

**Generelle Prinzipien und Anforderungen an ein
 interdisziplinäres Tumorboard
 Finaler Bericht SAKK-Arbeitsgruppe**

Version	Datum	Kürzel
14	30.11.2014	PB, CW

Der vorliegende Bericht zuhanden des HSM-Fachorgans wurde von der SAKK-Mitgliederversammlung am 19. November 2014 von 9 der 13 vertretenen Mitgliederinstitutionen zur Überweisung an das IVHSM Fachorgan gutgeheissen.

Einleitung

Eine Schweizer Pattern-of-Care-Studie hat gezeigt, dass die Teilnahme an klinischer Forschung und vorhandene Tumorboards an der betreuenden Institutionen positive prädiktive Faktoren für eine richtlinienkonforme Behandlung bei Brustkrebs sind (Ess et al. 2010). Tumorboards (interdisziplinäre Fallbesprechungen) sind ein zentrales Qualitätsmerkmal, um die bestmögliche Behandlungsstrategie für einen krebserkrankten Patienten zu definieren (El Saghir et al., 2014, Ray-Coquard et al., 2004). Gut koordinierte, interdisziplinär zusammengestellte Teams führen durch verstärkte Kommunikation und Diskussion meist zu multidisziplinär hinterfragten, breit abgestützten, evaluierten, optimierten und patientengerechten Behandlungsstrategien (Croke and El-Sayed 2012). Sie fördern zudem die Umsetzung von Therapierichtlinien und Erfahrungswissen im Alltag, erhöhen den Wissenstransfer und das Verständnis zwischen den Disziplinen und verbessern die Zusammenarbeit der Teams (Fleissig et al, 2006). Tumorboards optimieren die Kosteneffektivität durch Verminderung von unnötigen Untersuchungen. Nicht zuletzt wirken sie unterstützend in klinischen Forschungsvorhaben, indem die Planung und Durchführung von klinischen Studien erleichtert wird.

Tumorboards sind dann erfolgreich, wenn die thematisch richtige Expertise und qualifizierte Fachpersonen im Team vertreten sind. Zudem braucht es definierte Strukturen, Abläufe und Prozesse innerhalb des Tumorboards, die eine effiziente Planung, Durchführung und Entscheidungsfindung gewähren. Die meisten Organisations- und Funktionsweisen von Tumorboards lassen sich als allgemeine Prinzipien formulieren (Lamb et al., 2012), weshalb die Arbeitsgruppe diesen Bericht „*Generelle Prinzipien und Anforderungen an ein interdisziplinäres Tumorboard*“ verfasste.

Dieses Dokument basiert auf der NHS-Richtlinie *The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (2012)* und dem SAKK-Bericht zuhanden des IVHSM Fachorgans (SAKK Arbeitsgruppe 2013). Zusätzlich wurden folgende Richtlinien und Dokumente konsultiert: *Unterlagen der DKG zur Zertifizierung von Zentren* (<http://www.onkozert.de>), *Q-Label für Brustzentren* (Krebsliga Schweiz/Schweizerische Gesellschaft für Senologie, 2012), *1st Swiss National Sarcoma Advisory Board Meeting Protocol* (Fuchs et al. 2013), *Standards for pediatric cancer centers* (Hoard et al., 2014) und Qualitätskriterien für das „*Zertifikat Swiss Cancer Network*“ (SGMO 2013).

Steht im Text nur die weibliche oder männliche Form, gilt sie jeweils für beide Geschlechter. Für Tumorboard wird die Abkürzung TB verwendet. Bei den Empfehlungen wird unterschieden zwischen Vorgaben, die von den Leistungserbringern verbindlich implementiert werden sollten und solchen, die (noch) nicht in diesem Detaillierungsgrad umzusetzen sind (*best practice*).

Definitionen

Eine Institution ist ein Spital oder eine Klinik (auch im Verbund), die ein Tumorboard (TB) betreibt.

Das Netzwerk besteht aus Ärzten ausserhalb der Institution, die mit dem TB zusammen arbeiten. Das Netzwerk kann regional oder national angelegt sein.

Etablierter Zugang bedeutet: Es besteht eine institutionalisierte und vertraglich geregelte Zusammenarbeit, welche einen niederschweligen Zugang erlaubt. (s. abschliessende Bemerkung, Punkt 1)

Funktionsweise und Qualitätsanforderungen an ein Tumorboard

1 Infrastruktur an der Institution

1.1. Einleitende Bemerkungen

In der Regel sind Tumorboards an Institutionen angesiedelt, in denen Tumoren verschiedener Organsysteme (Tumorgruppen) betreut werden. Dadurch wird die Versorgung der Patienten insbesondere durch die eng miteinander vernetzten Disziplinen Radio-Onkologie, Medizinische Onkologie, die jeweilige chirurgische Fachdisziplin und Palliative Care sichergestellt. Sie gewährleistet neben einem ökonomischen Einsatz der Personalressourcen auch die optimale Versorgung in der personalisierten Therapie und ermöglicht eine breite onkologische Weiterbildung für die Mitarbeitenden.

An einer solchen Institution können mehrere fachspezifische Tumorboards angeboten werden (Aufzählung nicht abschliessend):

- Hirn-Tumoren
- Kopf-Hals-Tumoren
- Thorax-Tumoren
- Gastrointestinale Tumoren
- Gynäkologische Tumoren/Brusttumoren
- Urogenitale Tumoren
- Tumoren der Stütz- und Bindegewebe
- Tumoren der Haut

Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Aufzählung für solide Tumoren nicht abschliessend ist und eine weitere Subspezialisierungen möglich wäre. Weitere Spezialtumorboards werden angeboten. Dennoch lässt sich damit die momentane Praxis in der Schweiz abbilden.

Aufbauend auf den obigen Überlegungen lässt sich ableiten, dass an einer Institution mit mehreren interdisziplinären TBs für verschiedene Tumorgruppen neben der jeweiligen chirurgischen Fachdisziplin auch eine Spezialisierung im Bereiche der Radioonkologie und medizinische Onkologie notwendig ist, um eine Expertise im jeweiligen Gebiet (einer Tumorgruppe) gewährleisten zu können. Die Arbeitsgruppe ist der Ansicht, dass sich ein medizinischer Onkologe auf maximal zwei Tumorgruppen¹ spezialisieren und in der Regel für maximal zwei Tumorgruppen die Stellvertretung in einem TB übernehmen kann. Für einen Radioonkologen schlägt die Arbeitsgruppe eine Spezialisierung auf maximal drei Tumorgruppen vor, wobei er für maximal drei Gebiete die Stellvertretung übernehmen kann. Um also zum Beispiel die oben erwähnten acht verschiedenen Tumorboards anzubieten, benötigt eine Institution minimal vier medizinische Onkologen und drei Radiotherapeuten. Für alle übrigen Fachdisziplinen gilt, dass mindestens zwei Fachärzte² an der Institution vertreten sein müssen.

Werden an einer Institution mehrere Tumorgruppen innerhalb eines Tumorboards besprochen, müssen die jeweiligen Spezialisten in gleicher Weise vorhanden sein, können

¹ Diese Anforderung erlaubt es, Erfahrung aufzubauen.

² Diese Anforderung erlaubt es, die Anwesenheitspflicht im Tumorboard sicher zu stellen, die geforderte Rufbereitschaft zu erfüllen und gewährleistet Ausfallssicherheit. Zudem ist die Arbeitsgruppe der Meinung, dass eine gute Zusammenarbeit im interdisziplinären Team eine örtliche und organisatorische Nähe braucht.

aber sequentiell aufgeboten werden. Für alle anderen notwendigen Fachgebiete wie Pathologie, Gastroenterologie etc. ist eine Spezialisierung ebenfalls wünschenswert, wird konkret aber in den jeweiligen Anforderungen des fachspezifischen Tumorboards besprochen (separates Dokument).

1.2. *Fachdisziplinen an der Institution*

Die folgenden Fachbereiche sollten an der Institution vorhanden sein um ein Tumorboard durchführen zu können (alphabetisch):

- Medizinische Onkologie: mindestens 2 Fachärzte
- 2 Vertreter des zuständigen chirurgischen Fachs
- Pathologie: mindestens 2 Fachärzte
- Radioonkologie: mindestens 2 Fachärzte
- weitere Fachärzte mit Spezialkenntnissen im Organ/Organsystem

Je nach Organsystem ist ein etablierter Zugang ausreichend. Diese Anforderungen sind in den jeweils spezifischen Dokumenten zu den Tumorboards der Organsysteme formuliert.

1.3. Für medizinische Disziplinen und Querschnittfächer, die nicht an der Institution selbst verfügbar sind, muss ein etablierter Zugang gewährleistet sein. Diese Spezifikationen sind in den spezifischen Dokumenten zu den Tumorboards der Organsysteme festgehalten.

1.4. *Verankerung des Tumorboards in der Institution und in der Umgebung*

- 1.4.1. Die Institution anerkennt die Wichtigkeit und Funktionsweise des TB und unterstützt dieses bezüglich Personal, Räumlichkeiten, Finanzierung und Infrastruktur.
- 1.4.2. Es wird von der Institution eine organisatorische Unterstützung (Koordinator) für die administrativen Aufgaben des TBs zur Verfügung gestellt.
- 1.4.3. Die Zusammenarbeit zwischen Institution und Netzwerk ist durch institutionelle Abkommen/Zusammenarbeitsverträge strukturiert, welche die Qualitätssicherung im Netzwerk sicherstellen. Dabei wird insbesondere festgehalten, welche Primärdiagnosen im Tumorboard vorgestellt werden müssen und unter welchen Umständen ein Patient im Verlauf einer Erkrankung erneut im Tumorboard vorgestellt werden muss.
- 1.4.4. Die Institution ist zuständig für die Registerführung.
- 1.4.5. Die Institution sorgt dafür, dass jährlich ein Qualitätsbericht zu den Aktivitäten des Tumorboards erstellt wird.

1.5. *Infrastruktur und Technik für Meetings*

- 1.5.1. Die Lokalität muss für vertrauliche Gespräche geeignet sein und die technischen Möglichkeiten bieten um Bilder, Daten und Dokumente präsentieren zu können. Ein digitaler Zugang zu radiologischen Bildern ist eingerichtet.
- 1.5.2. Um allenfalls Leistungserbringer aus dem Netzwerk zuschalten zu können, ist ein Zugang mit Videokonferenz verfügbar. Das System ist zuverlässig, genügend schnell, qualitativ hochstehend und datenschutzkonform.

Best practice

- 1.5.3. Es besteht die technische Möglichkeit, auf patientenspezifische Bilder von Biopsien, Resektionen, Pathologieberichten etc. digital zuzugreifen, möglichst auch auf ältere Daten in der Patientenakte.
- 1.5.4. Der digitale Zugang zu Patientendaten ist so eingerichtet, dass eine direkte Dokumentation in Echtzeit möglich ist, und zwar so, dass alle Teilnehmenden den Eintrag sehen und validieren können.
- 1.5.5. Während der Meetings ist ein technischer Support innert kürzester Zeit abrufbar.

1.6. Weiterbildung

- 1.6.1. Die Institution ist bei mindestens 80% der Kernfächer³ des Tumorboards FMH-Weiterbildungsstätte.

1.7. Klinische Forschung an der Institution

- 1.7.1. Die Institution nimmt aktiv an klinischer Forschung teil, d.h. Patienten werden in prospektive klinische Studien eingeschlossen.
- 1.7.2. Die Institution hat einen Leistungsauftrag zur Durchführung von klinischer Forschung. Sie stellt den Fachgebieten die Strukturen und Ressourcen zur Verfügung, welche eine GCP-konforme Studiendurchführung ermöglichen.
- 1.7.3. Für sämtliche Patienten, auch jene aus dem Netzwerk, wird die Möglichkeit einer Studienteilnahme am Tumorboard besprochen.

Best practice

- 1.7.4. Die an der Institution laufenden Studien, inkl. Einschluss- und Ausschlusskriterien, sollten allen Interessierten aktualisiert zugänglich sein (z.B. auf der Website der Institution).

³ Die Arbeitsgruppe kommt zum Schluss, dass die Weiterbildung in „allen“ Fächern des Kernteams eine zu hohe Hürde darstellen würde.

2 Organisation des Tumorboards an der Institution

Hauptaufgabe des TBs ist es, das bestmögliche Wissen zur Behandlung und Pflege eines Tumorpatienten zur Verfügung zu stellen und dessen Untersuchungen und Eingriffe zu koordinieren. Dafür steht das TB in engem Kontakt mit den ausführenden Behandelnden und Pflegenden.

Die TBs sind indikationsspezifisch auf Tumorgruppen/Organsysteme ausgerichtet (Spezial-Tumorboard) mit den für diese Krankheit anwesenden Spezialisten aus allen Kernbereichen⁴.

2.1. Zusammensetzung des Tumorboards und Qualifikationen

2.1.1. Das TB umfasst die folgenden Rollen:

- Moderator;
- Koordinator;
- fachspezifische Mitglieder des Kernteams;
- Mitglieder des erweiterten Teams;
- fallführende Arzt oder ein Stellvertreter, der einen Fall im TB vorstellt.

2.1.2. Alle notwendigen medizinischen Fachdisziplinen sind im TB vertreten, entweder im Kernteam oder im erweiterten Team.

2.1.3. In der Regel bilden die folgenden fachspezifischen Mitglieder das Kernteam im TB:

- des zuständigen chirurgischen Fachs;
- der medizinischen Onkologie;
- der Radioonkologie;
- der Radiologie;
- der Pathologie;
- sowie indikationsspezifisch weitere Fachärzte

2.1.4. Mitglieder des Kernteams verfügen über einen Facharztstitel FMH (oder äquivalente Qualifikation) respektive über eine Weiterbildung in einem Schwerpunkt FMH (oder äquivalente Qualifikation) und haben abhängig von der Fachdisziplin Erfahrung mit der Behandlung/Diagnose der entsprechenden Erkrankung⁵.

2.1.5. Zum erweiterten Team gehören die Vertreter der Fachdisziplinen, die je nach klinischer Situation am Tumorboard teilnehmen, sowie die Vertreter der Querschnittsfächer. Zudem können Spezialisten zugezogen werden.

2.1.6. Jedes TB-Mitglied bezeichnet seinen Stellvertreter.

2.1.7. Das TB wird von einem Moderator (in der Regel einem Arzt) geleitet und von einem Koordinator unterstützt.

⁴ Alternativ wäre auch denkbar, dass nur ein Tumorboard besteht in welchem die jeweiligen Spezialisten sequentiell innerhalb eines Meetings zusammenkommen. Diese Organisationsform setzt voraus, dass die jeweiligen Experten des Kernteams anwesend und informiert sind, wann sie kommen, um die zu ihrem Kernbereich gehörenden Fälle zu besprechen.

⁵ Die Arbeitsgruppe ist sich einig, dass es keine objektiven Kriterien gibt, um die Erfahrung und aktuelle Routine zu messen. Alle diskutierten Varianten haben gravierende Limitationen bei der Einforderung. Deshalb schlägt sie eine offene Formulierung vor.

2.2. *Der Koordinator*

2.2.1. Der Koordinator verantwortet:

- die Ausarbeitung und den frühzeitigen Versand der Agenda und der zu besprechenden Patientenliste an das Tumorboard. Der Verantwortliche für die entsprechende Fallpräsentation ist klar ersichtlich;
- die Zusammenstellung aller notwendigen Unterlagen für die Fallpräsentation und Information aller Teilnehmer;
- eine aktuelle Liste laufender klinischer Studien inklusive Einschlusskriterien, die in der Schweiz in den Entitäten durchgeführt werden, die das Tumorboard betreut;
- die Zurverfügungstellung des Protokolls.

2.3. *Der Moderator*

2.3.1. Der Moderator ist verantwortlich für die Organisation und Durchführung der TB-Sitzung. Der Moderator leitet das TB. Er wird in seinen Aufgaben vom Koordinator unterstützt und ist diesem gegenüber weisungsbefugt.

2.3.2. Der Moderator verantwortet:

- die Reihenfolge der Fallpräsentationen in der TB-Sitzung; dabei soll ein ressourcensparender Besprechungsablauf gewährleistet sein und genügend Zeit für komplexe Fälle eingeräumt werden;
- einen effektiven und korrekten Ablauf des Meetings und die Bestimmung des Protokollführers;
- dass alle Teilnehmende während des Meetings in die Diskussion miteinbezogen werden und fördert entsprechend den Dialog;
- dass der Einschluss in eine klinische Studie diskutiert wird, wobei der Patient auch an andere Studienzentren weitergeleitet werden kann;
- dass während der Sitzung vor Abschluss eines Falles alle relevanten Fragen zur Diagnose, Therapie und Pflege des Patienten geklärt sind;
- dass möglichst evidenzbasierte und patientenorientierte Entscheidungen herbei geführt werden und die Beschlüsse bzw. Empfehlungen des Tumorboards präzise, verständlich und für Dritte nachvollziehbar protokolliert werden;
- dass alle geplanten Schritte inklusive verantwortlicher Personen protokolliert werden.

Aufgaben können vom Koordinator oder Dritten übernommen werden, der Moderator bleibt aber verantwortlich.

2.4. *Richtlinien und SOPs*

2.4.1. Vertreter des Kernteams legen indikationsspezifische resp. bereichsspezifische Richtlinien oder Arbeitsanweisungen (SOPs) fest, die folgendes regeln:

- die Festlegung auf Diagnose- und Therapierichtlinien für Standardsituationen;
- den minimalen Datensatz, welcher für die Besprechung eines Patienten mit Primärdiagnose im TB vorhanden sein muss;
- Kriterien für eine Wiedervorstellung eines Patienten im Tumorboard;
- Kriterien für die Nachsorge.
- das Erfassen der Patientendaten, die Empfehlungen des TBs und die durchgeführten Behandlung, in einer Form, die Auswertungen des Behandlungserfolgs ermöglicht (Ausführung siehe Abschliessende Bemerkungen);

Diese Richtlinien und SOPs werden mindestens jährlich auf ihre Aktualität überprüft.

3. Durchführung von Tumorboard-Meetings

3.1. Vorbereitung der Meetings

- 3.1.1. Die TB-Meetings finden wöchentlich oder zweiwöchentlich statt, können bei Bedarf auch kurzfristig einberufen werden.
- 3.1.2. Jede Primärdiagnose eines Karzinoms wird an einem interdisziplinären TB vorgestellt.
- 3.1.3. Grundsätzlich wird jeder Patientenfall vor der Initiierung von therapeutischen Schritten und Eingriffen vorgestellt. Allfällige Ausnahmen von diesem Vorgehen sind in den SOPs der Institution festgehalten.
- 3.1.4. Falls eine sofortige Intervention notwendig ist (z.B. Notfallindikation für sofortige Operation) wird der betreffende Primärfall post-interventionell im nächsten Tumorboard vorgestellt.
- 3.1.5. Die zu besprechenden Patienten werden bis zu einem vom TB bestimmten Termin dem Moderator angemeldet.
Bei medizinischer Notwendigkeit kann die Besprechung eines Patienten kurzfristig angekündigt werden, wobei auch hier vorgängig der Moderator und Koordinator und nach Möglichkeit das Kernteam des TB zu informieren sind.

3.2. Der zu präsentierende Patient

- 3.2.1. Es besteht eine strukturierte Anmeldeplattform, die auch für Ärzte aus dem Netzwerk zugänglich ist.
- 3.2.2. Ein Patient wird über die Vorstellung seines Falles am TB vorgängig informiert.
- 3.2.3. Wenn möglich stellt der fallführende Arzt den Patienten vor.
- 3.2.4. Der fallführende Arzt legt die Fragestellungen an das Tumorboard fest.
- 3.2.5. Der minimale Datensatz für die Besprechung steht zur Verfügung und kann jederzeit für alle visualisiert werden. Zytologische/histologische und diagnostische Befunde müssen schriftlich vorliegen und können, idealerweise bildlich präsentiert werden.
Sämtliche Basisinformationen, welche den Entscheid über die weitere Therapie beeinflussen können, werden aufbereitet und präsentiert.

3.3. Durchführung des Meetings

- 3.3.1. Präsenz an den Meetings
 - Das Kernteam des TB ist bei allen Sitzungen vollständig⁶ anwesend. Weitere Teilnehmer können über Videokonferenz teilnehmen;
 - Die Fachvertreter innerhalb einer Disziplin sind fix⁷ bestimmten Tumorboards zugewiesen;
 - Die Präsenz der am Meeting anwesenden Personen auch der Gäste und andere eingeladenen Teilnehmende wird erfasst;
 - Die Teilnahme an den TB-Sitzungen steht sämtlichen Ärzten der durchführenden Institution sowie Ärzten aus dem Netzwerk offen - auch wenn sie aktuell keinen Patienten vorstellen.

Best practice

⁶ In der Arbeitsgruppe wird die Meinung vertreten, dass die Vertreter der Pathologie, Radiologie und Radioonkologie sich per Video/Audiokonferenz zuschalten können.

⁷ Dadurch können die Ärzte die entsprechende Erfahrung aufbauen und ausweiten.

- 3.3.2. An der TB-Sitzung ist mindestens ein Arzt präsent, welcher den zu besprechenden Patienten persönlich kennt.

3.4. Entscheidungsfindung

- 3.4.1. Die Entscheidungsfindung während des Meetings resultiert in einer klaren Empfehlung für die weitere Betreuung (schriftlicher Behandlungsplan). Diese Empfehlungen sind patientenorientiert.
- 3.4.2. Falls notwendig, gibt das TB bedingungsabhängige Behandlungspläne vor insbesondere wenn sich bei der Diskussion herausstellt, dass diagnostische Daten fehlen. Das Fehlen von Daten wird protokolliert.
- 3.4.3. Das TB erwägt alle Therapiemöglichkeiten, auch wenn diese Form der Therapie nicht vor Ort angeboten wird.
- 3.4.4. Falls keine Einigkeit betreffend der empfohlenen Behandlung oder Abklärung erreicht werden kann, widerspiegelt das Protokoll die Diskussion und die unterschiedlichen Standpunkte.
- 3.4.5. Falls es für eine spezifische Fragestellung erforderlich ist, so werden die entsprechenden Experten beigezogen. Die Zuweisung an weitere spezialisierte Tumorboards sollte nur im Ausnahmefall erfolgen und nur, wenn keine relevante Verzögerung eintritt
- 3.4.6. Es ist im Team bestimmt, wer den Patienten, den zuweisenden Arzt – sofern dieser nicht anwesend ist – und allenfalls weitere Personen wie und bis wann informiert. Die Information erfolgt zeitnah.
- 3.4.7. Ein Beschlussprotokoll, das die Namen der beteiligten Mitglieder des Kernteams enthält, ist für jede TB-Vorstellung obligatorisch.
- 3.4.8. Das Beschlussprotokoll umfasst folgende Punkte:
- Datum des Tumorboards mit Personendaten des Patienten;
 - Inhalt der Therapieempfehlung;
 - Begründung, wenn von einer Guideline abgewichen wird;
 - Informationen zu klinischen Studien, für die der Patient qualifiziert ist;
 - Die am Beschluss beteiligten Fachvertreter werden pro Patient namentlich schriftlich erfasst;
 - eine Vorgabe, ob die Therapie im Netzwerk durchgeführt werden kann;
 - Bezeichnung der Person, die für die Führung des Patienten im Behandlungsprozess verantwortlich ist (der fallführende Arzt);
 - Bezeichnung der Person, die für die ärztliche Koordination der multimodalen Behandlungen verantwortlich ist (in der Regel der fallführende Arzt);
 - Festlegung des Zeitpunkts, wann die Situation des Patienten erneut am Tumorboard besprochen wird (falls angebracht).

3.5. Nachbearbeitung der Meetings und Koordination der Entscheidungen

- 3.5.1. Es sind Prozesse implementiert, die folgendes sicherstellen:
- den Versand, das Review (falls anwendbar) und die elektronische Zugänglichkeit des Beschlussprotokolls für alle Teilnehmer des TB-Meetings;
 - die Kommunikation des TB-Entscheidens an die entsprechenden Adressaten (Ärzte, Patient und anderen Berufsgruppen);
- 3.5.2. Die Rückmeldung von allfälligen Therapieänderungen an das TB ist garantiert. Wenn nicht die vom TB empfohlene Betreuung durchgeführt wird, ist dies in der Patientenakte vermerkt.

3.5.3. Wenn nötig können Entscheidungen ausserhalb eines Tumorboard-Meetings gefällt werden, die Entscheidung wird anlässlich des nächsten TBs besprochen und dokumentiert.

3.5.4. Die Querschnittsfächer sind für den Patienten verfügbar und einfach zugänglich.

3.6. *Kommunikation mit dem Patienten*

3.6.1. Die empfohlene Vorgehensweise aus dem Tumorboard wird vom fallführenden Arzt mit dem Patienten besprochen. Grundsätzlich sind die Empfehlungen des Tumorboards verbindlich, d.h. der fallführende Arzt muss die TB Empfehlung mit dem Patienten besprechen.

Sofern die Präferenz des Patienten von der Empfehlung des TB abweicht, wird dies in der Patientenakte festgehalten.

3.6.2. Falls im TB keine Einigkeit betreffend der empfohlenen Behandlung erreicht werden kann, oder mehrere Optionen in Frage kommen, so ist dem Patienten die ganze Breite der Möglichkeiten darzustellen⁸.

3.7. *Nachsorge*

3.7.1. Die Nachsorge kann von Ärzten an der Institution oder im Netzwerk durchgeführt werden. Sie muss nach festgelegten Kriterien erfolgen und soll soweit möglich nach anerkannten, nationalen oder internationalen Richtlinien durchgeführt und dokumentiert werden.

3.8. *Registerführung*

3.8.1. Alle am Tumorboard diskutierten Patienten werden prospektiv in einem Register erfasst.

3.8.2. Behandlungsergebnisse werden im Register erfasst. Das Basisdaten-Set von zu sammelnden Daten muss definiert werden, um die Aussagekraft und Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Dies erfordert ein koordiniertes Vorgehen, welches durch das neue Krebsregistergesetz voraussichtlich ab 2017 geregelt wird.

3.8.3. Nebst den Basisdaten (gemäss Krebsregistergesetz) sollten indikationsspezifische Zusatzdaten definiert werden.

⁸ Der fallführende Arzt kann zusammen mit den involvierten Fachleuten oder sequentiell mit jeweils einem der Vertreter mit dem Patienten die Vor- und Nachteile der jeweiligen Option besprechen.

Abschliessende Bemerkungen

1 Institution und Netzwerk

Die Arbeitsgruppe ist der Meinung, dass verbindliche Vereinbarungen zwischen den Institutionen und den Ärzten getroffen werden müssen, damit formell von einem Netzwerk gesprochen werden kann und gleichzeitig die Qualitätssicherung im Netzwerk sichergestellt wird. Verträge regeln dabei die Art und Weise der Zusammenarbeit. Die Verantwortlichkeiten und Qualität der Prozesse sind mit Standard Operating Procedures (SOPs) zu definieren. Diese SOP müssen mit den zuweisenden Ärzten abgesprochen sein und regelmässig überprüft werden.

2 Entschädigung für Aufwand des Tumorboards

Damit der zusätzliche Aufwand des TB abgegolten wird, muss ein Vergütungsmodell verhandelt werden. Die Präsentation am TB eines stationären Patienten kann zwar über DRG verrechnet werden, allerdings müsste dazu die Gewichtung erhöht werden. Im ambulanten Setting soll das Tumorboard für jede beteiligte Disziplin im TARMED abgerechnet werden. Hier müssen neue Ansätze und Tarife im Rahmen der neuen IVHSM-Bewilligungen ausgearbeitet werden.

3 Datenregistrierung

Die Institution ist zuständig für die Registerführung. Die einheitlich definierten und erfassten Patienten- und Behandlungsdaten müssen so registriert werden, dass diese auf der nationalen Ebene zusammengeführt und ausgewertet werden können. Dies bedingt eine Schweiz weit einheitliche Datensammlung sowie garantierte Schnittstellen für den Datentransfer zu den kantonalen/regionalen Krebsregistern, da eine Dokumentation in verschiedenen Gefässen zu vermeiden ist. Die Kosten für die Registerführung müssen über die Krankenversicherung oder über Bundesbeiträge gedeckt sein.

4 Versorgungsforschung

Um die Wirksamkeit der interdisziplinären TBs zu beleuchten, wäre es wünschenswert, Qualitäts- und outcomeorientierte Forschungsprojekte in Bezug auf Behandlungserfolge und Effektivität durchzuführen. Es wäre folgerichtig, wenn diese Forschungsaktivität über die IVHSM unterstützt und finanziert würde.

5 Klinische Forschung und Translationale Forschung

Tumorboards sollten in diesen hochspezialisierten Disziplinen vermehrt als Plattform genutzt werden, um alternative Therapieansätze z.B. im Rahmen von klinischen Studien zu untersuchen. Gerade im Bereich der Hochspezialisierten Medizin ist es unerlässlich, die klinische Forschung mit der Grundlagenforschung enger zu verbinden, indem biologisches Material observiert wird (Erstellen von Biobanken) und deren Analysen mit klinischen Daten verknüpft werden.

6 Fallzahlen an der Institution

Die Arbeitsgruppe ist sich einig, dass ein Arzt resp. eine Institution eine gewisse Anzahl von Patienten diagnostizieren respektive therapieren muss, um eine gute Behandlungsqualität sicherstellen zu können. Trotzdem vertritt die Arbeitsgruppe die Meinung, dass für die Anzahl von Resektionen keine Mindestfallzahlen bestehen bleiben sollen, da das Festlegen von Mindestfallzahlen für einen Eingriff das Risiko einer unkritischen Indikationsstellung erhöht.

Zudem wird die Durchführung von klinischen Studien, die gegen den mit einer Fallzahl belegten Eingriff randomisieren, verunmöglicht.

Sollten weiterhin die Fallzahlen für Eingriffe gefordert werden, müssen Patienten, die in einer Studie behandelt werden und dadurch nicht den mit einer Fallzahl belegten Eingriff erhalten, der Fallzahl angerechnet werden können.

Für die Anzahl Primärdiagnosen in einem Tumorboard sollen keine Mindestfallzahlen eingeführt werden, da die Implementierung der geforderten Prozess- und Strukturanforderungen insbesondere an ein Tumorboard wesentlich zielführender ist als die Erfüllung von Mindestzahlen.

Quellennachweis

- *Krebsliga Schweiz / Schweizerische Gesellschaft für Senologie (2012) Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Brustzentren (Q-Label)*
- *Hord et al, 2014 Standards for pediatric cancer centers. 2014 Aug;134(2):410-4. doi: 10.1542/peds.2014-1526*
- *S. Ess, M. Joerger, H. Frick, N. Probst-Hensch, G. Vlastos, C. Rageth, U. Lütolf, A. Savidan & B. Thürlimann. Predictors of state-of-the-art management of early breast cancer in Switzerland. doi:10.1093/annonc/mdq404*
- *Ray-Coquard et al. 2004 Conformity to clinical practice guidelines, multidisciplinary management and outcome of treatment for soft tissue sarcomas, Ann Oncol. 2004 Feb;15(2):307-15.*
- *NHS The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team, Feb 2012*
- *Lamb BW, Sevdalis N, Taylor C, Vincent C, Green JS. Multidisciplinary team working across different tumor types: analysis of a national survey. ; Ann Oncol. 2012 May;23(5):1293-300*
- *El Saghier NS., et al, 2014 Tumor Boards: Optimizing the structure and improving efficiency of multidisciplinary Management of Patients with cancer worldwide, ASCO 2014 e461, <http://meetinglibrary.asco.org/content/11400461-144>*
- *Fuchs et al. 1st Swiss National Sarcoma Advisory Board Meeting Protocol September 26, 2013, 1.45pm – 5.30pm Uniklinik Balgrist, Zurich*
- *SAKK-Arbeitsgruppe, 2013 Schlussbericht SAKK-Arbeitsgruppe zur IVHSM betreffend, „Hochspezialisierte Behandlung seltener Krebserkrankungen des Erwachsenen“*
- *Fleissig et al, Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? Lancet Oncol 2006, 7 935*
- *SGMO Qualitätskriterien für das „Zertifikat Swiss Cancer Network“, Version 7.0 vom 12. Dezember 2013*
- *DKG zur Zertifizierung von Zentren (<http://www.onkozert.de>), Stand Nov 2014*