



Wie wichtig sind Staging und Tumorboard für die Therapieentscheidung beim RektumCA?

Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Alexander Perathoner
14.06.2016



ISDS 2011, Belek
Young surgeons Stipendium

Staging

Therapieentscheidung beim Rektumkarzinom

- **Kann man eine Therapieentscheidung treffen ohne Staging?**
 - z.B. **Therapievorschlag bei maligne entartetem Rektumpolyp** mit invasivem Adenokarzinom ohne Information über Größe, Form, Histologie, T, L, V, R, G, low risk/high risk ?
 - z.B. **Therapievorschlag bei hepatisch metastasiertem Adenokarzinom** ohne MRT/CT/PET ?



Staging

Therapieentscheidung beim Rektumkarzinom

- Therapieentscheidungen ohne Staging entsprechen einer **Verletzung der Sorgfaltspflicht.**
- Vom Staging hängt die Therapie ab...
... und somit auch die Frage, ob eine Vorstellung in einem interdisziplinären Tumorboard indiziert ist.



Tumorboard

Patientenvorstellung (gemäß Österreichischer Leitlinie)

- *„Dem Tumorboard sollen alle Patienten mit invasiven Tumorerkrankungen vorgestellt werden, die von einer interdisziplinären bzw. multimodalen Therapie profitieren oder dieser bedürfen könnten.“ (Kriterien für die Patientenvorstellung)*

Tumorboard

Patientenvorstellung (gemäß Deutscher Leitlinie)

- *„Alle Patienten mit einem KRK sollen nach Abschluss der Primärtherapie (z.B. Operation, Chemotherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden.“*
- *„Bereits prätherapeutisch sollen Patienten in folgenden Konstellationen vorgestellt werden:“*
 - *„jedes Rektumkarzinom“*
 - *„jedes Kolonkarzinom im Stadium IV“*
 - *„metachrone Fernmetastasen“*
 - *„Lokalrezidive“*

Tumorboard

Patientenvorstellung

- Es wäre wünschenswert, dass **jeder** Patient mit einer Tumorerkrankung in einem Tumorboard vorgestellt wird.
 - vielfältige komplexe onkologische Therapiemöglichkeiten
 - verschiedene chirurgische Optionen
 - diverse lokaltherapeutische Verfahren
 - bisher nicht/kaum behandelte zum Teil multimorbide Patienten
 - Eskalations- und Deeskalationsmöglichkeiten
 - gestiegene Anspruchshaltung von Seite der Patienten
 - Spezialisierung, Subspezialisierung
 - Qualitätsbewertungen (Zertifizierung, Fallzahlen, Benchmarks...)



Tumorboard

Patientenvorstellung

- Es wäre wünschenswert, dass **jeder** Patient mit einer Tumorerkrankung in einem Tumorboard vorgestellt wird.
 - vielfältige komplexe onkologische Therapiemöglichkeiten
 - verschiedene chirurgische Optionen
 - diverse lokaltherapeutische Verfahren
 - bisher nicht/kaum behandelte zum Teil multimorbide Patienten
 - Eskalations- und Deeskalationsmöglichkeiten
 - gestiegene Anspruchshaltung von Seite der Patienten
 - Spezialisierung, Subspezialisierung
 - Qualitätsbewertungen (Zertifizierung, Fallzahlen, Benchmarks...)
- **Ist das machbar? Ist das nötig? Ist das sinnvoll?**

Das Tumorboard ist die Geißel der chirurgischen Onkologie

Martin Bächler

Das Tumorboard ist die Geißel der chirurgischen Onkologie

Martin Bächler

- ...wenn/weil das Tumorboard als **Terminvergabestelle** missbraucht wird.
- ...wenn/weil das Tumorboard als **Diagnoseinstrument** missbraucht wird (Fall nicht vorbereitet, Befunde nicht vorhanden).
- ...wenn/weil das Tumorboard **keine kompetenten Teilnehmer** aufweist (Thoraxchirurg, hepatobiliärer Chirurg...).

Tumorboard

Aufgaben

- Tumorboard = eine Form des ärztlichen **Konsilwesens**
(„Sie könnten den Patienten anstatt ins Tumorboard auch in die Ambulanzen der in die Behandlung involvierten Fachärzte schicken“)
- Tumorboard = **Therapieempfehlung durch Spezialisten** in Hinblick auf die Behandlung einer bestimmten Tumorentität

Wer ist ein Spezialist?

„Die Mitglieder des Tumorboards müssen für die jeweilige Disziplin Fachärzte sein, über eine tumorentitäts-spezifische Expertise verfügen und seitens ihrer Fachdisziplin mit Richtlinienkompetenz innerhalb ihrer Organisationseinheit ausgestattet sein“ (d.h. Diskussion auf Augenhöhe, Kenntnis über Therapieoptionen der anderen Disziplinen)

Tumorboard

Therapieentscheidung aus der Sicht des Arztes

- Die **Einrichtung eines Tumorboard-Gremiums** alleine ist noch nicht ausreichend für eine hochwertige onkologische Patientenbetreuung
 - Personal
 - Expertise
 - Fallzahlen
 - Behandlungspfade

- Bei fehlender Kompetenz ergibt sich die **Gefahr eines Übernahmeverschuldens**

 *Medizinrechtliche Aspekte von Tumorboards. Haier J. Chirurg 2013*

 *Tumorboards als Wegweiser durch komplexe Behandlungspfade. Smyczko S. Wien Klin Mag 2014.*

Tumorboard

Therapieentscheidung aus der Sicht des Arztes

- Therapieempfehlung im Konsens



Tumorboard

Therapieentscheidung aus der Sicht des Arztes

- Therapieempfehlung im Konsens
- Therapieempfehlung im **Dissens**. Was dann?
 - Dokumentation
 - Begründung
 - Patienteninformation

Tumorboard

Therapieentscheidung aus der Sicht des Arztes

➤ Häufigste **Hindernisse** für **Therapieentscheidung** in Tumorboards:

- unzureichende klinische Informationen/Anamnese
- fehlende diagnostische Befunde
- Abwesenheit von Entscheidungsträgern („key-members“)
- Technische Probleme bei Videokonferenz

 **Factors that can make an impact on decision-making and decision-implementation in cancer multidisciplinary teams: an interview study of the provider perspective.** Jalil R. *International Journal of Surgery* 2013.



Tumorboard

Therapieentscheidung aus der Sicht des Arztes

- **Muss man den Empfehlungen des Tumorboards folgen?**

Tumorboard

Therapieentscheidung aus der Sicht des Arztes

- **Muss man den Empfehlungen des Tumorboards folgen?**

NEIN!

- Der behandelnde **Arzt** bleibt vollumfänglich **verantwortlich für die Behandlung** seines Patienten... hat aber auch die **Pflicht**, die **Empfehlung** gewissenhaft **zu prüfen** und die **beste Therapie** für den Patienten **auszuwählen**.

Tumorboard

Therapieentscheidung aus der Sicht des Arztes

➤ Häufigste Hindernisse bei Umsetzung von Therapieentscheidungen in Tumorboards:

- Nicht-Berücksichtigung von Patientenwünschen oder Komorbiditäten
- Krankheitsprogression

 **Factors that can make an impact on decision-making and decision-implementation in cancer multidisciplinary teams: an interview study of the provider perspective.** Jalil R. *International Journal of Surgery* 2013.



Tumorboard

Therapieentscheidung aus der Sicht des Patienten

- *„Die Patienten sind darüber zu informieren, dass ihr Fall in einer interdisziplinären Tumorkonferenz besprochen wird.“*
(Einwilligung! Datenschutzrecht!)

„Dafür ist dem Patienten ein Dokument zur Information über die Vorstellung seines Falles im Tumorboard ... verbindlich vorzulegen.“

- **Aufklärung über Empfehlung** (alternative Behandlungsmöglichkeiten bei Dissens)
- **Recht auf persönliche Beratung** durch die Vertreter der verschiedenen Fachdisziplinen

Tumorboard

Outcome

- **Metaanalyse**, 27 Publikationen 1995-2015
- **4 - 35 % of patients had changes to diagnostic reports**
- **„patients were more likely to receive *more accurate and more complete staging*“**
- **5 - 52 % of patients had changes in treatment plans**
- **„patients were *more likely to receive neoadj./adj. treatment*“**
- **„*MDT meetings seem to be intuitively beneficial... However, it is unclear, if various changes in assessment and treatment lead to clinically significant differences (survival).*“**

 **The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of literature.** Pillay B. Cancer Treatment Reviews 2016.



Tumorboard

Diskussion

- Zeitpunkt der Vorstellung/Wiedervorstellung
- Aufklärung über Vorstellung
- Standardisierung der Fallpräsentation
- Verbindlichkeit der Empfehlungen
- Dokumentation
- Qualitätskontrollen (Präsenz, Umsetzung, Abweichung, Outcome...)
- u.v.m.

Danke für Ihr Interesse

Das Team der VTT:

D. v. Braunwarth

Br. Gardini

S. SchnEberger

R. Kafka-Czippin

Hannah Esser

Elisabeth Gasser

J. Fr. Gebwalf

Johanna G. Grammer

C. Pr. Huth

Philomena Hutter

Claudia Kaufmann

Claudia Barbara Kern

Stefanie Kusber

Franka Messner

M. Cecilia Ng

Marijana Nincovic

R. Oberhuber

Bettina Resch

P. Heche Taxacher

M. Wielander

Katrin Kiegl Wimmer

Pamela Kogler

Christiana Grabner

Raswita Hensler

Anuschka Stricker

M. Maglione

H. Maier

C. Margreiter

A. Perathoner

O. Renz

M. Sanal

S. Scheidl

H. Schwelberger

Kontaktieren Sie uns:

UK für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie

Department Operative Medizin, Medizinische Universität Innsbruck

Anichstraße 35, 6020 Innsbruck | t +43-512-504-22600

<http://www.chirurgie-innsbruck.at> | chirurgie@i-med.ac.at



Danke für Ihr Interesse

ISDS 2011. Belek.



Das Team der VTT:

D. v. Braunwarth

Br. Gardini

S. SchnEberger

R. Kafka-Czypin

Hannah Esser

Elisabeth Gasser

J. Fr. Gschwalf

Johanna G. Grammer

C. Pr. M. Huth

Philomena Hutter

Claudia Kaufmann

Claudia Barbara Kern

Stefanie Kusber

Franka Messner

M. Cecilia Ng

Marijana Ninovic

R. Oberhuber

Bettina Resch

P. Hecht-Taxacher

M. Wielander

Katrin Kiegl-Wimmer

Pamela Kogler

Christiana Gruber

Roswitha Hensler

Anuschka Stricker

M. Maglione

H. Maier

C. Margreiter

A. Perathoner

O. Renz

M. Sanal

S. Scheidl

H. Schwelberger

Kontaktieren Sie uns:

UK für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie

Department Operative Medizin, Medizinische Universität Innsbruck

Anichstraße 35, 6020 Innsbruck | t +43-512-504-22600

<http://www.chirurgie-innsbruck.at> | chirurgie@i-med.ac.at

