

# **Stand der stationären Versorgung von Frauen mit Brustkrebs in Berlin**

Essentials, Ergebnisse und Forderungen

Netzwerk Frauengesundheit Berlin

Arbeitskreis Brustkrebs

Der Arbeitskreis Brustkrebs im Netzwerk Frauengesundheit Berlin befasst sich seit der Gründung im Jahre 2001 mit der Versorgung von Frauen mit Brustkrebs in Berlin.

In der Bundesrepublik Deutschland erkranken rund 50.000 Frauen jährlich neu an Brustkrebs. Legt man diese Zahlen zugrunde, ist in Berlin mit etwa 2.000 neuen Behandlungsfällen jährlich zu rechnen.

In der medizinischen Versorgung von Frauen mit Brustkrebs ist seit dem Jahr 2003 ein ganzes Bündel von Maßnahmen zum Tragen gekommen, welches auf Qualitätsverbesserungen, eine Spezialisierung in der Brustkrebsmedizin sowie aufwändige Maßnahmen zur Qualitätssicherung gerichtet ist. Die Veränderungen verfolgen allerdings nicht allein den Zweck einer besseren Behandlung der Brustkrebspatientinnen, auch die „Kosteneffektivität“ der Versorgung spielt eine wichtige Rolle.

Die wichtigsten Änderungen der Gesundheitsversorgung mit Auswirkungen auf die Brustkrebsmedizin sind:

**- Die Einrichtung von Brustzentren**

**- Die Zertifizierung von Brustzentren**

(Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft/Deutsche Gesellschaft für Senologie über die gemeinsame Zertifizierungsgesellschaft Onkozert in Zusammenhang mit der ISO 9001 Zertifizierung/TÜV-Zertifizierung<sup>1</sup> sowie KTQ-Zertifizierung<sup>2</sup>) Über eine Zertifizierung als Brustzentrum durch Onkozert verfügen mittlerweile folgende Anbieter in Berlin:

- Brustzentrum Charité Standort Mitte,
- Brustzentrum im DRK-Klinikum Köpenick,
- Brustzentrum im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau
- Brustzentrum im Gertraudenkrankenhaus,
- Brustzentrum im Sana Klinikum Lichtenberg (s.a. Anlage 1)

**- Der Abschluss von Disease-Management-Verträgen (Brustkrebs-DMP)<sup>3</sup>**

Die Verträge wurden bisher abgeschlossen mit nachfolgend genannten Einrichtungen:

- Brustzentrum Charité Mitte,
- Brustzentrum im DRK-Klinikum Köpenick,
- Brustzentrum im Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau,
- Brustzentrum im Klinikum Buch,
- Brustzentrum im Krankenhaus Waldfriede,
- Brustzentrum im Sana Klinikum Lichtenberg,
- Brustzentrum im Vivantes Krankenhaus am Urban (s.a. Anlage 2).
- Die Etablierung von Maßnahmen zur **externen Qualitätssicherung der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS)<sup>4</sup>**, einschließlich der Verpflichtung zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten für die medizinischen Leistungsanbieter
- **Die Einführung von internen Qualitätsmanagementverfahren** (KTQ etc.)
- **Die Veröffentlichung der nationalen Behandlungsleitlinie<sup>5</sup>** („S-3-Leitlinie“ zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei Brustkrebs, eine Patientinnenleitlinie für Frauen mit Brustkrebs fehlt weiterhin)
- Der Abschluss von **Verträgen zur integrierten Versorgung** (jedoch nicht „kassenübergreifend“, ges. Grundlage s.a. § 116 a,b SGB V )
- **Die Einführung von „Fallpauschalen<sup>6</sup>“** in der Abrechnung medizinischer Leistungen im stationären Bereich
- **Die gesetzliche Meldepflicht bei Krebserkrankungen<sup>7</sup>** an das gemeinsame Krebsregister (GKR) in Berlin
- Der Erlass der „Verordnung zur Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (**Patientenbeteiligungsverordnung – PatBeteiligungsV**) im Dezember 2003<sup>8</sup> und
- die anstehende **Etablierung der Brustkrebsfrüherkennung nach Europäischen Leitlinien.**

Dieses umfangreiche Paket verändert die Berliner Versorgungslandschaft in der Brustmedizin gründlich und erfordert die besondere Aufmerksamkeit der Frauen und der Frauengesundheitsorganisationen in Berlin.

Um einen besseren Überblick über das derzeitige Leistungsangebot und die Qualität dieser Leistungen in der Brustkrebsversorgung in Berlin zu gewinnen, hat der Arbeitskreis Brustkrebs im Netzwerk Frauengesundheit Berlin eine Umfrage zur stationären Versorgung von Frauen mit Brustkrebs durchgeführt.

In die Befragung wurden die 23 Leistungsanbieter der stationären Versorgung von Frauen mit Brustkrebs in Berlin einbezogen. Der eingesetzte Fragebogen wurde Anfang November 2004 an die Einrichtungen versandt. Es wurden Informationen zu den Leistungsangeboten der medizinischen Einrichtungen abgefragt (Fragebogen s. Anl. 7). Ende Februar 2005 lagen dem Arbeitskreis Brustkrebs im Netzwerk Frauengesundheit die in den Brustzentren bearbeiteten Fragebögen vor. Insgesamt haben sich 21 Einrichtungen an der Befragung, die an die Leiter der jeweiligen Einrichtung gerichtet war, beteiligt.

Die Auswertung der Umfrage im Auftrag des Netzwerk Frauengesundheit Berlin wurde durchgeführt durch Dipl. Soz. Petra Brzank, MPH. Die Finanzierung der Umfrage erfolgte über Mittel aus der Selbsthilfeförderung nach § 20,4 SGB V durch die AOK Berlin.

Die Befragung wurde anonym auf Basis einer Selbstbewertung durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragung verdeutlichen unter anderem, dass Einrichtungen mit einer hohen Behandlungsfrequenz ein spezialisierteres Angebot an diagnostischen und therapeutischen Verfahren vorhalten. Diese Bereitstellung eines multidisziplinären, hoch spezialisierten Leistungsangebotes für Frauen mit einer Brustkrebserkrankung wird auf internationaler Ebene seit Jahren gefordert und ist dementsprechend in den Europäischen Anforderungen an Brustzentren<sup>9</sup> formuliert (s.a. Anlage 3).

Die Berliner Befragung des Netzwerks Frauengesundheit zu den Leistungsangeboten in der medizinischen Versorgung bei Frauen mit Brustkrebs konnte aufgrund von Verzerrungen durch die Methode der Selbstbewertung auf der Basis der Anonymität zwar keine validen Daten zur tatsächlichen Qualität in der stationären Versorgung von Frauen mit Brustkrebs erbringen. Jedoch konnten Erkenntnisse hinsichtlich der immer noch bestehenden großen qualitativen Unterschiede in der Versorgungslandschaft gewonnen werden, aus denen sich aus der Sicht des Netzwerks nachfolgende wichtige Forderungen für die weitere Verbesserung der stationären medizinischen Versorgung von Frauen mit Brustkrebs ableiten lassen.

## **1. Frauen mit Brustkrebs müssen in spezialisierten, interdisziplinär arbeitenden Brustzentren behandelt werden.**

***1.1. Die Berliner Brustzentren müssen eine qualitativ hochwertige spezialisierte Brustmedizin für alle Frauen in Berlin gewährleisten.***

Die Einhaltung der besten Standards für diese Zentren ist wichtig für die bestmöglichen Überlebenschancen von Frauen mit Brustkrebs in unserer Stadt.

### ***1.2. Der Begriff Brustzentrum muss in Berlin zukünftig geschützt werden.***

Der Begriff „Brustzentrum“ ist leider nicht geschützt, so dass sich in Berlin unterschiedlich große Einrichtungen mit sehr unterschiedlicher Qualität und unterschiedlichen Versorgungsangeboten Brustzentrum nennen. Frauen müssen sich jedoch darauf verlassen können, dass der Begriff Brustzentrum definierten Qualitätsanforderungen entspricht.

### ***1.3. Es muss ein einheitliches Zulassungs-, Zertifizierungs- und Rezertifizierungsverfahren verpflichtend eingehalten werden.***

Unverzichtbar ist ein standardisierter Weg für die DMP-Zulassung, Zertifizierung und Rezertifizierung von Brustzentren für alle Leistungsanbieter in der stationären Versorgung als Voraussetzung für den Versorgungsauftrag.

Die Zertifizierung und Zulassung der Berliner Brustzentren erfolgt bisher nicht nach einheitlichen Kriterien, bzw. neu an Brustkrebs erkrankte Frauen werden weiterhin auch von solchen Leistungsanbietern behandelt, die nicht über eine Zertifizierung oder Zulassung verfügen.

In Berlin und auf nationaler Ebene ist derzeit die Zertifizierungsrichtlinie für Brustzentren der Deutschen Gesellschaft für Senologie/Deutschen Krebsgesellschaft der beste verfügbare Standard. Nach wiederholten Aussagen insbesondere der Deutschen Gesellschaft für Senologie sollen die Richtlinien zukünftig schrittweise an europäische Anforderungen angeglichen werden.

### ***Das Netzwerk Frauengesundheit Berlin begrüßt die zugesagte Angleichung und fordert deren zügige Umsetzung.***

Die Anforderungen auf europäischer Ebene, die ein Optimum in der medizinischen Versorgung von Frauen mit Brustkrebs sicherstellen sollen, sind im Jahr 2006 in einer aktualisierten Auflage erschienen. Die Veröffentlichung erfolgte zusammen mit der aktualisierten Leitlinie zur Brustkrebs-Früherkennung<sup>10</sup>, die damit erstmals auch die Anforderungen an spezialisierte Brustzentren enthält, s.a. Anlage 4.

Der Vertragsabschluss über strukturierte Behandlungsprogramme zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern (Disease-Management-Programm Brustkrebs) ist ebenfalls an Bedingungen für die Strukturqualität der Brustzentren geknüpft. Diese beschränken sich jedoch im Wesentlichen auf die Behandlungsfrequenzen und bleiben hinter den Anforderungen der

beiden Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Senologie und Deutsche Krebsgesellschaft sowie den Europäischen Anforderungen zurück.

In Berlin haben sieben Leistungsanbieter einen strukturierten Behandlungsvertrag (Brustkrebs-DMP) mit den Krankenkassen unterzeichnet, von denen jedoch bisher nur fünf nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Senologie/Deutschen Krebsgesellschaft als Brustzentrum zertifiziert sind. Eine Einrichtung ist zertifiziert, hat aber keinen DMP-Vertrag erhalten und drei Leistungsanbieter sind nicht nach den Kriterien der Fachgesellschaften zertifiziert, verfügen jedoch über einen Behandlungsvertrag mit Krankenkassen (s.a. oben bzw. Anlage 1 und Anlage 2).

#### **1.4. Mittelfristig dürfen nur noch zertifizierte und entsprechend zugelassene Leistungsanbieter Patientinnen mit Brustkrebs in Berlin behandeln.**

Zurzeit behandeln auch nicht zertifizierte bzw. nicht im Brustkrebs-DMP zugelassene Einrichtungen neu an Brustkrebs erkrankte Patientinnen. Die Behandlung von Frauen mit Brustkrebs außerhalb von spezialisierten und zertifizierten Einrichtungen muss jedoch im Interesse der Sicherstellung einer durchgängig qualitativ hochwertigen Brustkrebsversorgung und optimalen Überlebenschancen für alle Patientinnen in Berlin gestoppt werden.

## **2. Für Frauen in Berlin muss die Transparenz der Qualitätssicherung bei der Brustkrebsversorgung verbessert werden.**

Alle Einrichtungen in der stationären Versorgung von Frauen mit Brustkrebs sind gesetzlich zu der externen Qualitätssicherung der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) verpflichtet.

Die Ergebnisse der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung der BQS müssen in verständlicher Form für die Frauen und Patientinnen offen dargelegt werden. Bisher stehen die mit erheblichem - auch finanziellem - Aufwand erhobenen Daten der BQS aus der Brustmedizin in Berlin zu den einzelnen Leistungsanbietern nur diesen selbst zur Verfügung. Die vorgeschriebene Veröffentlichung der Qualitätsberichte schafft bisher keine Möglichkeiten der Vergleichbarkeit der Qualität in der Brustmedizin in Berlin. Die Erhebung der Daten für die externe Qualitätssicherung durch die BQS erfolgt primär für ein Benchmarking und den internen Dialog. Dennoch müssen zukünftig Informationen zu allgemeinen strukturellen Verän-

derungen und Verbesserungen in der Versorgung an die Berliner Frauen und Frauengesundheitsorganisationen weitergeleitet werden.

### **3. Eine Spezialisierung und Qualitätssicherung muss in der wiederherstellenden Brustchirurgie beim Einsatz von rekonstruktiven Verfahren etabliert werden.**

Einfachere Operationen zur Wiederherstellung der Brust nach einer Brustamputation können interdisziplinär arbeitende Brustzentren durchführen. Jedoch wird auch in den Anforderungen der European Society of Mastology (EUSOMA) festgehalten, dass eine Standardabteilung, bzw. Rekonstruktionsklinik mit einem benannten **plastischen Chirurgen** und einer **Spezialisierung auf Rekonstruktionstechniken der Brust** verfügbar sein muss. In der Umfrage des Netzwerk Frauengesundheit Berlin gaben eine Reihe von Leistungsanbietern an, plastische Operationen (mit freien Lappentransplantaten) durchzuführen. Hier besteht demnach Handlungsbedarf.

Mindestzahlen bei den Operationen sind nicht nur bei primären Brustkrebsoperationen (Brust erhaltende Therapie, ggf. Entfernung der Brust) erforderlich. Bei den komplizierten und besonders aufwändigen Verfahren in der plastischen rekonstruktiven Brustchirurgie müssen diese Verfahren spezialisierten Zentren mit einer Abteilung für Plastische Chirurgie vorbehalten bleiben, die diese Mindestzahlen erreichen. Nur so kann eine zufrieden stellende Qualität des Operationsergebnisses und eine angemessene Qualitätssicherung in der rekonstruktiven Brustchirurgie erreicht werden.

Darüber hinaus ist – auch unter dem Aspekt der Qualitätssicherung - der Aufbau eines Registers zu Brustrekonstruktionen nach dänischem Vorbild (Danish Registry for Plastic Surgery of the Breast, DPB) erstrebenswert.

### **4. Es müssen ausgebildete „Brustschwestern“ zur Beratung und für eine praktische, emotionale und informelle Unterstützung der Patientinnen in ausreichender Anzahl an den Zentren beschäftigt werden.**

Die Beratung in Bezug auf den Diagnose- und Behandlungsprozess durch spezialisierte Brustschwestern („Breast Care Nurse“), wie zum Beispiel in Großbritannien üblich, fehlt bisher den Patientinnen in Berlin fast vollständig. Dies ist u. a. bedingt durch die bei uns vor-

herrschende Trennung der ambulanten und stationären Versorgung, und auch die Ansätze zur Einführung einer „integrierten Versorgung“ haben die Situation für die Patientinnen diesbezüglich bisher nicht entscheidend verbessert.

Im europäischen und teilweise auch im internationalen Raum ist das Berufsbild der „Breast Care Nurse“ mit spezialisierter Zusatzausbildung bereits seit längerer Zeit etabliert. Die Brustschwester ist hier wichtiges „Bindeglied“ für die Patientin, zu den verschiedenen Abschnitten in der medizinischen Versorgung – vom Diagnoseprozess über die Therapie bis in die Zeit der Tumornachsorge – und auch in Bezug auf die intersektorale Betreuung der ambulanten und stationären Versorgung (s. dazu auch Anlage 5).

Die Brustschwester berät auch ambulant, begleitet den Diagnoseprozess, steht zur Besprechung der Behandlungspläne zur Verfügung, unterstützt in der Zeit der medizinischen Behandlung, der Nachsorge und auch bei fortgeschrittener Erkrankung die Patientin und koordiniert die Behandlungsabläufe. Auch bei der Betreuung von Frauen mit fortgeschrittener Brustkrebserkrankung ist die Brustschwester eine wichtige Stütze.

Die europäischen Anforderungen an Brustzentren sehen für je 100 primär behandelte Patientinnen an einem Brustzentrum jährlich mindestens zwei Brustschwestern vor.

Um Frauen in Berlin diese unverzichtbare Unterstützung in der sektorübergreifenden medizinischen Beratung und Versorgung anbieten zu können, müssen entsprechende Fachschwestern ausgebildet werden. Ein Blick auf die „Hebammennachsorge“ in Berlin könnte modellhaft aufzeigen, wie diese Betreuung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung funktionieren könnte. Allerdings muss dafür eine Verpflichtung der Kostenträger zur Finanzierung dieses „sektorübergreifenden“ Leistungsangebotes festgeschrieben werden.

## **5. Die Brustzentren müssen eine psychoonkologische Begleitung der Patientinnen von der Diagnose bis in die Nachsorge anbieten.**

In Berlin gibt es bisher kein flächendeckendes Angebot einer ausreichenden psychoonkologischen Begleitung für an Brustkrebs erkrankte Frauen. Obwohl diese Form der Unterstützung ursprünglich z.B. im Disease Management Programm Brustkrebs vorgesehen war, sind psychoonkologische Unterstützungsangebote für die erkrankte Frau bis heute nicht selbstverständlich. In der Umfrage des Netzwerk Frauengesundheit Berlin gaben einige Leistungsanbieter an, dass psychoonkologische Begleitung zum Leistungsangebot gehört.

Internationale Studien zeigen, dass bis nahezu 50% der an Brustkrebs erkrankten Frauen erhebliche psychische Belastungssymptome aufweisen. Dies sind normale Reaktionen auf ein extrem bedrohliches Lebensereignis. Studien zeigen auch, dass psychische Variablen einen bedeutsamen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung und die Lebensqualität haben.

Daher sind Maßnahmen der psychoonkologischen Betreuung in den gesamten Versorgungsprozess zu integrieren. Die praktische Umsetzung und vor allem die Finanzierung dieser Leistungen muss gewährleistet werden.

Es muss ein bedarfsgerechtes Unterstützungsangebot entwickelt werden, das verfügbar ist, wenn die Patientin Unterstützung benötigt.

**Das Netzwerk Frauengesundheit Berlin hat deswegen nachfolgend genannte Forderungen:**

- Im Prozess der medizinischen Akutbehandlung und Nachsorge von Brustkrebspatientinnen muss regelmäßig überprüft werden, ob die Patientin psychoonkologische Betreuung braucht.
- Den besonders belasteten Patientinnen muss ein dem individuellen Bedarf und der jeweiligen Situation entsprechendes psychoonkologisches Unterstützungsangebot unterbreitet werden und sektorenübergreifend vom Diagnoseprozess über die stationäre Versorgung bis in die Zeit der Nachsorge verfügbar sein.
- Die Brustzentren müssen dazu in ausreichendem Maße Psychoonkologinnen einstellen.
- Im ambulanten Bereich müssen Kooperationen mit psychoonkologisch geschulten psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutinnen verpflichtend sein.
- Brustkrebspatientinnen muss bei Bedarf innerhalb kürzester Zeit (maximal 1 bis 2 Wochen) ein entsprechender Therapieplatz zur Verfügung gestellt werden.
- Mindestens 10 Therapiestunden müssen für jede Brustkrebspatientin, die diese benötigt und wünscht, ohne umfangreiche Beantragung außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie finanziert werden. Bei Bedarf kann sich eine Richtlinienpsychotherapie anschließen.

**6. Für Brustkrebspatientinnen mit fortgeschrittener Brustkrebserkrankung müssen ausreichende und bedarfsgerechte Leistungsangebote entwickelt werden.**

Brustzentren müssen nach den Vorgaben der European Society of Mastology (EUSOMA) spezielle Sprechstunden für Patientinnen mit fortgeschrittener Erkrankung durch Onkologinnen anbieten.

Frauen mit fortgeschrittener (metastasierter) Brustkrebserkrankung brauchen Zugang zu ausreichenden speziellen medizinischen Leistungen, die eine möglichst optimale Kontrolle der Tumorerkrankung ermöglichen, um damit Lebensqualität und Überlebenszeit so positiv

wie möglich zu beeinflussen. Die Patientinnen können bei guter Therapieführung und langsamer Tumorprogression heute oftmals über viele Jahre mit der Erkrankung leben.

Eine optimale Schmerztherapie ist sicherzustellen, wenn diese notwendig ist. Eine psychoonkologische Begleitung muss bei fortgeschrittener Erkrankung verfügbar sein. Die optimale Betreuung von Frauen mit metastasierter Brustkrebserkrankung darf nicht durch strukturelle Hindernisse in der medizinischen Versorgung behindert werden. Es muss eine verbindliche Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung aufgebaut werden, die unnötige „Hospitalisierungen“ weitgehend vermeidet, Homecare-Angebote und ggf. auch die Betreuung in einem Hospiz einschließt.

## **7. Barrierefreiheit und Sprachmittlung in Brustzentren müssen verbessert werden.**

Brustzentren müssen barrierefrei sein.

- Brustzentren müssen insbesondere im Interesse von Patientinnen mit Behinderungen und älteren Patientinnen baulich gemäß der entsprechenden DIN-Normen barrierefrei gestaltet werden.
- Behindertenparkplätze müssen in ausreichender Anzahl für Patientinnen und BesucherInnen des Brustzentrums zur Verfügung stehen.
- Die Informationsangebote müssen sowohl bei gedruckten Informationen als auch bei den online verfügbaren Internetangeboten barrierefrei sein, das heißt, sie müssen zum Beispiel für sehbehinderte bzw. blinde Frauen/Patientinnen über deren spezifische technische Ausstattung abrufbar sein.

Die medizinische und soziale Versorgung von Patientinnen mit Migrationshintergrund wird oftmals durch sprachlich und kulturell bedingte Verständigungsprobleme erschwert.

Qualifizierte Angebote zur Förderung einer informierten Entscheidung der Patientin über die medizinische Behandlung ihrer Brustkrebserkrankung und über die Inanspruchnahme sozialer und psychoonkologischer Unterstützung müssen bereitgestellt werden.

Die Befragung des Netzwerk Frauengesundheit Berlin hat ergeben, dass nicht alle Berliner Leistungsanbieter in geeigneter Weise Sprachmittlung für Patientinnen mit Migrationshintergrund sicherstellen konnten.

Das Netzwerk Frauengesundheit Berlin empfiehlt eine Kooperation mit dem in Berlin arbeitenden „Gemeindedolmetschdienst“, der qualifizierte Dolmetscherinnen für ca. 20 Sprachen an gesundheitliche und soziale Versorgungseinrichtungen vermittelt. Der Gemeindedolmetschdienst Berlin ist ein Modellprojekt von Gesundheit Berlin e.V. und wird gefördert

durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds.

Flyer zum Gemeindedolmetschdienst mit weiteren Informationen zum Download:

[http://www.gesundheitberlin.de/download/i\\_04\\_10\\_27\\_Gemeindedolmetschdienst.pdf](http://www.gesundheitberlin.de/download/i_04_10_27_Gemeindedolmetschdienst.pdf)),

Tel.: (030) 443 190 00.

## **8. Qualitativ hochwertige Informationsangebote zur Früherkennung, Behandlung und Nachsorge von Brustkrebs müssen bereitgestellt werden.**

Obwohl Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Berlin ist und die Entscheidungsfindung sowohl zur Nutzung von Maßnahmen zur Brustkrebsfrüherkennung, als auch in Hinsicht auf die Auswahl von Behandlungseinrichtungen und therapeutischen Maßnahmen den meisten Frauen nicht leicht fällt, gibt es zu geringe Kapazitäten für eine unabhängige, spezialisierte Beratung in Berlin. Durch die Einführung des Mammografie-Screenings ist, wie z.B. in Bremen gezeigt wurde, ein erhöhter unabhängiger Informations- und Beratungsbedarf zu erwarten.

Dieser wird mit den bisherigen Kapazitäten, z. B. des Feministischen Frauengesundheits-Zentrums Berlin e.V., nicht zu bewältigen sein und sollte ausgebaut werden. Unabhängige Beratungsangebote der Berliner Krebsgesellschaft sowie anderer seriöser unabhängiger Anbieter müssen ebenfalls erweitert werden. Bedürfnisse spezifischer Zielgruppen müssen dabei Berücksichtigung finden.

Informationsmaterialien zu einzelnen leitliniengerechten therapeutischen Maßnahmen müssen erstellt und verbreitet werden. Die Materialien müssen in verschiedenen Sprachen vorliegen.

## **9. Eine legitimierte und unabhängige PatientInnenvertretung und PatientInnenbeteiligung muss in Berlin unterstützt und gestärkt werden.**

Der Gesetzgeber hat mit der „Verordnung zur Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ die gesetzliche Grundlage für eine Beteiligung von PatientInnen in den Ausschüssen geschaffen, sie ist jedoch bisher nicht mit einem Stimmrecht versehen. Es liegt demnach also kein Recht auf Mitbestimmung vor.

Die PatientInnenbeteiligung hatte dennoch positive Auswirkungen auf die Arbeit der gesundheitspolitischen Gremien, wie die Arbeit auf der Bundesebene zeigen konnte. In Berlin haben

sich die Strukturen für eine wirksame Interessenvertretung von Frauen mit Brustkrebs, **die sich bis in die stationäre Versorgung fortsetzen kann**, bisher erst unzureichend entwickeln können. Bei der Einbindung der Patientinnenvertretungen auf der Landesebene – beginnend beim Informationsfluss bis in die Entscheidungsgremien - besteht weiterhin ein deutlicher Bedarf für Verbesserungen.

Es besteht ferner auch ein großer Bedarf hinsichtlich der Fortentwicklung und Vernetzung in der Selbsthilfe, die gerade im Bereich Brustkrebs eine wichtige Unterstützung für die Patientinnen ist. So hat die Umfrage des Netzwerk Frauengesundheit Berlin aufgezeigt, dass in den Einrichtungen der stationären Versorgung häufig nur unzureichende oder auch veraltete Informationen über die Selbsthilfe bei Frauen mit Brustkrebs in Berlin vorliegen.

### **Ausblick auf die weitere Arbeit des Netzwerk Frauengesundheit Berlin**

In der stationären Versorgung von Frauen mit Brustkrebs in Berlin hat mit der Zentrenbildung und der Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen eine Entwicklung hin zu einer spezialisierteren Brustkrebsmedizin stattgefunden. Es fehlen jedoch auch weiterhin wichtige Leistungsangebote, um eine optimale Versorgung von Frauen mit Brustkrebs in Berlin sicherzustellen.

Mit den bisherigen Maßnahmen wurden sicherlich auch Kosten sparende Effekte über zum Beispiel

- kurze Liegezeiten in der stationären Versorgung,
- die vermehrte Durchführung von Therapien in der ambulanten Versorgung und
- die Abrechnung über Fallpauschalen bewirkt.

Die Auswirkung der Fallpauschalen auf die stationäre Versorgung konnte mit der Umfrage des Netzwerk Frauengesundheit Berlin noch nicht beurteilt werden.

Alle Brustzentren gaben an, dass klinische Studien in ihren Einrichtungen durchgeführt werden. Der Arbeitskreis Brustkrebs wird die klinische Forschung in Brustzentren gesondert behandeln.

Der Arbeitskreis wird sich zukünftig auch mit den Möglichkeiten zur Prävention von Brustkrebs, der Etablierung der Brustkrebs-Früherkennung (Mammografie-Screening) und der sog. „kurativen“ Mammadiagnostik bei Verdacht auf Brustkrebs, der Mammopathologie (einschließlich Qualitätssicherung und der Archivierung von Tumormaterial) sowie mit der ambulanten medizinischen Versorgung von Frauen mit Brustkrebs - unter Berücksichtigung der Schnittstellen - aus der Sicht der Frauen befassen und die weitere Entwicklung nachhaltig verfolgen, um die Interessen von Frauen wirksam einzubringen.

## Anlagen:

Anlage 1: Zertifizierte Brustzentren in Berlin, Deutsche Gesellschaft für Senologie

Anlage 2: DMP-Brustzentren in Berlin, vdak

Anlage 3: Anforderungen an Brustzentren, dt. Übers., EUSOMA

Anlage 4: EUSOMA: Auszug aus der aktualisierten Leitlinie „European guidelines for quality assurance in mammography screening“, 4. ed.

Anlage 5: Schaubild Brustschwester

Anlage 6: Einwilligung und Erstdokumentation Brustkrebs DMP

Anlage 7: Fragebogen

---

1 <http://www.senologie.org/download/pdf/anforderungen.pdf>

2 Die KTQ®-Zertifizierung ist im Jahr 2002 zunächst als krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren und Maßnahme zur internen Qualitätssicherung etabliert worden. Es wird getragen von der Bundesärztekammer, den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegerat. KTQ ist nicht spezifisch für Brustzentren.

3 [http://www.vdakaev.de/vertragspartner/DMP/Brustkrebs/Komplett\\_TE-brustkrebs.pdf](http://www.vdakaev.de/vertragspartner/DMP/Brustkrebs/Komplett_TE-brustkrebs.pdf) (Erstdokumentation und Einwilligung zur Teilnahme am DMP, s.a. Anlage 6, durch die Aktualisierung der Webseiten des vdak sind weitere Unterlagen zum Brustkrebs-DMP momentan beim vdak nicht online)

4 [http://www.bqs-qualitaetsreport.de/2002/ergebnisse/21\\_Buaw-2002-18n1-qr.pdf/view?searchterm=Brustkrebs](http://www.bqs-qualitaetsreport.de/2002/ergebnisse/21_Buaw-2002-18n1-qr.pdf/view?searchterm=Brustkrebs)

5 <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/III/032-045.pdf>, gedruckte Ausgabe: Zuckschwerdt, ISBN 3-88603-852-1

6 <http://www.g-drg.de/>

7 [http://www.berlin.de/imperia/md/content/sengsv/gkr/gestze/ges\\_bln\\_meldepflicht.pdf](http://www.berlin.de/imperia/md/content/sengsv/gkr/gestze/ges_bln_meldepflicht.pdf)

8 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 63, ausgegeben zu Bonn am 23. Dezember 2003

9 The requirements of a specialist breast unit, European Society of Mastology

10 European guidelines for quality assurance of breast cancer screening, 4. ed., European Breast Cancer Network (EBCN)