



DGGG e.V. • Hausvogteiplatz 12 • 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss

[dmp@g-ba.de](mailto:dmp@g-ba.de)

cc/ [gba@awmf.org](mailto:gba@awmf.org)

cc/ Frau Prof. Seelbach-Göbel, Frau Fragale, Frau Nioduschewski

cc/ Prof. Achim Wöckel, Dr. Klaus König

Per E-Mail

**Präsidentin**

Prof. Dr. med. Birgit Seelbach-Göbel

Direktorin  
Geburtshilfe  
Klinik für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe  
Universität Regensburg – St. Hedwig

Repräsentanz der DGGG und  
Fachgesellschaften  
Hausvogteiplatz 12  
D – 10117 Berlin  
Telefon: +49 (0) 30 514883333  
Telefax: +49 (0) 30 51488344  
info@dggg.de  
www.dggg.de

**DGGG-Stellungnahmensekretariat**

Frauenklinik  
Universitätsklinikum Erlangen  
Universitätsstraße 21-23  
91054 Erlangen  
Telefon: +49 (0) 9131-85-44063  
+49 (0) 9131-85-33507  
Telefax: +49 (0) 9131-85-33951  
E-Mail: [fk-dggg-stellungnahmen@uk-erlangen.de](mailto:fk-dggg-stellungnahmen@uk-erlangen.de)  
[www.frauenklinik.uk-erlangen.de](http://www.frauenklinik.uk-erlangen.de)

27.01.2017

**242. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF)**

**zur Änderung der DMP – A-RL: Ergänzung der Anlage 3 (DMP Brustkrebs) und Anlage 4 (Brustkrebs Dokumentation)**

**436 1.5 Nachsorge**

**450** Die Nachsorgeuntersuchungen erfolgen in der Regel in den ersten drei Jahren vierteljährlich, sowie im vierten und fünften Jahr halbjährlich, danach jährlich.

Kommentar:

Jahr 6-10 mindestens jährlich, besser halbjährlich, da antiöstrogene Substanzen bis zu 10 Jahren gegeben werden.

**470** Der zusätzliche Einsatz einer Mammasonographie kann begründet sein.

Kommentar:

Bei allen Patientinnen sind jährlich Mammographiekontrollen (ggf. ergänzt durch Mammasonographie) der kontralateralen Brust durchzuführen. (Formulierung Leitlinie)

**511 1.5.3.1 Osteoporose**

Der folgenden Passage ist absolut zuzustimmen:

Bei Frauen ab 60 soll bei Beginn einer Therapie mit Aromataseinhibitoren eine Osteodensitometrie mittels einer zentralen DXA durchgeführt werden, sofern eine medikamentöse Therapie der Osteoporose beabsichtigt ist.



Bei allen anderen Patientinnen ist die Indikation für eine zentrale DXA in Abhängigkeit von konkreten anamnestischen und klinischen Befunden zu erwägen, hierzu zählt insbesondere auch die durch die Brustkrebs-spezifische Therapie induzierte prämatüre Menopause. Voraussetzung ist auch hier eine beabsichtigte spezifische Osteoporosetherapie.

Zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung kann die Osteodensitometrie mittels zentraler DXA frühestens nach 5 Jahren wiederholt werden, es sei denn, dass aufgrund besonderer therapierelevanter anamnestischer und klinischer Befunde eine frühere Untersuchung geboten ist.

### **533 1.5.3.4 Lymphödem**

Da nach der lokalen Therapie des Brustkrebses ein Lymphödem auftreten kann, sollen die Patientinnen über die Risiken und die Möglichkeiten der Erkennung, die Prophylaxe und die Behandlung eines sekundären Lymphödems aufgeklärt werden. Symptome eines Lymphödems sollten regelmäßig erfasst und bei Bedarf eine frühzeitige Behandlung durch geeignete Leistungserbringer veranlasst werden.

Auch dieser Passage kann nur voll zugestimmt werden.

### **702 Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren**

Der BVF unterstützt folgende Aussagen:

<b>Lfd. Nr.</b>	<b>Qualitätsziel</b>	<b>Qualitätsindikator</b>
3	Hoher Anteil von Patientinnen ab 60 Jahren mit adjuvanter endokriner Therapie mit Aromataseinhibitoren, bei denen das Ergebnis einer zentralen DXA bekannt ist.	Anteil von Patientinnen ab 60 Jahren mit bekanntem zentralen DXA Befund, bezogen auf alle Patientinnen ab 60 Jahren mit adjuvanter endokriner Therapie mit Aromataseinhibitoren
8	Hoher Anteil von Patientinnen, bei denen der psychosoziale Beratungsbedarf bekannt ist	Anteil von Patientinnen, bei denen im Dokumentationszeitraum der psychosoziale Beratungsbedarf erhoben wurde, bezogen auf alle Patientinnen

### **Tragende Gründe**

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 6. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 3 (DMP Brustkrebs) und Anlage 4 (Brustkrebs Dokumentation)  
Stand: 14.12.2016



**259 Zu Nummer 1.5 Nachsorge**

Ausweislich der Interdisziplinären S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms 2012 [14] bezog sich der Beginn der Nachsorge bis dato auf den Zeitraum nach Abschluss der primären lokoregionalen Primärbehandlung (ggf. spätestens 6 Monate nach Operation). Aufgrund der Variationen der Therapieschemata mit neoadjuvanten Therapien, adjuvanten Langzeittherapien mit Antikörpern und/oder (Anti-) Hormonen sind die Zeitvorgaben für den Beginn der Nachsorge im DMP anzupassen. Daher wurde der Satz „Nach Abschluss der Primärbehandlung, spätestens sechs Monate nach histologischer Sicherung der Diagnose, soll die Nachsorge beginnen“ gestrichen. (Vergleiche auch Streichung unter Nummer 3.2 „Die Primärtherapie gilt nach Ablauf von sechs Monaten nach dem histologischen Nachweis des Brustkrebses als beendet“)

In der Versorgungsroutine bekommt die Patientin häufig Chemotherapie und Bestrahlung ohne dass die Brust ausreichend untersucht wird. Daher wäre eine klare Definition nötig.

Vorschlag: 3 Monate nach Ende der Op Behandlung erste Nachsorge.  
Klar definieren: Nachsorge 3 Jahre alle 3 Monate.  
DMP Dokumentation alle 3 oder alle 6 Monate.

Ansonsten geht es vollkommen durcheinander. Die Praxis braucht eine klare Richtlinie.

Nach-7	Nachsorgeintervalle
	Die Nachsorgeuntersuchungen sollen in den ersten 3 Jahren nach der lokalen Primärtherapie vierteljährlich, im 4. und 5. Jahr halbjährlich und ab dem 6. Jahr jährlich erfolgen. Jährliche Früherkennungsuntersuchungen sind miteinzuschließen.
EK	(Khatcheressian, JL et al. 2006)

Entwurf S3 Leitlinie 2017

**334** *Ein regelhafter Einsatz der zusätzlichen Mammasonographie in der Nachsorge ist nicht generell empfohlen (Vgl. IQWiG-Bericht [19]: „3 Leitlinien geben an, dass zusätzlich zur Mammografie eine Mammasonografie indiziert sein kann (DKG 2012 [14] [GoR n. ü.]; KCE 2013 [38] [GoR-Kategorie A]; NBOCC 2010 follow-up [23] [keine Angaben zu GoR/LoE] Die Leitlinie NICE 2009 Ea [7] rät jedoch von dem routinemäßigen Einsatz einer Sonografie ab (keine Angaben zu GoR, LoE n. z.)“.*  
*Eine Mammasonographie kann begründet sein, z. B. wenn Ergebnisse der klinischen und/oder der mammographischen Untersuchung in der Nachsorge Fragen in der Bewertung offen lassen. Daher wurde die Ergänzung aufgenommen.*

Es ist in der Tat so, dass es keine eindeutigen Studien für den routinemäßigen Einsatz der Mammasonographie gibt.



Leitlinienentwurf 2017:

Tabelle 1: Nachsorgeuntersuchungen bei Mammakarzinom – Brustdiagnostik nach BET bzw. Mastektomie.

Jahre nach Primärtherapie	1.–3. Jahr	4. + 5. Jahr
Ipsilaterale Brust (BET): Mammographie, Mammasonographie Mastektomie: Sonographie	mindestens einmal jährlich	jährlich
Kontralaterale Brust: Mammographie, ggf. Sonographie	jährlich	jährlich

Diese Lösung bietet sich an. Ein Verzicht auf die Mammasonographie ist nicht zu vertreten.

**399 Zu Nummer 1.5.3.1 Osteoporose**

<b>KBV und DKG und PatV</b>
<i>Die Empfehlungen stützen sich in erster Linie auf die S3 Leitlinie der DVO (2014) [10] und berücksichtigen die geltenden Vorgaben des GBA zur Osteodensitometrie. Die Empfehlungen der DVO werden mit hohem Grading (A) und LOE 1a-2b begründet. Daneben finden sich in fünf der vom IQWiG bewerteten Leitlinien gleichsinnige bzw. darüber hinausgehende ausführliche Empfehlungen zur Diagnostik der Osteoporose mittels zentraler DXA und deren Therapie (NICE 2009 [24], IKNL 2012 [18], SIGN 2013 [33], NOS 2008 [29], NZGG 2009 [27]).</i>

Dieses Statement kann nur unterstützt werden.

**507 Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen**

<b>519 KBV und PatV</b>
<i>Das neu aufgenommene Qualitätsziel „Hoher Anteil von Patientinnen ab 60 Jahren mit adjuvanter endokriner Therapie mit Aromataseinhibitoren, bei denen das Ergebnis einer zentralen DXA bekannt ist“, soll der Umsetzung der neu in Nummer 1.5.3.1 formulierten Anforderung dienen. Mindestens bei diesen Patientinnen soll der Befund einer Osteodensitometrie bekannt sein, da insbesondere diese Gruppe ein erhöhtes Risiko für eine Osteoporose aufweist (siehe auch zu Nummer 1.5.3.1). Das Qualitätsziel beschreibt die Mindestanforderung der Kenntnis des Ergebnisses einer Osteodensitometrie mittels zentraler DXA bei Frauen mit Aromataseinhibitoren ab 60 Jahren entsprechend der S3 Leitlinie des DVO 2014. Bei postmenopausalen Patientinnen unter 60 Jahren soll der Einsatz der Osteodensitometrie im Einzelfall geprüft werden (DVO, 2014[10]).</i>

Diese Aussage kann nur unterstützt werden.



536

**KBV und PatV**

*Bereits bisher wurde unter 1.5.1 die Bedeutung psychosozialer Aspekte als integraler Bestandteil der Nachsorge betont, die Exploration des individuellen Bedarfs wurde neu aufgenommen (siehe auch zu Nummer 1.5.1). Das neu aufgenommene Qualitätsziel soll die Umsetzung dieser neuen Anforderung unterstützen. Der Beratungsbedarf soll als Mindestanforderung regelmäßig erfragt werden, um bei bestehendem Bedarf entsprechende Schritte einzuleiten.*

Eine ganz wichtige Feststellung.

Ganz wichtig erscheint die folgende Passage und sollte im DMP Text so formuliert werden.

**559** Bislang war festgelegt, dass die Primärtherapie nach Ablauf von sechs Monaten nach dem histologischen Nachweis eines Brustkrebses als beendet gilt. Der Anker für den Beginn der Teilnahmedauer wird zukünftig nicht mehr das Ende der Primärtherapie, sondern das Datum der histologischen Diagnosesicherung. Diese Anpassung dient der Klarstellung, da es sich bei der alten Regelung ausweislich der Tragenden Gründe des Beschlusses vom 16. Februar 2012 (Tragende Gründe zum Beschluss des G-BA über die DMP-Richtlinie) lediglich um eine formale Festlegung handelte, „wobei die Primärtherapie unter medizinischen Aspekten zu einem anderen Zeitpunkt enden kann“.

Auf Grund von geänderten Leitlinienempfehlungen zur Dauer der adjuvanten endokrinen Therapie in der Primärbehandlung (DKG 2012 [14]: GCP, KCE 2013 [38]: GoR 1A) und unter Berücksichtigung des Auftretens von Spätrezidiven wurde die Dauer der Teilnahme am DMP Brustkrebs auf zehn Jahre

verlängert. Die verlängerte Teilnahmedauer gilt unabhängig vom Zeitpunkt der vertraglichen Umsetzung der Neuregelung ab In-Kraft-Treten dieser Richtlinienänderung. Hiermit soll verhindert werden, dass Frauen, die innerhalb der Anpassungsfrist nach § 137 g 573 Abs. 2 SGB V von einem Jahr die fünf Jahre Rezidivfreiheit nach Primärtherapie überschreiten oder bei denen das Rezidiv/kontralateraler Tumor innerhalb der Anpassungsfrist mehr als fünfeinhalb Jahre zurückliegt, sich erneut einschreiben müssen.

Bei Frauen, deren Teilnahme bei In-Kraft-Treten der Regelung bereits beendet war und deren Ersttumor bzw. Lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Tumor weniger als 10 Jahre zurückliegt, ist eine Neueinschreibung erforderlich.

Die Stellungnahme wurde von

Herrn Prof. Achim Wöckel, Universitätsklinikum Würzburg, 97080 Würzburg  
Herrn Dr. Klaus König, 2. Vorsitzender des BVF e. V., 61449 Steinbach

verfasst.



Bei Rückfragen zu Stellungnahmen wenden Sie sich bitte an das DGGG-Stellungnahmensekretariat in Erlangen – Kontakt s.o.

Herzliche kollegiale Grüße

Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel  
Präsidentin der DGGG e.V.

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann  
Leitlinienbeauftragter DGGG