

Brustzentren – warum?

von PD Dr.med. Christoph Rageth

aus Bulletin 79 Iwz

- Ist die Behandlung an kleineren Spitälern auch in der Schweiz schlechter?
- Sind wirklich viele Patientinnen, welche Brustkrebs haben, ungenügend behandelt?
- Wie kann eine Patientin sicherstellen, dass sie die beste Behandlung erhält?

Dies sind Fragen, welche man sich letzten August nach einer Sendung in „10vor10“, an welcher Resultate der Schweizer Studie „Patterns of Care“ diskutiert wurden, stellen muss.

Vorab dieses: Die Spitäler sind in der Schweiz insgesamt auf einem guten Ausrüstungsstand. Wenn die Behandlung nicht optimal ist, hat dies mit der Ausbildung und dem Engagement der Ärztinnen und Ärzte und kaum etwas mit der Grösse des Spitals zu tun. Ungenügend weitergebildete Ärzte an grossen Spitälern sind sicher das grössere Problem als die Spitalgrösse allein. Um heraus zu finden, wo man die beste Behandlung erhält, wendet man sich am besten an seinen Hausarzt oder die Hausärztin. Natürlich hilft hier auch der reichhaltige Erfahrungsschatz von Betroffenen – insbesondere von Mitgliedern des Vereins „Leben Wie Zuvor“. Brustzentrum Flyer sind zum Teil irreführend – vor allem dann, wenn nicht die konkreten Zahlen pro Radiologe und pro Operateur bekannt gegeben werden. Weil der Begriff Brustzentrum in der Schweiz nicht geschützt ist, kann man sich nicht einfach an ein solches Zentrum wenden und sehr oft sind z.B. Gynäkologinnen und Gynäkologen anderen spezialisierten Einheiten angeschlossen und leisten ausgezeichnete Arbeit ohne dass sie sich Brustzentrum nennen.

Behandlungsqualität und „case load“

Der „case load“ bedeutet Anzahl der behandelten Fälle. Diese Zahl kann pro Spital oder pro Operateur/-in berechnet werden. Über 125 bedeutet bei der Brustkrebsbehandlung für ein Spital viel (bzw. „genug“), unter 50 wenig. Pro Operateur gilt eine Grenze von 30-50 neu erkrankten operierten Patientinnen.

Die Frage, ob ein einzelner Arzt oder eine einzelne Ärztin oder ein kleines Spital die Erkrankungen der Brust nicht auch genauso gut behandeln können, wurde in verschiedenen Untersuchungen in den 90-er Jahren abgeklärt und alle Untersuchungen kamen zum gleichen Ergebnis: die Behandlung von Brustkrebs an Einheiten mit kleinerem case load ist leider mit einer erhöhten Sterblichkeit nach 5 Jahren verbunden. Auch die Ergebnisse der Schweizer Studie "Patterns of

Care“ aus dem Jahre 2009 zeigen leider ebenfalls, dass die Brustbehandlung je nach Region verschieden ist und dass ein Drittel der Brustkrebspatientinnen eine ungenügende Behandlung erhalten (z.B. Brustoperation ohne zu wissen, ob die Veränderung gut- oder bösartig ist, vollständige Lymphknotenoperation bei nicht befallenen Lymphknoten anstelle einer Wächter-Lymphknotenoperation, keine Bestrahlung nach Brust-Entfernung wenn dies aufgrund der Tumorgrosse doch nötig gewesen wäre, keine Besprechung an einer interdisziplinären Tumorkonferenz). Ob dadurch auch die Sterblichkeit beeinflusst wurde, kann man in dieser Untersuchung nicht mit Sicherheit sagen, weil die Studie dies bisher nicht untersuchen konnte. Immerhin wurden die heutigen Standards nicht überall befolgt und während z.B. Genf und das Wallis (wo kürzlich die Mammografie Vorsorge und damit verbundene Strukturen im Gesundheitssystem eingeführt wurden) sehr gut abgeschnitten, sind die Ostschweizer Kantone offenbar weniger gut versorgt.

Die Abklärung und Behandlung von Brusterkrankungen ist komplex geworden

Je komplexer ein medizinisches Gebiet wird, desto eher braucht es Ärztinnen und Ärzte, welche sich in diesem Gebiet spezialisieren. Dies trifft im Besonderen für die Brust zu, denn hier haben sich die Abklärungs- und Behandlungsmethoden in den letzten Jahrzehnten stark verfeinert. Brusterhaltende Operationen, Wächter-Lymphknotenoperationen, stereotaktische Vakuumbiopsien und andere Punktionsmethoden, Ultraschall und MRI für Brust-Abklärung und – Behandlung waren vor 30 Jahren noch unbekannt. Die Abklärung und Behandlung der Brusterkrankungen ist zusätzlich dadurch kompliziert, dass sich verschiedene Disziplinen (v.a. Radiologie, Gynäkologie, Chirurgie) sozusagen „im Nebenamt“ darum bemühen: Frauenärztinnen und Frauenärzte sind auch für Geburten, Sterilitätsfälle, gynäkologische Leiden und Probleme der Abänderung zuständig. Chirurgen operieren nicht nur an der Brust, sondern z.B. auch an den Bauchorganen oder der Lunge und die Radiologen sind für bildgebende Verfahren des gesamten Körpers zuständig. Die Herausbildung einer eigenen Spezialität, der „Senologie“ – zusammengesetzt aus „le sein“ (f) die Brust und „-logie“ – die Lehre – gibt es bisher nicht. Deshalb ist es naheliegend, dass man die besten Erfolge in der Behandlung von Brusterkrankungen dann erzielt, wenn verschiedene Disziplinen unter einem Dach zusammenarbeiten.

Was bedeutet der Begriff Brustzentrum

Seit 10 Jahren gibt es schriftliche Anforderungen der EUSOMA (Europäische Vereinigung von Brustspezialisten – European Society of

Mastology), welche Bedingungen ein Brustzentrum erfüllen soll und seit 2004 führt diese Vereinigung auch Zertifizierungen durch (in der Schweiz sind dies das Tessiner Brustzentrum (ein Zusammenschluss der öffentlichen Spitäler von **Lugano, Locarno und Bellinzona**) und das Brustzentrum Zürich (ein Zusammenschluss der **Universitätsfrauenklinik** mit dem **Brust-Zentrum Seefeld**). Seit 2003 gibt es ähnlich lautende Bedingungen der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) und der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), welche auch bereits ca. 200 Zentren zertifiziert haben. Zwei davon sind in der Schweiz: **Kantonsspital Luzern** und **Kantonsspital Baden**. Weitere Einheiten bereiten die Zertifizierung vor, aber die meisten Stellen, welche sich „Brustzentrum“ nennen, oder einen ähnlichen Begriff verwenden, erfüllen die Zertifizierungsbedingungen (noch) nicht. Der Begriff „Brustzentrum“ ist nicht geschützt. Es ist auch schwierig (und z.T. sehr teuer – bei der DGS/DKG betragen allein die externen Kosten weit über sfr. 50'000.-), alle Bedingungen dieser Gesellschaften zu erfüllen, weshalb es bisher nur die 4 erwähnten Einheiten geschafft haben, sich zu zertifizieren.

Eine schweizerische Lösung

Die Schweizerische Gesellschaft für Senologie (SGS) hat in den letzten 4 Jahren intensiv daran gearbeitet, auf die Schweiz zugeschnittene Brustzentrums-Richtlinien zu erarbeiten und konnte diese Arbeit im September 2009 mit einer letzten Einigungsverhandlung mit den verschiedenen Fachgesellschaften abschliessen. Anfang 2010 wird nun die SGS zusammen mit der Schweizerischen Krebsliga (SKL) Zertifizierungen ausschreiben und durchführen.

Und dies sind die Kriterien eines Brustzentrums:

Verschiedene Disziplinen unter einem Dach.

Und deshalb müssen Brustzentren als zweite Bedingung eine **interdisziplinäre Tumorkonferenz** haben, an welcher die verschiedenen Spezialisten jeden Fall nach der Operation besprechen. Die Schweizerische Gesellschaft für Senologie fordert auch, dass die Fälle bereits **vor einer Operation** in einer Konferenz besprochen werden sollen.

Die Mitglieder der Tumorkonferenz sind **Kernteammitglieder** und müssen eine grosse Erfahrung ausweisen. Beispielsweise müssen zwei chirurgisch ausgebildete Aerzte vorhanden sein, welche mindestens **50 Erstoperationen an neuen Brustkrebspatientinnen pro Jahr** durchführen sollen. Für die Schweiz schien diese Forderung etwas zu hoch, weshalb die SGS diese Zahl auf 30 Eingriffe festgelegt hat. Für das gesamte Brustzentrum soll eine **Minimalzahl von 150 Brustkrebs-Erstbehandlungen** ausgewiesen werden. Auch hier beschloss die SGS,

die Bedingungen an die Schweiz anzupassen und legte diese Zahl auf 125 fest.

Weitere personelle Forderungen betreffen das **Vorhandensein einer breast care nurse** (speziell ausgebildete Brustschwester), weil erkannt wurde, dass viele Fragen der Patientinnen während dem Arztgespräch zu kurz kommen. Auch **eine Psychologin oder ein Psychologe** soll Mitglied des Teams sein, damit die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme dieses Dienstes nicht zu gross wird.

Von zentraler Bedeutung ist auch die **Qualitätssicherung**, weshalb das Brustzentrum über **eine Datenbank**, in welcher alle Fälle dokumentiert werden, und eine **Datamanagerin** sowie ein entsprechendes Budget verfügen muss. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Qualität der Leistungen in einer überprüfbaren Form dokumentiert werden und für Vergleiche zwischen den Institutionen herangezogen werden kann.

Es gibt noch viele weitere Forderungen an die apparative und personelle Ausrüstung und die Erfahrung der MitarbeiterInnen, aber was noch speziell erwähnt sein muss, sind die Anforderungen an die Wartezeiten, welche nicht zu lang sein dürfen.

Ein „Brustzentrum“ ist auch nur dann ein Brustzentrum, wenn **Mammografie, Ultraschall, Punktion und Befundbesprechung unter einem Dach und zu einem einzigen Zeitpunkt stattfinden** können.

Es ist geplant, in der Schweiz ca. 15 Brustzentren nach SGS/SKL zu zertifizieren und diese 15 Einheiten müssen dann auch Bedingungen einhalten, nach welchen sie mit externen Stellen (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie kleinere Spitäler) zusammenarbeiten. So soll sichergestellt werden, dass Ärztinnen und Ärzte sowie kleinere Spitäler – wenn sie gute Arbeit leisten – nicht von der Abklärung und Behandlung von Brustpatientinnen ausgeschlossen werden. Dies ist denn auch das Spezielle an der Schweizer Richtlinien, nämlich die Definition von Ärztenetzwerken.

PD Dr. med. Christoph Rageth
Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie