

Herabstufung des Grades der Behinderung nach 5-jähriger „Heilungsbewährung“ bei Brustkrebs (Verfasser: Heidi Lehmann/Brustkrebspatientin – Oktober 2011)

Die GdB/MdE-Tabelle (Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10.12.2008) lautet wie folgt:

„Nach Entfernung eines malignen Brustdrüsentumors ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten; GdE/MdE Grad während dieser Zeit (einschl. Operationsfolgen und ggf. anderer Behandlungsfolgen, sofern diese für sich allein keinen GdB/MdE-Grad von wenigstens 50 bedingen)

bei Entfernung im Stadium T1-2 pN0 M0	50
bei Entfernung im Stadium T1-2 pN1 M0	60
in anderen Stadien	wenigstens 80

Bedingen die Folgen der Operation und ggf. anderer Behandlungsmaßnahmen einen GdB/MdE-Grad von 50 oder mehr, ist der während der Heilungsbewährung anzusetzende GdB/MdE-Grad entsprechend höher zu bewerten.“

Die in der GdB/MdE-Tabelle vorgesehene fünfjährige Heilungsbewährung entspricht aus den nachfolgend genannten Gründen nicht mehr dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema Brustkrebs:

- Das Mammakarzinom ist eine systemische Erkrankung mit chronischem Verlauf, die nach 5 Jahren nicht als „geheilt“ angesehen werden kann.
- Das Mammakarzinom ist keine homogene Entität, sondern weist verschiedenste Subgruppen auf, die über die in der Tabelle aufgeführten Kriterien (Tumorgöße, Nodalstatus und Metastasen) hinausgehen. Folgende Kriterien sind zu nennen: Malignitätsgrad/Grading (G), histologischer Tumortyp, Alter und Menopausenstatus der Patientin, peritumorale Lymph- und Blutgefäßinvasion (L1/V1), Hormonrezeptorstatus (ER/PR), Invasionsfaktoren uPA/PAI-1, basalzellartiger Tumortyp/„triple negative“, HER2-Expression, (Proliferationsmarker, Tumorzelldisseminierung im Knochenmark, Gen-, Methylierungs-Proteinprofile). Daraus ergeben sich unterschiedliche Prognosen und Risikoklassen für die betroffenen Patienten. Diese Unterschieden finden zur Zeit keine Berücksichtigung.
- Das Rezidivrisiko sinkt nach Ablauf von 5 Jahren nicht, sondern bleibt unverändert bestehen. Außerdem besteht ein zusätzliches erhöhtes Risiko eines Zweitkrebses.

„Patientinnen mit rezeptorpositiven Tumoren müssen auch nach mehr als 5 Jahren mit einer konstanten jährlichen Rezidivrate von 2% und mehr rechnen. Nur etwa die Hälfte aller Rezidive beim rezeptorpositiven Mammakarzinom ereignet sich in den ersten 5 Jahren. Dagegen haben rezeptor-negative Patientinnen, die die ersten 5 Jahre rezidivfrei geblieben sind, danach nur noch ein geringes Metastasierungsrisiko.“ (Quelle: Aktuelle Empfehlungen zur Therapie primärer und fortgeschrittener Mammakarzinome der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V. von 2009)

- Die Behandlung (endokrine Therapie, Bisphosphonattherapie) wird gegenwärtig ggf. über 5 Jahre hinaus fortgeführt:
Die Aktuellen Empfehlungen zur Therapie primärer und fortgeschrittener Mammakarzinome der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V. von 2009 sehen folgendes vor:
Für die adjuvante endokrine Therapie in der Prämenopause kann in der individuellen Situation eine mehr als 5-jährige Tamoxifenbehandlung in Betracht gezogen werden. (ATLAS-Studie (Adjuvant Tamoxifen Longer versus Shorter) und der aTTom-Studie (Adjuvant Tamoxifen – offer more)).

Für die adjuvante endokrine Therapie in der Postmenopause ist die Fortführung der endokrinen Therapie mit Aromatasehemmstoffen nach 5 Jahren Tamoxifen bei nodalpositiven Patientinnen anzusprechen.

In der Interdisziplinären S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (1. Aktualisierung 2008) wird für die adjuvante endokrine Therapie bei positivem Hormonrezeptorstatus für postmenopausale Patienten alternativ eine erweiterte endokrine Therapie für weitere 2-5 Jahre mit Aromatasehemmern nach 5 Jahren Tamoxifen empfohlen. Es heißt dazu: „Die erweiterte adjuvante endokrine Therapie mit einem Aromatasehemmer nach 5-jähriger Tamoxifen-Therapie bei bislang krankheitsfreier Patientin kann das ipsi- und kontralaterale Rezidivrisiko sowie das distante Rezidivrisiko signifikant senken. Eine Verbesserung des Gesamtüberlebens ist bislang nur für Patientinnen mit Befall der axillären Lymphknoten nachgewiesen.“

In der adjuvanten Therapie stellen Bisphosphonate einen vielversprechenden Ansatz zur Prävention von Metastasen und zur Prophylaxe der therapieinduzierten Osteoporose dar.

- In Folge der Primärbehandlung (Chemo-/Strahlentherapie) kommt es u.a. zu folgenden dauerhaften Gesundheitsschäden: Lymphödem, Fatigue, vorzeitige Amenorrhö (Beeinträchtigung Fertilität), dauerhafte Schädigung des Herzens, Polyneuropathie, Anämie.
- Folgende häufig auftretende Nebenwirkungen der antihormonellen Therapie sind bekannt und ausreichend dokumentiert. Sie beeinträchtigen in erheblichem Maße die Lebensqualität der Betroffenen, da sie andauernd fortbestehen. Außerdem erfordern sie zusätzliche ärztliche Überwachung/Behandlung:
 - o Klimakterisches Syndrom (vegetativ: Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Schwindel, Kopfschmerzen; psychisch: Schlaflosigkeit, Depression, Verlassenheitsängste, Reizbarkeit, Nervosität, Antriebsarmut, Konzentrationsschwäche; organisch: Organinvolution, Stoffwechseleränderungen)
 - o Knochenschmerzen / Osteoporose
 - o trockene Scheide

Außerdem erfordern folgende Nebenwirkungen eine regelmäßige ärztliche Überwachung bzw. Vorsorgemaßnahmen:

- o Trübungen der Augenlinse, Netzhautveränderungen
- o Thromboembolien
- o Wucherungen der Gebärmutter Schleimhaut (selten auch bösartige Tumore)
- o Kieferosteonekrose (in Folge Bisphosphonattherapie)

Für die Langzeitüberlebenden mit Brustkrebs ist es nicht hinnehmbar, dass die zuvor genannten Punkte sowie die psychischen Auswirkungen der Erkrankung und des Lebens mit dem Langzeitrisiko keinen ausreichenden Niederschlag in der gesetzlichen Regelung finden.

Da die Praxis der Landesversorgungsämter in Deutschland sich nach den gesetzlichen Vorgaben richten muss, sind diese Vorgaben aus unserer Sicht dringend zu ändern und dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft anzupassen.

Wir fordern die Abschaffung der fünfjährigen Heilungsbewährung, die Anerkennung als chronische Erkrankung und eine auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende differenziertere Einstufung sowie daraus resultierende Festlegung des Grades der Behinderung von mindestens 50.