

acoasso

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

INTERDISZIPLINÄRE ONKOLOGIE

Offizielles Organ der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie

**Gasteditorial: Von der
abteilungsbezogenen zur
organbezogenen Medizin:**

Brustzentren als Vorbild?

Fitzal F

Interdisziplinäre Onkologie 2012;

4 (1), 8

Homepage:

www.kup.at/acoasso

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**



Von der abteilungsbezogenen zur organbezogenen Medizin: Brustzentren als Vorbild?

Die Therapie des Mammakarzinoms hat in den vergangenen Jahrzehnten durch den Einsatz pharmazeutisch unterstützter Studien sowie staatlich geförderter Forschungszuschüsse einen enormen Aufschwung erfahren. Hat sich das in der Statistik niedergeschlagen? Tatsächlich haben wir ca. 5000 Neuerkrankungen pro Jahr in Österreich und eine absolute Mortalität von rund 1600 pro Jahr; beides ist seit dem Jahr 2000 konstant. Natürlich ist diese Zahl im Vergleich zum Bevölkerungswachstum zu sehen. Damit ergibt sich eine minimale Reduktion der Mortalität von 21 auf 17 pro 100.000 Einwohner, wobei die Inzidenz seit dem Jahr 1993 bei 71/100.000 Einwohnern gleich geblieben ist.

Viele neue Medikamente werden besonders im metastasierten Bereich angewendet, kaum eines findet den Weg in den adjuvanten oder sogar neoadjuvanten Bereich. Dies verringert deren möglichen Effekt auf die Gesamtmortalität drastisch. Zu wenige Gelder stehen für klinisch relevante Grundlagenforschung zur Verfügung, damit können sich keine neuen möglichen Therapieformen etablieren. Tatsächlich haben wir neben dem Medikament Trastuzumab wohl kaum eine andere Substanz gleicher Effektivität herausgebracht. Die Gesundheitsausgaben in Österreich liegen mit US\$ 3700 pro Kopf über dem OECD-Schnitt (US\$ 2900). Gemessen am BIP liegt Österreich bei 10 % verglichen mit dem OECD-Schnitt von 9 %. Daher sollten wir im Vergleich zu anderen OECD-Ländern in der Mortalität besser abschneiden. Tatsächlich lagen wir im Jahr 2007 in der Mortalität mit 22 über dem OECD-Schnitt von 20/100.000 Einwohner. Zwei Fragen ergeben sich daraus für mich: Werden Milliarden von Dollar oder Euro in der Krebsbehandlung möglicherweise ineffizient eingesetzt? Reicht Geld alleine, um das Überleben zu verbessern?

Im letzteren Sinne stehen wir als Kliniker an vorderster Front. Wir sind es, die Patientinnen therapieren, wir sind es, die den medizinischen Weg einer Patientin bereiten, und wir sind es, die klinische Studien durchführen. Sollten wir dann nicht auch bei uns einen möglichen Ansatzpunkt zur Mortalitätsreduktion suchen? In diesem Zusammenhang könnte man sich die Frage stellen, ob wir richtig organisiert sind, um unserer Ressourcen/Gelder effizient aufzuteilen und damit der Forschung den richtigen Weg zu zeigen? Sind wir richtig organisiert, um voneinander so zu lernen, dass sich Synergien ergeben und die richtigen klinischen Fragen gestellt werden? Sind wir richtig organisiert, um aus den Studien für unsere Patientinnen die richtigen Schlussfolgerungen ziehen zu können?

Brustgesundheitszentren, Studiengruppen und universitäre Krankenhäuser sind seit vielen Jahren interdisziplinär zusammengesetzt. Therapien, Studien und andere Fragestellungen werden nicht mehr zwingend von einer Abteilung geleitet, sondern zunehmend von mehreren fächerübergreifenden Disziplinen angegangen. Tumor-Boards haben sich seit der Entwicklung von SOPs und Zertifizierungen etabliert, sodass die Entscheidung über medizinische Leistungen oder zukünftige Studienprojekte nicht mehr von einer Abteilung alleine getragen wird. Solche Modelle konnten zeigen, dass sie die Therapie und das Ergebnis verbessern [1]. Die flächendeckende Umsetzung solcher Modelle wird aber noch geraume Zeit in Anspruch nehmen. Und möglicherweise wird erst die Weiterentwicklung dieses Konzepts, nämlich die organbasierte Medizin, eine echte qualitative Verbesserung mit sich bringen. Das könnte bedeuten, dass es keine chirurgischen, radioonkologischen oder radiologischen Abteilungen geben wird, sondern dass Brustzentren, Viszeralzentren, Crohn-Zentren oder Reflux-Zentren in Zukunft die tragenden Säulen der Organisationsstruktur sein werden. Wir sind schon jetzt auf diesem Weg, wobei der öffentliche Sektor den privaten und geistlichen Krankenhäusern ein wenig hinterher hinkt. Insbesondere für kleinere Spitäler könnten sich hier Chancen für eine sinnvolle Zukunft ergeben, kostengünstig aber hochspezifisch zu arbeiten. Spezialisierungen sind sowohl für die Ausbildung, die arbeitenden Personen, aber auch letztendlich für die Patienten von Vorteil. Wo denken Sie wird die Qualität besser sein: In einem Spital, in dem 50–100 Pankreaskarzinome im Jahr operiert werden oder einem mit 3?

Die Brustzentren zeigen den Weg auf und das Gesundheitssystem in Österreich sollte folgen. In diesem Szenario drängt sich auch die Frage auf, welchen Namen die behandelnden Ärzte bekommen werden. Facharzt für Brusterkrankung? Facharzt für Darmerkrankung? Welche medizinischen Leistungen werden sie erbringen? Wird ein Arzt sowohl radiologische Diagnosen, chirurgische als auch Strahlentherapien durchführen? Die Zukunft wird es zeigen – es wäre schön, wenn Österreich im öffentlichen Sektor hier eine Vorreiterrolle übernehmen könnte.

Literatur:

1. Peltoniemi P, Peltola M, Hakulinen T, et al. The effect of hospital volume on the outcome of breast cancer surgery. *Ann Surg Oncol* 2011; 18: 1684–90.

Univ.-Prof. Dr. Florian Fitzal

*Universitätsklinik für Chirurgie, Medizinische Universität Wien
Gasteditor des Themenhefts „Mammakarzinom“*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)