

Brustkrebs: Versorgung der Schweiz in Bezug auf Prävention, Abklärung und Behandlung

Christoph Rageth, Brust-Zentrum, Zürich

Besonderheiten der Schweiz

Die Schweiz hat 26 Kantone und damit fast ebenso viele Gesundheitswesen, welche einerseits schwer koordinierbar sind, andererseits aber einen besseren Wettbewerb erlauben. Die Zunahme der Gesundheitskosten betrug von 2000-2009: 60% (USA: 69% und OECD: 81%).

Status der Krebsregister in der CH (7'785'806 E.): ZG + ZH haben im Jahr 2011 das KR gestartet, AG und

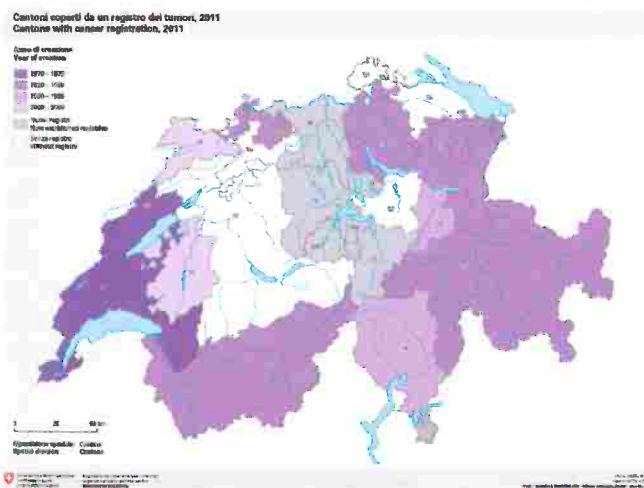


Abb. 1. Stand der Krebsregister in der Schweiz 2011

	Mortalität Deutschschweiz	Mortalität Romandie
1995-1999	28.81	27.39
2000-2004	26.44	23.66
2005-2009	24.11	21.38
Absinken der Mortalitätsrate	16.3%	21.9%

Tabelle 1. Die BK-Mortalität konnte in den letzten drei 5-Jahresperioden in der welschen Schweiz stärker gesenkt werden, als in der deutschen Schweiz. Ein Zusammenhang mit der Einführung der Mammografieversorgeprogramme und der damit verbundenen Verbesserung des Abklärungsganges liegt auf der Hand.

TG Anfangs 2012, BE hat vor, dieses Jahr zu starten. Bleiben deshalb noch SZ (144'686), SH (75'657) und SO (252'748). Die Krebsregister umfassen deshalb Ende 2012 ca. 94% der Einwohnerzahl.

Insuffiziente Mammografie-Vorsorge ausserhalb von kantonalen Vorsorgeprogrammen

Die opportunistische Mammografievorsorge ist im Vergleich teuer und viel weniger effizient, als organisierte Mammografieversorgeprogramme. Weil solche Programme aber noch nicht in allen Kantonen verfügbar sind, haben Selbsthilfeorganisationen am 20.10.2008 in Bern einen Aktionstag durchgeführt, an welchem ca. 1'500 Büstenhalter auf dem Bundesplatz aufgehängt wurden.



20.10.2008 in Bern

Insuffiziente Patientinnenversorgung ausserhalb von Brustzentren?

1. Ausländische Erfahrungen und Untersuchungen
Diverse Untersuchungen zeigten die Bedeutung des case-loads für die Überlebenswahrscheinlichkeit von BK-Patientinnen. Sainsbury, Gillis, Roohan, Chaudhry, Kingsmore, Stefoski Mikeljevic und Skinner (2003). Bei Skinner besteht allerdings auch ein Hinweis darauf, dass die Bedeutung des Teams höher ist, als jene der Erfahrung des Chirurgen.

Schliesslich noch ganz aktuell publiziert: Die Einführung einer multidisciplinary care in 5 Zentren in Glasgow im Jahre 1995 hat dazu geführt, dass die BK-Sterblichkeit, welche vor Einführung 11% höher war, danach im Vergleich mit dem übrigen West-Schottland 18% tiefer war (Kesson EM et al).

2. Die Patterns of Care Studie

Silvia Ess et al veröffentlichten vor 2 Jahren Schweizer Daten. Bei der Untersuchung der Fragestellung, ob BK-

Wohnkanton	Wahrscheinlichkeit	SD
GE	5.25*	3.79-7.28
VS	1.26	0.87-1.83
TI	1.16	0.81-1.67
BS	2.08*	1.43-3.02
ZH	2.33*	1.62-3.37
SG/AI/AR	1.83*	1.30-2.59
GR/GL	1	

Fallzahl des Chirurgen	Wahrscheinlichkeit	SD
niedrig (<28/J)	1	
hoch (>27/J)	1.43*	1.07-1.91

präoperative interdisziplinäre Konferenz	Wahrscheinlichkeit	SD
Nein	1	
Ja	2.96*	2.47-3.54

Durchführung von Studien	Wahrscheinlichkeit	SD
Nein	1	
Ja	2.29*	1.96-2.67

Tabelle 2. Wahrscheinlichkeit, dass eine Mammakarzinompatientin nach existierenden Standards behandelt wurde, in Abhängigkeit von Wohnort, Fallzahl des Chirurgen, ob eine präoperative interdisziplinäre Konferenz stattfand und ob die Institution an Studien teilnahm.

*bedeutet ein signifikantes Ergebnis.

Patientinnen in der CH gemäss nationalen und internationalen Standards behandelt werden, stellte man erhebliche Variationen im Behandlungsprozess innerhalb der CH fest. Die beteiligten Krebsregister waren: GE, VS, TI, BS, ZH, GR-GL, SG/AI/AR. Die Teilnahme der Institutionen war freiwillig. Insgesamt wurden 3'498 BK-Fälle aus den Diagnosejahren 2003-2005 untersucht. Für die Behandlung gemäss anerkannten Standards wurde aus 10 Indikatoren (5 chirurgische + 5 nicht-chirurgische, alle basierend auf nationalen und internationalen Empfehlungen) ein Score berechnet.

Resultate: nur in 77% war die Krebsdiagnose vor der Operation bekannt und nur bei 67% der nodal negativen Fälle wurde die Sentinel Lymphknotenoperation angewendet. Massive kantonale Unterschiede und Bedeutung des caseloads, der Teilnahme an Studien und der Durchführung von interdisziplinären Konferenzen (prä- und postoperativ) waren weitere, in diesem Ausmass überraschende Ergebnisse.

Mit der Patterns Of Care Studie war der Beweis erbracht, dass auch in der Schweiz ein erhebliches Verbesserungspotential besteht.

Konsequenzen

In erster Linie müssen Mammografievorsorgeprogramme flächendeckend eingeführt werden. Sicher muss – wie in existierenden Programmen praktiziert – möglichst objektiv aufgeklärt werden (Problem der Überdiagnose und des falschen Alarmes), aber die bestehende Praxis der opportunistischen Mammografievorsorge ist qualitativ schlecht und zu teuer und es könnten noch wesentlich mehr BK-Todesfälle vermieden werden.

In zweiter Linie muss ein flächendeckender Zugang zu zertifizierten Brustzentren geschaffen werden. Der normale Gynäkologe/Radiologe/Chirurg kann heute nicht mehr die gesamte Palette an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten anbieten, weshalb man auf Zentren angewiesen ist, welche entsprechende Apparaturen und Infrastruktur besitzen.

Deshalb hat im Jahre 2005 die Schweizerische Gesellschaft für Senologie eine Arbeitsgruppe eingesetzt, mit dem Ziel, auf die Schweiz angepasste Richtlinien für die Zertifizierung von Brustzentren zu erstellen.

Die Richtlinien enthalten Definitionen von **Strukturqualität:** Personelles und Apparatives, **Prozessqualität:** z.B. 5 Tage bis zur Konsultation, 5 Tage bis zur Resultatmitteilung, interdisziplinäre Konferenzen vor und nach der Operation, case load ≥ 125 neue BK-Fälle pro Jahr für das Zentrum und mindestens 30 pro Kernteam-Chirurgen sowie Definitionen zur **Ergebnisqualität:** Datendokumentation, Indikatoren. Zudem müssen die Zentren an klinischen Studien teilnehmen (≥ 30 Patientinnen in Studien pro Jahr). Seit diesem Jahr führen die Krebsliga Schweiz und die SGS gemeinsam Schweizer Zertifizierungen durch.

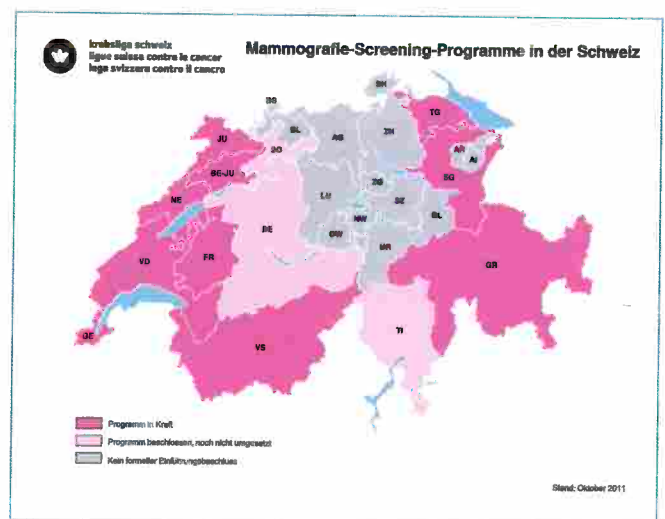


Abb. 2. Stand der kantonalen Screening-Programme Oktober 2011.

Bisher wurden in der CH 5 Zentren nach ausländischen und 2 nach Schweizer Richtlinien zertifiziert:

- nach EUSOMA:

Zürich (USZ zusammen mit dem BZ Seefeld)
Ticino (Lugano/Bellinzona)
Aarau (Kantonsspital)

- nach DGS/DKG:

Luzern (Kantonsspital)
Baden (Kantonsspital)

- nach SGS/KLS:

St. Gallen (Kantonsspital)
Basel (Universitätsspital)

Ein – im Unterschied zu den europäischen (EUSOMA) und den deutschen (DGS/DKG) Richtlinien – wesentlicher Teil der Richtlinien betrifft die Aufforderung zur **Bildung von Ärztenetzwerken** (Appendix 1 der Richtlinien, welche auf der Homepage der SGS, www.senologie.ch gefunden werden kann). Das BZ muss Strukturen schaffen um die Zentralstelle des Netzwerkes zu erfüllen: Personell, bezüglich Informatik und Telematik. Es müssen präoperative (Diagnostik-) Konferenzen und postoperative (Tumor-) Konferenzen stattfinden. Es muss eine Studienteilnahme erfolgen und die Datendokumentation und Mithilfe (Assistenz) bei Operationen soll ermöglicht werden. Das BZ hat die Fälle des Partners innerhalb 6 Arbeitstagen zu beurteilen, personelle und apparative Infrastruktur wie Mammografie, Ultraschall und weitere Diagnostikmöglichkeiten, Punktionsbiopsien (FNP und Stanzen), Vakuumbiopsie, Brustchirurgie (zur gemeinsamen Operationsdurchführung), plastische Chirurgie, Breast Care Nurse und Psychoonkologie müssen vorhanden sein.

Die **Netzwerkärzte**, welche im Endausbau auch ein Label des BZ erhalten können, müssen alle operativen Fälle präoperativ an der Diagnostikkonferenz vorstellen, die Brustoperationen zusammen mit einem Brustchirurgen durchführen, maligne und Risikoläsionen an der Tumorkonferenz vorstellen, eine regelmässige Nach- bzw. Vorsorge durchführen, die Nachsorgedaten in die BZ-Daten-

bank überführen, eine Besprechung mit der breast care nurse empfehlen, Informationsbroschüren des BZ abgeben und sich senologisch fortbilden.

Literatur

Sainsbury R, Rider L, Smith A, MacAdam A. Does it matter where you live? Treatment variation for breast cancer in Yorkshire. The Yorkshire Breast Cancer Group. *Br J Cancer* 1995 Jun;71(6):1275-8

Sainsbury R, Haward B, Rider L, Johnston C, Round C. Influence of clinician workload and patterns of treatment on survival from breast cancer. *Lancet* 1995 May 20;345(8960):1265-70

Roohan PJ, Bickell NA, Baptiste MS, Therriault GD, Ferrara EP, Siu AL. Hospital volume differences and five-year survival from breast cancer. *Am J Public Health* 1998 Mar;88(3):454-7

Skinner KA, Helsper JT, Deapen D, Ye W, Spoto R. Breast cancer: do specialists make a difference? *Ann Surg Oncol* 2003 Jul;10(6):606-15
Stefoski Mikeljevic J, Haward RA, Johnston C, Sainsbury R, Forman D. Surgeon workload and survival from breast cancer. *Br J Cancer* 2003 Aug 4;89(3):487-91

Kingsmore D, Ssemwogerere A, Hole D, Gillis C. Specialisation and breast cancer survival in the screening era. *Br J Cancer* 2003 Jun 2;88(11):1708-12

Gillis CR, Hole DJ. Survival outcome of care by specialist surgeons in breast cancer: a study of 3786 patients in the west of Scotland. *BMJ* 1996 Jan 20;312(7024):145-8

Chaudhry R, Goel V, Sawka C. Breast cancer survival by teaching status of the initial treating hospital. *CMAJ*. 2001 Jan 23;164(2):183-8

Kesson EM, Allardice GM, George WD, Burns HJG, Morrison DS. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. *BMJ* 2012;344

Ess S, Joerger M, Frick H, Probst-Hensch N, Vlastos G, Rageth C, Lütolf U, Savidan A, Thürlimann B. Predictors of state-of-the-art management of early breast cancer in Switzerland. *Annals of Oncology* 2011, 22: 618–624

Korrespondenz:

PD Dr. med. Christoph Rageth
Brust-Zentrum
Seefeldstrasse 214, CH-8008 Zürich
c.rageth@brust-zentrum.ch