Brustzentrum Kantonsspital St. Gallen – von der Multidisziplinarität zur patientinnenzentrierten interdisziplinären Betriebsorganisation

Michael Baumann Beat Thürlimann Thomas Ruhstaller

Brustzentrum Kantonsspital St. Gallen, Switzerland

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen eines Tumorzentrums ist bei multimodal behandelten Tumoren wie dem Mammakarzinom Voraussetzung für ein qualitativ hochstehendes Krankheitsmanagement. Das Kantonsspital St. Gallen reagierte auf diese Herausforderung mit einer neuen interdisziplinären betrieblichen Einheit. Mit dem Brustzentrum wurde ein neuer, eigenständiger Betrieb innerhalb des Spitals gebildet, bei dem die Bedürfnisse der Patientin im Mittelpunkt stehen. Dabei werden die multidisziplinäre Betreuung und die intensivste fachliche und strategische Zusammenarbeit von den Patientinnen im betrieblich und auch räumlich zusammengeführten Zentrum direkt erlebt.

Strukturelle Vorgaben im nationalen und regionalen Umfeld

In der Schweiz mit knapp 7 Millionen Einwohnern, aber 24 verschiedenen (kantonalen) Gesundheitssystemen ist die medizinische Versorgung größtenteils dezentral organisiert, die Fallzahlen sind entsprechend auf viele (staatliche und private) Anbieter, bzw. Versorger verteilt. Diese historisch gewachsenen föderalistischen Strukturen erfordern für das Erreichen ausreichender Fallzahlen und entsprechender Qualität besondere Maßnahmen, um der Fragmentierung der medizinischen Versorgung entgegenzuwirken. Frühere Untersuchungen zeigen erhebliche regionale Unterschiede in der Brustkrebsmortalität in der Schweiz. Eine kürzlich publizierte, umfangreiche epidemiologische Studie dazu zeigt ebenso erhebliche Unterschiede in den Abklärungs- und Behandlungsmustern dieser Krankheit.

Das Versorgungsgebiet des Kantonsspitals St. Gallen umfasst die Kantone St. Gallen und Appenzell (>500 000 Einwohner) als Primär- und Sekundärzentrum. In der Funktion eines Tertiärzentrums werden weitere Bevölkerungsanteile

benachbarter Kantone im Großraum Ostschweiz und aus dem Ausland betreut. Das Kantonsspital St. Gallen ist mit über 800 Betten das größte nicht-universitäre Spital der Schweiz.

Im Kanton St. Gallen decken sieben Regionalspitäler und einige Privatkliniken die stationäre medizinische Versorgung ab. Zwar sind die öffentlichen Spitäler im Rahmen von Spitalverbünden verknüpft und auf strategischer Ebene von einem Verwaltungsrat unter Leitung der kantonalen Gesundheitsdirektion zusammengeführt, trotzdem bleibt eine föderalistische Prägung bestehen. Was zum Einen historisch gewachsen ist und zum Teil dem Patientenwunsch einer möglichst wohnortnahen Versorgung entspricht, wird sicherlich zum Anderen auch durch Partikularinteressen der Anbieter verfestigt. Dies mag in der Grundversorgung möglicherweise sinnvoll und komfortabel sein, kann in einer zunehmend spezialisierten und interdisziplinären Behandlung gewisser Krankheitsentitäten – speziell in der Onkologie – aber durchaus problematisch sein, bzw. besondere Anstrengungen zur Qualitätssicherung notwendig machen.

Vernetzte Zentrumsmedizin als Antwort auf die föderalistische Struktur

Um der Problematik dieser dezentralen Organisationsstruktur entgegenzuwirken, ist für die onkologische Versorgung in unserem Kanton eine Netzwerkstruktur etabliert worden. Damit werden in Zusammenarbeit mit den Ärzten der Regionalspitäler (und zum Teil mit Unterstützung der niedergelassenen Onkologen) die onkologischen Ambulatorien der Regionalspitälern konsiliarisch betreut und somit auch der Zugang zu den interdisziplinären Tumorboards am Brustzentrum gewährleistet.

Innerhalb dieses Netzwerks – und gleichzeitig als prototypische Umsetzung desselben – werden durch das Brustzent-

rum des Kantonsspitals St. Gallen die gynäkologischen Tumoren und das Mammakarzinom betreut. Diese Zusammenarbeit ist insbesondere mit dem größten Regionalspital (Spital Grabs) fortgeschritten: dieses Spital profitiert sowohl durch personelle Präsenz der Onkologen als auch durch Video-Konferenzschaltung zum Tumorboard am Kantonsspital von der Kompetenz des Zentrums und seiner interdisziplinären Ausrichtung mit Anwesenheit von Pathologen, Radioonkologen, usw.

Der Zugang zum interdisziplinären Tumorboard ist für die Behandlungsqualität in der Onkologie unabdingbar; anerkanntermaßen trifft dies besonders für das multimodale Management des Mammakarzinoms zu, bei dem patientinnen- und krankheitsspezifische Faktoren nicht nur die Wertigkeit der einzelnen Modalitäten bestimmen, sondern auch deren Sequenz festlegen. So führen beispielsweise neoadjuvante Behandlungskonzepte zu einer Umkehr der traditionellen Sequenz «Operation → Systemtherapie». Ebenso sind auch bei Patientinnen mit heute häufiger langjährigem Verlauf der metastasierten Erkrankung je nach aktuell führender Problematik unterschiedliche Modalitätssequenzen sinnvoll (z.B. Chirurgie des Primärtumors und von Metastasen). Diese Beispiele veranschaulichen, dass Abläufe in einem Brustzentrum *nicht uniform* sind und damit auch *nicht linear* gestaltet werden können, was logischerweise zu einer Struktur mit einem im Mittelpunkt stehenden institutionalisierten interdisziplinären Tumorboard führt, an welchem die Fälle sowohl prä- als auch postoperativ besprochen werden. Diese interdisziplinäre Fallbetrachtung sorgt so für eine gleichbleibende Qualität.

Eine offene Kommunikationsform ermöglicht es, Abläufe zu kritisieren, Vorschläge der einzelnen Disziplinen zu hinterfragen und Optimierung anzustreben – ein Tumorboard soll interaktiv sein und darf nicht eine bloße, wohlwollende Fallübergabe bleiben. In diesem Sinne hat das Tumorboard – neben dem im Vordergrund stehenden qualitativen Effekt – nicht nur für Ärzte in Weiterbildung edukativen Charakter, sondern auch für erfahrene Ärzte, die so Kompetenzen im Schnittstellenbereich der beteiligten Fachgebiete entwickeln und erhalten können.

Aufbau des Brustzentrums St. Gallen – weitere Schritte hin zur patientinnenzentrierten Struktur

Die St. Galler Consensus Conference zeugt von der langen Tradition der Behandlung des Mammakarzinoms an unserer Klinik, an der bereits zu Beginn der letzten Dekade die Idee der interdisziplinär organisierten Behandlungsstruktur im Rahmen eines Brustzentrums aufgenommen und umgesetzt worden ist. Das Brustzentrum – in dessen Mittelpunkt die prä- und postinterventionellen, interdisziplinären Tumorboards stehen – ist die Basis für eine qualitativ hochwertige interdisziplinäre Behandlung. Am Kantonsspital St. Gallen haben wir in den letzten Jahren die Brustzentrumsidee wei-

terentwickelt und dabei traditionelle Organisationsstrukturen aufgeweicht.

Traditionell organisierte Brustzentren bestehen aus interagierenden Fachdisziplinen, die medizinische Abläufe gemeinsam – sowohl im individuellen Fall im Rahmen des Tumorboards, als auch generell im Sinne von «Policies» oder «Guidelines» – festlegen und so medizinische Behandlungsqualität garantieren. Die Organisationsform der beteiligten Kliniken und Institute bleiben dabei weitgehend unverändert. Das Brustzentrum ist meist virtuell angelegt, vielleicht mit einer gemeinsamen Koordinationsstelle. Häufig ist es eine Untereinheit einer bestehenden Klinik, im deutschsprachigen Bereich meist bei der Gynäkologie, sonst weltweit bei der Chirurgie. In diesem System der rein fachlichen Verknüpfung sind aber Schwächen auszumachen, sowohl aus strategischer Sicht als auch im Hinblick auf die Patientinnenfreundlichkeit (Abb. 1):

Jede Disziplin hat dem Fachgebiet entsprechend unterschiedliche Prioritäten, bzw. ein breites Spektrum an Verantwortlichkeiten und teilt seine personellen als auch logistischen Ressourcen entsprechend ein. Beispielsweise bleiben ohne festgelegte personelle Zuständigkeiten und die entsprechende Freistellung für die Brustzentrumsarbeit immer andere Tätigkeiten in der täglichen Routine prioritär (sei dies die akute Leukämie als Notfall für den Onkologen oder geburtshilfliche Notfälle in einer Frauenklinik) und bestimmen dadurch oft die Strukturen der Betriebe. Obwohl der wissenschaftliche Fortschritt mit seiner wachsenden Komplexität eine mammarkarzinomspezifische Subspezialisierung innerhalb der einzelnen Fachdisziplinen immer mehr notwendig macht, ist diese aus der Sicht der einzelnen Fachdisziplin unter Berücksichtigung der eigenen Ressourcen und des breiten Tätigkeitsspektrums nicht immer dringlich oder möglich und eventuell sogar nicht gewünscht. Auch strategische Entscheidungen bezüglich Investitionen für das Brustzentrum werden durch die einzelnen Fachbereiche aus einer anderen, isolierteren Sicht betrachtet.

Die Interdisziplinarität der Entscheidungsfindung via Tumorboard stellt zwar die fachliche Qualität sicher, wirkt für die Patientin aber häufig verwirrend – wechselnde Betreuungspersonen in wechselnden Lokalisation machen den Zentrumsgedanken des Brustzentrums für die Patientinnen häufig nicht nachvollziehbar und erlebbar. Konkret macht die Patientin so von Fachdisziplin zu Fachdisziplin (und damit häufig über das ganze Spitalareal) einen Hürdenlauf, wird immer wieder von anderen Ärzten und Pflegefachpersonen betreut, meldet sich bei immer wieder anderen Sekretariaten oder Termindisponentinnen. In Notfallsituationen – seien diese subjektiv oder objektiv (z.B. Fieber in Aplasie) – besteht für die Patientin unter Umständen Unsicherheit, wo sie sich denn nun melden soll.

Um die genannten strategischen Schwächen zu beheben und um den Zentrumsgedanken vom Organigramm in die von Patientinnen erlebte Realität umzusetzen, hat die Geschäfts-

Abb. 1. Konventionell organisiertes Brustzentrum. Die Zusammenarbeit beschränkt sich primär auf fachliche Ebene, Patientin «wandert» von Betrieb zu Betrieb.

leitung des Kantonsspital St. Gallen entschieden, das neu konzipierte Brustzentrum in einer neuen Struktur zu gestalten und damit eine deutliche strukturelle Veränderung eingeleitet: Die Fachpersonen der wichtigsten drei patientenbezogenen Disziplinen (Gynäkologie, internistische Onkologie, Radiologie) wurden aus den entsprechenden Fachbereichen ausgegliedert und direkt in den neuen eigenständigen Betrieb «Brustzentrum» integriert (Abb. 2).

Um strategische Entscheidungen für das Brustzentrum auch innerhalb des Brustzentrums fällen zu können, wurde die Organisationsstruktur geändert – das Brustzentrum ist heute *ein* Betrieb mit eigenen Räumlichkeiten, eigenem Budget und eigenem Chefarzt. Das Brustzentrum ist somit ein Matrixbetrieb im traditionell spartenorientierten Spitalorganigramm. Die im Brustzentrum angestellten Fachärzte der verschiedenen Disziplinen bleiben aber weiter eng mit ihren Mutterbereichen verbunden. In Kooperationsverträgen wurden alle Schnittstellen und die Aufgaben in überlappenden Bereichen verbindlich geregelt. Beispielsweise wird in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachbereichen sowohl in die gynäkologische als auch onkologische Weiterbildung investiert, indem Assistenzärzte beider Disziplinen in das Brustzentrum rotieren können (bei klar definierter Mindestdauer der Rotation). Die klinische Forschung wird zusammen mit der Forschungsabteilung unter der Leitung des Fachbereichs internistische Onkologie betrieben, die operative Zusammenarbeit mit der Frauenklinik und der Klinik für plastische Chirurgie wurde ebenso geregelt wie die Beschaffung diagnostischer Geräte durch die Klinik für Radiologie – um nur einige Beispiele der intensiven (und geregelten) Zusammenarbeit mit den Mutterbereichen zu erwähnen.

Neben diesen, als Kernteam voll in das Brustzentrum integrierten Fachdisziplinen wird dieses auf diese Tumorentität ausgerichtete Expertenteam durch klar bezeichnete Kaderärzte der teilweise integrierten Fachbereiche (Radio-Onkolo-

Abb. 2. Brustzentrum Kantonsspital Gallen – betriebliche (und räumliche) Zusammenfassung der Kerndisziplinen, Betriebsstrukturen werden um die Patientin herum organisiert.

gie, Plastische Chirurgie, Pathologie, Palliativzentrum) ergänzt. Mit diesen teilintegrierten Fachbereichen ist die Zusammenarbeit ebenfalls durch bindende Kooperationsverträge festgelegt, die personelle Verantwortlichkeiten (incl. Stellvertretungen) und Zuständigkeiten ebenso regeln, wie die Verpflichtung zu gemeinsam entwickelten Standards. Kaderärzte in Funktion von leitenden oder Chefärzten nehmen üblicherweise diese wichtige Funktion und deren Stellvertretung wahr.

Einerseits können in der Zusammenarbeit mit den Mutterbereichen Synergien und Innovation genutzt werden – beispielsweise stehen die Ressourcen der Klinischen Forschungsabteilung der internistischen Onkologie und deren psychonkologisches Personal, das Know-how der Palliativmedizin und die Operationsdisposition der Gynäkologie zur Verfügung – andererseits können durch die Eigenständigkeit des Brustzentrums auch konzeptionelle Überlegungen und Entwicklungen in einem «intra-interdisziplinären» Team angestellt und angegangen werden. Eine solche Struktur erlaubt die gemeinsame konzeptionelle Entwicklung in Anpassung auch an neue medizinische oder technische Innovationen: So wird es zweifelsfrei die Aufgabe des Radiologen bleiben, neue apparative Entwicklungen zu verfolgen, der Pathologe wird weiter andere standardisierte Testverfahren prüfen und der internistische Onkologe wird neue Substanzen in die Therapie einführen. Eine gemeinsame und institutionalisierte Strategie erfordert aber, auch in strategischen Entscheidungen ein gemeinsames Vorgehen, um optimierte Schnittstellen beizubehalten, bzw. neue Entwicklungen auf deren Schnittstellentauglichkeit zu überprüfen. Dazu ist für strategische Belange ein Lenkungsgremium eingesetzt worden.

Die enge personelle Zusammenarbeit durch die Bildung eines Kernteams hat sich bewährt, so dass die Integration weiterer Teilbereiche überprüft wird. Beispielsweise wird neu seitens der entsprechenden Klinik eine plastisch-chirurgische

Sprechstunde im Brustzentrum angeboten, auch hier wird die klare personelle Zuständigkeit, wie auch die räumliche Nähe dieser neu teilintegrierten Kompetenz geschätzt – vor allem von den Patientinnen. Plastische wie auch gynäkologisch-onkologische Chirurgen (und falls nötig auch Onkologen) können bei Bedarf eine Patientin in der gemeinsamen Sprechstunde zusammen beraten.

Die größten Vorteile dieser Struktur zeigen sich vor allem in der Servicefreundlichkeit für die Patientinnen. Sie erfahren die Interdisziplinarität angesichts der zusammengelegten Lokalitäten deutlich – die Kerngebiete des Brustzentrums (gynäkologische und radiologische Diagnostik, brust-chirurgische und plastisch-chirurgische Sprechstunde sowie chemotherapeutisches Ambulatorium) befinden sich auf einer Ebene, bzw. in einem Korridor, was diese organisatorische Einheit nicht nur symbolisiert, sondern für die Patientin auch eindrücklich ersichtlich macht; sie wird am gleichen Ort, an dem die diagnostische Biopsie stattgefunden hat, über das brust-chirurgische Vorgehen aufgeklärt, postoperativ erfolgt an gleicher Stelle die Aufklärung über die eventuelle Systemtherapie, die dann im Falle einer adjuvanten Chemotherapie am selben Ort durchgeführt wird. Schließlich werden neuerdings auch plastisch-chirurgische Rekonstruktionsmaßnahmen gleichenorts besprochen, ebenso – falls gewünscht – die Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt, gegebenenfalls mit den mitbehandelnden niedergelassenen Kollegen. Dabei erlebt die Patientin über den gesamten Therapieverlauf hinweg (und darüber hinaus) Konstanz im betreuenden Pflegeteam (was von unseren Patientinnen immer wieder als wichtige emotionale Stabilisierung erlebt wird). Dabei werden auch die unterschiedlichsten Termine (sei es die jährliche Mammographie, sei es die nächste Chemotherapie-Applikation oder sei es der dringliche sonographische Abklärungstermin) in ein und derselben Termin disposition vereinbart. Die Patientin hat also eine klare Vorstellung, wo und von wem sie betreut wird. Diese patientinnenzentrierte Struktur wird von Patientinnen geschätzt – dies entspricht aber nur dem für die Patientin sichtbaren Teil einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit: Auch wir als Mitarbeitende erleben es beispielsweise als

äußerst vorteilhaft, wenn bei einer Patientin mit neudiagnostiziertem Mammakarzinom anlässlich der Befundbesprechung bei Nachweis einer Fernmetastasierung zusätzlich zur Brustchirurgin (welche die Biopsie durchgeführt und die Umgebungsabklärung veranlasst hat und somit primäre Ansprechperson der Patientin ist), auch ein Erstkontakt mit einem Onkologen erfolgen kann – so erleben die Patientinnen eine fließende Behandlungsabfolge/-übergabe, welche die Abläufe vereinfacht und die Unsicherheit der Patientin mindert.

Weiter lernen wir Spezialisten durch die sehr enge tägliche Zusammenarbeit über die Disziplinen hinweg sehr viel von einander, erfahren die Möglichkeiten und Grenzen, ebenso wie die Schwierigkeiten anderer Disziplinen deutlicher, was im Alltag zu mehr Verständnis und gegenseitigem Respekt führt. Historische Problemzonen zwischen Disziplinen wie zum Beispiel die diagnostische Abklärung von unklaren Befunden verlieren schnell ihre Bedeutung, wenn der Radiologe und die Senologin die Patientinnen mit schwierigen Befunden zusammen sehen und abklären, das Büro nebeneinander haben und gemeinsam Kaffee trinken.

Natürlich gab es auch Schwierigkeiten mit diesem «Experiment» eines interdisziplinären Betriebes. Die Sprache der verschiedenen Fachärzte ist nicht immer dieselbe, ebenso wird der Umgang mit dem paramedizinischen Personal anders erlebt und gelebt und bedurfte einer gewissen Gewöhnung.

Insgesamt wird die interdisziplinäre, aber eigenständige Betriebsstruktur jedoch von allen Beteiligten und insbesondere von den Patientinnen sehr geschätzt und als Bereicherung wahrgenommen. Aus Sicht der Spitalleitung wird dieses Projekt als Erfolg gewertet und als Modell für andere Bereiche betrachtet. Bei künftig immer individualisierteren Abklärungs- und Behandlungsalgorithmen des Mammakarzinoms scheint uns eine strukturell intensivierte und organisatorisch konzentrierte Zusammenarbeit als eine Voraussetzung. Diese neugeschaffene Eigenständigkeit – gleichwohl eingebettet in die Zentrumsstrukturen – bildet unseres Erachtens die Basis für die weitere Entwicklungsfähigkeit des Brustzentrums und dessen stete Anpassung an künftige medizinische Innovationen.