

Etablierung der Tumorboards

Etablierung und Entwicklung der Tumorboards am Universitäts KrebsCentrum Dresden

Monique Simon¹, Michael Baumann¹, Maria Eberlein-Gonska²
 Universitäts KrebsCentrum (UCC) Dresden¹,
 Zentralbereich Qualitätsmanagement am
 Universitätsklinikum Dresden²

Zusammenfassung

In den am Universitäts KrebsCentrum (UCC) Dresden etablierten interdisziplinären onkologischen Fallbesprechungen, sogenannte Tumorboards, werden zwischen Spezialisten verschiedener Fachrichtungen Behandlungsfälle besprochen und in gemeinsamen Diskussionen die bestmögliche Therapie für den Patienten abgestimmt. Im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems wird die Entwicklung der Tumorboards bezogen auf Leistungsparameter und anhand von Qualitätsparametern analysiert. Zusätzlich zeigt eine Befragung der Tumorboardteilnehmer auf, wie die Tumorboards aus Sicht der Akteure eingeschätzt werden.

Einleitung

Das Universitäts KrebsCentrum (UCC) Dresden wurde 2003 gemeinsam vom Universitätsklinikum und Medizinischer Fakultät Carl Gustav Carus Dresden gegründet und gehörte zu den ersten universitären Comprehensive Cancer Centern in Deutschland. Die Gründung erfolgte als gemeinsame Initiative der Medizinischen Klinik I sowie der Kliniken für Strahlentherapie und Radioonkologie und Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie. Inzwischen sind alle Kliniken und Institute, die im Universitätsklinikum Dresden krebskranke Patienten betreuen oder in der Krebsforschung aktiv sind, Mitglieder des UCC (Abbildung 1). Mit der Gründungsphase wurde ein Qualitätsmanagementsystem nach der internationalen Norm DIN EN ISO 9001:2000 implementiert und erfolgreich zertifiziert (2004) und bereits rezertifiziert (2008). Grundlage bildet das Managementhandbuch des UCC als ein für alle Mitarbeiter verbindliches Regelwerk.

Kernbereich der Krankenversorgung des UCC ist die interdisziplinäre Ambulanz, in der Chirurg, medizinischer Onkologe, Strahlentherapeut und Psychoonkologe vertreten sind. Daneben finden Spezialsprechstunden für Haut- und Knochentumoren statt. Die Ambulanz dient als zentrale Anlaufstelle für Patienten vor der Therapie, zwischen den Therapieschritten und in der Nachsorge und koordiniert als Leitstelle die Diagnostik und Behandlung sowie die Übergänge zwischen ambulanter Versorgung und der stationären Behandlung. Unter dem organisatorischen Dach des UCC sind das Regionale Brustzentrum Dresden und das Prostatakarzinomzentrum Dresden angesiedelt.

Das UCC nimmt weiterhin Aufgaben im Rahmen der Krebsforschung und Lehre wahr. Die Krebsforschung ist einer von drei Profilschwerpunkten der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus. Der Erfolg in diesem Bereich kann an zahlreichen Publikationen ebenso abgelesen werden, wie an umfangreicher Förderung von Projekten durch namhafte Institutionen. Derzeitige Anstrengungen des UCC zielen darauf, die interdisziplinäre Translationsforschung, das heißt die Überführung neuer Erkenntnisse aus dem Labor in die klinische Anwendung, weiter zu intensivieren. In Bezug auf die Ausbildung von Medizinstudenten soll den Studierenden ein modernes, interdisziplinäres

Herangehen an die medizinische Versorgung krebskranker Patienten und die Krebsforschung nahe gebracht werden. Die Lehre findet im Rahmen des DIPOL®-Kurses Onkologie (Dresdner Integratives Problem- und Patientenorientiertes Lernen) statt.

In den wenigen Jahren seit Gründung des UCC sind die wesentlichen Grundlagen eines Comprehensive Cancer Center, das heißt Krankenversorgung, Krebsforschung und Lehre, die für alle Krebsformen „unter einem Dach“ angeboten werden, geschaffen worden. Dies ist im nationalen Wettbewerb „Onkologische Exzellenzzentren“ der Deutschen Krebshilfe e. V. im Jahr 2007 bestätigt worden, bei der das UCC zusammen mit nur vier weiteren Universitätsstandorten in Deutschland die Auszeichnung als Comprehensive Cancer Center erhielt.

Tumorboards am UCC Dresden

Im Rahmen der interdisziplinären Tumorboards am UCC werden fachübergreifend individuelle Behandlungsempfehlungen für krebskranke Patienten auf dem aktuellsten Stand der medizinischen Wissenschaften erarbeitet und gemeinsam beschlossen. Mit Ausnahme von Notfällen werden alle Patienten vor Beginn der Therapie, sowie, falls notwendig, zwischen den einzelnen Therapieschritten und in der Nachsorge besprochen. Neben Patienten des Universitätsklinikums Dresden werden



Abbildung 1: Netzplan UCC (Infografik: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden)

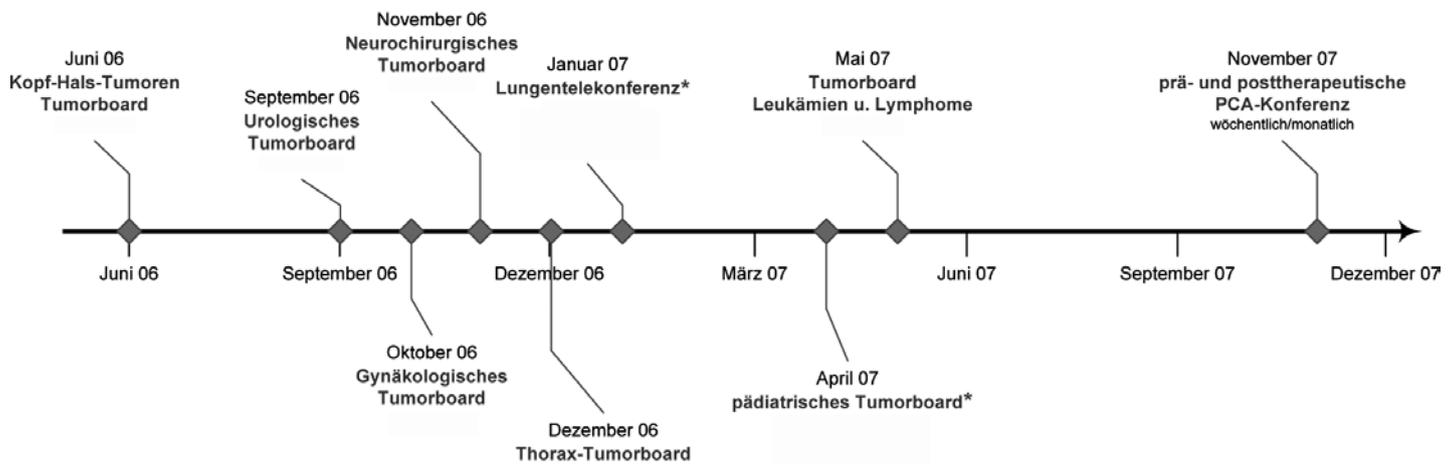


Abbildung 2: Zeitliche Darstellung der Einführung neuer Tumorboards am UCC Dresden
* Beginn mit elektronischer Dokumentation UCC-TDS, läuft bereits seit mehreren Jahren

sowohl Anfragen um Zweitmeinungen von Patienten als auch aus Praxen und anderen Krankenhäusern in den Tumorboards besprochen. In Dresden kann in diesem Bereich auf eine hervorragende Tradition zurückgeschaut werden, da bereits seit Jahrzehnten erfolgreich interdisziplinäre Tumorsprechstunden etabliert sind.

Das Tumorboard für Tumoren des Gastrointestinaltraktes, Sarkome sowie allgemeine onkologische Erkrankungen (GSA-Tumorboard) ist seit Mitte 2003 etabliert. Ab dem 2. Halbjahr 2006 sind zusätzliche Tumorboards zu weiteren Entitäten eingerichtet worden (Abbildung 2).

Anzahl Patientenvorstellungen in Tumorboards

Die Entwicklung des GSA-Tumorboards wird durch die steigende Anzahl der Patientenvorstellungen im Zeitraum von 2003 bis 2007 deutlich. Während beim Start Mitte 2003 die Anzahl besprochener Patienten mit ca. 300 noch relativ gering war, bewegte sich diese Zahl 2004 bis 2006 bereits um ca. 700 Patienten pro Jahr. Eine weitere Zunahme verzeichnet sich in 2007 um 160 Patienten auf ca. 900 Patienten pro Jahr allein in diesem dreimal wöchentlich stattfindenden Tumorboard.

Für alle weiteren fachspezifischen Tumorboards ist durch die Implementierung ab Mitte 2006 die Entwicklung erst ab diesem Zeitraum darstellbar und eine Aussage über einen

längeren Zeitraum noch nicht möglich. Insgesamt sind in diesen Tumorboards zusätzlich 2006 246 Patienten und 2007 bereits 1184 Patienten besprochen worden.

Teilnahme Fachdisziplinen an Tumorboards

Die Tumorboards sind als wesentlicher Qualitätsparameter jeweils mit einer für das Indikationsgebiet ausgewiesenen Expertengruppe besetzt. Bei speziellen Fragestellungen können zusätzlich weitere Fachgebiete hinzugezogen werden.

In 2006 waren vor allem Mitarbeiter der Strahlentherapie, Radiologie, Inneren Medizin und Chirurgie, deren Anwesenheit Mindeststandard für das Treffen von qualitativ hochwertigen Tumorboardempfehlungen für das GSA-Tumorboard ist, sowie der Nuklearmedizin und Pathologie, die als zusätzliche Disziplinen zu spezifischen Fragestellungen hinzugezogen werden, vertreten. Im Vergleich zu 2007 hat sich die Anzahl der Tumorboards auf 409 verdoppelt. Dies wirkt sich entsprechend auf die Teilnahme von Fachdisziplinen aus, da es zum Teil fast zur doppelten Belastung geführt hat. Betroffen waren hiervon vor allem Strahlentherapie, Radiologie und Innere Medizin, die zur Entscheidungsfindung bei fast allen Tumorboards benötigt werden. Auch die Teilnahme weiterer Fachrichtungen durch die Einführung der neuen Tumorboards ist hinzugekommen oder gestiegen.

Patientenvorstellungen für externe Einrichtungen

Im Rahmen der Tumorboards besteht als Serviceleistung für externe Einrichtungen die Möglichkeit, Patienten vorzustellen bzw. vorstellen zu lassen. Dabei können Externe selbst direkt am Tumorboard teilnehmen oder ein Arzt des UCC übernimmt im Namen der zuweisenden Einrichtung die Patientenvorstellung. Die Datenlage zeigt, dass zum einen die Teilnahme externer Einrichtungen an den Tumorboards steigt, aber auch die Patientenvorstellungen für Externe zunehmen. Im GSA-Tumorboard ist der Prozentsatz der Vorstellungen für Externe über die Jahre kontinuierlich gestiegen und liegt 2007 bei 4,8 Prozent (63 von 1306 Tumorboardempfehlungen). Diese Quote gilt es zu steigern und eine mögliche elektronische Vernetzung mit externen Einrichtungen zu realisieren, um künftig eine engere Zusammenarbeit mit regionalen und überregionalen Einrichtungen zu etablieren.

Horizontale Audits als Qualitätsparameter für Tumorboards

Eine besondere Herausforderung für Tumorboards ist die kontinuierliche und systematische Erfassung der Ergebnisqualität. Kerninstrument im UCC ist hierzu das Horizontale Audit, mit dem die Umsetzung der Tumorboardempfehlungen überprüft wird. Dazu werden stichprobenhaft Patienten nach Abschluss der Behandlungsschritte erneut in Tumorboards dis-

kutiert oder evaluiert, um die Patientenunterlagen auf Konformität der Diagnostik- und Therapieschritte mit den Tumorboardempfehlungen und den krankheitsspezifischen Algorithmen des Managementhandbuchs des UCC zu überprüfen und gegebenenfalls Verbesserungspotentiale zu identifizieren sowie entsprechende Maßnahmen abzuleiten.

Im Rahmen des GSA-Tumorboards ist das horizontale Audit seit 2005 ein etabliertes Instrument. Dazu wurden pro Jahr 20 Patienten retrospektiv mit folgenden Ergebnissen untersucht: in 80 bis 85 Prozent der Fälle erfolgt eine vollständige Umsetzung der Tumorboardempfehlung, in 20 bis 25 Prozent der Fälle ist die Therapie nach transparenten Kriterien dem weiteren klinischen Verlauf individuell angepasst und entsprechend dokumentiert worden (zum Beispiel veränderter Krankheitsverlauf). 2007 wurden erstmalig auch horizontale Audits im Kopf-Hals-Tumoren Tumorboard, Thoraxboard sowie im neurochirurgischen Tumorboard durchgeführt. Die gewonnenen Ergebnisse entsprechen den Erfahrungen aus dem GSA-Tumorboard.

Da die Tumorboardteilnehmer die horizontalen Audits als geeignetes Instrument ansehen und die Anwendung befürworten, sollen diese perspektivisch auf sämtliche Tumorboards des UCC ausgeweitet werden.

Akzeptanz der Tumorboards

Im Rahmen einer systematischen Erhebung wurden Anfang 2008 alle Tumorboardteilnehmer unter anderem zur Zufriedenheit mit den Tumorboards befragt. Innerhalb der Befragung wurden Vor- und Nachteile von Tumorboards erfasst (Tabelle 1): Vorteile sind in der Interdisziplinarität, in der direkten Kommunikation mit Vertretern anderer Fachrichtungen und der damit verbundenen Zeitersparnis, dem Fortbildungsaspekt und in den festgelegten Verantwortlichkeiten zu sehen. Als Nachteile werden der damit verbundene Zeitaufwand für die verschiedenen Fachdisziplinen, die teilweise Zeitverzögerung bis zum Therapiebeginn durch die Intervalle der Tumorboards

und die Anonymität aufgeführt.

Weitere Aspekte, die in der Befragung erhoben wurden, betreffen die Organisation der Tumorboards (Vorbereitung, Dauer) und die Tumorboardempfehlungen (Qualität der Diskussionen).

Zur Vorbereitung der Tumorboards sind verschiedene Aufgaben auch durch Ärzte zu übernehmen (zum Beispiel elektronische Anmeldung der Patienten, Eingabe medizinischer Daten, etc.). Der Zeitaufwand dafür wird zu 91 Prozent als „akzeptabel“ eingeschätzt. Ebenso die Dauer der Tumorboards, wobei 22 Prozent diese als „zu lang“ beurteilen. Eine Verkürzung wird nur in einer besseren Vorbereitung durch die vorstellenden Ärzte und in der Straffung der Diskussion gesehen.

Die Beurteilung der Diskussion durch die Ärzte selbst führte zu folgendem Ergebnis: 97 Prozent sind mit der Qualität zufrieden, wobei die Mehrheit die Diskussionen als „gut“ und nicht als „ausgezeichnet“ einstufen. Trotz dessen sind 99 Prozent mit den getroffenen Empfehlungen einverstanden.

Schlussfolgerung

Neben der interdisziplinären Ambulanz sind die Tumorboards als wertschöpfendes Element ein weiterer wichtiger Kernbereich im UCC. Beide dieser Kernbereiche haben eine gute Bewertung seitens der ärztlichen Kollegen erhalten. Die positiv zu verzeichnende zunehmende Anzahl besprochener Patienten im Rahmen von Tumorboards bedeutet jedoch auch im Umkehrschluss einen steigenden Aufwand für alle beteiligten Fachdisziplinen. Eine interessante, sich daraus ergebende, weiterführende Fragestellung wäre eine Analyse und Gegenüberstellung der Effektivität und Effizienz von Tumorboards.

Korrespondenzadresse:

Monique Simon
Diplom-Wirtschaftsinformatikerin
Universitäts KrebsCentrum
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4584165
Monique.Simon@uniklinikum-dresden.de

Unterstützung

Unterstützt durch die Deutsche Krebshilfe e.V.
im Rahmen des Förderprogramms
„Onkologische Exzellenzzentren“
(DKH 107759)

Vorteile durch Tumorboards	
Vorteile	Beschreibung
Interdisziplinarität	<ul style="list-style-type: none"> interdisziplinäre Absprache, interdisziplinäre Besprechung komplexer Krankheitsbilder, gemeinsame Entscheidung der Therapieplanung, gemeinsam getragene Tumorboardentscheidungen keine einseitige Bewertung des Falles durch eine Fachdisziplin,
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> engerer Umgang mit Fachkollegen anderer Disziplinen, schneller persönlicher Kontakt zu anderen Fachrichtungen, verbesserte interdisziplinäre Kommunikation, konstante Ansprechpartner, kurze Kommunikationswege, Kontaktpflege, Kooperationen die vorher nicht existent waren, Arbeitsklima,
Zeitersparnis	<ul style="list-style-type: none"> kurzfristige interdisziplinäre Entscheidungen möglich, zeit sparende Vorstellung von Patienten als einzelne Konsile, kürzere Wege,
Fortbildung	<ul style="list-style-type: none"> Fortbildungsmöglichkeit für teilnehmende Ärzte, Weiterbildungsaspekt, Lerneffekte,
Verantwortlichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> klare Entscheidungen (Procedere wird genau festgelegt), Verbindlichkeiten, Festlegung von Verantwortlichkeiten.
Nachteile durch Tumorboards	
Nachteile	Beschreibung
Zeitaufwand	<ul style="list-style-type: none"> nicht unerheblicher Zeitaufwand für Vorbereitung, hoher Zeitaufwand für alle Beteiligten, oft auch Besprechung von Patienten die nicht alle Teilnehmer betreffen, sehr zeitintensiv (manche Tumorboards), viele teils grundlose und überflüssige (und lange) Diskussionen,
Zeitverzögerung	<ul style="list-style-type: none"> teilweise Zeitverlängerung bis zu Therapiebeginn, wenn Wochenenden/Feiertage zum Teil Wartezeit für Patienten/behandelnde Ärzte über mehrere Tage bis zur Therapieempfehlung, Gefahr der Verzögerung durch Tumorboardintervalle (1 Woche),
Anonymität	<ul style="list-style-type: none"> alleinige Beurteilung des Falles an Krankheitsdaten, Patient wird nicht gesehen oder einbezogen, direkter Patientenkontakt fehlt für die meisten Entscheidungen, zunehmende Boardsierung berücksichtigt häufig nicht individuelle Situation des Patienten.

Tabelle 1: Vor und Nachteile von Tumorboards