

Brustzentren in der Schweiz

Vor- und Nachteile sowie Lösungsmöglichkeiten



BEAT THÜRLIMANN

Im medizinischen Bereich hat sich vor allem die Rolle des chirurgischen Managements der Axilla geändert. Im Bereich der Radioonkologie wurde mit der erfolgreichen Evaluation der partiellen Brustbestrahlung und der Einmalbestrahlung für niedrige Risiken ein neues Feld betreten. Die Neuerungen im Bereich der medizinischen Onkologie sind sowohl konzeptionell als auch durch die

« Die Zentralisierung der Leistungserbringung sowie die strikte Qualitätskontrolle beinhaltet nicht unerheblichen regionalpolitischen, wirtschaftlichen und fachspezifischen Zündstoff. »

laufend neuen Indikationen von Medikamenten enorm. In der Konzeption der adjuvanten Behandlung ist vor allem der Übergang von der risikoadaptierten zur massgeschneiderten Behandlung (tailored therapy) zu erwähnen. Diese Änderung im Denken ist bei der praktischen Umsetzung noch recht mühevoll. Von den neuen Medikamenten spielen zurzeit Trastuzumab, Lapatinib und Bevacizumab und deren Platz in den bereits vorhandenen Therapiekombinationen die wichtigste Rolle. Alle diese Verbesserungen gehen mit einer Zunahme der Komplexität und auch meist mit erhöhten Kosten einher. Dagegen fallen – durch die besseren Behandlungsergebnisse in der adjuvanten Situation – weniger Kosten in der Palliation an.

Die Veränderungen in der Senologie während der letzten Jahre sind enorm. Einerseits betreffen diese das Patientenmanagement in Prävention, Diagnostik und Therapie, andererseits das Heraustreten des medizinischen Managements in die «Public-Health-Sphäre». Damit betreten Mediziner weitgehend unbekanntes Gelände, gelten doch im Public-Health-Bereich andere Regeln als in der Klinik eines Krankenhauses oder in einer Praxis. Das Für und Wider um die Etablierung von zertifizierten Brustzentren in der Schweiz wird im Folgenden aus verschiedenen Perspektiven diskutiert.

Bedeutung und Anforderungen

Um diese neuen – meist teureren – Therapien zielgerichtet einsetzen und auch um die optimale Betreuung der Patientin gewährleisten zu können, ist eine enge interdisziplinäre Behandlung bereits zu Beginn mit dem Erstellen des Therapieplanes sinnvoll. Diese geschieht am besten in einem Brustzentrum. Dieses erfüllt die entsprechenden Anforderungen bezüglich der Ausbildung und Fähigkeiten des Personals und der übrigen Infrastruktur sowie bezüglich der medizinischen und administrativen Abläufe und der Qualitätssicherung. Dabei steht die kritische Masse im Vordergrund, welche die besten Voraussetzungen für optimale Behandlungsergebnisse bietet. Zudem bestimmt nicht nur die Anzahl der Operationen eines einzelnen Chirurgen oder die Anzahl der Mammografien für den Radiologen, sondern der «Gesamt-Case-load» für das interdisziplinäre Behandlungsteam als Ganzes die Qualität in Diagnostik und Therapie.

Strukturierte und qualitätskontrollierte Ablaufprozesse sind in anderen Bereichen des öffentlichen Lebens mit grossem Gefahrenpotenzial bekannt (z.B. Luftverkehr), aber auch in der Medizin (z.B. Notfallstation bei Polytrauma, Intensivstation, Anästhesie usw.). Es ist sinnvoll, diese Massnahmen auch bei der lebensbedrohlichen Krankheit Brustkrebs einzusetzen. Dies erfordert beträchtliche Änderungen an den Strukturen und Betriebsabläufen in vielen Spitälern und Praxen. Die Zentralisierung der Leistungserbringung sowie die strikte Qualitätskontrolle beinhaltet nicht unerheblichen regionalpolitischen, wirtschaftlichen

und fachspezifischen Zündstoff. Letztlich sollten diese Differenzen jedoch immer überwunden werden können, da die Patientin im Mittelpunkt steht und man sich bei den kritischen Entscheidungen fragt: Was ist das Beste für die bei uns behandelten Patientinnen?

Medizinische und gesundheitspolitische Motive

Die Vor- und Nachteile der Brustzentren werden je nach Perspektive der Beteiligten natürlich verschieden wahrgenommen. Die Erwartungen, welche mit Brustzentren verknüpft sind, sind nicht nur für die Beteiligten verschieden, die Vor- und Nachteile können für diese Beteiligten auch diametral entgegengesetzt sein. Wichtige Stakeholder sind gesunde Frauen, Patientinnen, die üblicherweise acht beteiligten Fachdisziplinen in einem Brustzentrum, der Betreiber des Brustzentrums sowie die öffentliche Hand, die Politik und Medien. Zwei historische Tendenzen sind herauszustellen:

▲ Brustzentren wurden ursprünglich in den USA gegründet aus Einsicht in die Notwendigkeit einer institutionalisierten und strukturierten, interdisziplinären Zusammenarbeit zur vollumfänglichen medizinischen Behandlung und Betreuung von Brustkrebspatientinnen. Die Initiative ging von einem Arzt mit medizinischen Motiven aus. Da die stark strukturorientierte Organisation der Spitäler (damals und auch heute noch vielerorts) dieses Konzept kaum zulies, hat Mel Silverstein das erste Brustzentrum auf privater Basis gegründet (in einem Vorort von Los Angeles, Van Nuys).

Sein Ziel war die optimale Betreuung der Brustkrebspatientinnen in ihrer individuellen Situation.

- ▲ Später wurden Brustzentren in Europa und in anderen angelsächsischen Ländern vor allem dort neu eingeführt, wo das Gesundheitswesen praktisch vollständig auf Staatsmedizin basiert. Dabei ging es vor allem um den optimalen Einsatz der vorhandenen Mittel. Der Kostenträger (Staat) hat also aus gesundheitspolitischen Gründen – «mehr Qualität für das gleiche Geld» – die Initiative für die Etablierung von Brustzentren ergriffen. Diese Initiative wurde in den letzten Jahren auch in anderen Ländern aufgegriffen und sollte beispielsweise in der EU flächendeckend eingesetzt werden. Dies geschah aus der politischen Überlegung heraus, dass die Mortalitätszahlen für Brustkrebs in den verschiedenen EU-Regionen sich stark unterscheiden. Diese Unterschiede sollten durch Brustzentren ausgeglichen respektive die Situation verbessert werden. Die Initiative wurde von der EU-Kommission unterstützt und vom EU-Parlament verabschiedet. Einige Länder, darunter Deutschland, implementieren das System, in Baden-Württemberg beispielsweise inzwischen flächendeckend. Hier darf Brustkrebs nur noch in akkreditierten Brustzentren behandelt respektive muss durch die Krankenversicherungen bezahlt werden.

Perspektive der Frauen und der Leistungserbringer

Aus Sicht der Frauen respektive Patientinnen und der Leistungserbringer zeigen sich verschiedene Vor- und Nachteile der Brustzentren.

Vorteile: Die strikten Qualitätsvorgaben bezüglich Infrastruktur, Ausbildung und Erfahrung der medizinischen Fachpersonen sowie deren kontinuierlich erhaltener Fähigkeiten («skills») durch einen «Mindest-Workload» garantieren eine optimale Behandlung. Eine geografische Zentralisierung der medizinischen Betreuung bei der individuell wie volkswirtschaftlich wichtigen wie häufigen Krankheit Brustkrebs kann in unseren dicht bevölkerten und verkehrsmässig gut erschlossenen Agglo-

merationen meist gut in Kauf genommen werden.

Nachteilig bei dieser Zentralisierung kann sich auswirken, dass eine gewisse individuelle Betreuung und die Angebotsvielfalt eingeschränkt werden.

Für die Leistungserbringer führen die Vorgaben bezüglich der Qualität zu einem grösseren Dokumentationsaufwand. Ausserdem sind grössere Anstrengungen erforderlich, einem bestimmtem Minimalprozentsatz von Patientinnen die zum jeweiligen Zeitpunkt bestmögliche Therapie im Rahmen von klinischen Studien zukommen zu lassen. Dies bedeutet eine zusätzliche externe Qualitätskontrolle und fordert das interdisziplinäre Denken.

Andere Aspekte betreffen die Kosten: Von zunehmender Bedeutung für die Kostenentwicklung wird die optimale Anwendung teurer Behandlungsverfahren sein. Die Optimierung dieser Behandlungen setzt eine entsprechend ausgebaute Infrastruktur, grosses Wissen und breite Erfahrung der Fachpersonen (z.B. in der Sentinel-Technik, der intraoperativen Bestrahlung, in zielgerichteten Therapien, genetischen Tests, verschiedenen Methoden der plastischen Chirurgie u.v.m.) voraus. Damit wird die Behandlung in Brustzentren in Zukunft wohl eher kostengünstiger sein als in kleineren Einheiten, wo diese spezialisierten Kenntnisse, Fähigkeiten und Einrichtungen nicht oder kaum vorhanden sind.

Ein weiterer Nachteil (jedoch kaum für die Patientinnen) ist, dass mit den quantitativen und qualitativen Vorgaben für Brustzentren kleinere Behandlungsteams ihre Selbstständigkeit verlieren, die bisher – soweit dies aufgrund fehlender Statistiken überhaupt gesagt werden kann – «gute Arbeit» geleistet haben.

Bewertung der Situation in der Schweiz

Entstehung und Zertifizierung von Brustzentren ist eine Tatsache. Ob es uns gefällt oder nicht – wir als behandelnde Ärzte sollten an diesem Prozess teilnehmen, damit wir letztlich bestimmen können, was eine optimale Behandlung und Betreuung für unsere Patientinnen ist, und dies nicht den übrigen Stakeholdern überlassen bleibt. Die grössten Einfluss-

möglichkeiten in diesem sich selbst überlassenen Prozess hätten sonst wohl die Kostenträger (Krankenversicherungen, BSV und Kantone).

Ein wichtiges Element bei der Gestaltung der Brustzentren in der Schweiz wird sein, dass die Struktur und Funktion möglichst offen gehalten werden kann, sodass ein Brustzentrum auch eine Netzwerkstruktur um sich haben kann. Dabei kann ein Netzwerk ein Brustzentrum nicht ersetzen. Die Teilnehmer eines solchen Netzwerks um ein Zentrum könnten auf verschiedenen (Therapie-)Stufen Dienstleistungen in Zusammenarbeit mit dem Zentrum anbieten, ohne dass an der Qualität für Infrastruktur, Personal, Abläufe und Dokumentation Abstriche gemacht werden. Beispiele gibt es bereits in verschiedenen Ländern.

Die Zertifizierung von Brustzentren als «Alibiübung» sprich Zusammenarbeit bewährter Struktureinheiten mit einigen oberflächlichen Korrekturen und gemeinsamem Briefkopf und dem üblichen Hochglanzprospekt wird wohl kaum ausreichen. Dies wird zunehmend von Patientinnen und ihren Angehörigen erkannt. Echte Qualität wird sich längerfristig auch «im Markt» durchsetzen.

« Entstehung und Zertifizierung von Brustzentren ist eine Tatsache. Ob es uns gefällt oder nicht – wir als behandelnde Ärzte sollten an diesem Prozess teilnehmen, damit wir letztlich bestimmen können, was eine optimale Behandlung und Betreuung für unsere Patientinnen ist ... »

Wir sind es unseren Patientinnen, die uns ihr Leben anvertrauen, schuldig, optimale Strukturen und Abläufe zu schaffen. Gegenüber der Öffentlichkeit und den Geldgebern wird es notwendig sein, diese auch nachvollziehbar auszuweisen. ▲

Prof. Dr. med. Beat Thürlimann
Leitender Arzt
Senologie-Zentrum Ostschweiz
Kantonsspital St. Gallen
E-Mail: beat.thuerlimann@kssg.ch