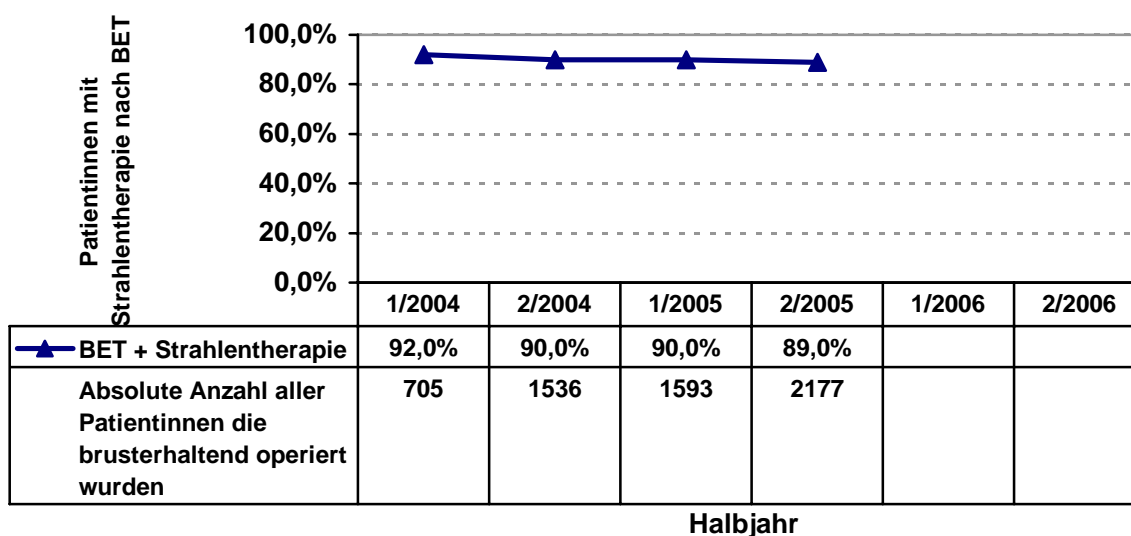
und oder

- Level – III-Befall

Die Verbesserung der Rezidivraten durch eine postoperative Strahlentherapie ist vielfach durch Studien belegt; die Rate an Rezidiven innerhalb von acht bis zehn Jahren liegt bei alleiniger Operation plus begleitender Therapie bei 30 bis 40 % und verringert sich nach der Bestrahlung auf fünf bis zehn Prozent.

Die Abbildung zeigt den Anteil der Patientinnen, die nach einer brusterhaltenden OP nachbestrahlt wurden, im Zeitverlauf.

Abbildung 10: Strahlentherapie nach brusterhaltender Operation



- Von den Patientinnen, die brusterhaltend operiert wurden, sollten nach 1 Jahr ab Programmstart in Hessen mindestens 80-95% eine Strahlentherapie erhalten haben.

Zu 90,0 % erhielten im 2. Halbjahr 2004 Frauen, die brusterhaltend operiert wurden, eine Strahlentherapie. Ende 2005 ist der Anteil mit 89,0 % immer noch auf einem sehr hohen Niveau.

7.5 Angemessene medikamentöse Therapie bei nodalpositivem Tumor

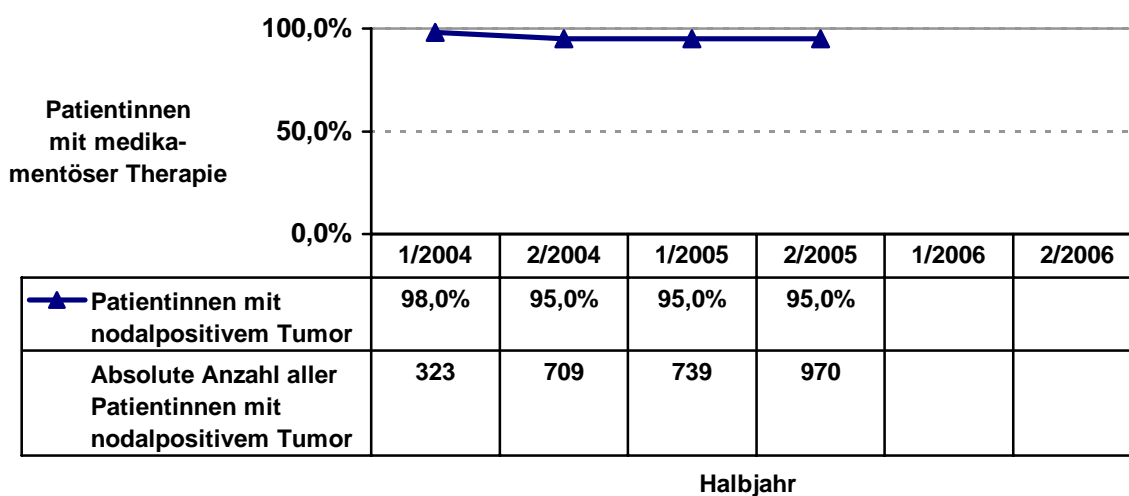
Die Metaanalysen der Early Breast Cancer Trialist Cooperative Group (EBCTCG) lassen erwarten, dass die adjuvante systematische Therapie in Form einer Chemotherapie unabhängig vom Nodalstatus sowohl das rezidivfreie Überleben als auch das Gesamtüberleben in allen Altersgruppen verbessert. Daher sollte für alle Frauen mit einem invasivem primär operablen Mammakarzinom eine postoperative adjuvante Chemotherapie in Betracht gezogen werden.

Eine adjuvante Hormontherapie mit Tamoxifen (20mg/d über fünf Jahre) kann die Rezidivrate bei Patientinnen mit positivem Rezeptorstatus verringern und die Überlebenschancen verbessern – unabhängig von einer zusätzlichen Chemotherapie, dem Menopausenstatus oder dem Alter. Für postmenopausale Frauen mit positiven oder unbekanntem Rezeptorstatus sind Aromatasehemmer unter Umständen effektiver als Tamoxifen oder können bei Kontraindikationen gegen Tamoxifen das Rezidivrisiko weiter reduzieren. Eine Ovarausschaltung durch GnRH-Analoga oder Ablation kommt bei rezeptorpositiven prämenopausalen Frauen in Betracht.

Die Empfehlung der 8. Internationalen Konferenz zur adjuvanten Therapie des Mammakarzinoms in St. Gallen 2003 berücksichtigt Tumorgröße, Lymphknotenstatus, Grading, Rezeptorstatus, Menopausenstatus und Alter als wichtigste Faktoren zur Risikoeinstufung, auf deren Abwägung die Entscheidung über die Notwendigkeit und Art einer adjuvanten Therapie letztlich gründet (St. Gallen Konsensumempfehlung 2001).

Diese Abbildung zeigt den Anteil der Patientinnen mit nodalpositivem Tumor, bei denen eine adjuvante medikamentöse Therapie (Chemotherapie und oder Hormontherapie) im Programmverlauf durchgeführt wurde.

Abbildung 11: Medikamentöse Therapie bei Patientinnen mit nodalpositivem Tumor



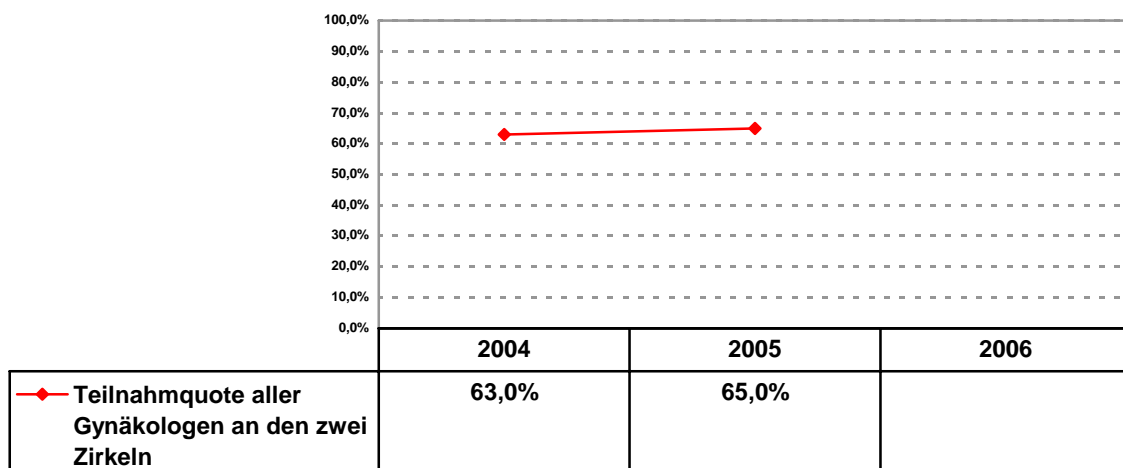
➤ Als Qualitätsziel wird angestrebt nach 1 Jahr ab Programmstart in Hessen mindestens 55-75% aller nodalpositiven Patientinnen eine medikamentöse Therapie zukommen zu lassen.

Das vorgenannte Qualitätsziel eine Quote von 55 – 75% aller nodalpositiven Patientinnen eine medikamentöse Therapie zukommen zu lassen wurde 2004 und 2005 erheblich übertroffen.

7.6 Teilnahme der niedergelassenen Gynäkologen an interdisziplinären Qualitätszirkeln

Im hessischen DMP ist als ein wichtiges Qualitätskriterium die regelmäßige Fortbildung verankert. Die nachfolgende Abbildung zeigt den prozentualen Anteil der Teilnahme an den zwei vorgeschriebenen Qualitätszirkeln pro Jahr.

Abbildung 12: Teilnahme der niedergelassenen Gynäkologen an interdisziplinären Qualitätszirkeln



- Nach einem Jahr ab Programmstart in Hessen soll eine Teilnahmequote von 100% an den zwei vorgeschriebenen Qualitätszirkeln erreicht sein. Grundgesamtheit sind alle teilnehmenden niedergelassenen Gynäkologen

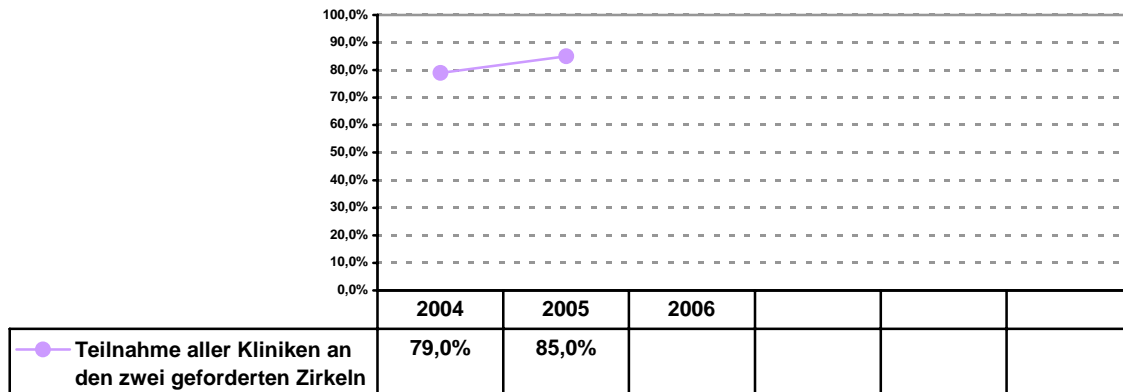
In 2004 haben von 551 niedergelassenen Gynäkologen 347 eine Teilnahme an den zwei Zirkeln nachgewiesen. Das Jahr 2005 zeigte eine leichte Steigerung, wobei von 576 niedergelassenen Gynäkologen 374 eine Teilnahme absolviert hatten.

Leider liegen die Teilnahmequoten der niedergelassenen Gynäkologen mit 63% und 65% deutlich unter den Erwartungen. In der Vergangenheit wurde immer wieder durch die Kopfstelle DMP-Brustkrebs an die Kliniken, welche die Zirkel ausrichten appelliert, diese in einer ausreichenden Anzahl anzubieten. Leider scheint dies noch nicht überall umgesetzt zu sein. Da nicht auszuschließen ist, dass die Veranstaltungen zwar stattgefunden haben, es jedoch versäumt worden war, diese der GE mitzuteilen, wurden in den Jahren 2004 und 2005 die DMP-Partner angeschrieben, die noch nicht die zwei Zirkel nachgewiesen hatten. Weitere Gründe für die geringe Quote sind möglicherweise fehlende Rückmeldungen durch die Fachärzte.

7.7 Teilnahme der Kliniken an interdisziplinären Qualitätszirkeln

Diese Abbildung zeigt den prozentualen Anteil der Teilnahme an den zwei vorgeschriebenen Qualitätszirkeln pro Jahr.

Abbildung 13: Teilnahme der Kliniken an interdisziplinären Qualitätszirkeln



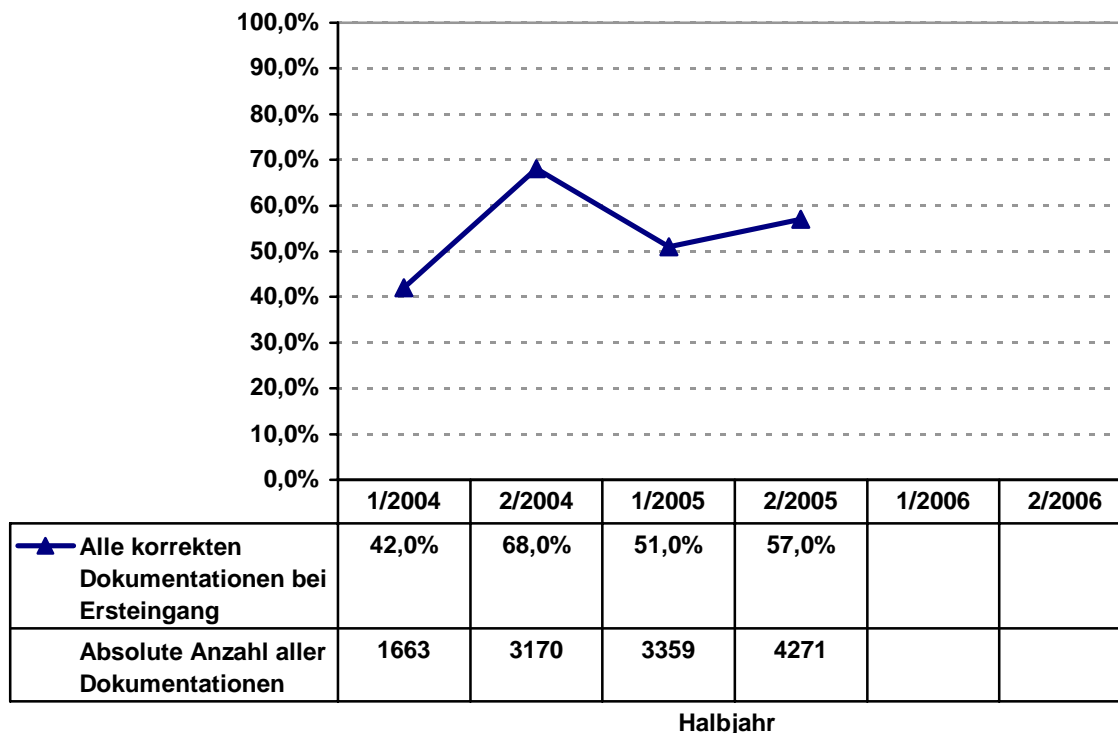
- Nach einem Jahr ab Programmstart in Hessen soll eine Teilnahmequote von 100% erreicht sein. Grundgesamtheit sind alle teilnehmenden Kliniken.

Auch in den Kliniken sind die Erwartungen nicht erfüllt worden. In 2004 haben von 43 Kliniken 34 und in 2005 von 44 Kliniken 37 die geforderten zwei Zirkel nachweisen können. Es zeigt sich dort eine steigende Tendenz mit dem Ziel 2006 die 100% zu erreichen.

7.8 Vollständige und plausible Dokumentation

Diese Abbildung zeigt den prozentualen Anteil der vollständigen und plausiblen Dokumentationen im Programmverlauf.

Abbildung 14: Vollständige und plausible Dokumentation



- Es wird eine Vollständigkeitsquote beim ersten Eingang (ohne Korrekturbedarf) von mindestens 60% nach Ablauf der ersten 12 Monate ab Programmstart in Hessen angestrebt, die im Laufe der nächsten 24 Monate auf mindestens 85% gesteigert werden soll.

Mit Zielerreichungen zwischen 42 % und 68% Fehlerfreiheit beim Ersteingang einer Dokumentation stellt sich trotz Schulungsveranstaltungen, begleitender Materialien und einer Hotline eine hohe Fehlerhäufigkeit dar.

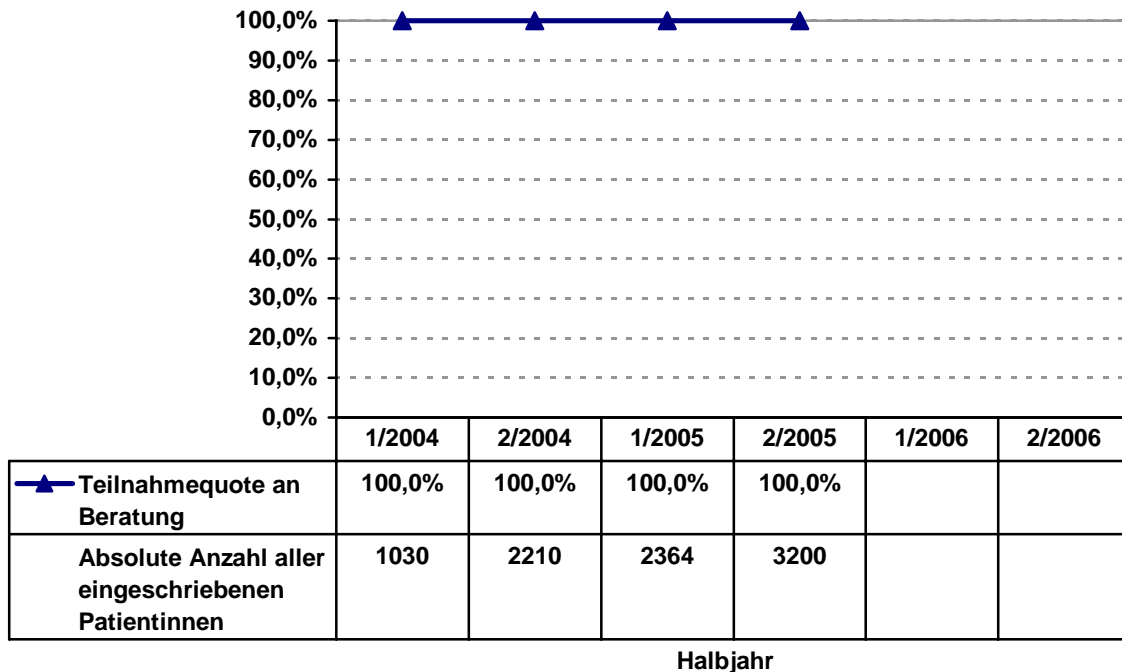
Um künftig die Fehlerquote der Dokumentationen zu vermindern hat die ARGE Verbesserungen beim zentralen Datenhandling implementiert und setzt zusätzliche auf weiterhin kontinuierliche Information der Ärzte und Kliniken. Wir hoffen, dass durch Umsetzung des telefonischen Korrekturverfahrens, in dem mit den Ärzten die Fehler besprochen und korrigiert werden, eine deutliche Verbesserung erreicht wird. Nach dem Korrektorgespräch erhalten die Ärzte eine vollständig plausible Dokumentation, die nur noch gegengezeichnet zurückgesandt werden muss.

Die elektronische Dokumentation per Computer wurde von den Kliniken, wie auch den niedergelassenen Gynäkologen nur in einer sehr geringen Anzahl umgesetzt. Eine Nutzung der Kliniksoftware setzt einen Internetanschluss voraus, der im niedergelassenen Bereich nur mit etwa 20% der Praxen gewährleistet ist. Die Nutzung einer DMP-Software wurde aus Kostengründen von den niedergelassenen Gynäkologen nicht beschleunigt. Im Hinblick auf die positiven Erfahrungen in anderen DMP-Programmen mit dem Einsatz elektronischer Dokumentationen und der Hinterlegung einer Plausibilitätsprüfung wird mit Unterstützung des Berufsverbandes die elektronische Dokumentation weiterhin vorangetrieben. Ab dem 01.07.06 ist aufgrund der neu eingeführten Dokumentationsbögen, die in vielen Bereichen einfacher und übersichtlicher gestaltet wurden, mit einem erheblichen Anstieg der fehlerfreien Dokumentationen beim Ersteingang zu rechnen.

7.9 Aktive Teilnahme der Versicherten

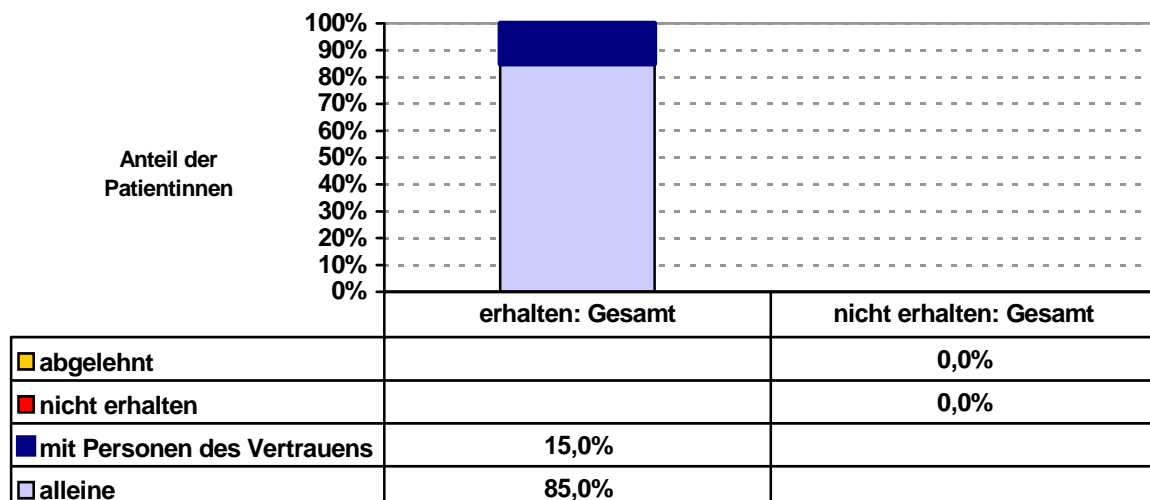
Die Abbildung 15 gibt den Anteil der Patientinnen an, die ein Beratungs- und Informationsgespräch über ihre Erkrankung im Beobachtungszeitraum 01.01.04 – 31.12.05 erhalten haben.

Abbildung 15: Informations- und Beratungshäufigkeiten



- Nach einem Jahr DMP ab Programmstart in Hessen sollen mindestens 90% der eingeschriebenen Versicherten ein Beratungs- und Informationsgespräch akzeptieren. Die Teilnahmequote in Hessen ist mit 100 Prozent im Zielbereich.

Abbildung 15a: Einzelgespräche und Gespräche gemeinsam mit Personen des Vertrauens



Die Abbildung gibt den Anteil der Patientinnen im zeitlichen Verlauf an, die ein Beratungs- und Informationsgespräch über ihre Erkrankung erhalten haben.

8 Ergebnis des DMP Brustkrebs in Hessen

Erfreulicherweise haben sich in der Zeit vom 01.01.2004 – 31.12.2005 genau 5000 Patientinnen für eine Teilnahme am DMP-Brustkrebs entschieden. Das Alter der Patientinnen beträgt im Durchschnitt 60 Jahre, wobei die älteste Patientin mit 93 Jahren eingeschrieben wurde.

8.1 Zielerreichung der Qualitätsziele im Überblick

Nachfolgende Qualitätsziele wurden im Vertrag vereinbart:

1. Nach 1 Jahr sollen bei 50-60% der operierten pT1-Tumoren eine brusterhaltende Therapie durchgeführt worden sein,.

Hier wird das Ziel mit 79% deutlich überschritten.

2. Nach 1 Jahr sollen bei 80-95% aller Patientinnen mit invasivem Tumortyp eine Axilladisektion durchgeführt worden sein.

Hier ist mit 72% eine Zielerreichung nicht gegeben..

3. Nach 1 Jahr sollen bei 80-95% der Patientinnen mit einer Axilladisektion eine ausreichende Anzahl an Lymphknoten entfernt worden sein.

Hier wurde mit 81% das Ziel erreicht.

4. Nach 1 Jahr sollen in 80-95% der brusterhaltend operierten Frauen eine Strahlentherapie durchgeführt worden sein.

Hier wurde das Ziel mit 90 % klar erreicht.

5. Nach 1 Jahr sollen 55-75% der Frauen mit einem nodalpositiven Tumor eine medikamentöse Therapie bekommen haben

Hier wurde das Ziel mit 95% klar überschritten.

6. Nach 1 Jahr sollen 100% der Gynäkologen an den zwei vorgeschriebenen Qualitätszirkeln teilgenommen haben,

Hier liegen die Ergebnisse mit 65% noch unter den Erwartungen zurück. Die GE hat bereits unterschiedliche Maßnahmen eingeleitet (siehe auch Kapitel 7.6).

7. Nach 1 Jahr sollen 100% der Kliniken an den zwei vorgeschriebenen Qualitätszirkeln teilgenommen haben.

Hier ist eine steigende Tendenz zu erkennen, wobei das Ziel mit 85% noch nicht erreicht wurde.

8. Es wird eine Vollständigkeitsquote von 60% nach 1 Jahr und 85% nach 2 Jahren der Dokumentationen ohne Korrekturbedarf angestrebt.

Dieses Ziel wurde mit 68% nach einem Jahr Programmlaufzeit knapp erreicht, die Steigerung

auf mindestens 85% nach zwei Jahren jedoch nicht. Nach den unter Kapitel 4.2.2 und 7.8 beschriebenen Maßnahmen zur Prozessoptimierung ist jedoch bereits kurzfristig eine Tendenz zu höheren Zielerreichungs-Quoten zu erwarten.

9. Nach 1 Jahr sollen 90% der Versicherten ein Beratungs- und Informationsgespräch akzeptieren.

Hier ist das Ziele mit 100 % übertroffen worden.

10. Auf die Darstellung der im Vertrag vereinbarten Qualitätsziele „Einweisung der Versicherten in ein am DMP teilnehmendes Krankenhaus“, „Sicherstellung der korrekten Einschreibung“ und „Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme“ im Qualitätsbericht wurde verzichtet, da die beiden ersten Ziele nur durch Zusammenführen der Zahlen der am DMP teilnehmenden Kassen erfolgen könnte. Leider ist die Anzahl der betroffenen Patientinnen aufgrund der Datenlage nicht von allen Kassen lieferbar. Somit würden die veröffentlichten Zahlen nicht der Realität entsprechen.

Auf eine Darstellung des letzten Qualitätsziels wurde verzichtet, da mit der 9. RSAÄndV. dieses Feld nur noch optional auszufüllen war. Eine Vielzahl von Dokumentationen weist somit keine Angaben über einen Wiedervorstellungstermin auf. Auch hier würden die veröffentlichten Ergebnisse nicht die Realität widerspiegeln, da zwar Wiedervorstellungstermine vereinbart, diese aber nicht dokumentiert wurden.

8.2 Allgemeine Maßnahmen zur Steigerung der Prozess-Qualität

In den vergangenen zwei Jahren wurden die niedergelassenen Gynäkologen und Kliniken regelhaft durch die GE begleitet: Zu Beginn des DMP Brustkrebs in Hessen fanden ausführliche Informationsveranstaltungen und Dokumentationsschulungen in allen teilnehmenden Kliniken statt, während der Qualitätszirkel werden die häufigsten Dokumentationsfehler und Verbesserungs-Strategien diskutiert und für individuelle Fragestellungen im Zusammenhang mit der Dokumentation gibt es eine Hotline. Durch die GE wurden darüber hinaus die inhaltlichen Mindeststandards einer DMP-Fortbildungsveranstaltung definiert und umgesetzt.

Zu den Aufgaben der ARGE gehört unter anderem die Datenstellenprüfung, die erstmalig im Jahr 2005 erfolgte. Regelmäßig werden im Rahmen von Workshops aktuelle Themen und Probleme erörtert um eine Prozessoptimierung herbeizuführen. Auch die ARGE bietet niedergelassenen Ärzten und Kliniken neben der Hotline der Datenstelle zusätzliche Unterstützung und Beratung an.

Im Weiteren sind nachfolgende Maßnahmen zur stetigen Verbesserung der Prozesse in der Umsetzungsphase:

- Konzept zur Prozessoptimierung der Datenstelle, Entwicklung des elektronischen Handbuchs (EHP)
- Telefonisches Korrekturverfahren
- Elektronische Dokumentation (E-DMP) der Kliniken und der niedergelassenen Gynäkologen
- Datenabgleich der Dokumentationen der Datenstelle mit den Beständen der Kassen zur Vermeidung der Ausschreibung der Patientinnen bei nicht übermittelten Datensätzen.

8.3 Fazit

Abschließend sollte trotz aller Anlaufschwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Prozess der Datengewinnung, der Dokumentation der Daten und deren Übermittlung und Verarbeitung der Blick auf das Wohl der im Programm betreuten Patientinnen nicht verloren gehen. Dieses steht im Zentrum des gemeinsamen Wirkens der behandelnden Ärzte und der Krankenkassen.

Wir sind auf einem guten Weg in einer wichtigen Sache. Unser gemeinsames Ziel ist, den an Brustkrebs erkrankten Patientinnen Mut zu machen, sie beratend zu unterstützen, ihnen eine bestmögliche Therapie zu ermöglichen und nicht zuletzt dadurch ihre Lebensqualität und Überlebenschancen zu steigern.

Dafür setzen wir uns ein!

9 Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Erst-Dokumentation Brustkrebs

Abbildung 2: Titelblatt Feedback-Bericht

Abbildung 3: Zahl der Erstdokumentationen

Abbildung 4: Zahl der Folgedokumentationen

Abbildung 5: Anzahl, Alter und Eingangsstatus der Patientinnen

Abbildung 6: Tumorgroße und brusterhaltenden Therapie

Abbildung 7: Anteil brusterhaltender Operationen im Programmverlauf

Abbildung 8: Axilladissektionen bei invasivem Tumortyp

Abbildung 9: Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl entfernter Lymphknoten

Abbildung 10: Sicherstellung Strahlentherapie nach brusterhaltender OP

Abbildung 11: Medikamentöse Therapie bei Patientinnen mit nodalpositivem Tumor

Abbildung 12: Teilnahme der niedergelassenen Gynäkologen an interdisziplinären Qualitätszirkeln

Abbildung 13: Teilnahme der Kliniken an interdisziplinären Qualitätszirkeln

Abbildung 14: Vollständige und plausible Dokumentation

Abbildung 15: Informations- und Beratungshäufigkeiten

Abbildung 15a: Einzelgespräche und Gespräche gemeinsam mit Personen des Vertrauens