

Stellungnahme zum Empfehlungsentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses nach §91 Absatz 4 gemäß §137 f Absatz 2 SGB V für die Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen mit Brustkrebs

I. Allgemeine Bewertung des Empfehlungsentwurfs

Wie bereits in dem Beschluss des Koordinierungsausschusses zum DMP Brustkrebs vom 12. Juni 2002 wird auch in dem aktuellen Empfehlungsentwurf im Rahmen der Grundsätze der Therapie der Relevanz der psychosozialen Betreuung und dem Erfordernis einer individuellen Ausgestaltung dieser Betreuung Rechnung getragen. In den strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen mit Brustkrebs soll dabei eine an den individuellen Bedürfnissen orientierte Patienteninformation die standardisierte Patientenschulung, wie sie in den DMP der anderen Indikationsbereichen vorgesehen ist, ersetzen. Dies ist sehr zu begrüßen, da ein individuelles Vorgehen die wissenschaftliche Befundlage berücksichtigt und auch dem Bedürfnis der Patientinnen entspricht. Die Qualität und Umsetzbarkeit von strukturierten Behandlungsprogrammen wie dem DMP Brustkrebs hängt jedoch sehr davon ab, dass es gelingt, die wissenschaftliche Evidenzlage mit der Praxis zu verknüpfen und Maßnahmen getroffen werden, die eine Implementierung evidenzbasierten Handelns in der Praxis gewährleisten. Dieses bedarf einer konkreten Operationalisierung der einzelnen Bestandteile eines DMP-Vertrages. Darin sollten die verschiedenen Behandlungsoptionen und die Regeln der Zuweisung bzw. des Zugangs zu diesen klar definiert werden. Nur so kann die Basis für eine bedarfsgerechte Versorgung, eine Transparenz der Leistungen, eine Vergleichbarkeit der Leistungserbringung und eine effektive sektorenübergreifende Qualitätssicherung geschaffen werden.

In bezug auf die Operationalisierung der Anforderungen an die psychosoziale Betreuung besteht für den aktuellen Empfehlungsentwurf zum DMP Brustkrebs weiterhin Optimierungsbedarf. Damit zum einen eine Verbesserung der Erkennensraten für psychische Störungen sowie spezifische psychosoziale Unterstützungsbedarfe und zum anderen eine Steigerung der Behandlungsraten für evidenzbasierte Verfahren erreicht werden kann, sollten die DMP den beteiligten Akteuren über die bloße Bereitstellung von evidenzbasierten Leitlinien bzw. Handlungsempfehlungen hinaus konkrete Verfahren an die

Hand geben und spezifische Schulungen für die Leistungserbringer vorsehen, um diese für ihre komplexen Tätigkeiten adäquat zu qualifizieren. Die erforderlichen Operationalisierungsschritte umfassen insbesondere (IOM (Institute of Medicine), 2004; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003):

- Implementierung eines Screenings für komorbide psychische Störungen. Bei Überschreiten eines definierten Cut-off-Wertes hat eine weitergehende psychopathologische Diagnostik durch einen qualifizierten Leistungserbringer zu erfolgen.
- Implementierung einer Checkliste zur Identifikation der psychosozialen Belastungen und des individuellen Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs der Brustkrebspatientinnen
- Definition der Anforderungen an die Ausgestaltung der psychosozialen Versorgungspfade unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Risikogruppen mit differentiellen Versorgungserfordernissen (Standardinformation und Unterstützung, weiterführende psychosoziale Unterstützung u.a. bei Problemen der Krankheitsbewältigung, Psychotherapeutische Behandlung bei komorbiden psychischen Störungen mit Krankheitswert).
- Definition der Anforderungen an die Vernetzungs- und Kommunikationsstrukturen im Rahmen der interdisziplinären Versorgung der Brustkrebspatientinnen
- Anforderungen an übergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen

Weiterhin sind die Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer konkret zu definieren, um die anvisierte Qualitätsverbesserung in der Versorgung der Brustkrebspatientinnen sicherzustellen. Die Teilnahme an den erforderlichen Schulungen sollte für die Seite der Leistungserbringer als obligat definiert werden. Gerade die interdisziplinäre Kooperation und das Ziel einer patientenorientierten Versorgung der Brustkrebspatientinnen setzen eine hohe Gesprächsführungs- und Kommunikationskompetenz der DMP-Ärztin bzw. des DMP-Arzt voraus, die von den Kompetenzen der partizipativen Entscheidungsfindung bis hin zur psychosozialen Betreuung und Begleitung in fortgeschrittenen Stadien der Krebserkrankung reicht und gesondert nachzuweisen ist.

II. Detailvorschläge zur Optimierung des Empfehlungsentwurfs

Zu 1.4.1 Grundsätze der Therapie

Änderung (1. Satz, 5. Absatz)

„bei entsprechender Indikation“ statt „in begründeten Einzelfällen“

Begründung

Die Änderung dieses Grundsatzes trägt dem Sachverhalt Rechnung, dass eine krankheitswertige psychische Erkrankung bei Patientinnen mit Brustkrebs nicht nur in seltenen Einzelfällen, sondern gegenüber den bevölkerungsbezogenen Prävalenzraten generell deutlich erhöht ist (Massie, 2004). Um die erforderliche Aufmerksamkeit für komorbide psychische Störungen zu befördern, sollte eine Formulierung vermieden werden, die suggeriert, es handle sich hierbei um ein seltenes Einzelphänomen. Zugleich ist es sinnvoll hervorzuheben, dass die Indikationsstellung für psychotherapeutische Maßnahmen eine fundierte Diagnostik und Bedarfsklärung zur Voraussetzung hat.

Zu 1.5 Nachsorge

Einfügung nach dem 2. Absatz:

Die psychische Gesundheit ist zwar in vielen Fällen gut möglich, insbesondere bei vorhandener sozialer Unterstützung und psychischer Gesundheit der Patientin vor Ausbruch der Krebserkrankung. Zugleich ist im Rahmen der Nachsorge eine wiederholte und systematische Erhebung der Belastungsfaktoren und der psychischen Verarbeitung der Krebserkrankung erforderlich, um diejenigen Patientinnen zu identifizieren, die einen fortdauernden oder neu eingetretenen psychosozialen Unterstützungsbedarf aufweisen.

Änderung des 4. Absatzes:

Die Nachsorge umfasst mindestens die körperliche *und psychische* Anamnese (*unter Verwendung geeigneter Verfahren zur Erfassung der psychosozialen Belastungsfaktoren und des Unterstützungsbedarfs*), körperliche Untersuchung (einschließlich klinischer Tastuntersuchung der Thoraxwand und sämtlicher Lymphabflusswege) und Aufklärung/Information.

Begründung

Damit der individuelle Versorgungsbedarf der Patientinnen im zeitlichen Verlauf valide erfasst werden kann und darauf aufbauend im Rahmen der Nachsorge die jeweils erforderlichen psychosozialen Maßnahmen unterschiedlicher Intensität eingeleitet werden können, sollte der diagnostische Prozess eindeutig operationalisiert werden (National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003). Mittels einer systematischen Diagnostik der psychosozialen Belastungen und des Bedarfs kann sichergestellt werden, dass eine adäquate Zuweisung zu den jeweiligen abgestimmten Versorgungspfaden erreicht werden kann (Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J. & Thomas, R., 2003a). Dies setzt auch eine entsprechende Vernetzung und Qualifikation der beteiligten Akteure voraus. Mit Hilfe dieser Maßnahmen kann eine evidenzgestützte Praxis in der interdisziplinären Versorgung von Brustkrebspatienten weiterentwickelt werden.

Zu 1.5.1 Psychosoziale Betreuung

Einfügung nach dem 1. Absatz

Zur Frühidentifikation von psychischen Auffälligkeiten ist vom DMP-Arzt zu definierten Zeitpunkten ein standardisiertes psychometrisches Screening mit der Patientin durchzuführen. Wird dabei ein Referenzwert für eine klinisch relevante Auffälligkeit erreicht, ist der Patientin zu empfehlen, eine differential-diagnostische Abklärung bei einem Psychotherapeuten vorzunehmen.

Patientinnen mit Brustkrebs können als Reaktion auf die Diagnose, die Folgen und Nebenwirkungen der Behandlung oder den Verlauf der Erkrankung eine krankheitswertige psychische Störung entwickeln (Massie, 2004). Insbesondere im Hinblick auf depressive Störungen, Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen ist von einer erhöhten Prävalenzrate bei den betroffenen Frauen auszugehen (National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003). In diesen Fällen ist eine psychotherapeutische Behandlung zu empfehlen.

Das psychometrische Screening ist um eine Checkliste zu ergänzen, anhand der häufige und typische Belastungen und Problembereiche von Brustkrebspatientinnen identifiziert werden, um betreuungsbedürftigen Patientinnen über die psychosoziale Basisversorgung durch den DMP-Arzt hinaus weitergehende psychosoziale Unterstützung anzubieten. Entsprechende niederschwellige Beratungs- und Behandlungsangebote (z.B. zeitlich begrenzte Gruppenangebote zur Krankheitsbewältigung, Symptommanagement oder Stressbewältigung, Paarberatung) sollten im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation

vorgehalten werden. Die einzelnen gestuften psychosozialen Versorgungsangebote für Patientinnen mit Brustkrebs sollten konkret operationalisiert werden.

Begründung

Insbesondere im Hinblick auf depressive Störungen und Angststörungen liegt belastbare Evidenz vor, dass bei Brustkrebserkrankungen mit einer erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Störungen und mit daraus resultierenden negativen Folgen für den Verlauf der Erkrankung zu rechnen ist (Massie, 2004; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003).

Eine Reihe von empirischen Untersuchungen kommen übereinstimmend zum Ergebnis, dass die diagnostische Sensitivität in der primärärztlichen Versorgung für die frühzeitige Identifikation von psychischen Störungen unzureichend ist (Goldman, Nielsen & Champion, 1999; Schulberg et al., 1996; Wittchen et al., 2000). Ein routinemäßiges psychometrisches Screening, zum Beispiel mit Hilfe des Patient Health Questionnaire (Löwe, Grafe et al., 2004; Löwe, Spitzer et al., 2004) oder der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Herrmann, Buss & Snaith, 1995) führt zu einer erheblich verbesserten Identifikationsrate insbesondere psychischer Störungen (Gilbody, S., Whitty, P. M., Grimshaw, J. M. & Thomas, R. E., 2003b). Die Bearbeitung des PHQ bzw. der HADS durch den Patienten ist einfach und wenig zeitaufwendig (ca. 10 Min), die standardisierte Auswertung kann von einer Praxishelferin des Arztes durchgeführt werden. Aufgrund festgelegter Referenzwerte ist die Fallidentifikation einfach und zuverlässig vorzunehmen. Die Überprüfung des Diagnoseverdachts und die daraus abzuleitenden Behandlungsempfehlungen setzen allerdings eine fachpsychotherapeutische Qualifikation voraus. Ein schlichter Hinweis, das Vorliegen komorbider psychischer Störungen durch das Stellen gezielter Fragen zu prüfen, wie dies in der Begründung zu den Anforderungen an ein DMP Brustkrebs vorgeschlagen wird, greift deutlich zu kurz und berücksichtigt die Erkenntnisse der Versorgungsforschung nicht (Gilbody, 2004).

Um über die Detektion der psychischen Störung hinaus auch eine Verbesserung der Behandlungsraten zu erzielen, sollte das Screening um edukative und organisatorische Interventionen ergänzt werden, die insbesondere auf eine verbesserte Vernetzung mit den fachpsychotherapeutischen Leistungserbringern und eine Strukturierung der Behandlungspfade abzielen (Gilbody et al., 2003a).

Neben den Patientinnen mit komorbiden psychischen Störungen, gibt es eine große Gruppe von Patientinnen, die zwar nicht die Kriterien einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung erfüllen, jedoch bedeutsame Probleme in der Krankheitsbewältigung, im Symptommanagement oder hinsichtlich anderer Anpassungsleistungen im Verlauf der Brustkrebserkrankung aufweisen (National Breast Cancer Centre and National Cancer

Control Initiative, 2003). Um diese Patientengruppe und ihre spezifischen Versorgungsbedarfe valide zu identifizieren, bedarf es der Implementierung einer entsprechenden Checkliste in der Routineversorgung (Fleishman, 2004). Hierdurch kann der individuelle Bedarf der Patientinnen nach psychoedukativen Maßnahmen und Unterstützung in der Krankheitsbewältigung systematisch und strukturiert zu definierten Zeitpunkten wiederholt erfasst werden. Die Identifikation des spezifischen Unterstützungsbedarfs erlaubt die indikative Zuweisung zu den erforderlichen bzw. von den Patientinnen gewünschten Versorgungsangeboten. Die entsprechenden Versorgungsangebote können in der Regel ohne Qualitätsverlust im Gruppenformat implementiert werden und sind dadurch deutlich kostengünstiger (z.B. Bottomley, 1996; Cunningham, A. et al., 1998; Cunningham, A. J., Edmonds, Jenkins & Lockwood, 1995; Targ & Levine, 2002).

Die Anforderung, eine konkrete Operationalisierung der psychosozialen Versorgungsangebote in den DMP-Verträgen vorzunehmen, fördert die Transparenz der Leistungen im Rahmen eines DMP Brustkrebs, ermöglicht eine Vergleichbarkeit der Leistungserbringung und kann eine wichtige Basis für übergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen darstellen.

Zu 2. Qualitätssichernde Maßnahmen

Einfügung nach Satz 2 im zweiten Absatz

Für das Gelingen einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die es erlaubt, auch substantielle Aussagen über die erzielte Ergebnisqualität zu machen und Optimierungsbedarfe im strukturierten Behandlungsprogramm zu identifizieren, bedarf der regelmäßigen Erhebung patientenrelevanter Ergebnisparameter (einschließlich Lebensqualität). Strukturell sind diese regelmäßigen Erhebungen beim zuständigen DMP-Arzt zu definierten Zeitpunkten durchzuführen. Weiterhin ist die konkrete Operationalisierung der einzelnen Leistungen zur Herstellung von Transparenz im Behandlungsablauf erforderlich.

Begründung

Eine an den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen ausgerichtete Versorgung muss im Rahmen der Qualitätssicherung insbesondere die Ergebnisqualität unter besonderer Berücksichtigung der patientenseitigen Einschätzungen ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken. Um diese prospektiv im Verlauf der Behandlung und im Vergleich zu anderen Patientinnen bewerten zu können, sind im Rahmen eines DMP Brustkrebs einheitliche Erhebungen zu fest definierten Zeitpunkten bzw. Behandlungsanlässen erforderlich. Diese Erhebungen liefern darüber hinaus kontinuierlich Informationen über den aktuellen

individuellen Versorgungsbedarf und können entsprechend als Steuerungsinstrument innerhalb der psychosozialen Versorgung der Patientinnen verwendet werden.

Die konkrete Operationalisierung der einzelnen Leistungen zur Herstellung von Transparenz im Behandlungsablauf ist im Rahmen eines Qualitätsmanagements erforderlich, um Behandlungsprozess und Behandlungsergebnis zueinander in Beziehung setzen zu können und gegebenenfalls Optimierungspotentiale identifizieren zu können.

Zu 4.2 Patientinneninformation

Einfügung nach dem 1. Absatz:

Die Prüfung des individuellen Bedarfs an Patientinneninformation ist in systematischer Weise (unter Verwendung einer Checkliste oder eines Leitfadens) vom behandelnden DMP-Arzt zu definierten Zeitpunkten bzw. Behandlungsanlässen wiederholt durchzuführen. Dabei sind die Patientinnen über die verschiedenen vorgehaltenen psychosozialen Versorgungsangebote zu informieren.

Begründung

Der Bedarf der Patientinnen an Information über die Erkrankung, Behandlungsoptionen, Unterstützungsangebote variiert im Verlauf einer Behandlung in Abhängigkeit des Krankheits- und Behandlungsverlaufs, der assoziierten Belastungsfaktoren sowie des Gelingen des Krankheitsbewältigung und ist daher zu definierten Zeitpunkten bzw. Behandlungsanlässen wiederholt zu prüfen. Um den Zugang zu entsprechenden Angeboten niedrig zu halten und die Patientinnen für das Spektrum der möglichen Maßnahmen zu sensibilisieren, ist die Bedarfsklärung unter Verwendung einer Checkliste durchzuführen. Die Integration einer entsprechenden Checkliste in die Routineversorgung, beispielsweise eines Distress-Thermometers und einer Problemliste, reduziert bei sachgerechter Nutzung durch den DMP-Arzt die Gefahr, dass individuelle Versorgungsbedarfe der Patientinnen übersehen werden und erlaubt dass, in Bezug identifizierte Problembereiche spezifische Interventionen vorgeschlagen und gegebenenfalls veranlasst werden können (Fleishman, 2004). Für eine patientenorientierte Versorgung ist die gebotene Transparenz der vorhandenen psychosozialen Versorgungsangebote für die betroffenen Patientinnen herzustellen.

Zu 5. Dokumentation

In den Erst- und Folgedokumentationen ist das Vorliegen einer psychischen Störung (nicht die Prüfung, ob eine psychische Störung vorliegt) sowie die Überweisung zu einer fachpsychotherapeutischen Behandlung als obligatorischer Bestandteil aufzunehmen. Weiterhin sollten in den Erst- und Folgedokumentationen die Testwerte des psychometrischen Screenings sowie der Lebensqualitätsskala festgehalten werden.

Begründung

Wird dieser Empfehlung nicht gefolgt, ist eine methodisch hinreichende Kontrolle der Relevanz von psychischen Störungen im Verlauf der Brustkrebserkrankung im Rahmen des DMP und des differentiellen Beitrags einer psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen der vorgesehenen Evaluation nicht möglich. Damit wäre die wissenschaftliche Aussagekraft der Evaluationsstudien und die für zukünftige Optimierungen abzuleitenden Schlussfolgerungen gravierend beeinträchtigt. Die aktuelle Fassung der Dokumentation, die lediglich die Kodierung vorsieht, ob eine Brustkrebsbedingte psychische Erkrankung vorliegt, greift hier deutlich zu kurz. Auch die Einschränkung auf Brustkrebsbedingte psychische Erkrankungen ist nicht sachgerecht, da eine eindeutige (womöglich monokausale) Ätiologie für die psychische Erkrankung in der Regel nicht feststellbar sein dürfte.

Für die Qualitätssicherung im Rahmen des DMP sind die Rate der psychischen Komorbidität und deren Behandlung sowie die Messung der Lebensqualität unter Berücksichtigung der Dimensionen Aktivität und Partizipation nach ICF von zentraler Bedeutung. Nur so wird es auch auf der Grundlage der Dokumentationen möglich sein, wissenschaftlich angemessenen Evaluationen der DMP vorzunehmen, welche über die aktuell zu beklagenden Pseudoevaluationen der verschiedenen strukturierten Behandlungsprogramme deutlich hinausgehen.

Literatur

- Bottomley, A. (1996). Group cognitive behavioural therapy interventions with cancer patients: a review of the literature. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 5(3), 143-146.
- Cunningham, A., Edmonds, C., Jenkins, G., Pollack, H., Lockwood, G. & Warr, D. (1998). A randomized controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psychooncology*, 7, 508-517.
- Cunningham, A. J., Edmonds, C. V., Jenkins, G. & Lockwood, G. A. (1995). A randomised comparison of two forms of a brief, group, psychoeducational program for cancer patients: weekly sessions versus a "weekend intensive". *Int J Psychiatry Med*, 25(2), 173-189.
- Fleishman, S. B. (2004). Treatment of Symptom Clusters: Pain, depression and fatigue. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 119-123.
- Gilbody, S. (2004). Review: disease management programmes improve detection and care of people with depression. *Evid Based Ment Health*, 7(3), 80.
- Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J. & Thomas, R. (2003a). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, 289(23), 3145-3151.
- Gilbody, S., Whitty, P. M., Grimshaw, J. M. & Thomas, R. E. (2003b). Improving the detection and management of depression in primary care. *Qual Saf Health Care*, 12(2), 149-155.
- Goldman, L. S., Nielsen, N. H. & Champion, H. C. (1999). Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Intern Med*, 14(9), 569-580.
- Herrmann, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (1995). *Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D)*. Bern: Huber.
- IOM (Institute of Medicine). (2004). *Meeting psychosocial needs of women with breast cancer*. Washington: National Academies Press.
- Löwe, B., Grafe, K., Zipfel, S., Witte, S., Loerch, B. & Herzog, W. (2004). Diagnosing ICD-10 depressive episodes: superior criterion validity of the Patient Health Questionnaire. *Psychother Psychosom*, 73(6), 386-390.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Grafe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S. et al. (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord*, 78(2), 131-140.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 57-71.
- National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative. (2003). *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer*. Campertown, NSW: National Breast Cancer Centre.
- Schulberg, H. C., Block, M. R., Madonia, M. J., Scott, C. P., Rodriguez, E., Imber, S. D. et al. (1996). Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes. *Arch Gen Psychiatry*, 53(10), 913-919.
- Targ, E. F. & Levine, E. G. (2002). The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breast cancer: a randomized controlled trial. *Gen Hosp Psychiatry*, 24(4), 238-248.
- Wittchen, H.-U., Winter, S., Höfler, M., Spiegel, B., Ormel, H., Müller, N. et al. (2000). Häufigkeit und Erkennensrate von Depressionen in der hausärztlichen Praxis. *Fortschritte der Medizin*, 118, 22-30.