



Münchener Konferenz für Qualitätssicherung 20.-21.11.2025

Das Mammakarzinom: auch ambulant gut versorgt?!

Isabel Radke

Brustkrebszentrum UKM | Clemenshospital UKM Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs



Verbesserte Qualität durch Zertifizierung der BZ

Autorinnen/Autoren

Olaf Schoffer^{1‡}, Pauline Wimberger^{2,3‡}, Michael Gerken⁴, Veronika Bierbaum¹, Christoph Bobeth¹, Martin Rößler¹, Patrik Dröge⁵, Thomas Ruhnke⁵, Christian Günster⁵, Kees Kleihues-van Tol⁶, Theresa Link^{2,3}, Anton Scharl⁷, Elisabeth C. Inwald⁸, Karin Kast⁹, Thomas Papathemelis¹⁰, Olaf Ortmann⁸, Monika Klinkhammer-Schalke^{4,6}, Jochen Schmitt¹

Signifikant niedrigeres Sterberisiko für Patient*innen, die in DKG-zertifizierten Brustkrebszentren behandelt wurden (GKV-Daten: HR = 0,77, 95 %-KI = 0,74–0,81; KKR-Daten: HR = 0,88, 95 %-KI = 0,85–0,92).

Stationäre Behandlung bei brusterhaltender OP

Jahr	2019	2020	2021	2022	2023
Verweildauer BET Primärerkrankung bis 2 Tage in %	19,56 %	24,65 %	27,28 %	29,95 %	33,91 %



Quelle: IQTIG Bundesauswertung EJ 2019 bis 2023 nach DeQS-RL Mammachirurgie

- → Verweildauer wird immer kürzer
- → Entwicklung geht in Richtung Ambulantisierung auch onkologischer Eingriffe

Behandlungsweg Mammakarzinom im Brustzentrum

Nachsorge

Selbsthilfe

AHB/Reha

Postoperative Tumorkonferenz

Therapie

Operation

Medikamentöse Therapie

Strahlentherapie

Studienteilnahme

Wundversorgung

Prothetische Versorgung

Physiotherapie

Vorbereitung Behandlung

Interdisziplinäre Therapieplanung Tumorkonferenz prästationäre Diagnostik

Diagnose prästationäre Diagno genetische Beratung

Diagnostik

Psychoonkologie Sozialdienst Fachpflege

Krebsregister, Qualitätssicherung

Fort- und Weiterbildung

Anforderungskatalog BZ der DKG Auditjahr 2026

- 1.1.1.a Das BZ muss an einer bettenführenden Abteilung, die für die stationäre Versorgung zuständig ist, angesiedelt sein.
- 1.2.0.a Definition Primärfall: Therapieplanung (interdisziplinäre Tumorkonferenz) und Therapiedurchführung über das Brustkrebszentrum (Haupttherapie)
- <u>1.4.2.a Psychoonkologie</u> Angebot und Zugang: Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.
- <u>1.5.3 Sozialdienst</u>: Angebot und Zugang: Jedem Pat. muss die Möglichkeit einer Beratung durch den Sozialdienst in allen Phasen der Erkrankung ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.
- <u>1.8.3 Onkologische Fachpflege</u>: Am Zentrum muss mind. 1 onkologische Fachpflegekraft aktiv im Tagdienst tätig sein. In Bereichen, in denen Pat. mit Brustkrebs versorgt werden, ist jeweils die Umsetzung der übergeordneten Tätigkeiten (siehe unten) einer onkologischen Fachpflegekraft nachzuweisen.

Behandlungsweg Mammakarzinom im Brustzentrum

Nachsorge

Selbsthilfe

AHB/Reha

Stationärer Anteil

Postoperative Tumorkonferenz

Therapie

Operation

Medikamentöse Therapie

Strahlentherapie

Studienteilnahme

Wundversorgung Prothetische Versorgung Physiotherapie

ostik
Sozialdienst
Fachpflege

Krebsregister, Qualitätssicherung

Diagnose

Diagnostik

Vorbereitung Behandlung

Interdisziplinäre Therapieplanung Tumorkonferenz

prästationäre Diagnostik genetische Beratung

Fort- und Weiterbildung

Vorbild Dänemark fast track surgery BC

- Strukturiertes präoperatives Assessment, Beratung, Information
- Spezielles anästhesiologisches Konzept
- Festgelegtes spezielles postoperatives Management PONV und Schmerz
- Wund- und Drainagemanagement
- Strukturierte Entlassung idealerweise in Anwesenheit von Angehörigen
- Telefonkontakt zu speziell geschulter Pflege im kurzfristigen Verlauf und ärztlicher Notfallkontakt
- Erster Wiedervorstellungstermin in Zentrum bereits nach 5-6 Tagen
- Ambulante psychosoziale Unterstützung
- ggf. Übernachtungsmöglichkeit (Hotel) in der Nähe

Was braucht es bei Ambulantisierung?

- Spezielles interdisziplinäres Behandlungskonzept notwendig
- Postoperative Kontakte müssen neu organisiert werden
- Sozialdienst, Psychoonkologie, Fachpflege muss in der ambulanten Versorgung anders eingebunden werden
- andere Wege, Strukturen und räumliche Anforderungen
- mehr organisatorischer Aufwand
- mehr ambulante Wege/Termine für die Patient*innen und weniger aufsuchende Beratung

Weitere Probleme...

- Potentiell Verminderung persönlicher Kontakte
- mehr schriftliche Information/Beratung
- viele ältere Patient*innen, für die kommt Ambulantisierung nicht in Frage kommt
- Gefühl der Unsicherheit, Alleingelassensein
- Komplikationsmanagment muss mitgedacht werden
- Psychosoziale Begleitung, Betreuung, Beratung erschwert

Ambulante Versorgung ist möglich wenn...

- trotzdem die Behandlung möglichst aller Mammakarzinome in zertifizierten Zentren gewährleistet ist
- ambulante OPs beim MaCA in die vorhandenen Behandlungs- und Zentrumsstrukturen eingebettet sind, aber neu gedacht und organisiert werden
- die umfassenden Beratungs- und Betreuungsleistungen der BZ auch im ambulanten Bereich abgebildet und umgesetzt werden
- es spezielle Konzepte für die perioperative ambulante Versorgung einschl. Komplikationsmanagement gibt
- der organisatorische und strukturelle Mehraufwand u.a. auch für Qualitätssicherung und Zertifizierungskriterien bei ambulanten OPs in Zentren berücksichtigt ist
- die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines neuen ambulanten Behandlungspfades beim MaCA in den zertifizierten Zentren zunächst über Modellprojekte erfolgt
- es eine ärztliche Entscheidung bleibt ob Ambulantisierung im individuellen Einzelfall vertretbar erscheint

Ambulante Versorgung ist möglich wenn...

- · trotzdem die Behandlung möglichst aller Mammakarzinome in zertifiziert
- ambulante OPs beim MaCA in die vorhandenen Behandlungs- und Zentruneu gedacht und organisiert werden
- die umfassenden Beratungs- und Betreuungsleistungen der BZ auch im au umgesetzt werden
- es spezielle Konzepte für die perioperative ambulante Versorgung einsch
- der organisatorische und strukturelle Mehraufwand u.a. auch für Qualitäⁿ
 Zertifizierungskriterien bei ambulanten OPs in Zentren berücksichtigt ist
- die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines neuen ambulanter den zertifizierten Zentren zunächst über Modellprojekte erfolgt
- es eine ärztliche Entscheidung bleibt ob Ambulantisierung im individuelle

Positionspapier zur Ambulantisierung der operativen Medizin Entscheidend für den Erfolg bei der Behand- komplexe Therapieplanung in interdisziplinälung kranker Menschen ist nicht der Ort, an dem sie nachts schlafen. Daher begrüßen wir prothetische Versorgung, psychosoziale und grundsätzlich die Ambulantisierung in der psychoonkologische Betreuung, Physiotherahandelt werden, sind besser als in nicht tinnen und Patienten effektiv in ihrem priva-Studien, Vorstellung im Tumorboard, Eincheidend ist aber, dass im Rahmen der und Weiterleiten der Daten an das ieweilige dass die Behandlung von Frauen mit Brust Behandlung alle Bedürfnisse befriedigt wer-Krebsregister, die Einleitung von Rehabilitatikrebs in zertifizierten Brustzentren üb den, die zur Gesundung erforderlich sind. onsmaßnahmen sowie weitere Aktivitäten Denn nur, wenn eine ambulante Behandlung ein. Ebenso wichtig ist, dass die Weiterhildie Bedürfnisse der Kranken genauso befrie-(messbare Parameter wie pathi dung des Nachwuchses sichergestellt ist. diat und die gleichen Ergebnisse erzielt wie die stationäre Behandlung (vergleichbare deshalb seit 2002 in den Kliniken nach den Um diese Behandlungsqualität auch bei zu Erkrankung, Stadien, Patient*innengruppen Fortentwicklung hin zu einer steten Verbes- e. V. (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Senologie e. V. (DGS) zertifizierte Brustbauten Strukturen auch bei ambulanter Er zentren etabliert, welche komplexe Bebringung der operativen Leistung erhalte handlungs- und Betreuungsstrukturen auf-gebaut haben, die über den operativen und finanziert werden und den Patientii Eingriff weit hinausgehen. Die Struktur und Ergebnisqualität wird in einem Zertifizie-müssen daher zwingend in die w betrachtet wird, sondern der gesamte komnären Rehandlung im Krankenhaus abgerungssystem mit regelmäßigen Audits gebildet ist und in das ambulante Setting prüft und dokumentiert. Die Anforderur gen basieren auf den Empfehlungen der tive Leistung reduziert werden. Damit ist evidenzbasierten S3-Leitlinie zur Behandklar, dass die Erbringer der operativen L lung des Mammakarzinoms [1] und sind in tung zwingend die entsprechenden Struk einem entsprechenden Katalog definiert und Voraussetzung für Erhalt und Bewahdes Mammakarzinoms ren des Zertifikats [2]. Auch die adaquate Anhand des IOWIG-Rerichtes zur ambulant Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten ist in diesem System gefordert und wird ein Teil der Operationen, die in Deutschlan in den letzten 20 Jahren ein komplexes Systären Gesichtspunkten Fort- und Weiterbildung einen Kostenfaktor darstellt, dessen nicht nur die Krankheitsverarbeitung günstig eeinflusst, sondern die Heilungsrate signifi-Vermeidung die wirtschaftliche Situation werden können. Voraussetzungen dafür sind der Leistungserbringer kurzfristig verbes-sert, die Zukunftsfähigkeit des Gesundkant verbessert. Kernleistung des initialen Behandlungsprozesses, die OPS, ist die operatiführung und Nachbetreuung dieser Operation ve Entfernung des Karzinomknotens. Dieser heitssystems aber massiv gefährdet. Der bereits vorhandene und zunehmend die nen. In Dänemark z. B. wurden diese Strukti Eingriff kann prinzipiell in vielen Fällen ambu-lant erbracht werden, was in vielen anderen ren geschaffen und gingen u. a. einher mi Oualität der Versorgung mindernde Perso-Ländern auch der Fall ist. Der Behandlungs-

Aus DGGG und DGS – Positionspapier zur Ambulantisierung der operativen Medizin Senologie - Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2023; 20(01): 20-21 DOI: 10.1055/a-1996-7668





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



