

# «Die Erstbehandlung ist ganz entscheidend»

Bei einer gynäkologischen Krebserkrankung sind eine grosse Erfahrung der Fachärzte sowie die interdisziplinäre Teamarbeit von zentraler Bedeutung.

von Markus Sutter

**Herr Prof. Dr. Günthert, Sie haben die Krebspatientin A.M., die auf den Seiten 8-9 vorgestellt wird, erfolgreich operiert. Bei der Erstkonsultation in einem kleinen Spital wurden ihr keine Hoffnungen mehr gemacht. Hat sich Frau A.M. anfänglich die falschen Ärzte ausgesucht?**

**Prof. Dr. Andreas Günthert (A.G.)** Falsche Ärzte gibt es hoffentlich nicht. Eher waren die Infrastruktur und die Ausbildung nicht adäquat, um die Situation richtig einschätzen zu können. Bereits vor der Einleitung von ersten Massnahmen sollte ein interdisziplinäres Team mit entsprechender Qualifikation und einer möglichst

grossen Fallzahl-Erfahrung zum Zug kommen.

**Würden Sie sagen, dass bei der Erstbehandlung von Frau A.M. etwas schief lief?**

**A.G.** Es ist sicher nicht optimal gelaufen. Bei Frau A.M. wurde der palliative Weg eingeschlagen. Eine solche Massnahme ist manchmal durchaus angezeigt, aber ein derart schwerwiegender Entscheid setzt eine entsprechende Ausbildung voraus. Palliativmedizin bedeutet schliesslich, dass keine Heilung mehr möglich ist. Bei der genannten Patientin wurde festgelegt, dass sie nicht tumorfrei operiert werden kann. Um das beurteilen zu können, fehlte es jedoch am notwendigen Wissen. Für

eine solche Entscheidung gibt es den Schwerpunkttitel Gynäkologische Onkologie, eine mehrjährige Zusatzausbildung, die für die Behandlung von gynäkologischen Tumorpatienten qualifiziert.

**Wie zentral ist denn die Erstbehandlung bei einem solchen Fall überhaupt?**

**A.G.** Die Erstbehandlung ist ganz entscheidend für das Überleben von Patientinnen. Die Therapie besteht von wenigen Ausnahmen abgesehen immer aus der Kombination von Operation und Chemotherapie. Bei einer Operation müssen alle Tumormassen sowie Knötchen gefunden und entfernt werden. Das ist technisch nicht einfach und





**Prof. Dr. med. Daniel Fink**

FMH Schwerpunkt Gynäkologische  
Onkologie, Klinikdirektor  
Gynäkologie & Leiter Gynäkologi-  
sches Tumorzentrum,  
Universitätsspital Zürich



**Prof. Dr. med.  
Andreas Günthert**

Leiter gyn-zentrum,  
Schwerpunkt Gynäkologische  
Onkologie, Schwerpunkt  
Operative Gynäkologie, Präsident  
Schweizerische Gesellschaft  
für Senologie (SGS)

auch nicht ungefährlich. Ein unerfahrener Operateur kann da grosse Fehler machen.

**Mit anderen Worten: Eine betroffene Patientin mit einem derartigen Tumorleiden sollte möglichst unverzüglich in die richtigen Hände kommen?**

**Daniel Fink (D.F.)** Ja, der Prognosefaktor des Eierstockkrebses hängt neben Faktoren, die durch die Tumorbilologie gegeben sind, entscheidend vom Tumorrest bei Abschluss der Erstoperation ab. Zudem sollte der Beginn der Chemotherapie nicht mehr als vier Wochen nach der Operation erfolgen. Ein späterer Beginn der Chemotherapie kann einen negativen Einfluss auf die weitere Prognose haben.

**Welche Regeln gelten denn heute? Darf jeder Arzt/Ärztin operieren?**

**A.G.** Mit Ausnahme des Kanton Zürich und einigen wenigen kantonalen Regelungen darf praktisch jeder Arzt alles operieren. Die Betroffenen haben in der akuten Situation auch kaum Möglichkeiten sich zu orientieren und sind auf das Verantwortungsbewusstsein ihrer behandelnden Ärzte angewiesen. Viele regionale Spitäler stehen auch un-

ter Druck und geben nicht gerne Fälle ab, was die Situation schwieriger macht. Neben politischer Weichenstellungen ist auch die Selbstbestimmung der Patientin entscheidend. Die erste Selbsthilfegruppe für gynäkologische Krebsarten «ElleHelp» wurde letztes Jahr gegründet und bietet eine unabhängige Plattform sich zu informieren, auch über Behandlungsqualität.

**Drängt sich auch für die weitere Begleitung des Krankheitsverlaufs einer Patientin ebenfalls eine qualifizierte Betreuung auf?**

**A.G.** Im optimalen Fall werden gynäkologische Tumorpatientinnen von zuweisenden Ärzten, den Hausärzten und den Tumorzentren gemeinsam betreut. Im Verlauf zeigen sich oft gewisse Schwierigkeiten, die besser gemeinsam angegangen werden. Auch spielt die Genetik zunehmend eine Rolle. Nicht selten treten solche Tumore bei familiären Krebsyndromen auf, die detailliert angeschaut und besprochen werden müssen.

**Was zeichnet ein qualifiziertes Zentrum eigentlich aus?**

**A.G.** Neben operativen Fähigkeiten zählen dazu unter anderem eine spezialisierte Pflege, eine erfahrende Anästhe-

**«Die Erstbehandlung ist ganz entscheidend für das Überleben von Patientinnen.»**

sie und Schmerztherapie oder etwa die Zusammenarbeit mit erfahrenen Viszeralchirurgen (Bauchchirurgie). Auch das Netzwerk mit ergänzender Psychoonkologie kann von den meisten kleinen Spitätern nicht erwartet werden. Ebenso sollten Vorab-Abklärungen bei einer bereits bestehenden Verdachtsdiagnose besser einer spezialisierten Klinik überlassen werden. Ein gut geführtes Tumorzentrum verfügt über sehr durchdachte Diagnose- und Behandlungsalgorithmen. Ein weiterer Vorteil von grösseren Kliniken liegt darin, dass alle Fachdisziplinen unter einem Dach zu finden sind. Am sogenannten Tumorboard wird jede Patientin individuell besprochen. Damit kann auch in komplexen Situationen eine optimale Therapie gewährleistet werden.

**Und wie kann man die Qualität solcher Kliniken messen?**

**D.F.** Neben politischen Vorgaben wie Mindestfallzahlen ist die Zertifizierung eine gute Möglichkeit zur Qualitätskontrolle. Ein Teil der grösseren gynäkologisch-onkologischen Tumorzentren hat sich bereits heute freiwillig für eine Zertifizierung entschieden. Dadurch lässt sich die Versorgungsqualität in der gynäkologischen Onkologie objektiv messen und auch ausweisen. ■