

# **Methodenstreit auf dem Rücken von Brustkrebspatientinnen? Die Versorgungsrealität.**

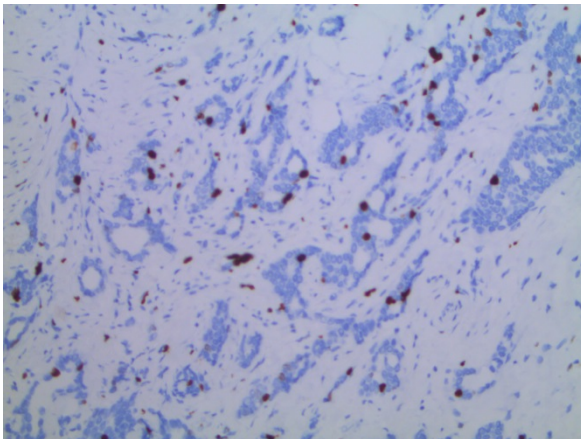
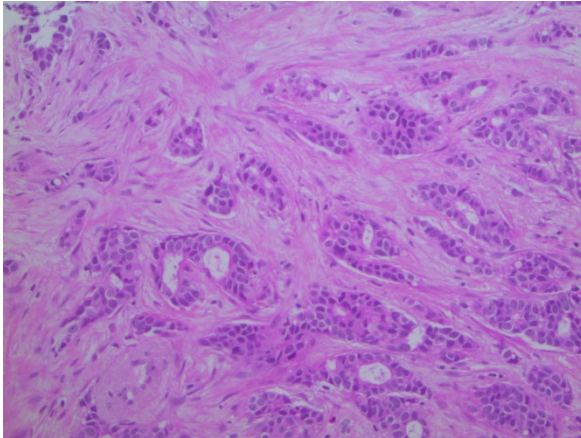
Ludwig Wilkens  
Direktor des Pathologischen Institutes des  
Klinikum Region Hannover am  
Nordstadtklinikum

# Grundsätzliche Problematik:

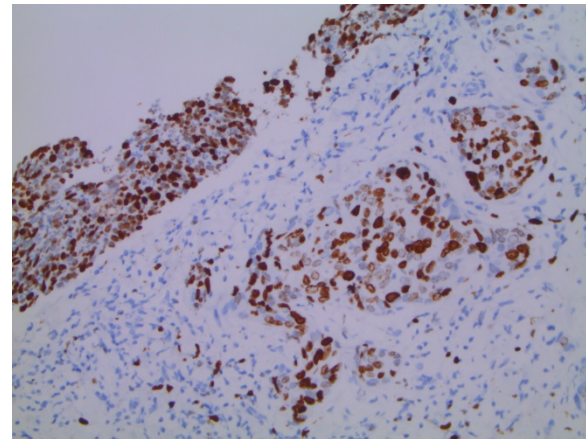
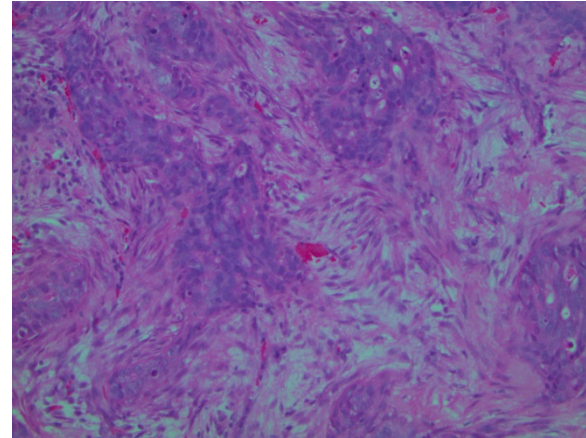
- Carcinome der Brustdrüse sind sehr verschieden.
- verschiedene Wachstumstypen
- verschiedene Grade der Differenzierung
- welche Patientinnen benötigen eine Chemotherapie?

# Beispiele:

- Gut differenziertes ductales Carcinom (NST, G1)
- keine zusätzliche Chemotherapie



- Schlecht differenziertes ductales Carcinom (NST, G3)
- unbedingt zusätzliche Chemotherapie



# Zusätzlichen Chemotherapie: Warum nicht gleich für alle Patientinnen?

- erhebliche Nebenwirkungen
- erhebliche Kosten

## Bisherige Möglichkeiten der Entscheidung:

- Histologie
- Immunhistochemie (Ki67, Östrogen, Progesteron, Her2; permanente Qualitätssicherung durch Ringversuche)
- klinische Parameter
- Es bleibt jedoch eine erhebliche Zahl an nicht sicher zuzuordnenden Fällen

# Neue Hilfen in der Entscheidung:

- Genexpressionstests zur besseren Klassifizierung der unsicheren Fälle
- führen idealerweise zu einer Verringerung der Anzahl unnötig gegebener Chemotherapien
- damit Verringerung der Nebenwirkungen für die Patientinnen insgesamt
- damit Verringerung der Kosten insgesamt

# Wie kommt die Patientin an den Test?

## ist die Patientin stationär?

- Test wird beim Pathologen bzw. der durchführenden Firma bestellt und durchgeführt.
- Kostenerstattung durch das Krankenhaus

## ist die Patientin ambulant?

- Test wird beim Pathologen bzw. der durchführenden Firma bestellt und durchgeführt.
- **Kostenerstattung wie folgt:**

# Wie kommt die Patientin an den Test?

## ist die Patientin privat versichert?

- Test wird beim Pathologen bzw. der durchführenden Firma bestellt und durchgeführt.
- Kostenerstattung bisher ohne nennenswerte Probleme

## ist die Patientin gesetzlich versichert (ca. 90%)?

- Test wird beim Pathologen bzw. der durchführenden Firma bestellt und durchgeführt.
- **Kostenerstattung teilweise mit erheblichen Problemen wie folgt:**



# Grundsätzliches:

- zwei Gruppen von Testverfahren

# Gruppe 1

- OncotypeDX, Mammaprint: an wenigen Zentren im Ausland durchgeführte Leistung, bisher keine Abrechnungsmöglichkeiten
- damit keine kassenärztlich erbrachte Leistung
- damit keine generelle Erstattung
- einzelne Ausnahmen (Selektivvertrag mit der Knappschaft-Bahn-See, wenige Einzelantragerstattungen)

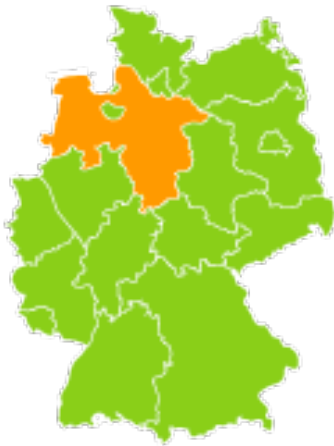
## Gruppe 2

- z.B. Endopredict-Test, PAM50
- Endopredict-Test konnte anfänglich als dezentral durchgeführte Leistung teilweise abgerechnet werden
- momentan keine Abrechenbarkeit seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen, da bisher keine Empfehlung vom GBA
- jedoch Einzelantrag bei der jeweiligen Krankenkasse (AOK, DAK, usw.) möglich

# Was passiert dann?

- bei welcher Krankenkasse ist die Patientin versichert?
- z.B. TKK: dem Antrag wird **stattgegeben**.
- z.B. AOK: wo ist der Wohnort der Patientin?

- Hildesheim: dem Antrag wird **stattgegeben**.
- Bielefeld: der Antrag wird **abgelehnt**.



AOK Niedersachsen



AOK Nordwest

# aber...

- nach Vorgabe durch den GBA: wird der Antrag aus einer Einrichtung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) gestellt, wird dem Antrag **stattgegeben**.
- vom Wohnort unabhängig
- Problem: es gibt kaum ASV

# Zusammenfassung:

- Den Test bekommen:
  - Patientinnen in der stationären Versorgung
  - Patientinnen, die privat versichert sind
  - Patientinnen als Mitglied in einigen gesetzlichen Krankenkassen, abhängig vom Wohnort
  - Patientinnen, die durch eine ASV versorgt werden
- Den Test bekommen nicht:
  - alle anderen Patientinnen

# Schlussfolgerungen:

- dies ist so nicht mehr kommunizierbar...
- Vereinheitlichung notwendig
- klar definierte Kriterien
- stetige Überprüfung der Kriterien und schnelle Entscheidungsfindung



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**