

## Zur Diskussion

Dieter Hölzel  
Jutta Engel  
Gabriele Schubert-Fritschle

# Disease-Management-Programm Brustkrebs

Versorgungsrealität, Konzeptkritik  
und Perspektiven

## Zusammenfassung

Im Jahr 2002 wurde ein Disease-Management-Programm Brustkrebs (DMP) in Kraft gesetzt und mit Über-, Unter- und Fehlversorgung begründet. Etwa eine halbe Million Frauen in Deutschland, die jemals mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert wurden, wurde mit DMP in Angst versetzt. Aber große Versorgungsdefizite gibt es nicht, sie sind sogar unplausibel. Trotzdem ist die Versorgung der Krebskranken optimierbar. Die involvierten Interessenvertreter waren bisher nicht in der Lage, eine zeitgemäße Infrastruktur aufzubauen, die Ärzte unterstützt. Die Risikokommunikation über eine die Existenz bedrohende Krebserkrankung ist unzureichend. Daraus resultieren Fehlversorgungen bis hin zur Ausnutzung von Angst und Nichtwissen. An keinem Schwachpunkt setzt DMP an. Mit keiner Investition wird die Versorgung unterstützt. Nur mit Verordnungen und Bürokratie wird agiert. Die von DMP eingeleiteten Fehlentwicklungen werden

diskutiert. Als Wende wird eine Krebsagenda 2006 vorgeschlagen. Das bürokratische DMP ist durch ein einfaches Regelwerk zu ersetzen, das einfache Ziele vorgibt und damit Initiativen und Leistung fördert. In spätestens drei Jahren würden erste Erfolge zu melden sein, wenn die Gesundheitspolitik dies will.

*Schlüsselwörter: Mammakarzinom, Versorgungsqualität, Disease-Management-Programm, klinisches Krebsregister*

## Summary

### Disease Management Program (DMP) for breast cancer

Due to supposed under-, over- and misuse in health care of breast cancer patients, a Disease Management Program (DMP) for breast cancer was implemented in 2002. Around half a million women, who have faced sometime in their lives a diagnosis of breast cancer, can be reas-

sured. There is not a shortage of care, nor is this likely. So the all clear sign can be given. Nonetheless, cancer care can be improved. For example, until now it has not been possible to develop a modern infrastructure which properly supports doctors. Information about the risk of cancer is also insufficient. This has resulted in misuse culminating in an abuse of fear and ignorance. DMP does not address such problems. Improved care is not supported by any financial investment. Regulations and bureaucracy are the tools which are used. The misguided developments initiated by DMP will be discussed. DMP should be replaced by a new cancer plan "Agenda 2006". The bureaucratic DMP could easily be replaced by a simple set of rules which set simple goals in order to meet health care needs. These rules will be shown to be effective within three years. Policymakers must take the initiative.

*Key words: breast cancer, quality of health care, disease management program, cancer registry*

Das erste Disease-Management-Programm (DMP) zum Brustkrebs ist für die Ärztekammer Nordrhein akkreditiert worden. Das aus den USA bekannte Konzept wurde kurz vor der letzten Bundestagswahl überhastet ins Leben gerufen. Den etwa 500 000 Frauen, die in Deutschland leben und irgendwann in ihrem Leben mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert wurden, wurde damit indirekt mitgeteilt, dass sie nicht adäquat behandelt worden sein dürften. Es sei bei der Behandlung von Brustkrebs von Unter-, Über- und Fehlversorgung auszugehen. Diese Defizite sollten nach der Wahl mit einem DMP überwunden werden. Durch strukturierte Behandlungsprogramme sollen sich die Behandlungsabläufe und damit die Versorgung verbessern. Zu vier Aspekten wird im Folgenden Stellung genommen:

- Ist die Annahme großer Versorgungsdefizite in Deutschland belegt?
- Was sind bekannte Versorgungsdefizite?
- Was ist am DMP-Brustkrebs zu kritisieren?
- Klinische Krebsregister, eine echte Perspektive für die Versorgung von Krebspatienten!

## Angebliche Versorgungsdefizite in Deutschland

Vor etwa zwei Jahren wurde das wissenschaftliche Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Bedarfs-

Tumorregister München des Tumorzentrums München am Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie (IBE) (kommissarischer Leiter: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Karl Überla) der Ludwig-Maximilians-Universität, München

gerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit publiziert. Speziell zum Mammakarzinom wurde im Wesentlichen aufgrund von Mortalitätsdaten von relevanter Über-, Unter- und Fehlversorgung im Vergleich zu anderen Ländern gesprochen. Es folgten keine Proteste der Behandlungseliten, die zumindest mit eigenen Daten die Behauptung hätten widerlegen können. Im Gegenteil: Es wurden ebenfalls Defizite – in der Regel außerhalb des eigenen Wirkungsberichts – eingeräumt und Handlungsbedarf bestätigt. Dieser eklatante Mangel an Fakten soll mit fünf Grafiken aus dem Fundus eines Tumorregisters etwas gemildert werden.

Das Tumorregister München (TRM) hat für ein Einzugsgebiet von 2,3 Millionen, seit dem Jahr 2002 für 3,7 Millionen Einwohner die höchsten Inzidenzraten zum Mammakarzinom in Deutschland vorgelegt. Der Bevölke-

rungsbezug wurde kurzfristig mit einer 1996 vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Feldstudie erreicht, die das Ziel hatte, die Möglichkeiten der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Versorgung abzuklären (2). Seit 1996 sind zu jeder Brustkrebspatientin der bei der Behandlung mitwirkende Pathologe, der Operateur und Strahlentherapeut bekannt. Lokal- und Lymphknotenrezidive liegen nahezu vollzählig, Metastasierungen zu über 65 Prozent

einige Staaten mit einem Gesetz zur Aufklärungspflicht der Patientinnen die Umsetzung zu forcieren (18). Vergebens, wie die Erfahrung in *Grafik 1* zeigt. Aus dem TRM ist ein zu den USA vergleichbarer zeitlicher Verlauf zu belegen. Innovationen brauchen offensichtlich Zeit, bis die Medizin ihr Handeln flächendeckend geändert hat, eine ernster zu nehmende Herausforderung für die Fort- und Weiterbildungsarbeit der Universitäten und Fachgesellschaften.

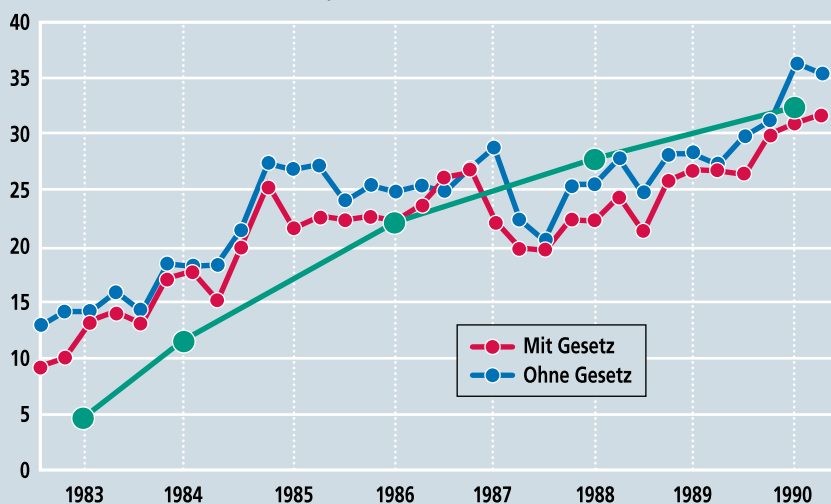
gleichbar sind (9). Die Studienpatientinnen sind aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien – zum Beispiel ohne Komorbidität und Alter unter 70 Jahre – selektiert, während die TRM-Daten bevölkerungsbezogen sind. Nach Schätzungen der Autoren erfüllen weniger als 35 Prozent aller Neuerkrankten die Ein- und Ausschlusskriterien gängiger klinischer Studien.

*Grafik 3* beschreibt das nach wie vor unverändert ungünstige Überleben ab Metastasierung. Eine Stratifizierung nach der tumorfreien Zeit von null Tagen bei M1-Befunden, von bis zu 24 Monaten, von 24 bis 48 und von mehr als 48 Monaten belegt im Median eine maximale Variabilität um den Faktor 2. Der Vergleich mit den Daten aus der Krebsregistrierung der USA mit 18 365 M1-Patientinnen lässt sogar ein um circa sechs Monate längeres Überleben bei M1-Befunden in Deutschland erkennen (13). Dieses „längere“ Überleben ist sicher kein realer Überlebensvorteil, sondern ein Hinweis auf den schnellen Zugang zur Versorgung und auf eine umfassende Stagingdiagnostik in Deutschland. Aus beiden positiven Strukturqualitätsaspekten resultiert ein solcher Lead-time-Effekt, eine Vorverlegung des Diagnosezeitpunktes in Deutschland. Ebenfalls übereinstimmend mit den Ergebnissen in den USA ist auch im TRM in den letzten 20 Jahren keine Verbesserung der Überlebensraten und Überlebenszeiten ab Metastasierung beobachtet worden. Dies steht allerdings im Widerspruch zu den Aussagen des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO), der wiederholt Serien mit bis zu 46 Prozent 5-Jahres-Überlebensrate bei metastasierten Brustkrebspatientinnen gesehen hat (20). Mit solchen Hinweisen auf unveröffentlichte Beobachtungen dürfte lediglich die Defizitdiskussion angeheizt, das Misstrauen gegen die Medizin gefördert und die Sorge der Patienten vergrößert werden, ohne nachhaltige Vorteile für das über Defizite spekulierende Fachgebiet.

*Grafik 4* zeigt wiederum im Vergleich zu den USA das relative Überleben für unterschiedliche Jahrgangskohorten. Eine relevante zunehmende

Grafik 1

Patienten mit brusterhaltender Therapie (in %)



Rot = mit Gesetz, blau = ohne Gesetz, beides in den USA, Grün = in der Region München. Für die USA sind zwei Gruppen von Staaten unterschieden, mit und ohne Gesetz, das Ärzte verpflichtete, Patientinnen über die Gleichwertigkeit der radikalen versus einer brusterhaltenden Therapie mit adjuvanter Bestrahlung zu informieren (modifiziert nach: Nattinger AB et al.: N Engl J Med 1996; 335: 1035–1040).

Zeitliche Entwicklung des Anteils der brusterhaltenden Therapie von 1983 bis 1990 in den USA und in der Region München

vor. Der Follow-up-Status ist sogar seit 1980 für etwa 97 Prozent der Patientinnen verfügbar. Die Ergebnisse sind den kooperierenden Kliniken bekannt und für sie mittlerweile auch im Internet zugänglich. Eine vergleichbare Transparenz liegt nicht nur in der Region München sondern in mehreren anderen Regionen Deutschlands bereits vor.

Das Problem der Umsetzung von Innovationen wird in *Grafik 1* angesprochen. Anfang der 80er-Jahre war die Gleichwertigkeit der Mastektomie zur brusterhaltenden Therapie mit Bestrahlung wissenschaftlich gesichert (23). Trotzdem dauerte die Umsetzung zehn und mehr Jahre. In den USA versuchten

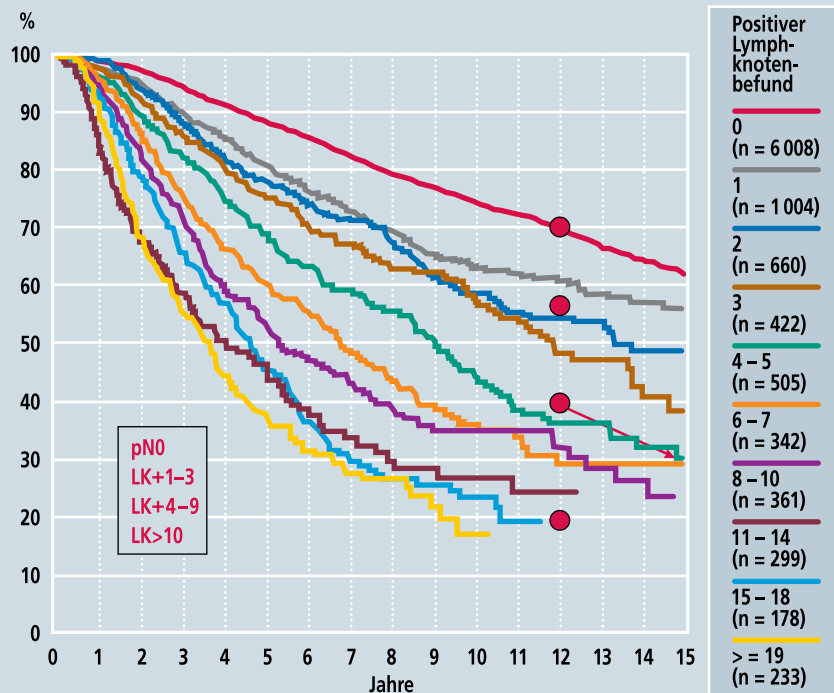
Der bedeutendste Prognosefaktor beim Mammakarzinom ist der Lymphknotenstatus beziehungsweise die Anzahl der befallenen Lymphknoten. *Grafik 2* zeigt das Überleben für verschiedene Untergruppen bis zu 15 Jahre nach Diagnosestellung. Zu solchen bevölkerungsbezogenen klinischen Ergebnissen gibt es bisher kaum Vergleichsmöglichkeiten, weil in der Regel nur in Studien eine so hohe Dokumentationsqualität erreicht wird. Der Vergleich zur bekannten NSABP- („national surgical adjuvant breast and bowel project“-) Studie B06 zeigt, dass Ergebnisse der Routineversorgung aus Deutschland sogar mit einer anerkannten Studie ver-

Verbesserung des Überlebens ist im Verlauf der Zeit in den USA erkennbar. Wie ist das zu interpretieren? Wenn kein Unterschied bei den Langzeitergebnissen in Abhängigkeit von Stadien oder von der Anzahl der befallenen Lymphknoten (*Grafik 2*) besteht, also in Deutschland vergleichbar gut behandelt wird, dann sind diese Unterschiede auf eine prognostisch günstigere Stadienverteilung zurückzuführen. Die Zusammenhänge sind hinreichend bekannt. Anfang der 80er-Jahre waren 134, Anfang der 90er-Jahre etwa 10 000 Mammographiegeräte in den USA verfügbar (7). Ein aktueller Survey belegt, dass 78,6 Prozent aller Frauen von 50 bis 64 Jahren in den USA in den letzten zwei Jahren eine Mammographie hatten (21). Das bessere Überleben resultiert aus einer günstigeren Stadienverteilung aufgrund einer systematischen Früherkennung mit Mammographie. Mit jedem Millimeter Tumordurchmesser sinkt die Brustkrebsletalität um etwa 1,3 Prozent (4, 17). In Deutschland hat dagegen der für Früherkennung zuständige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Mammographie nicht wie in vielen anderen Ländern Ende der 80er-Jahre zugelassen. Mit Konzeptentwicklungen wurde ein eklatanter Handlungsbedarf 15 Jahre lang überbrückt (12). Die Konsequenzen sind etwa 45 000 Brustkrebssterbefälle, die seit 1990 zu vermeiden gewesen wären.\*

In 20 Kliniken der Region München wurden Patienten nach 1987 behandelt. Selbst eine univariate Betrachtung, also ohne Berücksichtigung unter anderem unterschiedlicher Alters- und Stadienverteilungen, lässt keine Versorgungskatastrophe erkennen. Nach der Adjustierung auf den „Casemix“ ist der geringe univariate Unterschied in der Überlebensrate der Patienten zwischen den Kliniken fast gänzlich aufgehoben.

Natürlich gibt es auch Optimierungschancen. *Grafik 5* zeigt die Mastekto-

Grafik 2



Die vier eingetragenen Punkte sind die 12-Jahres-Ergebnisse der NSABP-Studie B06 (9) und zeigen eine weitgehende Vergleichbarkeit mit bevölkerungsbezogenen Ergebnissen in der Region München.

Überleben in Abhängigkeit von der Anzahl der positiven Lymphknoten bei n = 10 012 Patientinnen

mieraten bei pT1-Befunden von 20 Kliniken aus den Jahren 1996 bis 1998 und seit 1999. Dazwischen lag die Information aller Kliniken über die Variation der Ergebnisse und die eigene Position. Wenn die Kliniken wissen, was sie im Vergleich zu anderen tun, ändern die meisten nach Rückkopplung der Daten ihr Handeln – falls überhaupt nötig. Auch auffällige Variabilitäten der Pathologen zum Beispiel bei der Lymphangiosis oder dem Grading konnten durch entsprechende Informationen nennenswert homogenisiert werden. Das Gesundheitssystem muss solche Rückkoppelungen leisten.

Ein letztes Ergebnis des TRM ist im Kontext Versorgung anzusprechen. Bei etwa 20 Prozent der Todesbescheinigungen mit der Angabe eines Mammakarzinoms als Todesursache oder Grundleiden konnte durch Vergleich mit den Daten des Tumorregisters plausibel gezeigt werden, dass in dieser Größenordnung von nicht progredienten, also von geheilten Erkrankungen auszugehen ist. Diese hohe

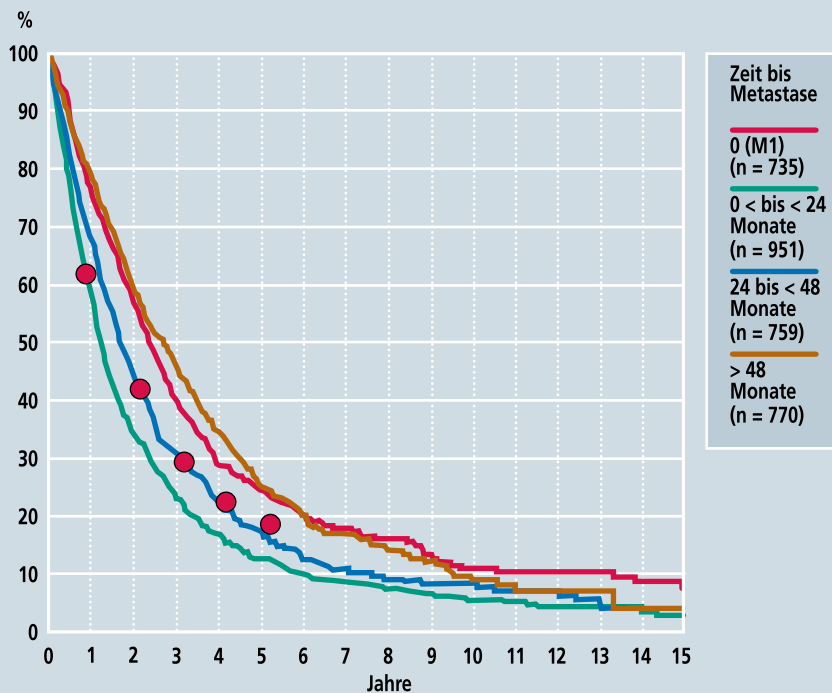
Rate falschpositiver Angaben bezieht sich auf progrediente Mammakarzinome, nicht auf die Diagnose Brustkrebs (19). Das heißt, bei den Betroffenen war zwar irgendwann ein Mammakarzinom diagnostiziert worden, aber zum Zeitpunkt des Todes waren sie sehr wahrscheinlich tumorfrei. Solche Ergebnisse zeigen deutlich Grenzen, wenn Politikberatung aus internationalen, nicht auf Qualität geprüften Mortalitätsstatistiken für Deutschland Versorgungsdefizite herausliest und Handlungsbedarf reklamiert.

Die Vergleiche zu den USA wurden gewählt, um den Status quo der Routineversorgung aus einer Region vor dem DMP-Ideen-Import aus den USA darzulegen. Die Daten sind bekannt und stimmen auch mit denen anderer Regionen überein. Bemerkenswert ist, dass in Deutschland generell eine große Distanz zu Daten gezeigt wird, die das eigene Handeln widerspiegeln und damit nur für „Sie Wissen was Sie tun“ stehen. Der Ausschluss von Daten schafft Freiraum für die in Deutschland so be-

\* Berechnung beruhend auf:

1. Karsa L: Sekundärprävention in der Onkologie. Der Onkologe 1998; 4: 723–730.  
2. Qualitätssicherung in der Mammographie. Dokumentation der 1. Expertentagung in Frankfurt am 2. November 1993. Veranstaltet von BKK und IKK.

Grafik 3



Die eingetragenen Punkte skizzieren das Überleben von 18 365 M1-Patientinnen aus den USA (13). Das Überleben der Metastasierten zeigt in den letzten 20 Jahren keine Verbesserung, sodass eine Unterteilung nach Zeitperioden nicht erfolgte. Wiederum ist zumindest eine Vergleichbarkeit nach M1-Befund festzustellen. Auch in der Region München ist kein Fortschritt für diese Untergruppe erkennbar.

**Überleben ab Metastasierung in Abhängigkeit von der Länge des tumorfreien Intervalls bei n = 3 215 Patientinnen**

liebten Grundsatzdiskussionen unter anderem zu Versorgungsstrukturen, Zertifizierungen, Leitlinien, Zusatzverträgen und kontrollierenden Bürokratien. Selbst die Beantwortung der einfachen Frage, ob die in der Tat erstaunlich geringe interinstitutionelle Variabilität des Überlebens nicht eine Eigenschaft der Erkrankung sein könnte, wird nicht vor massiven Eingriffen des Staats in etablierte Versorgungswege gestellt. Mittlerweile liegen für die geringe Variabilität auch Begründungen vor. Das TRM und andere konnten belegen (5, 15), dass die Metastasierung in der überwiegenden Anzahl der später progredienten Krankheitsverläufe bis zu etwa sieben Jahre vor der Diagnose des Primärtumors begonnen hat. Da Metastasierungen heute noch nicht kurabel sind, ist wegen der frühen Metastaseninitiierung der Einfluss der Primärtherapie marginal. Mit abnehmendem Tumordurchmesser sinkt die Letalität, pro

Millimeter etwas mehr als ein Prozent. Die Konsequenz ist: Die Früherkennung ist das entscheidende Handlungsfeld, wenn die Brustkrebsmortalität gesenkt werden soll. Aufgrund dieser Fakten kann für die etwa 500 000 heute lebenden und irgendwann wegen Brustkrebs zu behandelnden Frauen Entwarnung gegeben werden: Für eklatante Versorgungsdefizite gibt es keine Anhaltspunkte. Der Onkologiestandort Deutschland wurde von der Gesundheitspolitik zu negativ beurteilt.

### Defizite bei der Versorgung von Krebskranken

Die Hiobsbotschaft ist also nicht durch Behandlungsergebnisse zu rechtfertigen. Das bedeutet aber nicht, dass es keine Optimierungsreserven gibt und kein Handlungsbedarf besteht. Im Gegenteil, die Versorgung aller Krebs-

kranken ist zu diskutieren und Ansatzpunkte für Verbesserungen sind zu erarbeiten. In *Textkasten 1* sind Handlungsfelder zusammengestellt. Nur einige Aspekte können angedeutet werden. Mit der Diskussion um die Stückelung der Tabaksteuer zur Optimierung des Steueraufkommens haben die politisch Verantwortlichen ihre Interessen an der Prävention schonungslos offen gelegt. Das Fehlen einer qualitätsgesicherten Früherkennung beim Brustkrebs steht für Reformstau, die überhastete Einführung der Früherkennungskoloskopie für mediale Macht. Die zum Teil langwierige Umsetzung innovativen Handelns ist sicherlich kein speziell deutsches Problem. Dabei kann auch der Verzicht auf ein nicht evidenzbasiertes Handeln innovativ sein. Dies betrifft zum Beispiel die Nachsorge, bei der Überdiagnostik und Übertherapie die Regel sein dürften. Der Übergang zu krimineller Ausnutzung der Ängste, der Verdrängung und des Nichtwissens bei Betroffenen und Angehörigen durch eine nutzlose und teure Diagnostik und Therapie ist fließend. Diese Art der Fehlversorgung ist in *Textkasten 1* beschönigend unter Beliebigkeit des Handelns subsumiert. Dazu gehört auch generell das weite Feld der einseitigen jährlichen Behandlungszahlen. Dieses nicht nötige gelegentliche Behandeln kann offensichtlich nicht durch das Berufsethos verhindert werden. Es gibt nicht einmal Sanktionen von Krankenkassen, Gesundheitsreferat oder Landesärztekammer, wenn sich eine große zertifizierte städtische Klinik Qualitätsvergleichen nicht stellt. Für die Palliation werden Standards bis zur 5th-line-Therapie kreiert. Mit solchem Aktionismus wird nicht selten der kritische Punkt zur Umstellung auf symptomorientiertes Handeln überschritten, von dem ab Betroffene und Angehörige Ruhe finden könnten. In diesem Kontext ist besonders zu betonen, dass für die häufigsten Krebserkrankungen nach Metastasierung in den letzten 20 Jahren bevölkerungsbezogen kein Fortschritt erreicht wurde (13).

Große Defizite gibt es bei der Risikokommunikation (14). Fakten sind zu vermitteln, zum Beispiel dass Brust-

krebspatientinnen mit einem Tumor unter 10 mm zu fast 95 Prozent geheilt werden können. Keine zusätzliche Maßnahme kann hier nach adäquater Primärtherapie eine Verbesserung bringen. Nur die Mammographie in der Nachsorge ist indiziert. In solchen Untergruppen bringt die Chemotherapie eine relative Risikoreduktion von zehn Prozent und verbessert das Überleben um weniger als ein Prozent. Zu einer informierten Entscheidung zu führen ist schwer, aber zu erlernen, auch wenn der Prozentsatz der dazu fähigen und bereiten Patientinnen um ein Vielfaches überschätzt wird. Dass jeder Arzt Zugang zu den Langzeitergebnissen des eigenen Handelns haben sollte, ist eine überfällige Forderung. Diese Informationsdefizite erklären zum Teil die unzureichende Wissenschaftlichkeit des Medizinstandortes Deutschland, der bei Innovationen immer mehr von den Leistungen anderer Länder profitiert und kaum einen Beitrag für die scientific community stellt. Schafft DMP-Brustkrebs die Wende?

## Kritikpunkte zum DMP-Brustkrebs

Im Folgenden werden elementare Konzeptpunkte und Aussagen zum DMP-Brustkrebs zusammengestellt und kommentiert. DMP bezieht sich dabei stets auf die Diagnose Brustkrebs.

### DMP ist kein erfolgreich erprobter Ansatz

DMP wurde in den USA Anfang der 90er-Jahre primär zur Kostenkontrolle eingeführt und ebenfalls mit Qualitätsverbesserung begründet. Zehn Jahre später bestätigt das renommierte Institute of Medicine (IOM) die Erfolglosigkeit des Ansatzes. Mit der Fokussierung auf eine Erkrankung wird man nicht den Anforderungen gerecht, die das IOM in „Crossing the quality chasm – A new Health System for the 21st Century“ niedergelegt hat (1). Mit der Koppelung an den Risikostrukturausgleich (RSA) soll DMP in Deutschland sogar zusätzlich die Solidarität stützen.

### DMP ist nicht wegen Über-, Unter- und Fehlversorgung erforderlich

Die Versorgung wird zwar schlecht geredet, aber durch nichts belegt. Der Protest der Meinungsführer auf der Basis eigener Ergebnisse blieb aus. Brustkrebs ist emotional besetzt, ein Dauerthema in den Medien, sodass Handlungswillen Anerkennung findet. Dabei gibt es vorzeigbare Ergebnisse (3). Zudem ist die Behandlung einfach und beachtenswert standardisiert etwa im Vergleich zu der von Prostata-, Magen-, Rektum-, Ovarial- oder Lungenkarzinomen. Die besondere Betonung eines Versorgungsfeldes findet natürlich Gefallen und Akklamateure bei den Versorgungsträgern, denen der Gesetzgeber die Betten füllt und kontraproduktiv zum verkündeten Versorgungsziel Konkurrenz- und Leistungsdruck abbaut.

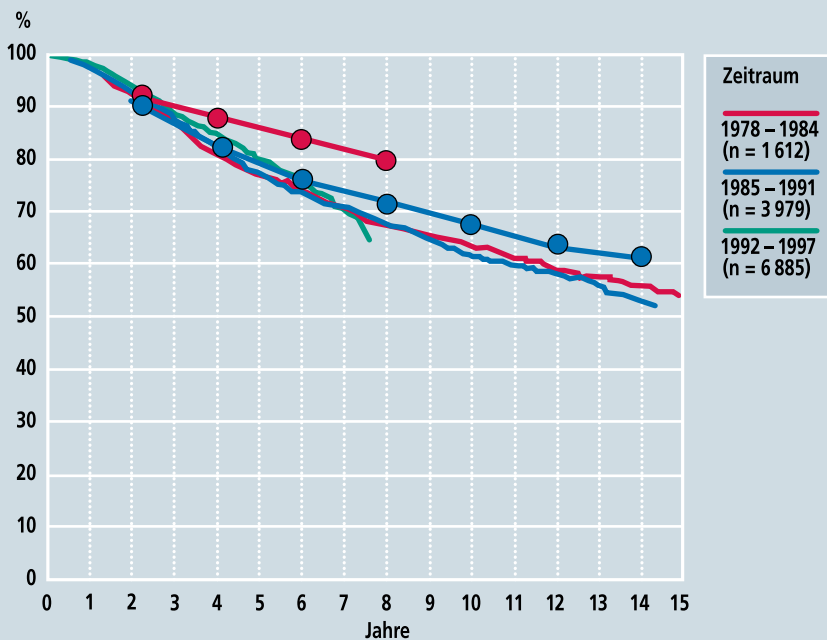
### Früherkennung, nicht DMP wird die Mortalität senken

Seit mehr als einem Jahrzehnt wird Zeit mit Planungen und Modellen verthan. Die resultierende Unterversorgung mit einer qualitätsgesicherten Früherkennung wird toleriert, obwohl Jahr für Jahr mehr als 3 000 brustkrebsbedingte, insgesamt mehr als 45 000 Sterbefälle hätten vermieden werden können (12). Weil die Metastasierung Jahre vor der Diagnose des Primärtumors initiiert wird, hat DMP praktisch keinen, Früherkennung dagegen einen großen Einfluss auf die Überlebensrate (4).

### Brustkrebs ist keine chronische Erkrankung

Die Aufnahme von Brustkrebs in ein „Chronikerprogramm“ und die regelmäßigen Nachsorgen schüren Angst, erzeugen Versorgungserwartungen und fördern die Überversorgung. Wenn bald 65 Prozent der Neuerkrankungen unter 20 mm entdeckt werden, werden etwa 85 Prozent zehn Jahre tumorfrei überleben und durch die Primärtherapie geheilt sein. Bis heute kann die Medizin die restlichen 15 Prozent nicht identifizieren und keine Maßnahmen zur Verbesserung der Überle-

Grafik 4



Die relevanten Verbesserungen in den USA dürften im Wesentlichen auf eine erfolgreiche dezentrale Früherkennung mit Mammographie zurückzuführen sein. Rot, USA-SEER-Jahrgangskohorte 1984; blau, USA-SEER-Jahrgangskohorte 1991.

Relatives Überleben für drei Jahrgangskohorten (n = 12 476) der Region München und zwei aus der bevölkerungsbezogenen SEER-Dokumentation der USA

bensraten anbieten. Offenheit wäre ein großer Beitrag zur Lebensqualität Betroffener, nicht DMP-Versprechungen zum Defizitabbau.

### DMP-Leitlinien in Paragraphen sind superbürokratisch

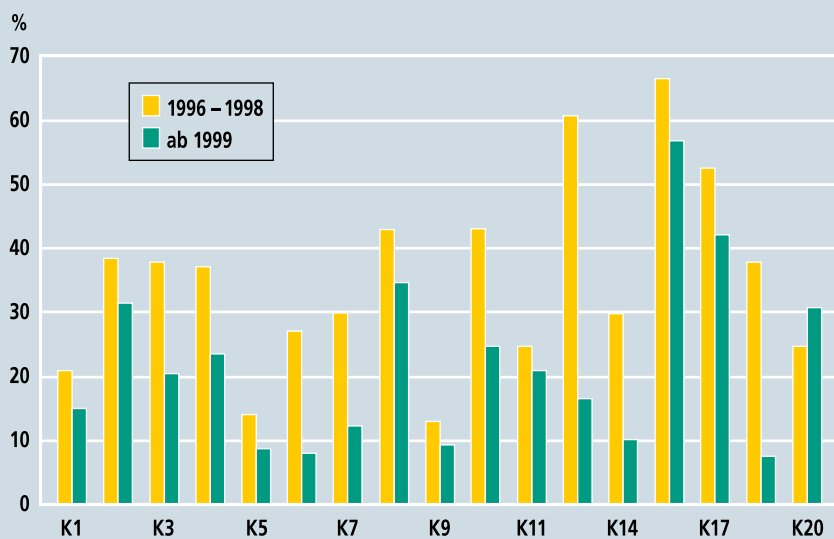
Die Idee, Lehrbuchtexte in Gesetzen zu fixieren und damit die Qualität der Versorgung zu verbessern, kann nur in Deutschland geboren werden. Es offenbart zugleich ein peinliches Wissenschaftsverständnis. Zumindest außerhalb Deutschlands gibt es doch Entwicklungen. Die inoffizielle Leitlinie Brustkrebs ist bereits heute Maku- latur.

In vielen Ländern wird zum Beispiel die Sentinel-Technik wegen Gleichwertigkeit und enormer Steigerung der Lebensqualität (8, 22) eingesetzt, während in deutschen Gesetzen noch die heroische Medizin des 19. Jahrhundert gefordert wird. Schon heute wäre deshalb eine von verschiedenen Institutionen empfohlene „Staatsklinik“ zu meiden, wenn sie tatsächlich die DMP-Verordnung von 2002 umsetzen würde. Der DMP-Ansatz ist nicht verallgemeinerbar für 30 bis 50 verschiedene Krebserkrankungen und Hunderte für die Gesundheit relevante Diagnosen.

### DMP entmündigt Brustkrebspatientinnen

Nach adäquater Primärtherapie sind die meisten Frauen geheilt. Trotzdem werden halbjährliche Kontakte beim Lotsenarzt, nicht beim Hausarzt verlangt. Als chronisch Kranke sind sie im Medizinsystem zu halten, auch wenn der psychoonkologische Rehabilitationsbedarf den Patientinnen aufge- drängt werden muss. Zudem wird die Unterschrift für den RSA gebraucht, bürokratisch, wenig einfühlsam, selbst unter das Dokument mit der gesicherten Metastasierung. Selbst Krankenkassen sprechen mittlerweile von Fangpauschalen und Kopfgeldern, die es mit allen Mitteln von Patienten und Ärzten einzutreiben gilt. DMP ist damit zu einer echten Herausforderung für die Patientenbeauftragte der Bundesregierung geworden.

Grafik 5



Ohne Berücksichtigung von Alter, pathologischer Befundung oder Patientenentscheidung. Zwischen den Zeitperioden wurden alle Kliniken über den Status quo informiert. Nur eine Klinik zeigt eine höhere Rate, gelb, 1996 bis 1998; grün, ab 1999.

Mastektomiequote von 20 Kliniken bei pT1-Befunden für zwei Zeitperioden

### DMP wird vom Zentralisierungswahn getragen

Ohne Evidenz wird Quantität gleich Qualität gesetzt. Der Krankheitsprozess schließt große Variabilität durch Operation und Bestrahlung aus, die Literatur belegt es. Es bleibt dann für die Zentren nur eine größere Kompetenz beim Ausstellen von Rezepten. Trotz Warnungen (6) werden also wohnortnahe Strukturen zerschlagen. Operateure können alles behandeln, auch Pathologen können alles befunden, nur bei Brustkrebs erreichen sie erst mit 150 Fällen Qualität. Dafür gibt es keine Evidenz (10). Nur der globalisierte Wettbewerb mit dem Prinzip „Mehr-mehr-..“ ist eine Begründung und findet natürlich glühende Befürworter. Selbst Tumorkonsile werden in den Medien verkauft, obwohl vielleicht für mehr als 95 Prozent der Brustkrebserkrankungen korrektes Handeln keine interdisziplinäre Beratung erfordert.

### DMP subventioniert Zertifizierungsindustrie

Bei etwa 2 200 Krankenhäusern ist die Zertifizierung mittlerweile ein Milliarden Euro Markt. Ohne unternehme-

risches Risiko fließen die Gelder und fehlen für die Versorgung. Zertifikat und Rezertifikat suggerieren Qualität und bringen Markt Vorteile. Dass eigentlich nur Daten zur pathologischen Befundung, zur Behandlung, zu Rezidiv und Metastasierung mit Überlebenskurven die Qualität ohne Zertifizierung belegen können, wird verschwiegen. Kaum ein zertifiziertes Brustzentrum präsentiert bisher Ergebnisse, nur teuer erworbene Urkunden.

### DMP ist ein Kostentreiber im Gesundheitssystem

Alle Investitionen für DMP fallen zusätzlich zur Versorgung an. Es sind Kosten für viele DMP-Beauftragte, DMP-Beratungen, für DMP-Verträge, DMP-Patientenmaterialien, für DMP-Dokumentationen, DMP-Datenerfassung und DMP-Analyse, für DMP-Kontrollen. Mit keinem einzigen Euro wird ein Behandlungsschritt, die Vernetzung eines Fachgebietes oder der individuellen Versorgungsketten unterstützt. Konsequenz ist es, Patienten mit einem Bonussystem zur Teilnahme und Unterschrift zu motivieren, weil

„Investitionen“ bis zur Höhe des RSA einen Mehrwert für Krankenkassen bringen. Bis zu 20 Millionen Euro dürften jährlich in diese Kanäle und den Datenfriedhof fließen und bis zu einer Milliarde Euro im RSA bewegen. Diese Gelder werden aus der Versorgung abgezogen und als Qualitätsoffensive verkauft.

### DMP ist unwissenschaftlich

DMP ist Ideologie. DMP geht nicht von der Versorgungssituation aus, um in Versorgungsketten auch von Zentren zum Teil unterschiedliche Defizite und Flaschenhälse aufzudecken, zu erklären und dann zu intervenieren. Wissenschaftler wären neugierig auf große Überlebensunterschiede bei gleichen Tumorcharakteristika und gleicher Therapie. Darüber würden sich vielleicht neue Lerninhalte und Verbesserungen erschließen. Aber es könnte sich auch nur die vielfach publizierte Abhängigkeit regional unterschiedlicher Ergebnisse vom Früherkennungsverhalten bestätigen (10, 11, 16). Der Vergleich zu den Nichteschreibern, ein Muss für Probehandeln, also die Verbesserung der Versorgung oder der Bevölkerungsbezug interessieren im DMP nicht. Der selbst gestellte Anspruch kann also nicht eingelöst werden. In keiner aner-

kannten Zeitschrift können DMP-Erfahrungen für die scientific community publiziert werden. Der DMP-Ansatz kann nur als Negativbeispiel unter anderem für Studenten dienen, die in evidenzbasiertem Handeln und schlanken nachhaltigen Organisationsstrukturen geschult werden. Trotzdem wird DMP politisch ein unvergleichbarer Erfolg, zum Beispiel in Nordrhein, weil dort keine Daten aus der Vor-DMP-Zeit zum Vergleich vorliegen beziehungsweise Erhebungsversuche (Onkologische Schwerpunkte) von den heutigen DMP-Interessen rigoros gestoppt wurden.

### DMP verschlechtert die Versorgung

Kochbuchmedizin mit Axilladisektion und Chemotherapie bis ins hohe Alter ist gesetzlich gefordert. Hohe Complieraten sind durch knappe Informationen und reduzierte gemeinsame Entscheidungsfindung zu erreichen. Wohnortnahe Versorgung wird ohne Sicht der bisher erreichten Langzeitergebnisse still gelegt, aber aufwändigere Versorgung bei anderen Erkrankungen vor Ort beibehalten. Das Prinzip verallgemeinert bedeutet, dass nur noch eine „Staatsklinik“ alle Vaginalkarzinome und fünf alle Ovarialkarzinome in Deutschland behandeln dürfen. Mit der Zentralisierung wird dezentral Inkompetenz erzeugt.

### DMP-Dokumentation ist unzureichend

Inhalt und Umsetzung der Dokumentation sind unzureichend, insbesondere wenn gleichzeitig das Mammographie-Screening beginnt. Das Kreuz zum Menopausenstatus wird Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung. Weil die Mitwirkung aller an der Versorgung beteiligten Ärzte zu komplex wird, wird ein Lotse als Sammler aller irgendwo im Versorgungsprozess anfallenden Daten kreiert. Falls in Kliniken dokumentiert wird, wird DMP zum Teil als siebtes „Formular“ zur gleichen Krankheit eingeführt (unter anderen „diagnose related group“ [DRG], konventionelle Krankenakte, elektronische Krankenakte im Krankenhausinformationssystem

[KIS], Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung [BQS], klinische Studie, Tumorrregister), ein sinnloser unkoordinierter Aktionismus mit resultierender Vergeudung ärztlicher Arbeitszeit. Alternativ schaufeln Kassenärztliche Vereinigungen ihre Lotsenärzte mit nutzloser und aufwendiger Dokumentarsarbeit über die von Dritten durchgeführte Behandlung zu. Sie machen ihre Ärzte zu Bedienern der Technik und Bürokratie. Die Attraktivität des Arztberufs sinkt damit weiter. Aufgrund der begrenzten Speicherdauer, des fehlenden systematischen Follow-up zum Beispiel mit Todesbescheinigungen oder des fehlenden Bevölkerungsbezugs entsteht ein teurerer Datenfriedhof. Die Interpretationshoheit für die schöne neue DMP-Qualität obliegt der Selbstverwaltung.

### DMP steht für überbordende Bürokratie

Die gesetzlich fixierte Dokumentation und die Datenflüsse dekvrieren planwirtschaftliches Denken, Misstrauen und Kontrolle und die Paralisierung der Selbstverwaltung. Denken mit und für vernetzte Strukturen fehlt. Diese Überregulierung lässt bei der Akkreditierung und der Realisierung keinen vergaberechtlichen Spielraum. Intelligente Menschen in den involvierten Strukturen haben keine Chancen, eigene Erfahrungen und Vernunft einzubringen und Zukunft mit zu gestalten. Sie werden zu bürokratischen Automaten und überlassen Entwicklungen dem sachverstandslosen Machen. Ärzte, Krankenhäuser und Patienten werden vertraglich gebunden. Ärzte müssen zum x-ten Male geloben, dass sie ärztlich handeln werden. In der Perspektive können sich Ärzte und Kliniken für alle wichtigen Diagnosen um Verträge und Zertifikate bemühen. Der Krankenkassenangestellte, der nur eine Handvoll in DMP eingeschriebene Patienten managt, deren Ärzte kontrolliert und damit den RSA holt, scheint das Ziel. DMP wird wie eine Bleischürze über die Medizin gelegt und verhindert damit den überfälligen Aufbruch des Gesundheitssystems ins 21. Jahrhundert.

#### Textkasten 1

##### Handlungsfelder zur Optimierung der Versorgung von Krebskranken

- Erfolgreiche Prävention
- Qualitätsgesicherte Früherkennung mit international vorzeigbarer Evaluation
- Umsetzung von diagnostischen und therapeutischen Innovationen
- Leitliniengerechte Primärtherapie und Nachsorge
- Palliativtherapie mit Augenmaß
- Risikokommunikation
- Verbesserung der Qualität der Todesbescheinigungen
- Zeitgemäße technologische Unterstützung der Ärzte
- Transparenz der onkologischen Versorgung
- Wissenschaftlichkeit des Onkologiestandortes

## DMP blockiert notwendige Entwicklungen

Natürlich gibt es Anlaufschwierigkeiten, natürlich rühren sich Bedenken-träger. Natürlich muss mindestens fünf Jahre gewartet werden, um Vor- und Nachteile von DMP zu evaluieren. Das sind die üblichen Rationalen für die Begründung von Stagnation. Wie bei der Früherkennung wird sinnlos kostbare Zeit überbrückt zu Lasten derer, für die man Neues zu erproben vorgibt. Die Arroganz des einen totalitären überregulierenden Ansatzes ist abzulegen. Neue Wege sind zu erproben. Alternativen sind zu fördern. Regionale Unterschiede sind als Chance nicht als Gefahr zu sehen. Die Beschränkung auf eine Diagnose kann kein Modellansatz sein. Nachhaltige selbstregulierende Strukturen sind zu schaffen. Transparenz für die Onkologie wäre eine gesundheitspolitische Perspektive für den Standort. Fehl-anzeige!

## DMP ist Produkt illusionärer Vorstellungen

Mit DMP wird Brustkrebs zu einer politischen Erkrankung. Auch wenn die Medizin keine eigenen Ergebnisse hat, der Gesetzgeber ist kompetent. Die Versorgung von Brustkrebs ist hoch komplex. Nur wenige sind für eine adäquate Behandlung geeignet. Auch die Auserwählten müssen in interdisziplinären Fallkonferenzen zum richtigen Behandlungsweg geführt werden. Die Patientinnen sind umfassend aufzuklären und sollen in einem komplexen gemeinsamen Entscheidungsprozess ihre Behandlung mitbestimmen. Nicht Sachverstand, nicht Versorgungsergebnisse und nicht die internationale Literatur sondern die von Lobbyisten wie Berufsverbänden, Krebsgesellschaft und Selbsthilfegruppen bestärkte eigene Illusion (nach Duden: Wunschvorstellung, Wahn, Sinnestäuschung) ist die Ursache, die den politischen Handlungswillen zu DMP-Verordnungen und DMP-Bürokratie für die vermeintlich handlungsunfähige und insuffiziente Medizin provoziert. Zugleich ist die populistische Position „Schlecht-Anders-Bes-

### Textkasten 2

#### Spielregeln für den Wettbewerb, um die beste Transparenz zur Versorgung aller Krebskranken zu erreichen

- Für eine im RSA anzuerkennende Krebserkrankung liegen bevölkerungsbezogene Daten für die Region vor.
- Langzeitergebnisse werden für mehr als 95 Prozent der Patienten auf Basis des Lifestatus und der Todesbescheinigungen vorgelegt.
- Aktuelle Befund-, Behandlungsdaten und Langzeitergebnisse sind verfügbar.
- Für jeden Krebskranken sind die primär versorgenden Kliniken/Ärzte (Pathologie, Chirurgie, Strahlentherapie, internistische Onkologie) bekannt.
- Jede versorgende Einrichtung kann auf ihre Versorgungsergebnisse zugreifen.
- Jeder Arzt hat versorgungsbegleitend Zugriff auf die Daten seines Patienten und kann Daten übermitteln.
- Versorgungsergebnisse werden mit internationalen Ergebnissen und den Leitlinien verglichen und bezüglich Klinikvariationen von den Tumorzentren kommentiert.
- Positive und negative Auffälligkeiten von Befunden, Behandlungen und Ergebnissen werden wissenschaftlich abgeklärt.
- Sanktionen gegen die Beliebigkeit des Handelns einzelner Versorgungsträger sind verfügbar.
- Die Ergebnisse werden einem Mitwirkungs- und Kontrollgremium zur RSA-Anerkennung vorgelegt
- Regelmäßig erhalten die Krankenkassen ihre im RSA abzurechnenden Patienten.
- Der Öffentlichkeit werden die konsentierten Ergebnisse in geeigneter Form zugänglich gemacht.

ser“ ein unerschöpfliches Thema für Medien und verspricht positives Echo. Gefordert ist aber der Blick weg von der Illusion hin auf die realen Patienten, den realen Krankheitsprozess, die realen Versorgungswege und die reale Versorgungsqualität. Daraus sind die notwendigen Impulse für eine angemessene Entwicklung abzuleiten.

## DMP ist ein Indikator für Reformunfähigkeit

Nutzlos, kostentreibend, super bürokratisch, die Versorgung verschlechternd, natürliche Strukturen vernichtend, Ärzte als Dokumentare missbrauchend, unwissenschaftlich, hand-

werklich schlecht weil überreguliert – dies sind mittlerweile allen bekannte Kritikpunkte dieser gesundheitspolitischen DMP-Perspektive.

Trotzdem fallen stützende euphemistische Attribute wie: Meilenstein, Quantensprung (auf niedriges Niveau), Qualitätsoffensive. Keine Daten zur Qualität der heutigen Versorgung, kein Sturm der Entrüstung, kein Mut, die Notbremse zu ziehen. Standesvertretungen, Fachgesellschaften, Berufsverbände und selbst die politischen Gegner bleiben stumm. Mitlaufen wegen marginaler Vorteile ohne Rücksicht auf Patientinnen, deren Versorgung und auf notwendige Versorgungsstrukturen. Solche Haltungen sind Gründe für Kostenexplosion, für Reformunfähigkeit des Gesundheitssystems und die sinkende Attraktivität des Arztberufs.

## Perspektiven für die Onkologie

Wenn das Optimierungspotenzial von DMP so offensichtlich ist, sollte zumindest eine Weiterentwicklung möglich sein. Denn der Ansatz, dass Ärzte und Kliniken in der Onkologie wissen sollten, was das Ergebnis ihres Handelns ist, ist unstrittig. Nur bei der DMP-Realisierung wurde wegen der politischen Anforderung das verkündete Versorgungsziel aus den Augen verloren. Deshalb bedarf es keiner Denkpause, es kann sofort gehandelt werden.

In *Textkasten 2* sind wichtige Regeln und Funktionen für das Ziel zusammengestellt. Heutige technologische Möglichkeiten sind primär zur Unterstützung, nicht wie bei DMP zur Kontrolle der Versorgung zu nutzen. Vernetzungen ausbauen, Doppelbefundungen zum Beispiel für pathologische Grenzfälle ermöglichen und nutzen, Qualitätszirkel fördern oder Rotationen pflegen bilden ein adäquates intellektuelles und materielles Fundament für eine qualitativ hochwertige Versorgung Krebskranker. Nur wenige Begriffe aus *Textkasten 2* sind zu präzisieren.

Eine Region sollte mindestens ein Bundesland oder bei Flächenstaaten

ein Einzugsgebiet von drei bis fünf Millionen Einwohnern umfassen. Demokratische Entscheidungen des Kontrollgremiums verhindern Blockaden. Aber auch die Abrechnung von Datenfriedhöfen im RSA ist unmöglich zu leisten. Zusätzliche überregionale Kontrollen und Wettbewerb werden aufgrund der verlangten öffentlichen Zugänglichkeit der Ergebnisse gefordert.

Eine regional hohe Kooperationsbereitschaft und professionelles Handeln werden schnell erste international vorzeigbare Ergebnisse produzieren. Der Bevölkerungsbezug muss natürlich gegeben sein. Sanktionen werden nur in Ausnahmefällen erforderlich sein, wenn alle involvierten Interessen im Kontrollgremium vertreten sind. Allein mit einer Überschrift wie im *Textkasten 2* wird Entwicklung signalisiert. Es soll Wettbewerb und damit regionale Variationen geben. Es wird kein Ziel für jede Krebserkrankung vorgegeben außer wissenschaftlicher Konkurrenzfähigkeit. Jedes erreichte Ziel ist Ausgangspunkt für weitere Verbesserungen. Ein ergebnisoffener Prozess wird eingeleitet. Das kontrastiert zur prokrusten DMP-Verordnung, die der Medizin wie von einer obersten Schulbehörde zum Vollzug aufgezwungen, vom Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde kontrolliert und wegen der eingebauten Hamsterradfunktion umgesetzt wird.

Nur eine Vision? Nein, in verschiedenen Regionen ist mit klinischen Krebsregistern bereits eine hohe Transparenz erreicht. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für den Bevölkerungsbezug gibt es, die technische Infrastruktur existiert, die Kooperation ist weit fortgeschritten und hinreichend Daten und Informationen (*Grafik 1-4, Textkästen 1 und 2*) sind verfügbar und zu nutzen. Deshalb ist es irrational, ohne Kenntnisnahme der existierenden Transparenz alles schlecht zu reden, den Ärzten Inkompetenz nachzusagen und der Bevölkerung damit Angst zu machen, um ein totalitäres Handeln zu begründen.

Für wissenschaftlichen Sachverstand, aber auch für die Gesundheitspolitik wäre rational, Vorhandenes zur Kenntnis zu nehmen, Nichts zu beschönigen,

Brauchbares anzuerkennen, regionale Schwachpunkte zu optimieren und insgesamt Freiheitsgrade zu eröffnen und damit Entwicklungen zu fördern. Eine Krebsagenda 2006 könnte verkündet werden: „Jeder Arzt hat versorgungsbegleitend Zugriff auf Basisdaten seines Patienten. Damit wird die Versorgung zu jeder Krebserkrankung transparent. Zugleich sind Ärzten und Kliniken ihre Ergebnisse im Vergleich zu anderen zu präsentieren.“

Daraus resultiert eine dynamische Vernetzung. Auch ein RSA wird realisiert. „In spätestens drei Jahren würden die ersten Regionen mit der Transparenz für alle Krebserkrankungen Erfolg vermelden. Dadurch würde der Entwicklung in anderen Regionen zusätzlich Schubkraft verliehen. Durch Publikationen würde die internationale Anerkennung bald folgen. Ein solcher Aufbruch, eine solche Dynamik kann erreicht werden, wenn sich die Gesundheitspolitik nicht wie mit DMP gegen, sondern mit nachhaltigen, zukunftsorientierten, bürokratisch schlanken und logischen Konzepten für die Patienten, für die Ärzte und für den Onkologiestandort zu einem Bruchteil der DMP-Kosten entscheiden würde.“

Manuskript eingereicht: 18. 7. 2003, revidierte Fassung angenommen: 11. 2. 2004

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors vorliegt.

Sie erklären weiterhin, dass sie sich zusammen mit vielen engagierten Ärzten in der Region im Sinne von Public Health für eine nachhaltige effiziente Krebsregistrierung einsetzen. Das Tumorregister des Tumorzentrums München wird (wurde) von der Ludwig-Maximilians-Universität, vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), von der Deutschen Krebshilfe und der Wilhelm-Sander-Stiftung gefördert. Die Drucklegung der Jahresberichte wird und wurde von verschiedenen, im Vorwort stets ausgewiesenen Pharmafirmen unterstützt. Dies ist wegen der knappen Finanzmittel erforderlich, zumal die Ludwig-Maximilians-Universität nach Ankündigung der 5-prozentigen Kürzungen durch die Staatsregierung eine zufällig frei gewordene Stelle sofort eingezogen hat. Allen Patientinnen, die ihre Daten zur Verfügung gestellt haben, gilt unser besonderer Dank. Die vermittelte Zuversicht wird von ihren Daten getragen.

■ Zitierweise dieses Beitrags:  
Dtsch Arztebl 2004; 101: A 1810–1819 [Heft 25]



Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter [www.aerzteblatt.de/lit2504](http://www.aerzteblatt.de/lit2504) abrufbar ist.

Anschrift für die Verfasser:  
**Prof. Dr. med. Dieter Hölzl**  
Klinikum Großhadern/IBE  
Marchioninistraße 15, 81377 München  
E-Mail: [hoe@ibe.med.uni-muenchen.de](mailto:hoe@ibe.med.uni-muenchen.de)

## MEDIZINGESCHICHTE(N)

AUSGEWÄHLT UND KOMMENTIERT VON H. SCHOTT

### Frauenheilkunde Gebärmutterkrankheit

**Zitat:** „Wenn sich die Gebärmutter kopfwärts wendet und dort das Erstickungsgefühl auftritt, so macht das den Kopf schwer; ein Kennzeichen davon setzt sich bei den einen an diesem, bei den andern an jenem Teil (des Kopfes) fest. Das Zeichen ist folgendes. (Die Kranken) sagen, dass die Adern an der Nase und die Gegend unter den Augen schmerzen, es befällt sie Koma, und wenn es ihnen wie-

der besser geht, steht Schaum (vor ihrem Mund). Eine solche Kranke muss man mit viel warmem Wasser waschen (baden); falls daraufhin keine Rückwirkung eintreten sollte, mit kaltem, auch am Kopf; in dem Wasser koche man Lorbeer und Myrte und lasse es abkühlen. Sie salbe sich auch den Kopf mit Rosenöl [...].“

Hippokratische Schrift (4. Jh. v. Chr.): Die Frauenkrankheiten. 2. Buch. In: Die Werke des Hippokrates. Hrsg. Richard Kapferer. Band 5, XXIV/30 f – Die Gebärmutter (griech. hystera) wurde noch im 19. Jh. als Ursprung der (weiblichen) Hysterie angesehen.

## Zur Diskussion

Dieter Hölzel  
Jutta Engel  
Gabriele Schubert-Fritschle

# Disease-Management- Programm Brustkrebs

Versorgungsrealität, Konzeptkritik  
und Perspektiven

## Literatur

1. Committee on Quality of Health Care in America: Crossing the quality chasm – A new Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academy Press 2001.
2. Engel J, Baumert J, Sauer H, Hölzel D: Qualitätssicherung in der Onkologie am Beispiel des Mammakarzinoms der Feldstudie München. *Onkologie* 2001; 7: 307–320.
3. Engel J, Nagel G, Breuer E, Meisner C, Albert US, Strelocke K, Sauer H, Katenkamp D, Mittermayer C, Heidemann E, Schulz KD, Kunath H, Lorenz W, Hölzel D: Primary breast cancer therapy in six regions of Germany. *Eur J Cancer* 2002; 38: 578–585.
4. Engel J, Kerr J, Hölzel D: Breast screening row overlooks basic medical facts. *The Breast* 2002; 11: 460–461.
5. Engel J, Eckel R, Kerr J, Schmidt M, Fürstenberger G, Richter R, Sauer H, Senn H-J, Hölzel D: The process of metastasisation for breast cancer. *Eur J Cancer* 2003; 39: 1794–1806.
6. Epstein AM: Volume and outcome – It is time to move ahead. *N Engl J Med* 2002; 346: 1161.
7. Ernster V: Epidemiology and natural history of ductal carcinoma in situ. In: Silverstein M, eds: Ductal carcinoma in situ of the breast. Maryland and Pennsylvania: W & W 1997; 23–32.
8. Fisher B, Jeong JH, Anderson S, Bryant J, Fisher ER, Wolmark N: Twenty-five-year follow-up of a randomized trial comparing radical mastectomy, total mastectomy, and total mastectomy followed by irradiation. *N Engl J Med* 2002; 347: 567–575.
9. Fisher ER, Anderson S, Tan-Chiu E, Fisher B, Eaton L, Wolmark N: Fifteen-year prognostic discriminants for invasive breast carcinoma. *Cancer* 2001; 91: 1679–1687.
10. Geraedts M, Neumann M: Mindestmenge als alleiniger Qualitätsindikator unzureichend. *Dtsch Arztlbl* 2003; 100: A-381 [Heft 7].
11. Harcourt KF, Hicks KL: Is there a relationship between case volume and survival in breast cancer. *Am J Surg* 2003; 185: 407.
12. Karsa v L: Sekundärprävention in der Onkologie. *Onkologie* 1998; 4: 723.
13. Kato I, Severson RK, Schwartz AG: Conditional median survival of patients with advanced carcinoma: surveillance, epidemiology, and end results data. *Cancer* 2001; 92: 2211–2219.
14. Kerr J, Engel J, Schlesinger-Raab, Sauer H, Hölzel D: Communication, quality of life and age: result of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Annals of Oncology* 2003; 14: 421.
15. Klein CA, Blankenstein TJ, Schmidt-Kittler O, Petronio M, Polzer B, Stoecklein NH, Riethmüller G: Genetic heterogeneity of single disseminated tumour cells in minimal residual cancer. *Lancet* 2002; 360: 683–689.
16. Maggard MA, Thompson JE, Ko CY: Why do breast cancer mortality rates vary across states? *Am Surg* 2003; 69: 59.
17. Michaelson JS, Silverstein M, Wyatt J, Weber G, Moore R, Halpern E, Kopans DB, Hughes K: Predicting the survival of patients with breast carcinoma using tumor size. *Cancer* 2002; 95: 713–723.
18. Nattinger AB, Hoffman RG, Shapiro R, Gottlieb MS, Goodwin JS: The effect of legislative requirements on the use of breast-conserving surgery. *N Engl J Med* 1996; 335: 1035–1040.
19. Schubert-Fritschle G, Eckel R, Eisenmenger W, Hölzel D: Qualität der Angaben von Todesbescheinigungen – Ist die Todesursachenstatistik zu Krebserkrankungen besser als ihr Ruf? *Dtsch Arztebl* 2001; 99: A 50–55 [Heft 1–2].
20. Seeber S, Schütte J, Freund M: Stellungnahme des Geschäftsführenden Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) zum „Disease-Management-Programm“ Mammakarzinom. *InFoOnkologie* 2002; 5: 257.
21. Swan J, Breen N, Coates RJ, Rimer BK, Lee NC: Progress in cancer screening practices in the United States: results from the 2000 National Health Interview Survey. *Cancer* 2003; 97: 1528–1540.
22. Veronesi U, Paganelli G, Viale G et al: A randomized comparison of sentinel-node biopsy with routine axillary dissection in breast cancer. *N Engl J Med* 2003; 349: 546.
23. Veronesi U, Saccocci R, Del Vecchio M, Banfi A et al.: Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N Engl J Med* 1981; 305: 6–11.