



Versorgungsoptimierung durch Brustzentren und Ärztenetzwerke

Christoph Rageth

Brust-Zentrum Zürich Seefeld

c.rageth@brust-zentrum.ch www.brust-zentrum.ch



- **politische Situation**
- **Mammografievorsorgeprogramme**
- **Erkenntnisse in der Brust-Versorgung**
 - **Welt**
 - **Schweiz**
- **Anstrengungen der KLS/SGS**
- **Unser Projekt im Detail**

Versorgungsoptimierung durch Brustzentren und Ärztenetzwerke



- **politische Situation**
- Mammografievorsorgeprogramme
- Erkenntnisse in der Brust-Versorgung
 - Welt
 - Schweiz
- Anstrengungen der KLS/SGS
- Unser Projekt im Detail

2000 Bewilligungen für neue Arztpraxen

Gesundheitspolitiker suchen verzweifelt nach Mitteln, um den Zuwachs neuer Spezialpraxen zu bremsen. Die Personenfreizügigkeit setzt jedoch Grenzen.

Von Markus Brotschl, Bern

Von Januar bis September haben 1542 Ärzte von den Kassen eine Zählstellenregisternummer (ZSR) erhalten. Diese berechtigt zur Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. Bis Ende Jahr dürfte es gegen 2000 neue ZSR geben. Das ist gegenüber 2011 mehr als eine Verdoppelung. Die massive Zunahme ist darauf zurückzuführen, dass seit diesem Jahr Spezialisten wieder ohne Einschränkung eine Praxis eröffnen können. Gut 40 Prozent der neuen ZSR gehen an EU-Ärzte.

Gesundheitspolitiker von links bis rechts zeigen sich, beunruhigt über die Entwicklung. Denn der Kassenverband Santésuisse rechnet pro neue Arztpraxis mit Zusatzkosten von 300 000 bis 500 000 Franken. Auch wenn in der Regel nicht alle Ärzte mit neuer ZSR auch eine Praxis eröffnen, drohen der Grundversicherung durch den diesjährigen Ansturm Mehrkosten von bis zu zwei Prämienprozenten. Doch weil der Zulassungsstopp erst Ende 2011 aufgehoben wurde, tun sich die Gesundheitspolitiker schwer, schon wieder dirigistisch einzugreifen. Hoffnung setzen sie auf einen Vorschlag der Ärzteverbinding FMH und der Kantone: Wer in der Schweiz eine Praxis eröffnen will, soll

drei Jahre an einem Schweizer Spital gearbeitet haben. Zusätzlich wollen die Kantone bei Überversorgung die Zulassung von Spezialärzten beschränken.

Die neue Hürde würde verhindern, dass Ärzte aus der EU direkt in die freie Praxistätigkeit einsteigen. Zudem würde das Spitalobligatorium ausländische Ärzte mit dem schweizerischen Gesundheitssystem vertraut machen, bevor sie selbstständig praktizieren. Denn immer öfter werden Klagen laut, die zugewanderten Ärzte genügen den Qualitätsansprüchen der Schweiz nicht und beherrschen die Sprache zu wenig gut.

Kollision mit Freizügigkeit

Doch so einleuchtend die Lösung erscheint, sie dürfte nicht anwendbar sein. Denn das Spitalobligatorium kollidiert mit der Personenfreizügigkeit. Zu diesem Schluss kommen zwei renommierte Europarechtlerinnen. Es sei offensichtlich, dass eine solche Regelung zu einer indirekten Diskriminierung von Ausländern führe, sagt Christa Tobler, Professorin für Europarecht an den Universitäten Basel und Leiden. Betroffen von der Einschränkung wären mehrheitlich Ausländer, selbst wenn die Regelung auch für Inländer gelten soll. «Die Schweiz müsste gegenüber der EU gewichtige Gründe geltend machen, damit sie zur Praxiseröffnung eine dreijährige Spitalpraxis verlangen kann», sagt Tobler. Das vorgebrachte Argument, ausländische Ärzte könnten mit den hiesigen Verhältnissen vertraut gemacht werden, reiche als Begründung kaum aus.

Auch für Europarechtlerin Astrid Epiney handelt es sich um eine diskriminie-

rende Regelung, welche die einheimischen Ärzte bevorteile. Ein Arzt, der beispielsweise drei Jahre an einem Spital in Deutschland gearbeitet habe, sei gegenüber einem Arzt mit gleich langer Spitalerfahrung in der Schweiz benachteiligt. Dies verstosse gegen den Sinn und Geist des Personenfreizügigkeitsabkommens, sagt die Direktorin des Instituts für Europarecht an der Universität Freiburg. Zwar verweist die FMH auf Bestrebungen in Frankreich, eine Spitaltätigkeit vorzuschreiben. Allerdings wurde die Regelung bis jetzt nicht eingeführt.

Angesichts der verfahrenen Situation dürfte es auf eine Neuauflage des Zulassungsstopps hinauslaufen, auch wenn dieser junge Ärzte gegenüber etablierten Kollegen benachteiligt. Einen Vorschlag will Gesundheitsminister Alain Berset in den nächsten Wochen präsentieren. Im Unterschied zur alten Regelung geht es um eine Kompetenz für die Kantone, die Zulassung der Spezialärzte nach ihren Bedürfnissen zu steuern. Der Bund will dazu Leitplanken vorgeben.

FDP-Ständerat Felix Gutzwiller hält den Rückgriff auf solche Beschränkungen für falsch. Er verlangt, dass die Kassen künftig nicht mehr mit allen Ärzten abrechnen müssen. Diese Vertragsfreiheit löse auch das Problem der starken Zuwanderung von Spezialärzten, sagt Gutzwiller. Die Schweiz sei so attraktiv für EU-Ärzte, weil sie als fast einziges Land noch den Vertragszwang kenne. Die Kassen fordern die Vertragsfreiheit seit langem. Doch selbst Santésuisse hält die Forderung für chancenlos: Das Referendum der FMH wäre sicher und in der Volksabstimmung wohl erfolgreich.

Das BZ-Team am 8.6.2010



Das BZ Ärzte-Team am 8.6.2010



Das BZ Ärzte-Team am 8.6.2010



BEILAGE
zVisite
DIE INTERRELIGIÖSE ZEITUNG

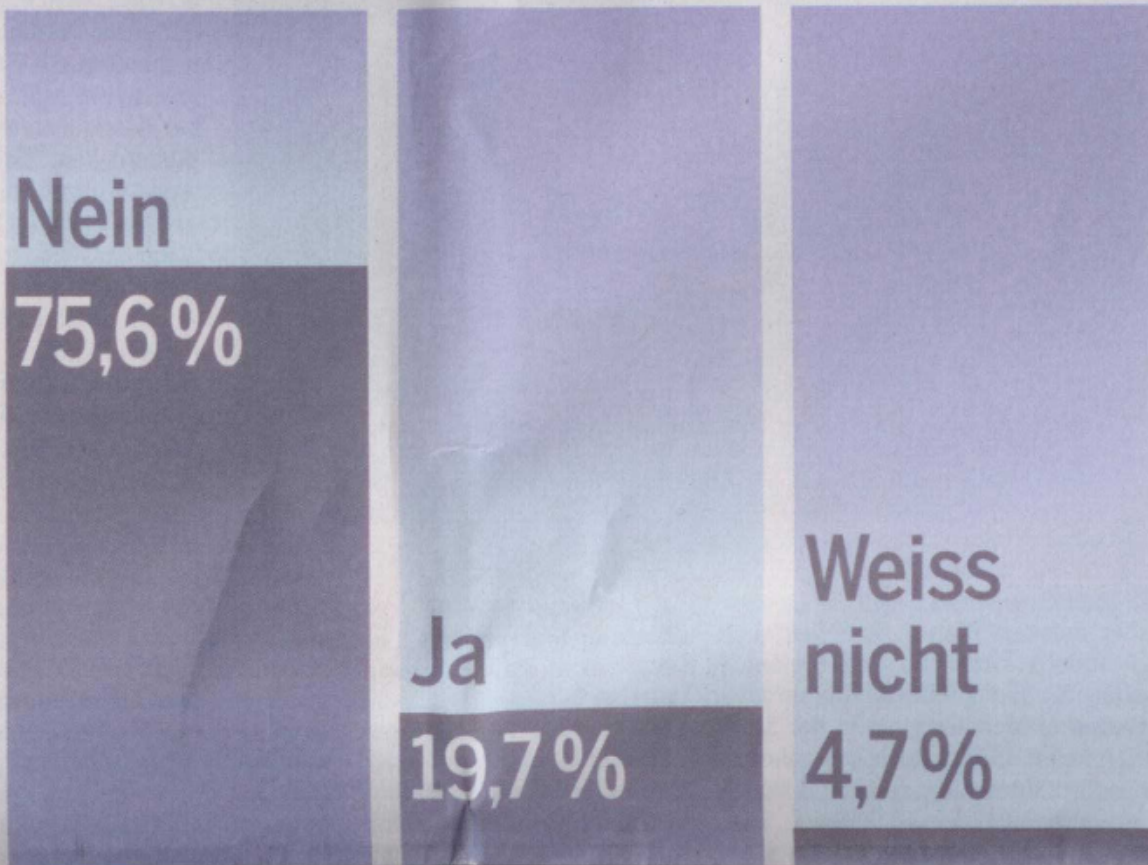
reformiert.

EVANGELISCH-
REFORMIERTE ZEITUNG
DIE DEUTSCHE UND
RÄTOROMANISCHE SCH

NR. 11.1 | NOVEMBER 2012
www.reformiert.info

Kirchenbote / Kanton Zürich

Soll eine Limite festgelegt werden, wie viel medizinische Leistungen für ein zusätzliches Lebensjahr kosten dürfen?



Repräsentative Umfrage, veranlasst von «reformiert.»

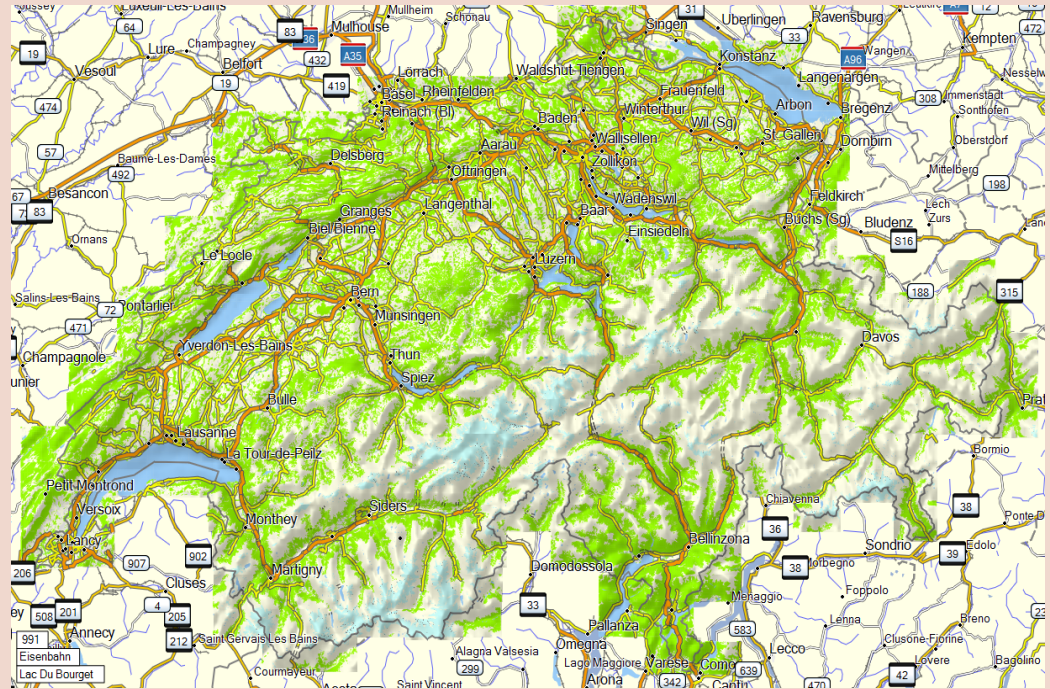
QUELLE: ISOPUBLIC FOR REFORMIERT

PORT
Fus
über
PORT
Schwa
sie in ih
se. Die
zur Wel
lebt sie
beitet f
und fre
Über ih
und ihr
Buch g
schen

Besonderheiten der Schweiz



- 26 Kantone
- pro Kopf Ausgaben:
hinter USA und
Norwegen
- Zunahme 2000-09:
60% (USA: 69% und
OECD: 81%)
- Staat 20%
Sozialversicherungen 40%
andere 10%
30% aus eigener Tasche (Leistungen für Pflegeheime, Institutionen für Behinderte, ganze Zahnmedizin, rezeptfreie Medikamente Franchisen und Selbstbehalte)



Praktizierende Ärzte und praktizierendes Pflegepersonal pro 1000 Einwohner, 2009.

	Ärzte	Pflegepersonen	Verhältnis Pflegepersonen/ Ärzte
Österreich	4,7	7,6	1,6
Russland	4,3	8,1	1,9
Norwegen	4	14,2	3,6
Schweiz	3,8	15,2	4,0
Tschechien	3,8	8,1	2,1
Schweden	3,7	11	3,0
Deutschland	3,6	11	3,1
Spanien	3,5	4,9	1,4
Dänemark	3,4	14,8	4,4
Israel	3,4	4,5	1,3
Italien	3,4	6,4	1,9
Frankreich	3,3	8,2	2,5
Estland	3,3	6,1	1,8
Australien	3	10,2	3,4
Ungarn	3	6,2	2,1
Niederlande	2,9	8,4	2,9
Finnland	2,7	9,6	3,6
Grossbritannien	2,7	9,7	3,6
Luxemburg	2,7	10,9	4,0

Verbreitung der vier Landessprachen in der Schweiz (2000)

- Deutsch
- Französisch
- Italienisch
- Rätoromanisch
- Zweisprachige Gebiete*

* Gebiete wechselnder Mehrheiten, mit starken traditionellen Minderheiten anderer Landessprachen (über 30%), offiziell zweisprachige Gemeinden

Offiziell zweisprachig sind die Kantone:
 - Bern / Berne (d / f)
 - Fribourg / Freiburg (f / d)
 - Valais / Wallis (f / d)

Offiziell dreisprachig ist der Kanton:
 - Graubünden / Grigioni / Grischun (d / it / rä)

Faktisch zweisprachig sind die Kantone:
 - Jura (f / d)
 - Ticino / Tessin (it / d)



Quelle: Bundesamt für Statistik, www.bfs.admin.ch; Volkszählung 2000

Rideau de rösti

Röstigraben

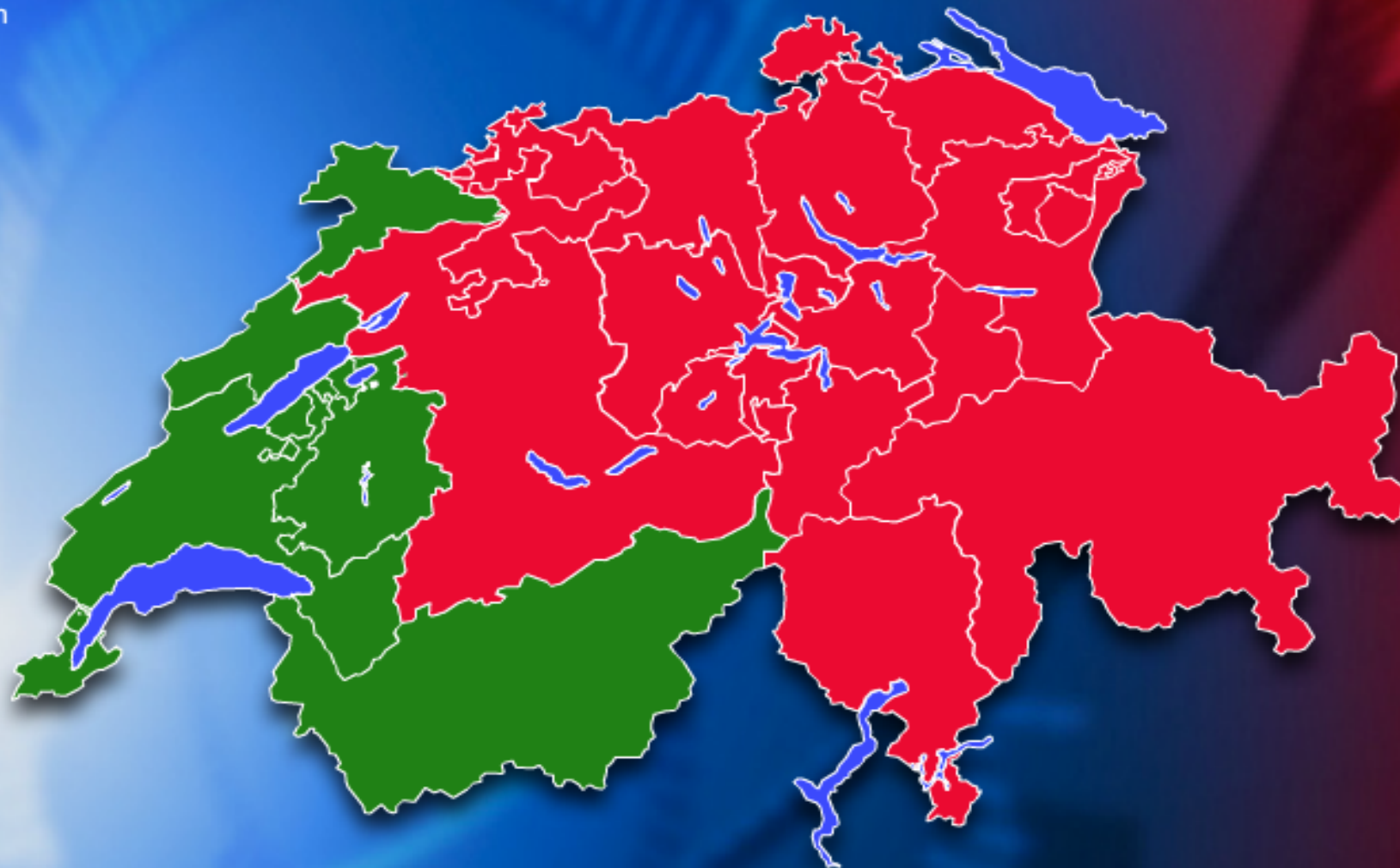


11.03.2012 Bundesgesetz über die Buchpreisbindung



Resultat (12.03.2012 um 15.07 Uhr)
Volksstimmen: 43.9% Ja, 56.1% Nein
Stände: 6 Ja, 17 Nein

 Nein
 Ja



11.03.2012 Volksinitiative «Schluss mit uferlosem Bau von Zweitwohnungen»



Resultat (12.03.2012 um 15.07 Uhr)
Volksstimmen: 50.6% Ja, 49.4% Nein
Stände: 13.5 Ja, 9.5 Nein

 Nein
 Ja



11.03.2012 Volksinitiative «6 Wochen Ferien für alle»



Resultat (12.03.2012 um 15.07 Uhr)

Volksstimmen: 33.5% Ja, 66.5% Nein

Stände: 0 Ja, 23 Nein

 Nein
 Ja



Facts | Medizin | 28. September 2006

Der Mammograben

Sind Röntgenuntersuchungen der Brüste schädlich oder lebensrettend? Darüber streiten Mediziner, Krankenkassen und Krebsliga. FACTS liefert Daten zur Debatte der Brustkrebs-Früherkennung.

Versorgungsoptimierung durch Brustzentren und Ärztenetzwerke



- politische Situation
- **Mammografievorsorgeprogramme**
- Erkenntnisse in der Brust-Versorgung
 - Welt
 - Schweiz
- Anstrengungen der KLS/SGS
- Unser Projekt im Detail



SEINE ZÄRTLICHKEITEN ERINNERN
MANCHMAL AN MAMMOGRAPHIE... ABER
SONST IST ER SEHR LIEB





BRUSTKREBS

Wer hat da noch den Durchblick?

Die Krebsliga propagiert umfassende Programme zur Früherkennung. Über deren Nachteile wird aber zu wenig informiert.

VON URS P. GASCHÉ

Gratisröntgen: Ein falscher Krebs

Sämtliche Frauen im Alter zwischen 50 und 69 sollen sich alle zwei Jahre ihre Brüste röntgen lassen. Um solche Screening-Programme zur Früherkennung auch in der Deutschschweiz durchzusetzen, ruft die Krebsliga den Oktober wie jedes Jahr zum «Infomonat Brustkrebs» aus.

In der Westschweiz sind Screening-Programme bereits eingeführt. Die Genferinnen, Waadtländerinnen und Walliserinnen im Alter zwischen 50 und 69 erhalten alle zwei Jahre eine schriftliche Einladung zum Gratisröntgen. Wie viel diese Screening-Programme kosten, ist unbekannt.

«Ob der Nutzen gross genug ist, um den enormen Aufwand und die Nachteile für viele Frauen zu rechtfertigen, ist zweifelhaft», sagt ein kantonaler Gesundheitsdirektor der Deutschschweiz. Mit Namen will er sich nicht zitieren lassen, weil das Thema Brustkrebs «emotionalisiert» sei. Schon der früheren Bundesrätin Ruth Dreifuss hatten Boulevardmedien vorgeworfen, sie lasse die Frauen im Stich, nachdem sie sich kritisch geäussert hatte.

Die Informationskampagnen der Krebsliga werden nicht zum ersten Mal als zu einseitig gerügt: Bereits vor vier Jahren

29/30 16

Medical Tribune

Nr. 29/30 / Freitag, 23. Juli 1993

Massenscreening auf Brustkrebs

Mehr Schaden als Nutzen?

Medical Tribune Bericht

FLIMS – Mammographisches Massenscreening und die resultierende Früherkennung haben die Brustkrebsmortalität in bestimmten Altersgruppen vermutlich um etwa 20 bis 30 % gesenkt. Dabei handelt es sich jedoch, so meint der Schweizer klinische Epidemiologe Dr. Jo-

lichen wollen gegenüber dem Beobachter keine Stellung nehmen.

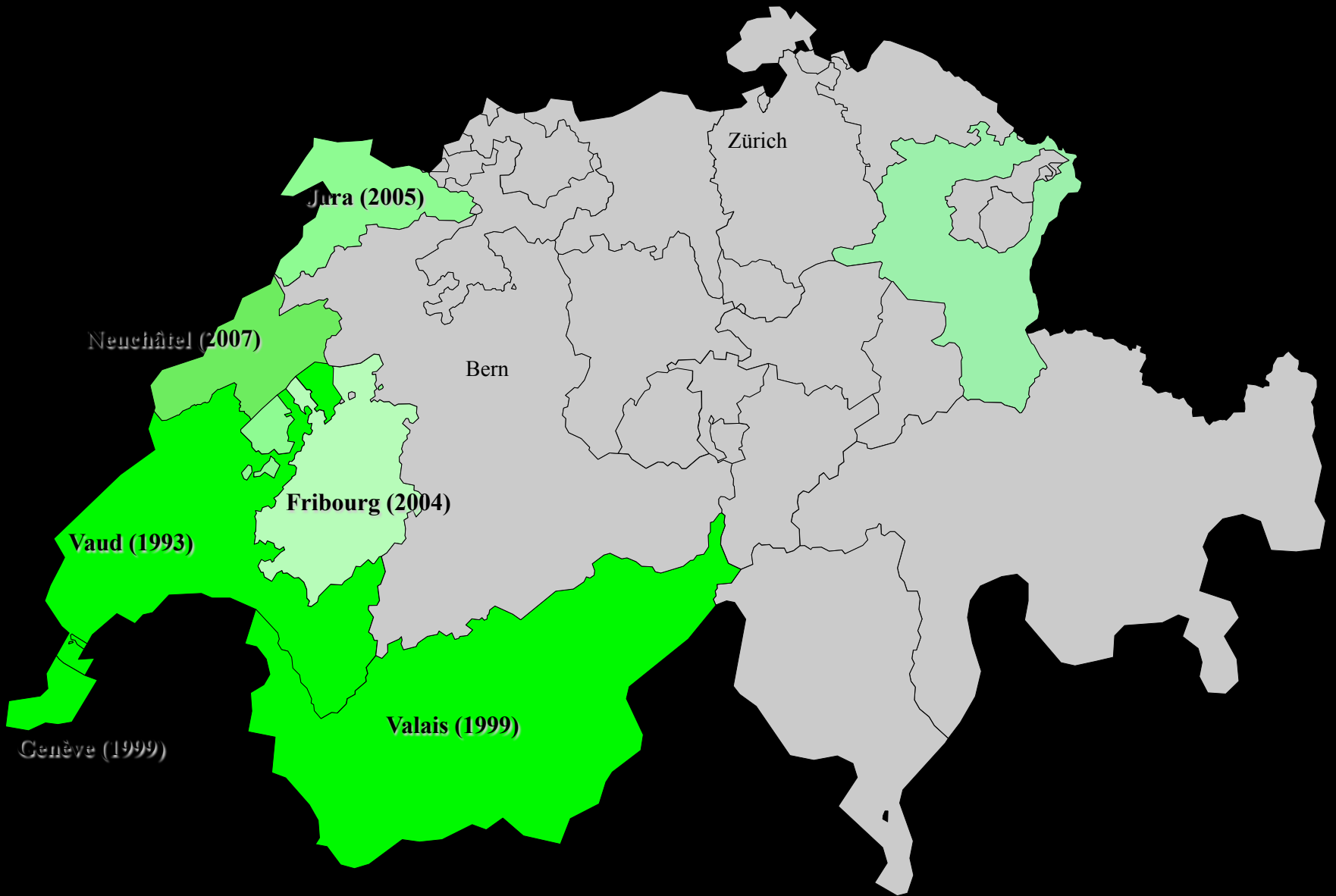
Die Schweizer Frauen haben eine falsche Vorstellung über den Nutzen des

nom verhütet, sagte Dr. Schmidt. Je empfindlicher das Screeningverfahren, desto niedriger wird diese Rate. Der Beitrag des Brustkrebses zur Gesamt mortalität machte bei den von Dr. Schmidt ausgewerteten beiden schwedischen Studien lediglich 3 % aus. Eine um 20 bis 30 % reduzierte Mammakarzinom mortalität senkt demnach die Gesamt mortalität um weniger als 1 %.

Dem steht die Morbidität und Mortalität unbekanntes Ausmasses gegenüber, die auf das Konto von Screening und weiterer Abklärung gehen.

„Wir wissen nicht genau, ob Massenscreening letztlich signifikant mehr Todesfälle verhütet als es verursacht“, meint Dr. Schmidt. Er glaubt deshalb, dass der relativ geringe praktische Nutzen die enormen epidemiologi-

schen Kosten nicht rechtfertigt und sehr wahrscheinlich auch den Frauen zwischen 50 und 75 Jahren, die nach den bisherigen Erfahrungen noch am meisten profitieren, mehr schadet als nützt. Und er glaubt auch, dass viele Frauen sich gegen das Screening entscheiden würden, sofern man sie korrekt über die wahren Risiken und Chancen informierte.



Genève (1999)

Vaud (1993)

Fribourg (2004)

Neuchâtel (2007)

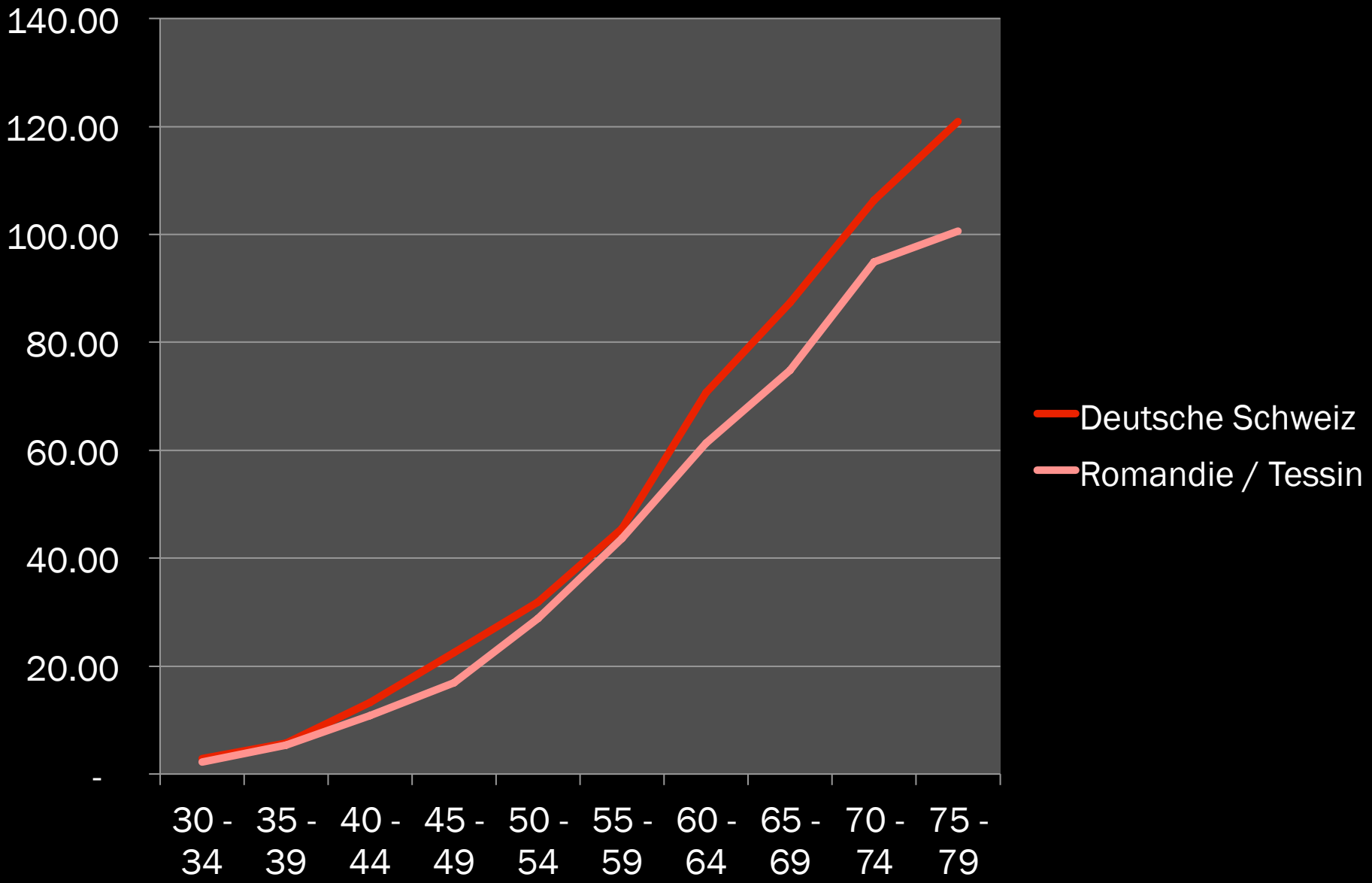
Jura (2005)

Valais (1999)

Bern

Zürich

BK Mortalitätsraten / 100'000



Bundesplatz 20.10.2008




Kosten für Mammografie werden übernommen

publiziert: Mittwoch, 27. Mai 2009 / 20:08 Uhr

Bern - Die Krankenkassen sollen die Kosten der Mammografie zur Brustkrebs-Früherkennung definitiv übernehmen müssen. Der Nationalrat hat diskussionlos eine Motion seiner Gesundheitskommission (SGK) gutgeheissen.

 Gefällt mir

 Registrieren, um sehen zu können, was deinen Freunden gefällt.

Konkret soll die Ende 2009 auslaufende Verordnung verlängert werden, bis eine neue Gesetzesbestimmung in Kraft ist, die eine dauerhafte Übernahme der Vorsorgeuntersuchung gewährleistet.


Gesundheitsminister Pascal Couchepin gab seinen anfänglichen Widerstand gegen die Übergangslösung auf. Seine Bereitschaft, die Motion zu akzeptieren, wurde vom Ratsplenum mit spontanem Applaus quittiert und von der Ratspräsidentin als «Geschenk an die Frauen» bezeichnet.


Heute kennen nur die Westschweizer Kantone ein systematisches Mammografie-Screening, das pro Untersuchung rund 200 Franken kostet und von den Krankenkassen bezahlt wird.



Die Krankenkassen sollen die Kosten der Mammografie definitiv übernehmen müssen. Foto: Krebsliga Schweiz

3 Meldungen im Zusammenhang

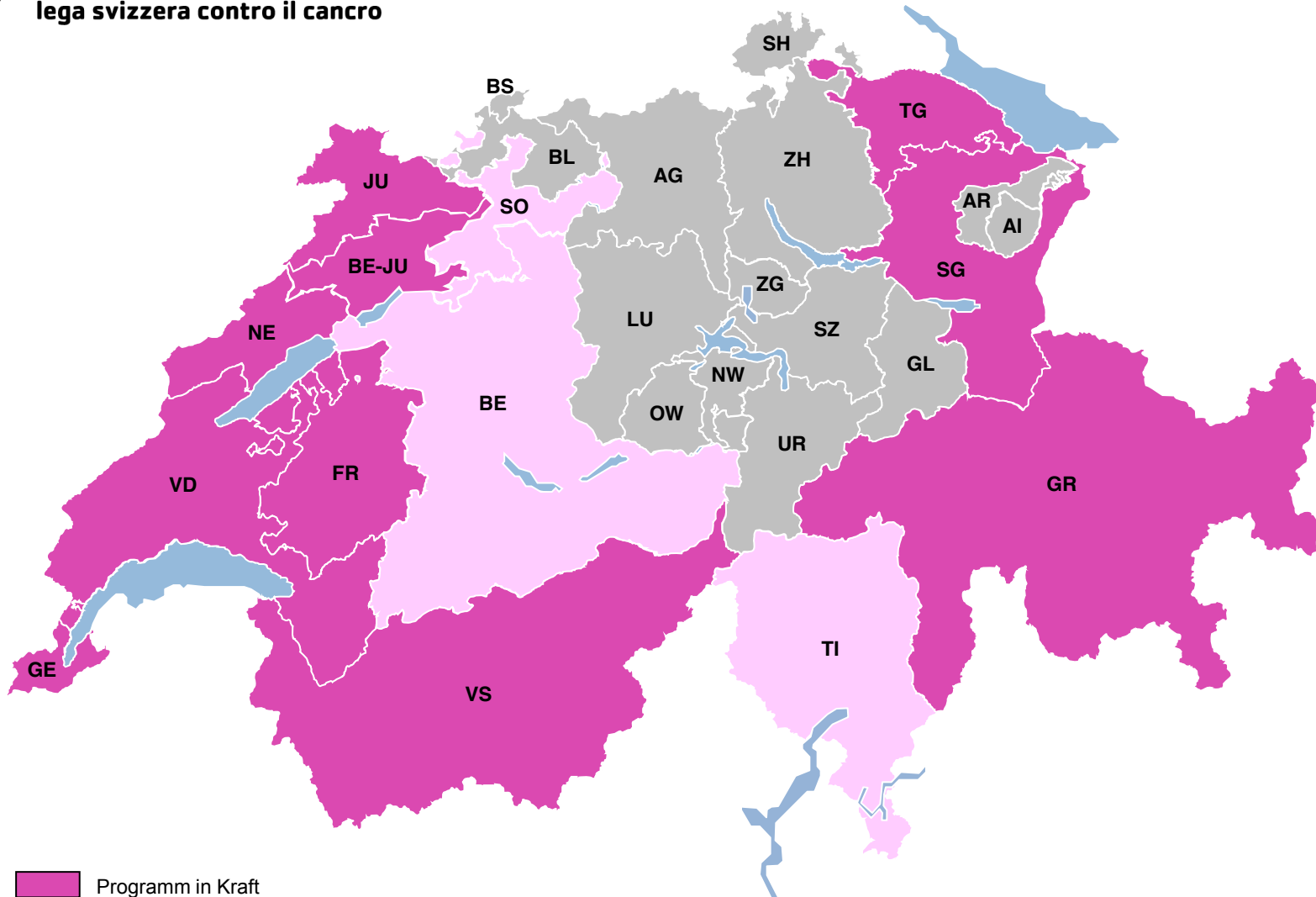
 Artikel als E-Mail senden




 Artikel drucken



krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega svizzera contro il cancro

Mammografie-Screening-Programme in der Schweiz



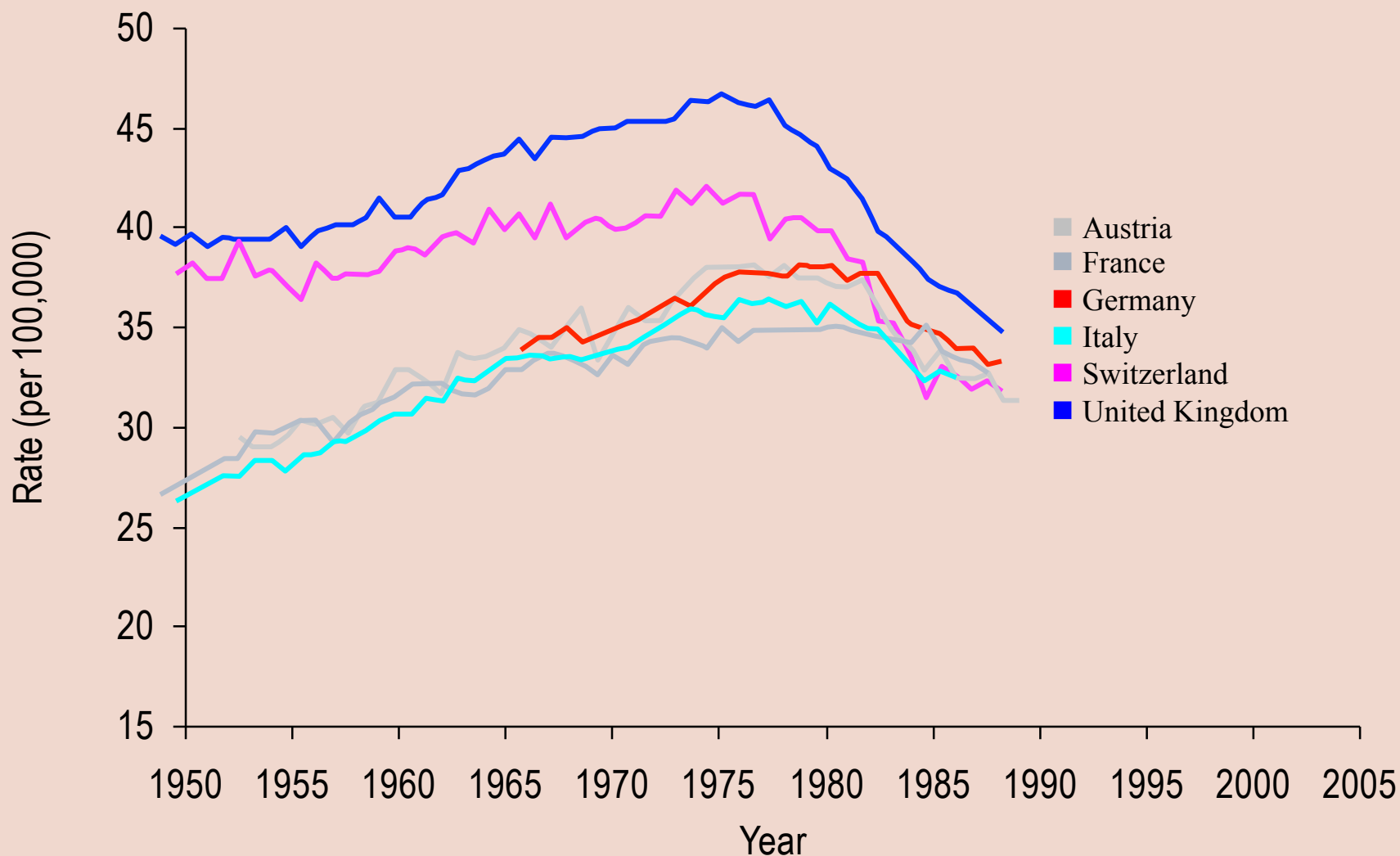
-  Programm in Kraft
-  Programm beschlossen, noch nicht umgesetzt
-  Kein formeller Einführungsbeschluss

Versorgungsoptimierung durch Brustzentren und Ärztenetzwerke



- politische Situation
- Mammografievorsorgeprogramme
- **Erkenntnisse in der Brust-Versorgung**
 - **Welt**
 - Schweiz
- Anstrengungen der KLS/SGS
- Unser Projekt im Detail

Absinken der Brustkrebsmortalität weltweit



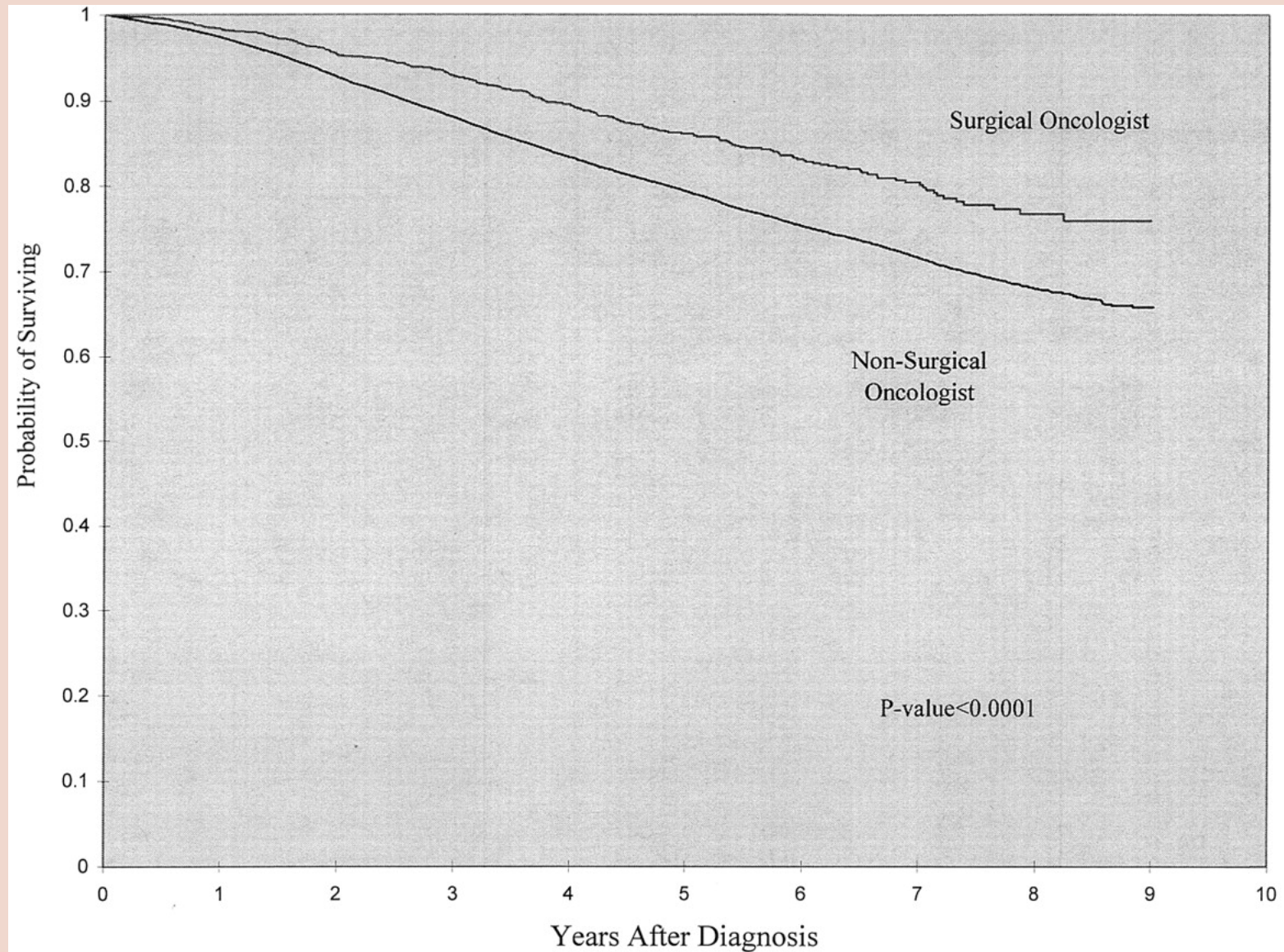
(Grafik mit freundlicher Genehmigung des Krebsregisters SG/Appenzell Silvia Ess)

Case load und Mortalitätsrisiko bei Mammakarzinom



Sainsbury 1995: Brit J Cancer 71: 1275-8 und Lancet 345: 1265-70	18% weniger 5-Jahres Todesfälle bei Behandlung durch „geübte“ Chirurgen
Gillis 1996: BMJ 312: 145-8	16% kleineres Todesfallrisiko nach Behandlung durch „Spezialisten“
Roohan 1998: Am J Public Health 88:454-7	low volume hospitals: 60% höhere Mortalität nach 5 Jahren (alle Ursachen)
Chaudhry 2001: CMAJ 164: 183-8	N0, T1 – Patientinnen. 53% bessere Überlebensrate am „teaching hospital“ 92.5% vs. 88.7%
Kingsmore 2003: Brit J Cancer 88:1708-12	Überleben nach 5 (10) Jahren bei Operation durch Spezialisten 71% (64%) vs. 64% (52%)
Stefoski Mikeljevic 2003: Brit J Cancer 89: 487-91	15% höhere Mortalität (60% vs. 68% survival) Bei <10 vs. >50 Operationen pro Jahr
Skinner 2003: Ann Surg Oncol 10: 606-15	5-Jahres Mortalität ist 33% kleiner bei Operation durch „surgical oncologist“

Skinner et al. Breast cancer: Do specialists make a difference? Ann Surg Oncol 2003; 10: 606-15



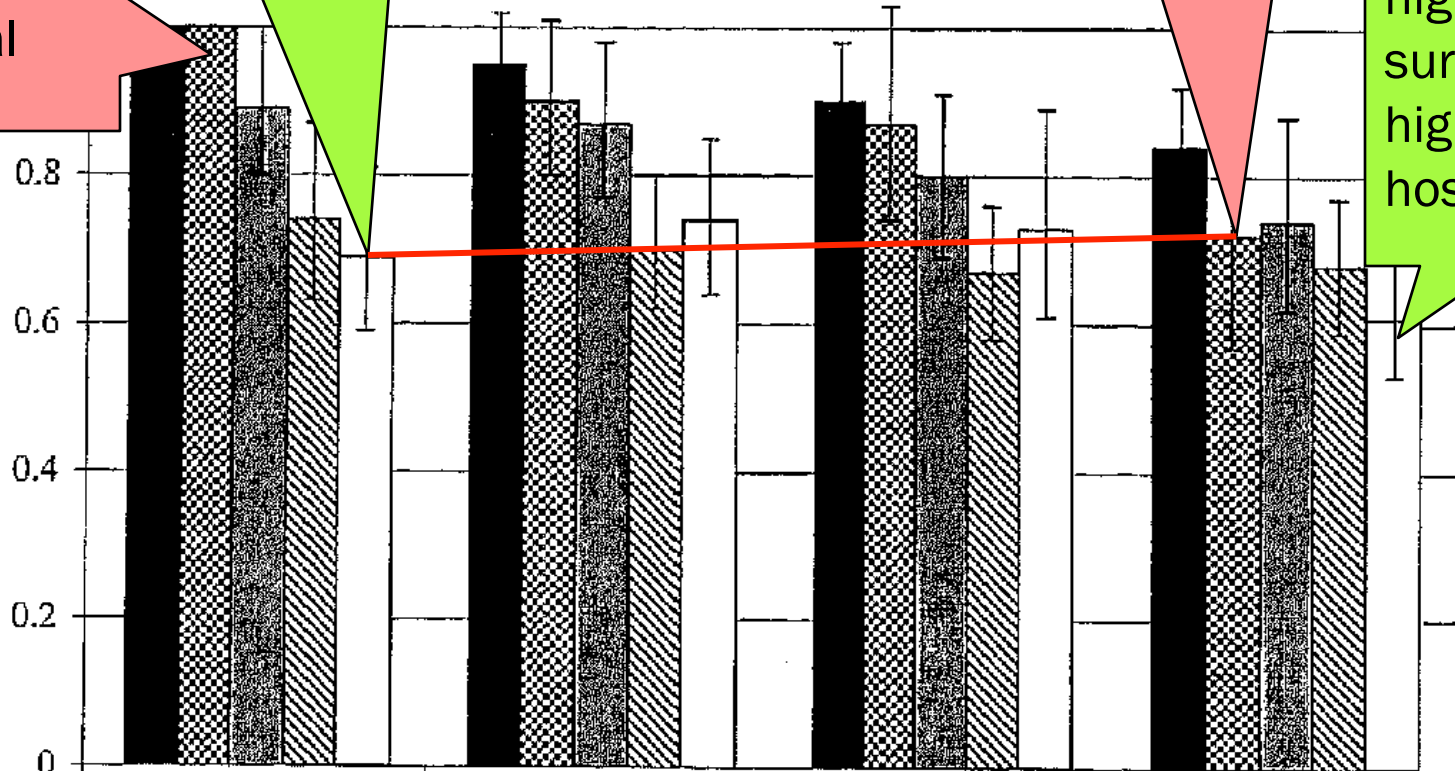
low volume surgeon in low volume hospital

low volume surgeon in high volume hospital

high volume surgeon in low volume hospital

high volume surgeon in high volume hospital

ive Rate of Failure




	<=5	6 to 10	11 to 15	>15
Overall	1	0.95	0.9	0.84
<=35	1.00	0.90	0.87	0.72
36 to 70	0.89	0.87	0.80	0.74
71 to 125	0.74	0.70	0.67	0.68
>125	0.69	0.74	0.73	0.61

Doctor Annual Surgeries

RESEARCH

Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women

 OPEN ACCESS

Eileen M Kesson *project manager*^{1,4}, Gwen M Allardice *statistician*^{1,4}, W David George *school of medicine honorary professor*², Harry J G Burns *chief medical officer for Scotland*³, David S Morrison *director*⁴

Eileen M 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

- Doctors operating on small numbers outside the five main centres were no longer allowed to manage patients needing care for breast cancer

Eileen M 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

Einführung einer multidisciplinary care in Glasgow:

Sterblichkeit vor Einführung 11% höher, danach 18% tiefer als im übrigen West-Schottland

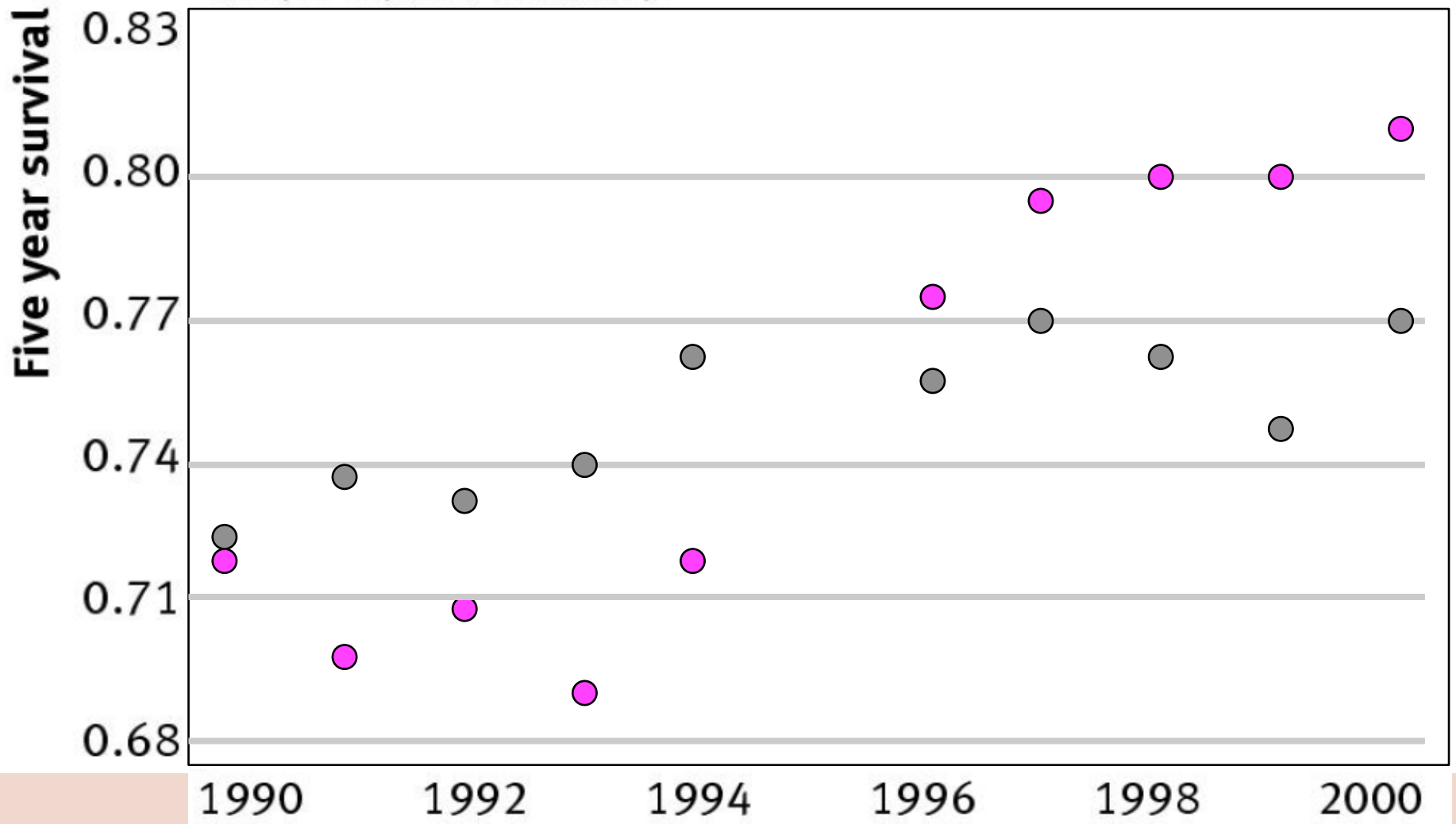
Non-intervention area



Intervention area



Breast cancer survival





EUSOMA

European Society of Mastology

<http://www.eusoma.org>

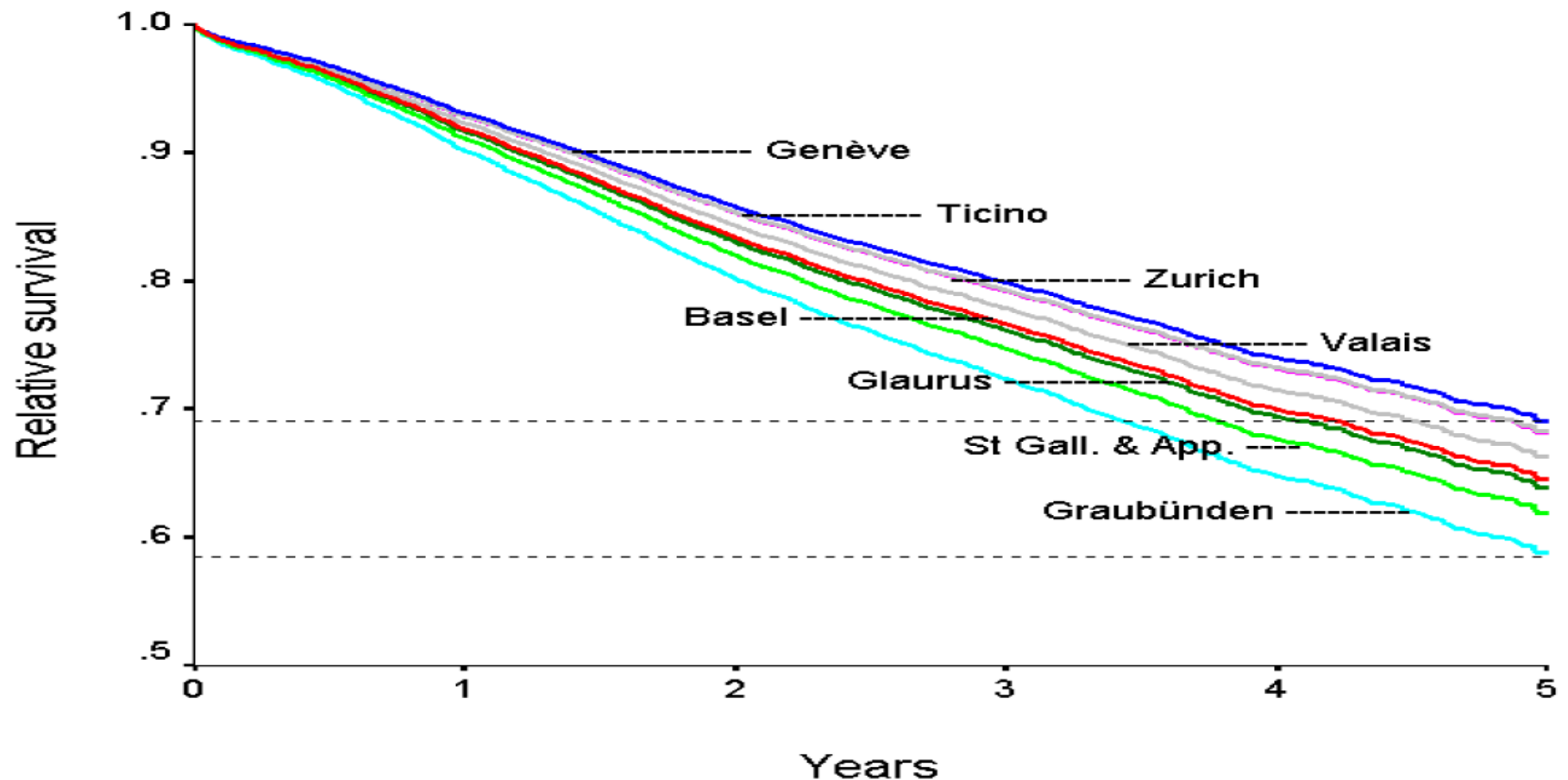
Versorgungsoptimierung durch Brustzentren und Ärztenetzwerke



- politische Situation
- Mammografievorsorgeprogramme
- **Erkenntnisse in der Brust-Versorgung**
 - Welt
 - **Schweiz**
- Anstrengungen der KLS/SGS
- Unser Projekt im Detail

Variation in survival after diagnosis of breast cancer in Switzerland

T. Fisch¹, P. Pury², N. Probst¹, A. Bordoni⁴, C. Bouchardy³, H. Frick⁵, G. Jundt⁶, D. De Weck⁸, E. Perret⁷ & J.-M. Lutz^{2,3*}



*corrected for tumor size, nodal status, age.
Diagnosis year 1988-1997



Contents lists available at ScienceDirect

Cancer Epidemiology

The International Journal of Cancer Epidemiology, Detection, and Prevention

journal homepage: www.cancerepidemiology.net



Geographic variation in breast cancer care in Switzerland

S. Ess^{a,*}, A. Savidan^a, H. Frick^b, Ch. Rageth^c, G. Vlastos^d, U. Lütolf^e, B. Thürlimann^f

^a Cancer Registry St. Gallen-Appenzell, Switzerland

^b Cancer Registry Grisons-Glarus, Switzerland

^c Brustzentrum Zurich, Switzerland

^d Senology Unit, Geneva University Hospitals, Switzerland

^e Dept Radio Oncology, Zurich University Hospital, Switzerland

^f Breast Center, Cantonal Hospital St. Gallen, Switzerland

original article

Annals of Oncology
doi:10.1093/annonc/mdq404

Predictors of state-of-the-art management of early breast cancer in Switzerland

S. Ess^{1*}, M. Joerger^{1,2}, H. Frick³, N. Probst-Hensch^{4,5}, G. Vlastos⁶, C. Rageth⁷, U. Lütolf⁸, A. Savidan¹ & B. Thürlimann⁹

¹Cancer Registry St Gallen-Appenzell, Cancer League St. Gallen-Appenzell, St Gallen; ²Oncology Department, Cantonal Hospital St Gallen, St Gallen; ³Cancer Registry Grison-Glarus and Department of Pathology, Cantonal Hospital Graubünden, Chur; ⁴Cancer Registry Zurich (former); ⁵Swiss Tropical and Public Health Institute, University of Basel, Basel; ⁶Senology Unit, Geneva University Hospitals, Geneva; ⁷Brust-Zentrum Seefeld, Zurich; ⁸Department of Radio-Oncology, Zurich University Hospital, Zurich; ⁹Breast Center, Cantonal Hospital St Gallen, St Gallen, Switzerland

Received 2 April 2010; revised 11 June 2010; accepted 14 June 2010

Download



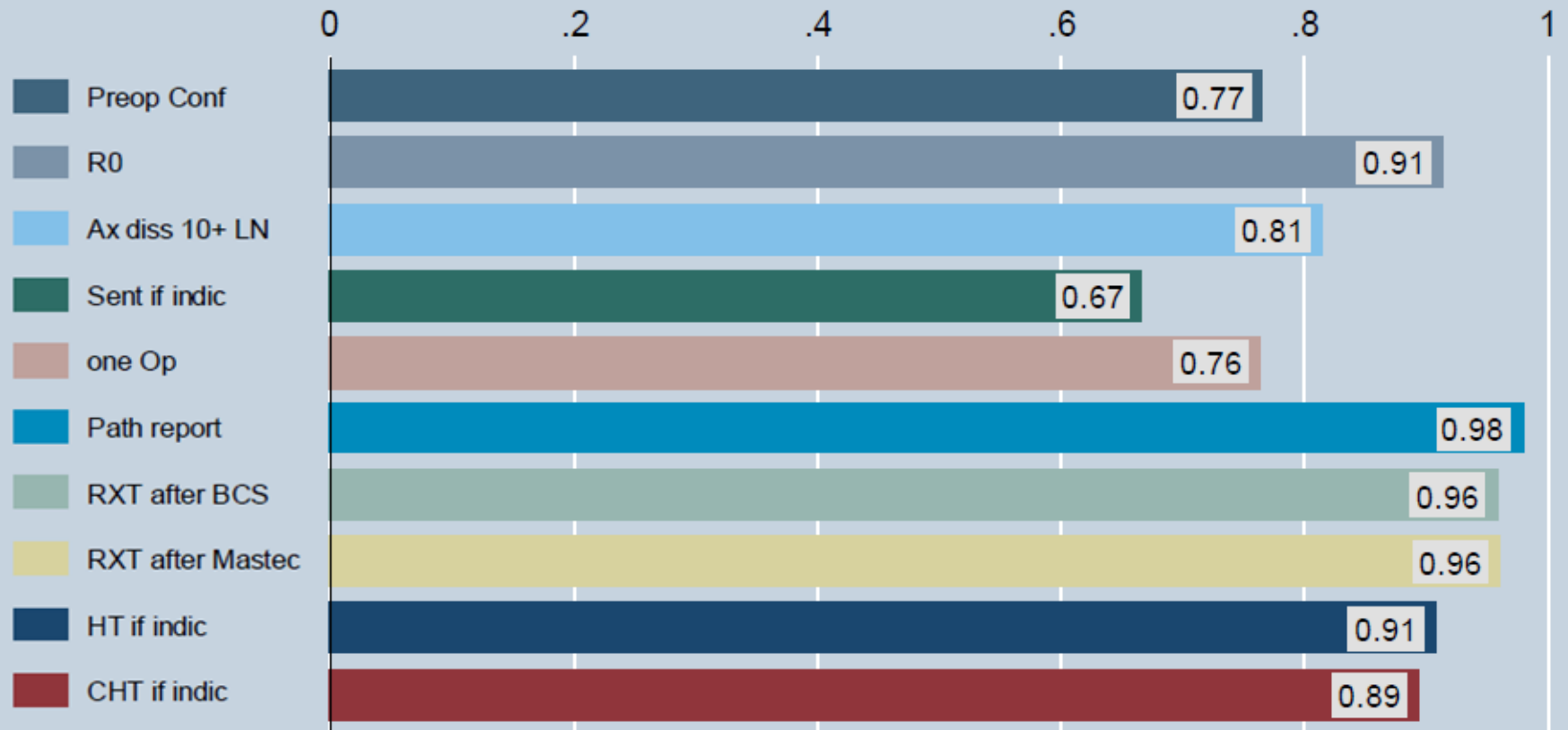
- beteiligte Krebsregister: GE, VS, TI, BS, ZH, GR-GL, SG/AI/AR
- freiwillige Teilnahme der Institutionen
- n=3'498, Diagnosejahre 2003-2005

Score



- 10 Indikatoren: 5 chirurgische + 5 nicht-chirurgische (alle basierend auf nationalen und internationalen Empfehlungen)
- Maximale Punktezahl pro Patientin: 10

Compliance with recommendations



n=3498; Stage I-IIIa, age<80, Diagnosis year 2003-2005

PoC BC; S. Ess, 2009

Einhaltung von Standards



Wohnkanton

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

niedrig	1	
hoch	1.43*	1.07-1.91

präoperative interdisz. Konf.

Nein	1	
Ja	2.96*	2.47-3.54

Durchführung von Studien

Nein	1	
Ja	2.29*	1.96-2.67

Wartezeiten bis Op. abhängig von MDTM's

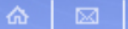


	zwischen Diagnose und Operation	zwischen Operation und primärer RT	zwischen Operation und prim. Chemo.
Multidisziplinäre Tumorkonferenz	P<0.001	P=0.02	P<0.01
prä- und postoperativ	32	49	28
nur postoperative MDTM	15	52	28
keine MDTM	15	54	31

Versorgungsoptimierung durch Brustzentren und Ärztenetzwerke



- politische Situation
- Mammografievorsorgeprogramme
- Erkenntnisse in der Brust-Versorgung
 - Welt
 - Schweiz
- **Anstrengungen der KLS/SGS**
- Unser Projekt im Detail



Home

[Centers and Operators](#)

[Documents](#)

[Memos and Userguides](#)

[Annual Meetings](#)

[Links](#)

[Start MIBB Database](#)

Link to be bookmarked

Welcome to the MIBB Minimally Invasive Breast Biopsies Working Group Website of the [Swiss Society of Senology](#).

To access the MIBB-Database please go to www.adjumed.net/mibb

We recommend to bookmark this link immediately.

The userguides and the guides for center-administrators are located in the [memos and userguides](#) section.

The MIBB

Here you will find a list of all [MIBB-Centers](#), a list of all [MIBB-Operators](#), [documents and application forms](#) and the [MIBB-Memos](#).

There is also a ["Links" page](#) for further information.

For suggestions or further information please contact the SGS Office:

SGS / MIBB Office c/o ADJUMED Services

Birmensdorferstrasse 470, 8055 Zürich, Tel. +41 44 445 26 67, [mibb\(at\)adjumed.ch](mailto:mibb(at)adjumed.ch)

Headline news : Annual Meeting 2011

[Gert Kampmann's Slides](#)

[Harald Haueisen's slides](#)



[Vorstand der SGS / SSS](#)

[Antrag Mitgliedschaft](#)

[Interna \(passwortgeschützt\)](#)

Die Schweizerische Gesellschaft für Senologie

Wählen Sie hier, um die SGS besser kennenzulernen:

[Statuten \(deutsch\)](#)

[Statuten \(französisch\)](#)

[Vorstand der SGS / SSS](#)

[Mitgliederliste](#)

[Antrag Mitgliedschaft](#)

SGS/SSS Richtlinien für Brustzentren:

Endgültige Versionen der SGS/SSS-Kriterien für Brustzentren ([deutsch](#) und [französisch](#))

- Appendix 1 (Arztenetzerkennung [deutsch](#) und [französisch](#))

- Appendix 2 (Zertifizierungsprozess [deutsch](#) und [französisch](#)).

Die praktische Durchführung wurde Anfang 2010 an die Krebsliga Schweiz delegiert.

Informationen über die Informationsveranstaltung in Bern vom 24. August 2011, von 09.45 bis 11.45 Uhr bei der Krebsliga Schweiz, Effingerstrasse 40, 3008 Bern (Anmeldung: per E-Mail an q-label@krebsliga.ch) und Bewerbungsdokumente finden Sie auf www.krebsliga.ch/q-label (franz.: www.liguecancer.ch/label_qualite).



SGS Arbeitsgruppe Brustzentren

- 1 Chirurgie
- 1 Gynäkologie
- 1 Pathologie
- 1 Radiologie
- 1 Radio-Onkologie
- 1 Genetik
- 1 Plastische Chirurgie
- 1 medizinische Onkologie



Überarbeitung:

- 1 Krankenpflegespezialistin (Fr. Dr. A. Glaus)
- 1 Epidemiologie / VSKR
- 1 Europa Donna CH
- 1 Leben wie zuvor
- 1 Krebsliga

Versorgungsoptimierung durch Brustzentren und Ärztenetzwerke



- politische Situation
- Mammografievorsorgeprogramme
- Erkenntnisse in der Brust-Versorgung
 - Welt
 - Schweiz
- Anstrengungen der KLS/SGS
- **Unser Projekt im Detail**

CH Brustzentren Definitionen SGS/KLS



- **Strukturqualität: Personelles und Apparatives**
- **Prozessqualität:**
 - 5 Tage bis zur Konsultation
 - 5 Tage bis zur Resultatmitteilung
 - interdisziplinäre Konferenzen vor und nach der Operation
- **case load**
 - ≥ 125 neue Mammakarzinomfälle pro Jahr
 - mindestens 30 pro Kernteam-Chirurgen
- **Ergebnisqualität**
 - Datendokumentation, Indikatoren
- **klinische Studien**
 - ≥ 30 Patientinnen in Studien pro Jahr



**Schweizerische Gesellschaft für
Senologie
Working Group Appendix 1
genehmigt 1.7.2010**



realisierbare Bedingungen für beide Seiten
aber
keine Verwässerung der BZ-Kriterien



Die Brustzentren müssen Strukturen schaffen

- um die Zentralstelle des Netzwerkes zu erfüllen
 - Personell
 - Informatik
 - Telematik
- präoperative (Diagnostik-) Konferenzen
- postoperative (Tumor-) Konferenzen
- Studien
- Datendokumentation und
- Mithilfe bei Operationen

Das Brustzentrum verpflichtet sich



- die Fälle des Partners innerhalb 6 Arbeitstagen zu beurteilen
- personelle und apparative Infrastruktur:
 - Mammografie, Ultraschall und weitere Diagnostikmöglichkeiten
 - Punktionsbiopsien (FNP und Stanzen)
 - Vakuumbiopsie
 - Brustchirurgie (zur gemeinsamen Operationsdurchführung)
 - plastische Chirurgie
 - Breast Care Nurse
 - Psychoonkologie
 - Diagnostikkonferenz (präoperative Fallbesprechung)
 - Tumorkonferenz (postoperative Fallbesprechung)
- Datenerfassung (Mammakarzinom-Datenbank)
- jährliche Ergänzung des Datensatzes

Der Partner verpflichtet sich



- alle operativen Fälle → präoperative **Diagnostikkonferenz**
- Brustoperationen **zusammen mit einem Brustchirurgen**
- maligne und Risikoläsionen → **Tumorkonferenz**
- **regelmässige Nach- bzw. Vorsorge**
- **Nachsorgedaten in die BZ-Datenbank**
- Besprechung mit der **breast care nurse** empfehlen
- Informationsbroschüren abgeben
- **senologische Fortbildung** (4 Creditpoints pro Jahr in Senologie)
- bei operativer Tätigkeit mindestens 4 x jährlich an **Diagnostik- und Tumorkonferenzen teilzunehmen**



- Operation mit gesicherter Diagnose
- präoperative interdisziplinäre Fallbesprechung
- Beisein eines Brustchirurgen
- postoperative interdisziplinäre Fallbesprechung
- präoperatives Gespräch mit der Breast Care Nurse
- Dokumentation in der SBCDB und Studien

die präoperative (Diagnostik-) Konferenz



Swiss Breast Center DataBase SBCDB

www.sbcdb.ch



[Home](#)

- SGS/SSS Criteria for Breast Centers [DE/FR](#)
- Appendix 1 [DE/FR](#)
- Appendix 2 [DE/FR](#)

[Memo Data-Transfer](#)

[Start SBCDB](#)

or bookmark this link

Welcome to the Swiss Breast Center Database for certified Breast Centers.

To access the SBC-Database please click www.adjumed.net/sbcdb

We recommend to bookmark this link right away.

The SBCDB is under the patronage of the [Swiss Cancer League](#) and the [Swiss Society of Senology](#). There are two contracts concerning the project. One between the Swiss Society of Senology and Adjumed Services AG, signed October 27th 2011 ([DOC](#), [PDF](#)). The other [between the Swiss Society of Senology and the participating breastcenter](#) (to be signed by the breastcenter willing to participate and sent in two copies to the SGS / SBCDB Office c/o ADJUMED Services AG, Birmensdorferstrasse 470, 8055 Zürich, Tel. +41 44 445 26 67, [sbcdb\(at\)adjumed.ch](mailto:sbcdb(at)adjumed.ch)).

For suggestions or further information please contact the SGS Office:

SGS / SBCDB Office c/o ADJUMED Services
Birmensdorferstrasse 470, 8055 Zürich, Tel. +41 44 445 26 67, [sbcdb\(at\)adjumed.ch](mailto:sbcdb(at)adjumed.ch)

- FÄLLE
- FÄLLE ABSCHLIESSEN
- IMPORT/EXPORT
- KONTAKT
- LOGINDATEN
- LOGOUT

- SUCHE
- LISTE: LETZTE 5 ABGESCHLOSSENE FÄLLE (VON TOTAL 37)
- LISTE: LETZTE 50 PENDENTE FÄLLE (VON TOTAL 1960)
- AKTUELLER FALL: (-----, 28.10.2012 15:11:35)

Bitte wählen Sie Ihr Formular-Set: Bitte wählen Sie Ihr Filter-Set:

neuen Fall anlegen

base (click to open/close)	(keines)
Angaben zur grössten Läsion (click to open/close)	2012 BZ Diagnostikkonferenz Anmeldung
Bildgebung grösste Läsion (click to open/close)	2012 EUSOMA [10/11/12]
Zytologie/Histologie grösste Läsion (click to open/close)	2012 SBCDB [10/11/12]
weitere Befunde (click to open/close)	2012 Brustzentrum (Hauptformular) [11/12]
weitere Angaben (click to open/close)	2012 EUSOMA [10/11/12] export
Diagnostikkonferenz / präoperative Konferenz (click to open/close)	2012 BZ Tumorboard (Onkologie)
Diagnostikkonferenz / präoperative Konferenz (click to open/close)	2012 BZ 1. Nachsorge (Follow up)

Zytologie/Histologie grösste Läsion (click to open/close)

weitere Befunde (click to open/close)

weitere Angaben (click to open/close)

Diagnostikkonferenz / präoperative Konferenz (click to open/close)

Fremd-PID

18a. Arbeitsdiagnose (max. 4000 Zeichen)

18b. Geplantes bzw. vorgeschlagenes weiteres Vorgehen (max. 4000 Zeichen)

19. Vorschlag der Diagnostikkonferenz (max. 4000 Zeichen)

Initialen

D23A: Datum der prätherapeutischen Konferenz

- FÄLLE**
- FÄLLE ABSCHLIESSEN**
- IMPORT/EXPORT**
- KONTAKT**
- LOGINDATEN**
- LOGOUT**

- **SUCHE**
- **LISTE: LETZTE 5 ABGESCHLOSSENE FÄLLE (VON TOTAL 37)**
- **LISTE: LETZTE 50 PENDENTE FÄLLE (VON TOTAL 1960)**
- ▼ **AKTUELLER FALL: (-----, 28.10.2012 15:11:35)**

Bitte wählen Sie Ihr Formular-Set: Bitte wählen Sie Ihr Filter-Set:

neuen Fall anlegen

base (click to open/close)

Angaben zur grössten Läsion (click to open/close)

Bildgebung grösste Läsion (click to open/close)

Zytologie/Histologie grösste Läsion (click to open/close)

weitere Befunde (click to open/close)

weitere Angaben (click to open/close)

Diagnostikkonferenz / präoperative Konferenz (click to open/close)

1. Operation (click to open/close)

2. Operation (click to open/close)

3. Operation (click to open/close)

Axilla/Sentinel (click to open/close)

Pathologie-Angaben (click to open/close)

Tumorkonferenz/Onkologie-Kolloquium (click to open/close)

Datum des Tumorboards / Onkologie-Kolloquiums


Diagnose Klartext (max. 4000 Zeichen)

Histologie Freitext (max. 4000 Zeichen)

Bemerkungen zur operativen Therapie

- (keines)
- 2012 BZ Diagnostikkonferenz Anmeldung
- 2012 EUSOMA [10/11/12]
- 2012 SBCDB [10/11/12]
- 2012 Brustzentrum (Hauptformular) [11/12]
- 2012 EUSOMA [10/11/12] export
- 2012 BZ Tumorboard (Onkologie)**
- 2012 BZ 1. Nachsorge (Follow up)

Tumorkonferenz/Onkologie-Kolloquium (click to open/close)

Datum des Tumorboards / Onkologie-Kolloquiums	11.10.2012 
Diagnose Klartext (max. 4000 Zeichen)	Multifokales invasiv lobuläres Mammakarzinom vom pleomorphen Subtyp rechts, pT2 (m) (0.6 cm; 1.2 cm; 3 cm und 0.4 cm) pN2 (5/8) (zwei
Histologie Freitext (max. 4000 Zeichen)	03.10.2012: B 2012.49471: Exzizat SNL 1: Metastase des unten genannten
Bemerkungen zur operativen Therapie (max. 4000 Zeichen)	Befundmarkierung, US-geführte breite Tumorexzision rechts (2 Stellen: bei 9 Uhr und bei 3 Uhr) onkoplastische Rekonstruktion mittels Metastasenmarkierung Technik ausgewählter und intratumorale
Empfehlung der Tumorkonferenz (max. 4000 Zeichen)	Umgebungsabklärung, Radiotherapie der Mamma mit boost - mit Lymphabfluss, Chemotherapie der 3. Generation (anthrazyklin- und
Visum (Equipe Tumorboard) (max. 4000 Zeichen)	am 11.10.2012 anwesend: Dr. med. A. Baege, Brust-Zentrum Seefeld Dr. med. H. Heuer, Brust-Zentrum Seefeld Dr. med. T. Beck, Brust-Zentrum Seefeld Dr. med. C. Braschler, Brust-Zentrum Seefeld Dr. med. M. Sumila, Radio-Onkologie Hirslanden Dr. med. S. Hosch, Brust-Zentrum Seefeld PD Z. Varga, Pathologie USZ Med. pract. B. Papassotiropoulos, Brust-Zentrum Seefeld PD Dr. med. Ch. Rageth, Brust-Zentrum Seefeld Dr. med. E. Sarasin Ricklin, Brust-Zentrum Seefeld Dr. med. E. Saurenmann, Brust-Zentrum Seefeld Dr. med. U. Breitenstein, Brust-Zentrum Seefeld und Onkozentrum M. Brück, med. Dokumentationsassistentin, Brust-Zentrum Seefeld I. Brenneisen, Breast Care Nurse, Brust-Zentrum Seefeld und Onkozentrum



Onkologiekolloquium vom 11.10.2012

39004, Exxxxxxxxxxxxxxxx. Kxxxxxxxxxxx. (EK), XX.XX.1969 (1969)

Anmeldung: Papassotiropoulos, 24.08.2012 Fremd-PID: Internzuständig: CRA

Diagnose: Multifokales invasiv lobuläres Mammakarzinom vom pleomorphen Subtyp rechts, pT2 (m)(0,6 cm; 1,2 cm; 3 cm und 0,4 cm) pN2 (5/8)(zwei SN-Metastasen von max. 0,3 cm, drei Level-ML-Metastasen von max. 1,1 cm mit extranodaler Extension) Mx G2 R1 (pectoral randbildend, kaudal zumindest knapp), ER und PgR 100%, Her2 negativ (FISH), Proliferationsindex variabel bis 25-30% (MIB-1) und klassische und pleomorphe lobuläre Neoplasie, pTis knapp RO (pleomorphe LN kranial zumindest knapp).

Therapie: Sentinel Lymphonodektomie rechts, Komplettierung der axillären Lymphonodektomie bei positivem Sentinel-LK, Intraoperative US-gezielte Befundmarkierung, US-geführte breite Tumorexzision rechts (2 Stellen: bei 9 Uhr und bei 3 Uhr) onkoplastische Rekonstruktion mittels "lateral advancement" Technik aussen und intramammäre Verschiebeplastik zur Readaptation des Drüsenkörpers innen am 3.10.2012

Histologie: 03.10.2012:

B 2012.49471: Exzizat SNL 1: Metastase des unten genannten Mammakarzinoms (max. Durchmesser 0,3 cm). Kein Nachweis extranodaler Extension (1/1).

B 2012.49472: Exzizat SNL 2: Metastase des unten genannten Mammakarzinom (max. Durchmesser 0,2 cm). Kein Nachweis extranodaler Extension (1/1).

B 2012.49473: Exzizat Axilla Level 1+2: Drei Lymphknotenmetastasen des unten genannten Mammakarzinom (max. Durchmesser 1,1 cm) in 3 von 6 Lymphknoten. Nachweis extranodaler Extension (3/6).

B 2012.49474: Mammasegmentexzisate (rechts): Multifokales, mässig differenziertes (BRE Score 3/3/1=7; G2), invasiv-lobuläres Mammakarzinom vom pleomorphen Subtyp. Kein Nachweis von Angioinvasion oder Perineuralscheideninfiltration.

Segment 1: Invasiver Karzinomherd mit max. 0,5 cm Durchmesser, allseits > 0,5 cm im Gesunden.

Ausgedehnte, lobuläre Neoplasie vom pleomorphen Typ, ventral und pektoral randbildend.

Segment 2: Invasiver Karzinomherd mit max. 1,2 cm Durchmesser, pektoral randbildend. Abstand zum ventralen Resektatrand 0,1 cm, übrige Resektatänder > 0,5 cm (kaudaler Resektatrand nicht berücksichtigt). Ausgedehnte lobuläre Neoplasie vom pleomorphen Typ, pektoral und kranial randbildend.

Segment 3: Invasiver Karzinomherd (max. Durchmesser 3,0 cm). Abstand zum mamillennahen Pol 0,2 cm, Abstand zum pektoralen Rand 0,3 cm, zum ventralen und zum mamillenfernen Pol > 0,5 cm (kranialer und kaudaler Resektatrand nicht berücksichtigt). Ausgedehnte, lobuläre Neoplasie vom pleomorphen Typ, pektoral < 0,1 cm an den Resektatrand reichend.

Segment 4: Invasiver Karzinomherd (max. Durchmesser 0,4 cm), mamillenfern < 0,1 cm an den Resektatrand reichend, pektoral und kaudal an den Resektatrand reichend, ventral 0,4 cm sowie mamillennah > 0,5 cm an den Resektatrand reichend. Tumorfernes Mammagewebe mit Fibrose, Duktektasien und sklerosierender Adenose. TNM-Klassifikation (7. Auflage, 2010): pT2 (m), pN2a (5/8), G2, LD, V0.

Aus dem Vorbefund übernommen: Positivität für Östrogenrezeptoren in 100% der Tumorzellkerne. Positivität für Progesteronrezeptoren in 100% der Tumorzellkerne. Her2 Immunhistochemie: negativ (Score 0). Keine Amplifikation des Her2-Gens in einer FISH-Analyse.

Aus aktuellem Befund: Proliferationsindex (MIB-1): variabel, bis 25-30% der Tumorzellen.

Kommentar: Die Segmentnummerierung und die insgesamt randbildenden Areale entnehmen Sie bitte der mitgesandten Skizze.

Die MIB-1 Index ist erstaunlich hoch zu einem G2 Tumor. Auch nachträglich kommen nur wenige Mitosen zur Darstellung so dass der BRE Score bei 3/3/1=7 (G2) bleibt.

Empfehlung: Umgebungsabklärung, Radiotherapie der Mamma mit boost- mit Lymphabfluss, Chemotherapie der 3. Generation (anthrazyklin- und taxanhaltig), später antihormonelle Behandlung je nach Menopausalstatus. Histologisch pectoral R1, fokal caudal und kranial evtl. auch zumindest knappe Schnittränder; in Anbetracht des Nodalstatus kann auf eine Nachresektion, welche schwierig wäre, verzichtet werden, falls die Brustform jetzt befriedigend ist.

Visiert: am 11.10.2012 anwesend:

Dr. med. A. Baege, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. H. Heuer, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. T. Bedt, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. C. Braschler, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. M. Sumila, Radio-Onkologie Hirslanden
Dr. med. S. Hosch, Brust-Zentrum Seefeld
PD Z. Varga, Pathologie IISZ



Onkologiekolloquium vom 11.10.2012

39004, Exxxxxxxxxxxxxxxx. Kxxxxxxxxxxxx. (EK), XX.XX, 1969 (1969)

Onkologiekolloquium vom 11.10.2012

39004, Exxxxxxxxxxxxxxxx. Kxxxxxxxxxxxx. (EK), XX.XX, 1969 (1969)

Anmeldung: Papassotiropoulos, 24.08.2012 **Fremd-PID:** **Intern zuständig:** CRA

Diagnose: Multifokales invasiv lobuläres Mammakarzinom vom pleomorphen Subtyp rechts, pT2 (m)(0.6 cm; 1.2 cm; 3 cm und 0.4 cm) pN2 (5/8)(zwei SN-Metastasen von max. 0.3 cm, drei Level-I/II-Metastasen von max. 1.1 cm mit extranodaler Extension) Mx G2 R1 (pectoral randbildend, kaudal zumindest knapp), ER und PgR 100%, Her2 negativ (FISH), Proliferationsindex variabel bis 25-30% (MIB-1) und klassische und pleomorphe lobuläre Neoplasie, pTis knapp R0 (pleomorphe LN kranial zumindest knapp).

Therapie: Sentinel Lymphonodektomie rechts, Komplettierung der axillären Lymphonodektomie bei positivem Sentinel-LK, Intraoperative US-gezielte Befundmarkierung, US-geführte breite Tumorexzision rechts (2 Stellen: bei 9 Uhr und bei 3 Uhr) onkoplastische Rekonstruktion mittels "lateral advancement" Technik aussen und intramammäre Verschiebeplastik zur Readaptation des Drüsenkörpers innen am 3.10.2012



Onkologiekolloquium vom 11.10.2012

Histologie: 03.10.2012:

B 2012.49471: Exzizat SNL 1: Metastase des unten genannten Mammakarzinoms (max. Durchmesser 0,3 cm. Kein Nachweis extranodaler Extension (1/1).

B 2012.49472: Exzizat SNL 2: Metastase des unten genannten Mammakarzinom (max. Durchmesser 0,2 cm). Kein Nachweis extranodaler Extension (1/1).

B 2012.49473: Exzizat Axilla Level 1+2: Drei Lymphknotenmetastasen des unten genannten Mammakarzinom (max. Durchmesser 1,1 cm) in 3 von 6 Lymphknoten. Nachweis extranodaler Extension (3/6).

B 2012.49474: Mammasegmentexzisate (rechts): Multifokales, mässig differenziertes (BRE-Score 3/3/1=7; G2), invasiv-lobuläres Mammakarzinom vom pleomorphen Subtyp. Kein Nachweis von Angioinvasion oder Perineuralscheideninfiltration.

Segment 1: Invasiver Karzinomherd mit max. 0,6 cm Durchmesser, allseits > 0,5 cm im Gesunden.

Ausgedehnte, lobuläre Neoplasie vom pleomorphen Typ, ventral und pektoral randbildend.

Segment 2: Invasiver Karzinomherd mit max. 1,2 cm Durchmesser, pektoral randbildend. Abstand zum ventralen Resektatrand 0,1 cm, übrige Resektatränder > 0,5 cm (kaudaler Resektatrand nicht berücksichtigt). Ausgedehnte lobuläre Neoplasie vom pleomorphen Typ, pektoral und kranial randbildend.

Segment 3: Invasiver Karzinomherd (max. Durchmesser 3,0 cm). Abstand zum mamillennahen Pol 0,2 cm, Abstand zum pektoralen Rand 0,3 cm, zum ventralen und zum mamillenfernen Pol > 0,5 cm (kranialer und kaudaler Resektatrand nicht berücksichtigt). Ausgedehnte, lobuläre Neoplasie vom pleomorphen Typ, pektoral < 0,1 cm an den Resektatrand reichend.

Segment 4: Invasiver Karzinomherd (max. Durchmesser 0,4 cm), mamillenfern < 0,1 cm an den Resektatrand reichend, pektoral und kaudal an den Resektatrand reichend, ventral 0,4 cm sowie mamillennah > 0,5 cm an den Resektatrand reichend. Tumorfernes Mammagewebe mit Fibrose, Duktektasien und sklerosierender Adenose. TNM-Klassifikation (7. Auflage, 2010): pT2 (m), pN2a (5/8), G2, L0, V0.

Aus dem Vorbefund übernommen: Positivität für Östrogenrezeptoren in 100% der Tumorzellkerne. Positivität für Progesteronrezeptoren in 100% der Tumorzellkerne. Her2 Immunhistochemie: negativ (Score 0). Keine Amplifikation des Her2-Gens in einer FISH-Analyse.

Aus aktuellem Befund: Proliferationsindex (MIB-1): variable, bis 25-30 % der Tumorzellen.

Kommentar: Die Segmentnummerierung und die insgesamt randbildenden Areale entnehmen Sie bitte der mitgesandten Skizze.

Die MIB-1 Index ist erstaunlich hoch zu einem G2 Tumor. Auch nachträglich kommen nur wenige Mitosen zur Darstellung so dass de BRE Score bei 3/3/1=7 (G2) bleibt.

Empfehlung: Umgebungsabklärung, Radiotherapie der Mamma mit boost- mit Lymphabfluss, Chemotherapie der 3. Generation (anthrazyklin- und taxanhaltig), später antihormonelle Behandlung je nach Menopausalstatus. Histologisch pectoral R1, fokal caudal und kranial evtl. auch zumindest knappe Schnittränder; in Anbetracht des Nodalstatus kann auf eine Nachresektion, welche schwierig wäre, verzichtet werden, falls die Brustform jetzt befriedigend ist.

Visiert: am 11.10.2012 anwesend:

Dr. med. A. Baege, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. H. Heuer, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. T. Bedt, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. C. Braschler, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. M. Sumila, Radio-Onkologie Hirslanden
Dr. med. S. Hosch, Brust-Zentrum Seefeld
PD.Z. Varma, Pathologie IISZ



Onkologiekolloquium vom 11.10.2012

39004, EXXXXXXXXXXXXXXXXX, KXXXXXXXXXXXX (EK), XX.XX.1969 (1969)

Anmeldung: Papassotiropoulos, 24.08.2012 Fremd-PID: Internzuständig: CRA

Diagnose: Multifokales invasiv lobuläres Mammakarzinom vom pleomorphen Subtyp rechts, pT2 (m)(0.6 cm; 1.2 cm; 3 cm und 0.4 cm) pN2 (5/8) (zwei SN-Metastasen von max. 0.3 cm, drei Leve-HI-Metastasen von max. 1.1 cm mit extranodaler Extension) Mx G2 R1 (pectoral randbildend, kaudal zumindest knapp), ER und PgR 100%, Her2 negativ (FISH), Proliferationsindex variabel bis 25-30% (MIB-1) und klassische und pleomorphe lobuläre Neoplasie, pTis knapp RO (pleomorphe LN kranial zumindest knapp).

Empfehlung: Umgebungsabklärung, Radiotherapie der Mamma mit boost - mit Lymphabfluss, Chemotherapie der 3. Generation (anthrazyklin- und taxanhaltig), später antihormonelle Behandlung je nach Menopausalstatus. Histologisch pectoral R1, fokal caudal und kranial evtl. auch zumindest knappe Schnittränder; in Anbetracht des Nodalstatus kann auf eine Nachresektion, welche schwierig wäre, verzichtet werden, falls die Brustform jetzt befriedigend ist.

Visiert: am 11.10.2012 anwesend:

Dr. med. A. Baege, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. H. Heuer, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. T. Beck, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. C. Braschler, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. M. Sumila, Radio-Onkologie Hirslanden
Dr. med. S. Hosch, Brust-Zentrum Seefeld
PD Z. Varga, Pathologie USZ
Med. pract. B. Papassotiropoulos, Brust-Zentrum Seefeld
PD Dr. med. Ch. Rageth, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. E. Sarasin Ricklin, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. E. Saurenmann, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. U. Breitenstein, Brust-Zentrum Seefeld und Onkozentrum
M. Brück, med. Dokumentationsassistentin, Brust-Zentrum Seefeld
I. Brenneisen, Breast Care Nurse, Brust-Zentrum Seefeld und Onkozentrum

visiert: am 11.10.2012 anwesend:
Dr. med. A. Baege, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. H. Heuer, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. T. Beck, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. C. Braschler, Brust-Zentrum Seefeld
Dr. med. M. Sumila, Radio-Onkologie Hirslanden
Dr. med. S. Hosch, Brust-Zentrum Seefeld
PD Z. Varga, Pathologie USZ



Codierungen

Operation: Ja -

Datum der 1. Operation: 03.10.2012

Operationstyp: weite Resektion - andere onkoplastischer Massnahme - LappenPräparatradiografie: Nein - Gefrierschnitt: Nicht durchgeführt - Gefrierschnitt Ränder:

Nicht durchgeführt Gewicht: Remodelling: Nein

Datum **2. Operation:** Typ: - - . Remodelling:

Datum **3. Operation:** . Typ: - - . Remodelling:

SNL: Durchgeführt **Axilla:** Durchgeführt - level 1+2

Histologie: Invasiv atyp. duk. Hyperplasie lobular. G: II. V: Ja. In situ: lobular G(is):

30 mm (inv.+is). Schnitttrand: invasives Ca. erreicht d. Rand - 0 mm weit i.Ges.(inv.), mm weit i.Ges.(is). pT 2 pN (LN-Status Positiv) 2a (5/8) (SNL: Involviert, 1). ER Positiv 100, PgR Positiv 100. Ki67: 28. Her2 IHC 0/1+, Her2 FISH 1, Negativ.....

Rückblick auf die präoperative Situation

Präoperative Diagnosesicherung

Histologie: 29.08.2012 Trucut / Stanzbiopsie - B5-boesartig - Invasiv

Zytologie: - Nicht durchgeführt

andere Methode:

Kommentar Diagnostik: Mammastanzbiopsie (rechts, bei 3 Uhr am 29.8.2012 und bei 9-10 Uhr am 25.09.2012): Mind. mässig differenziertes invasiv-lobuläres Karzinom. Wenig lobuläre Neoplasie, klassischer Typ. B-Klassifikation B5b.

Positivität für Östrogenrezeptoren in 100% der Tumorzellkerne.

Positivität für Progesteronrezeptoren in 100% der Tumorzellkerne.

Her2 Immunhistochemie: negativ (Score 0).

Keine Amplifikation des Her2-Gens in einer FISH-Analyse.

Senologische Anamnese: keine / bland.

Menopausenstatus: prämenopausal.

Familiäre Belastung mit Mammakarzinom: negativ (Mutter, Grossmutter, Schwester, Tanten).

Allgemeine Begleiterkrankungen keine Begleiterkrankungen und relevante Medikamente.

Staging nicht durchgeführt. - **Fernmetastasen:** X

Präoperative Arbeitsdiagnose:

Bifokales invasiv lobuläres Mammakarzinom rechts bei 3 Uhr und 9-10 Uhr, cT2 (m) cN0 Mx G2, ER und PgR 100%, Her2 negativ (FISH) und klassische lobuläre Neoplasie

Empfehlung der Diagnostikkonferenz vom 02.10.2012:

dito

Datum der Therapie-Indikation: 11.09.2012

Datum der Besprechung mit der Patientin:

Abschlussempfehlung an die Patientin: chir. Entfernung



Über Krebs

Leben mit Krebs

Prävention

Helfen Sie

Shop

Über uns

Jobs

Zugang für Fachpersonen

Aktuell

Agenda

Forschung

Literatur

Kommunikationstraining

Psychoonkologie

Komplementärmedizin

Onkologische Rehabilitation

Tagungen

Rauchstopp

Qualitätslabel Brustzentren

Aktuell

Interessierte Zentren

Betroffene Frauen

Infoveranstaltung 2011

Home > Zugang für Fachpersonen > Qualitätslabel
Brustzentren

[+ Webersagen](#) |

Spenden

Qualitätslabel für Brustzentren

Die Krebsliga Schweiz (KLS) und die Schweizerische Gesellschaft für Senologie (SGS) lancieren gemeinsam ein Qualitätslabel für Brustzentren in der Schweiz. Das Label zeichnet Brustzentren aus, die klar definierte Anforderungen an die Qualität der Behandlung und Betreuung von Frauen mit Brustkrebs erfüllen.



Logo Q-Label
© KLS

Grundlage für das Label bildet ein [Kriterienkatalog](#), der von der [SGS](#) in Anlehnung an die Kriterien der [EUSOMA](#) (European Society of Breast Cancer Specialists) erarbeitet worden ist. Der SGS-Kriterienkatalog umfasst rund 100 Punkte zu Bereichen wie etwa Zusammensetzung und Fachkompetenzen des Behandlungsteams, Verfügbarkeit bestimmter technischer Einrichtungen oder Anforderungen hinsichtlich der Information der Patientin.

Unterschiede in der Betreuung von Brustkrebs-Patientinnen in der Schweiz

Anlass für das Engagement der Krebsliga Schweiz in diesem Bereich war die «Pattern of care»-Studie der Krebsregister aus dem Jahr 2009 (*Ess S, et al.: Geographic variation in breast cancer care in Switzerland. Cancer Epidemiology 2010; 34: 116-121*). Diese Studie hat gezeigt, dass es bei der Betreuung von Frauen mit Brustkrebs in der Schweiz bedeutende regionale Unterschiede gibt.

Brustkrebs

Leben mit Krebs

Früherkennung von
Brustkrebs



- EUSOMA:
 - Zürich (USZ/Seefeld)
 - Ticino (Lugano/Locarno/Bellinzona)
 - Aarau (Kantonsspital)
- DGS/DKG:
 - Luzern (Kantonsspital)
 - Baden (Kantonsspital)
 - *(Bern (Universitätsspital) - visitiert)*
- SGS/KLS
 - Basel (Universitätsspital)
 - St. Gallen (Kantonsspital)

krebsliga
ligue contre le cancer
lega contro il cancro



Christian Huber
Brustzentrum Basel



Kathrin Kramm
Krebsliga Schweiz



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit