

Brustzentren in der Schweiz

(Teil 2)

Anforderungen und Umsetzungsbeispiele

Die European Society of Mastology (EUSOMA) hat 1998 Kriterien für ein Brustzentrum in Europa aufgestellt mit dem Ziel, allen Frauen optimale diagnostische und therapeutische Leistungen bei Brustkrebs zu ermöglichen. Wie in Teil 1* erläutert, kann in der Schweiz (u.a.) aus historisch gewachsenen Gründen keine 1:1-Umsetzung dieser britisch geprägten Kriterien erfolgen. Eine Annäherung ist dennoch notwendig und realisierbar, zumal sich hier zu Lande in den letzten Jahren verschiedene senologisch aktive Leistungserbringer vereinigt haben mit den Zielen der Qualitätssicherung sowie der Beweisführung der Effektivität von Diagnostik und Eingriffen für die Krankenkassen und das BAG.

OSSI R. KÖCHLI, RENZO BRUN DEL RE

Die aufgeführten Zentren, Institute und Praxen, welche an der gesamtschweizerischen Evaluation mit Meldung ans BAG teilnehmen, stellen bereits heute Versorgungseinheiten – im Sinne von «Quasi-Brustzentren» – dar. Sie sind jedoch unterschiedlich gross und unterschiedlich ausgerüstet. Es gibt erhebliche Differenzen in öffentlichen wie auch in privaten Institutionen. Einige schweizerische Zentren an privaten oder öffentlichen Institutionen erfüllen jedoch bereits heute weit gehend die EUSOMA-Kriterien, andere sind erst in Planung oder in der Entstehung. An den Universitäten werden teilweise grössere Mammaspreekstunden geführt, teilweise sind auch getrennte Brustzentrumseinheiten eröffnet worden.

Von einem schweizerischen Zentrum sollte gefordert werden, dass

- ▲ interdisziplinär vernetzt gearbeitet wird
- ▲ die technischen Leistungen zentral im Zentrum erbracht werden
- ▲ alle modernen Techniken für die Diagnostik und Therapie zur Verfügung gestellt werden
- ▲ seine Mitglieder sich wöchentlich für Fallbesprechungen im Sinne eines Mammaboads oder Mammakolloquiums treffen.



Abbildung 1a und 1b: Minimalinvasive Axillachirurgie mittels der Sentinelchirurgie. Präoperativ wird mittels eines radioaktiven Stoffes und eines Detektorsystems (z.B. Navigator® siehe Bild 1b) und unter Verwendung eines Blaufarbstoffes und mit digitaler Palpation der so genannte Sentinel-, Wächter- oder Pförtner-Lymphknoten (Abbildung 1a) gesucht beziehungsweise bestimmt und entfernt. Der Knoten wird somit gesehen, gehört und gefühlt! (siehe auch www.sentinelnode.ch)

* SZO 1/2003, Seiten 12 bis 17.

Tabelle 1a:

BIRADS™ für die Abschätzung des Malignitätspotenzials von Brustbefunden in der Mammografie

Kategorie	Erklärung
<i>a: Mammografische Beurteilung ist unvollständig:</i>	
0	Zusätzliche Bildgebung erforderlich
<i>b: Mammografische Beurteilung ist vollständig:</i>	
I	Negativ Normales Erscheinungsbild
II	Gutartiger Befund Mammografisch erkennbare Veränderung, welche sicher gutartig ist
III	Wahrscheinlich gutartiger Befund Wahrscheinlich gutartiger Befund – Verlaufskontrollen mit kurzem Intervall ratsam; < 2% Malignität
IV A–C	Suspekte Veränderung Kein charakteristischer, aber möglicher Hinweis auf Malignität (A: wenig verdächtig, B: mittlere Wahrscheinlichkeit der Malignität, C: höhere Wahrscheinlichkeit der Malignität, aber kein klassisches Muster für Malignität, Biopsie sollte in Erwägung gezogen werden)
V	Hochgradiger Verdacht auf Bösartigkeit Hohe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines Karzinoms: > 95% Malignität
VI	Bioptisch nachgewiesene Malignität Sicher maligne, weil bioptisch nachgewiesen (vor definitiver Therapie): 100% Malignität

Tabelle 1b:

BIRADS™ für die Abschätzung des Malignitätspotenzials von Brustbefunden im Ultraschall

Kategorie	Erklärung
<i>a: Sonografische Beurteilung ist unvollständig:</i>	
0	Zusätzliche Bildgebung erforderlich
<i>b: Sonografische Beurteilung ist vollständig:</i>	
I	Negativ Normales Erscheinungsbild
II	Gutartiger Befund Sonografisch erkennbare Veränderung ohne Hinweis auf das Vorliegen einer malignen Läsion: z.B. einfache Zyste
III	Wahrscheinlich gutartiger Befund Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit gutartige Veränderung; Malignitätsrisiko: bis 2%
IV	Suspekte Veränderung Kein charakteristischer, aber möglicher Hinweis auf Malignität Malignitätsrisiko: 3–94%
V	Hochgradiger Verdacht auf Bösartigkeit Hohe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines Karzinoms Malignitätsrisiko: 95% und höher
VI	Bioptisch nachgewiesene Malignität Sicher maligne, weil bioptisch nachgewiesen (vor definitiver Therapie): 100% Malignität
<i>Anmerkung:</i> Die von Stavros seit einigen Jahren geforderte Kategorisierung in IV a und IV b wurde von der BIRADS-Kommission 2003 nicht übernommen, kann aber in der Praxis angewendet werden.	
IVa	Wenig suspekte Veränderung Kein charakteristischer, aber möglicher Hinweis auf Malignität Malignitätsrisiko: 3–49%
IVb	Mässig suspekte Veränderung Kein charakteristischer, aber möglicher Hinweis auf Malignität Malignitätsrisiko: 50–94%

Senologische Diagnostik und Therapie

Für eine moderne senologische Diagnostik und Therapie haben sich in den letz-

ten fünf Jahren vor allem drei neue Techniken beziehungsweise Interventionen entwickelt:

1. Die minimalinvasive Diagnostik von

nichtpalpablen Läsionen nach stereotaktischer Lokalisation mittels des Mammutome®-Biopsiesystems und anderer Systeme (vgl. *Abbildung 1*)

- Die minimalinvasive Diagnostik von ultrasonografisch erkennbaren Läsionen mittels der Mammutome-Handheld®-Biopsie
- Die minimalinvasive Axillachirurgie mittels der Sentinelchirurgie (*Abbildung 1*).

Qualitätserfassung als Grundlage zur Qualitätssicherung

Im Rahmen der gesamtschweizerischen prospektiven Erhebung der anonymisierten Daten der minimalinvasiven Diagnostiken werden Indikationen, Biopsieart, präoperative radiologische und sonografische Beurteilung, Histologie, Komplikationen und Kosten evaluiert. Bei der Beurteilung der radiologischen und sonografischen Befunde werden die gebräuchlichen Kriterien des amerikanischen College of Radiology beziehungsweise die so genannten BIRADS™-Kriterien benutzt. Jeder Befund wird präoperativ kategorisiert und schliesslich histologisch evaluiert, womit eine maximale individuelle Qualitätskontrolle möglich ist.

Die erste aktuelle Erfassung hat ergeben, dass in der Schweiz bereits über 2000 solcher minimalinvasiver Eingriffe durchgeführt worden sind. Diese Eingriffe definieren auch im europäischen Vergleich bereits einen neuen Standard und verdrängen die offene Biopsie mehr und mehr. Die BIRADS™-Kategorisierung ermöglicht sowohl bei den mammografischen wie auch bei den ultrasonografischen Befunden eine Abschätzung über das potenzielle Malignitätsrisiko (siehe *Tabelle 1*). Neuerdings wurde die BIRADS™-Kategorisierung analog auch für die MRI-Befundung übernommen. Auch hier erfolgt die Einteilung in die Kategorien 0–VI. Bei der MRI-Klassifikation verfügt man noch über wenig klinische Erfahrung. Sie wird deshalb hier noch nicht dargestellt.

Seit der Veröffentlichung der neuen BIRADS™-Kategorisierung Ende 2003 ist es erstmals möglich, alle Mammabefunde entsprechend der gleichen konsequent eingehaltenen Einteilung zu kategorisieren. Gerade für den Vergleich von



Abbildung 2: Giotto-Mammografieeinheit mit möglicher Umwandlung mit dem Mammobed zur operativen Einheit für die minimalinvasive Chirurgie mit Stereotaxie. Im BrustCentrum Zürich-Bethanien wird diese Technik bereits erfolgreich eingesetzt.

prätherapeutischer Abschätzung und definitiver Histologie ist eine solche generelle Einteilung wünschenswert und hilft auch für die Beratung der Patientinnen in der Schweiz.

Umsetzungsbeispiele der EUSOMA-Kriterien

Nachfolgend werden zwei Beispiele für interdisziplinäre Brustzentren in der Privatmedizin mit weit gehender Umsetzung der EUSOMA-Kriterien gegeben. Für die vollständige Liste der Leistungserbringer sei auf die SZO 1/03 hingewiesen. Dargestellt werden soll, dass in praxi auch in der Schweiz eine solche erfolgreiche Zusammenarbeit bereits besteht (Tabelle 2).

Eines der wichtigsten Merkmale eines Brustzentrums ist die nötige interdisziplinäre Zusammenarbeit. Das Team muss dabei nicht nur formell interdisziplinär sein, sondern die Zusammenarbeit muss auch in praxi regelmässig stattfinden. Die ist nur mit wöchentlichen Kolloquien möglich. Beim Aufbau eines Zentrums sind die örtlichen Gegebenheiten und die bestehenden Infrastrukturen zu berücksichtigen. Ziel muss es sein, die Leistung zu optimieren und unter gemeinsamer Benützung von Know-how und Infrastruktur die Patientinnen individuell richtig zu behandeln.

Bewährtes Zuweisungsprinzip und Dienstarztprinzip

An beiden Zentren hat sich das Zuweisungs- und Dienstarztprinzip bewährt (Ta-

belle 2). Der Dienst wird wöchentlich unter einer Kerngruppe von Mitgliedern organisiert. Damit wird eine Erreichbarkeit während des ganzen Jahres ermöglicht. Notfälle und Semi-Notfälle werden noch am selben Tag oder innerhalb von kürzester Zeit vom Dienstarzt oder einem Mitglied des BrustCentrums beurteilt beziehungsweise behandelt. Die Zuweisungen erfolgen ent-

weder über den Dienstarzt oder direkt an ein Mitglied des Teams. Damit ist eine hohe Akzeptanz der Zuweiser gewährleistet und bewährte Kooperationen können beibehalten werden. Alle zu behandelnden Fälle werden am wöchentlichen Kolloquium besprochen und erhalten so immer eine oder mehrere interdisziplinäre «Second Opinions». Eine Tatsache, die auch die Patientinnen sehr schätzen und die möglich ist, weil am Mammakolloquium immer ein interdisziplinäres Team vorhanden ist, das sich folgendermassen zusammensetzt:

1. Gynäkologe
2. Radiologe
3. Zytologe
4. Pathologe
5. Gynäkologischer Onkologe
6. Medizinischer Onkologe
7. Plastischer Chirurg
8. Radioonkologe (BE).

Schlussfolgerungen

Obwohl die «Zentritis» in der Medizin in letzter Zeit überhand genommen hat (und «fast jeder sein eigenes Zentrum eröffnet hat»), ist die Forderung nach interdisziplinären Brustzentren in Europa, aber auch in der Schweiz sinnvoll. Im schweizerischen senologischen Versorgungssystem mit einem sehr speziellen Medizinalwesen, vielen Belegärzten und Privatkliniken, Regionalspitälern und einer nur sehr mässigen Zentralisierungsmöglichkeit scheint die 1:1-Umsetzung der EUSOMA-Kriterien schwierig und problematisch. Aus diesem Grund müs-

sen eigene, für die Schweiz adaptierte Bedingungen für Brustzentren gefordert werden. Die Schweizerische Gesellschaft für Senologie beschäftigt sich bereits damit. Die Förderung von Brustzentren ist nötig und wird die Versorgung der Patientinnen verbessern. Die Begründung liegt auf der Hand: Interdisziplinarität, Zweitmeinungskonzept, Vernetzung der Abläufe in Diagnostik und Therapie, höherer «Case Load» sowie bessere Forschungsmöglichkeiten in Klinik und Praxis.

Es gilt jedoch zu betonen, dass in der Schweiz heute jeder sein Brustzentrum eröffnen darf, denn der Name ist nicht geschützt. Es ist deshalb sinnvoll, dass wir auch in der Schweiz klare Richtlinien für diese Bezeichnung brauchen. Bis dies soweit ist, sollte die zuweisende Ärztin oder der zuweisende Arzt sich ein Bild machen über das Angebot der einzelnen Zentren. Für eine moderne chirurgische beziehungsweise diagnostische und therapeutische Behandlung von Brust-erkrankungen ist zu fordern, dass ein Brustzentrum unter anderem die drei vorne beschriebenen Interventionen im eigenen Zentrum durchführen können sollte, da ansonsten der Anspruch ein Brustzentrum zu sein hoch gegriffen erscheint. Ebenso ist obligat zu fordern, dass ein interdisziplinäres Team sich wöchentlich tatsächlich trifft, um die Fälle prä-, peri- und postoperativ zu besprechen. Der Einzelkämpfer ist out! ▲

Prof. Dr. med. Ossi R. Köchli
 Ärztlicher Leiter BrustCentrum Zürich-Bethanien
 8001 Zürich
 E-Mail: info@brustcentrum.ch
 Internet:
 Klinik: www.BrustCentrum.ch
 Praxis: www.drkoechli.ch

Prof. Dr. med. Renzo Brun del Re
 Ärztlicher Leiter des Brustzentrums
 Lindenhofspital Bern
 3011 Bern
 E-Mail: renzo.brundelre@hin.ch
 Internet:
 Klinik: www.lindenhofspital.ch
 Praxis: www.brun-del-re.ch

Literatur beim Verfasser

Tabelle 2:

Umsetzungsbeispiel des Konzepts des BrustCentrums Zürich-Bethanien und des Brustzentrums Lindenhof Bern nach EUSOMA-Kriterien:

	EUSOMA-Anforderungen	BrustCentrum Zürich-Bethanien	Brustzentrum Lindenhofspital Bern (Lit.: Akzente, Lindenhofspital 2001)
Anzahl neu diagnostizierter Mammakarzinome pro Jahr	> 150	erfüllt	erfüllt
Ärztliche Leitung	ja	erfüllt	erfüllt
Speziell ausgebildete chirurgische Teammitglieder	≥ 2	erfüllt, mit mehreren ÄrztInnen mit abgeschlossener Weiterbildung an grossen oder universitären senologischen Abteilungen; mit Spezialfortbildungen auf dem Gebiet der minimalinvasiven Brustchirurgie und der Sentineltechnik	erfüllt: 14 ÄrztInnen, 10 mit abgeschlossener Weiterbildung an universitären senologischen Abteilungen 8 ÄrztInnen mit Fortbildung in der Sentineltechnik
Operationen bei Brustkrebs	> 50	erfüllt	erfüllt
Radiologen mit spezieller Weiterbildung und Fortbildung im senologischen Einsatz der bildgebenden Methoden	≥ 2	5	6
Anzahl Mammografie pro Jahr	≥ 5000	erfüllt mit weit > 5000	6700
Plastischer Chirurgie	fakultativ	2	1
Pathologie mit Schwerpunkt Mammopathologie	I	Pathologieinstitut Enge Zürich: > 700 Pat./Jahr	Gemeinschaftspraxis Pathologie Länggasse Bern > 900 Pat./Jahr
Teilnahme des Pathologen am Tumorboard	ja	ja	ja
Onkologen, medizinische oder gynäkologische Strahlentherapeuten	I	4	4
	I	Kooperationen in der näheren Umgebung	4 Radioonkologen und 2 Bestrahlungseinheiten im Haus
Wartezeit für neue Patientinnen	≤ 10 Tage	24-Stunden Dienst während 365 Tagen	24-Stunden Dienst während 365 Tagen
Mammografie	ja	ja	ja
Radiologische Lokalisierung	ja	ja	ja
Ultraschall	ja	ja	ja
MRI	fakultativ	ja	ja
Minimalinvasive, bildgesteuerte Mammabiopsien	fakultativ	stereotaktische radiologisch gesteuerte Mammotome®-Biopsien auf multifunktionellem Giotto-Gerät®, ultraschallgesteuerte Mammotome®-Biopsien, stereotaktische, radiologisch gesteuerte Trucut-Biopsien und Drahtmarkierungen	stereotaktische radiologisch gesteuerte Mammotome®-Biopsien, stereotaktische radiologisch gesteuerte ABBI®-Biopsien, ultraschall-gesteuerte Mammotome®-Biopsien, stereotaktische, radiologisch gesteuerte Trucut-Biopsien und Drahtmarkierungen
Strahlentherapie	Zusammenarbeit mit Strahlentherapie eventuell extern	Kooperation	2 Bestrahlungseinheiten integriert im Spital
Chemotherapie	ambulant und stationär	ambulant und stationär	ambulant und stationär
Palliative Pflege	Zuweisungsmöglichkeit	erfüllt in Klinik und Praxis	integriert im Spital
Psychologischer Support	Zuweisungsmöglichkeit	erfüllt	erfüllt
Tumorboard	wöchentlich	wöchentlich Gynäkologen, plastische Chirurgen, Radiologen, Pathologen, Onkologen, Zytologen	wöchentlich Gynäkologen, plastische Chirurgen, Radiologen, Pathologen, Onkologen, Strahlentherapeuten
Persönliche individuelle Betreuung	erwünscht soweit möglich	garantiert, Kompetenz dank Ärztenetz	garantiert, Kompetenz dank Ärztenetz
Forschung	erwünscht	Teilnahme an Multizenterstudien, Betreuung von Doktoranden durch einzelne habilitierte Teammitglieder	Betreuung von Doktoranden durch das Team
Teaching	erwünscht	regelmässige Fortbildungen und Workshop-Organisation sowie universitäre Lehraufträge	Fortbildung und Workshops organisiert durch das Brustteam. Langjähriges Teaching durch den Leiter
Qualitätskontrolle	ja	Teilnahme am Qualitätskontrollprogramm «minimalinvasive Brusteingriffe» unter Aufsicht des Bundesamtes für Sozialversicherungen	Teilnahme am Qualitätskontrollprogramm «minimalinvasive Brusteingriffe» unter Aufsicht des Bundesamtes für Sozialversicherungen