

***Bedeutung
interdisziplinärer Tumorboardentscheidungen
für Outcomeanalysen***

**18. Informationstagung Tumordokumentation
Jena
1. – 3. April 2009**

Gerhard Schenkirsch, Tumorzentrum Augsburg

Tumorboard



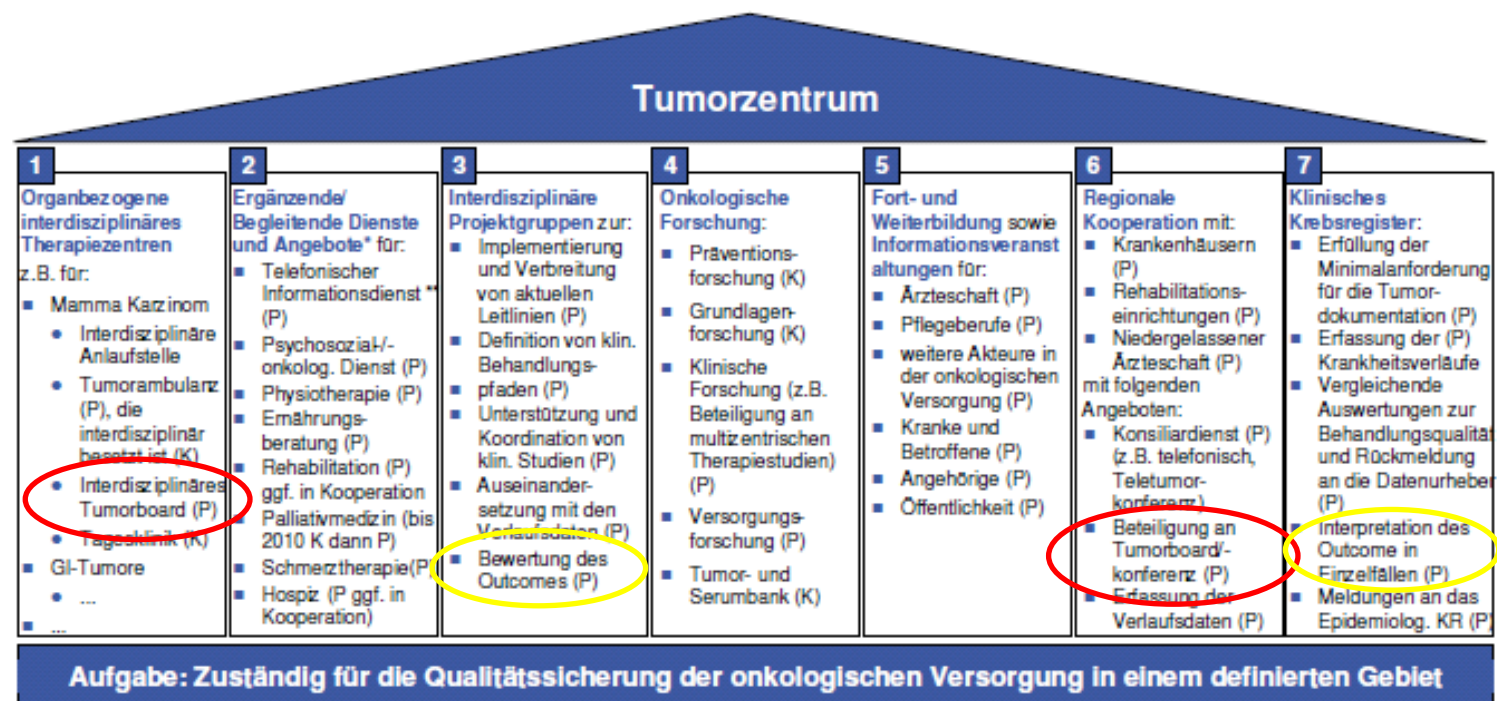
?



Outcome

Tumorkonferenz - Outcome

Das Tumorzentrum vereint unter einem organisatorischen Dach sieben Module



Anmerkung: (P) = Pflichtbestandteil, (K) = Körbestandteil
 * größte Liberalität in der Durchführung aber nach transparenten Qualitätskriterien
 ** regionaler Lotsendienst

Tumorboard

Tumorkonsil

Tumorkonferenz

Interdisziplinäre Tumorkonferenz Tumorzentrum Augsburg

Definition

„Die interdisziplinäre Tumorkonferenz dient der Besprechung von Tumorpatienten sowie dem Erfahrungsaustausch und der Diskussion über das Procedere bzw. Festlegen einer Therapiestrategie durch Vertreter aller Disziplinen, in deren Fachbereich die Diagnostik und Therapie der jeweils zu besprechenden Patienten gehört.“

Die Tumorkonferenz steht allen Angehörigen der dem Tumorzentrum angeschlossenen Einrichtungen offen.“

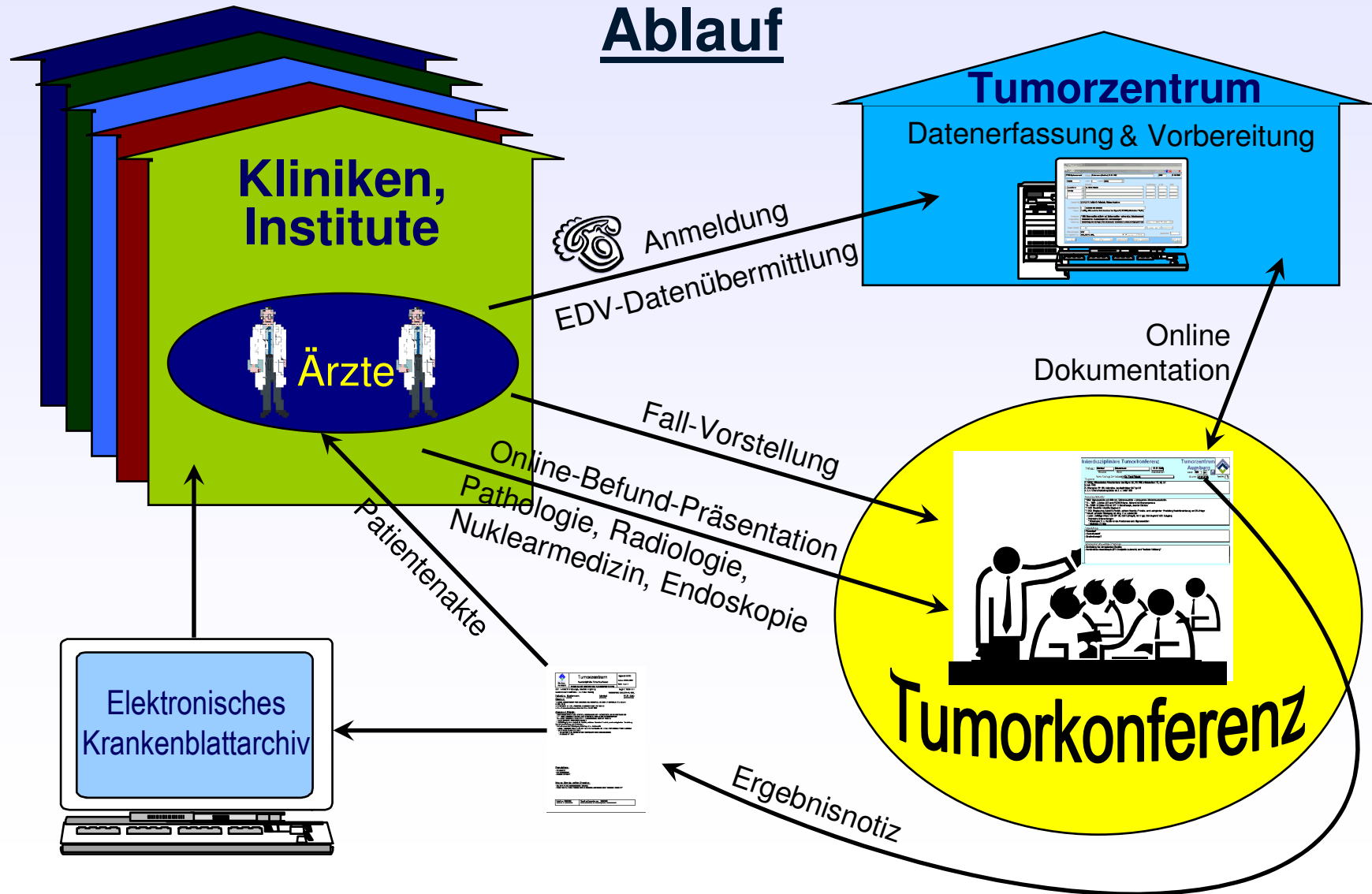
Interdisziplinäre Tumorkonferenz Tumorzentrum Augsburg

Modalitäten

- 3 Termine pro Woche (Montag, Mittwoch, Donnerstag), Dauer: maximal 30 Minuten
- Organisation der Konferenzen über das Tumorzentrum
- Gewährleistung der strukturierten Moderation durch Onkologen
- Ständige Anwesenheit von Pathologen, Radiologen, Nuklearmedizinern, Onkologen, Viszeralchirurgen und Strahlentherapeuten während der Konferenzen
- Anwesenheit weiterer Disziplinen bei Bedarf
- Strukturierte Online Befundpräsentation und Dokumentation in die Datenbank des Krebsregisters für alle Anwesenden während der Konferenzen
- Dokumentation der Ergebnisnotizen/Behandlungsempfehlungen in der Krankenakte und im elektronischen Krankenblattarchiv des Klinikums (i.d.R. ein Arbeitstag später einsehbar)
- Nutzung durch Organzentren – Erfüllung der in den Fachlichen Anforderungskatalogen geforderten Kriterien

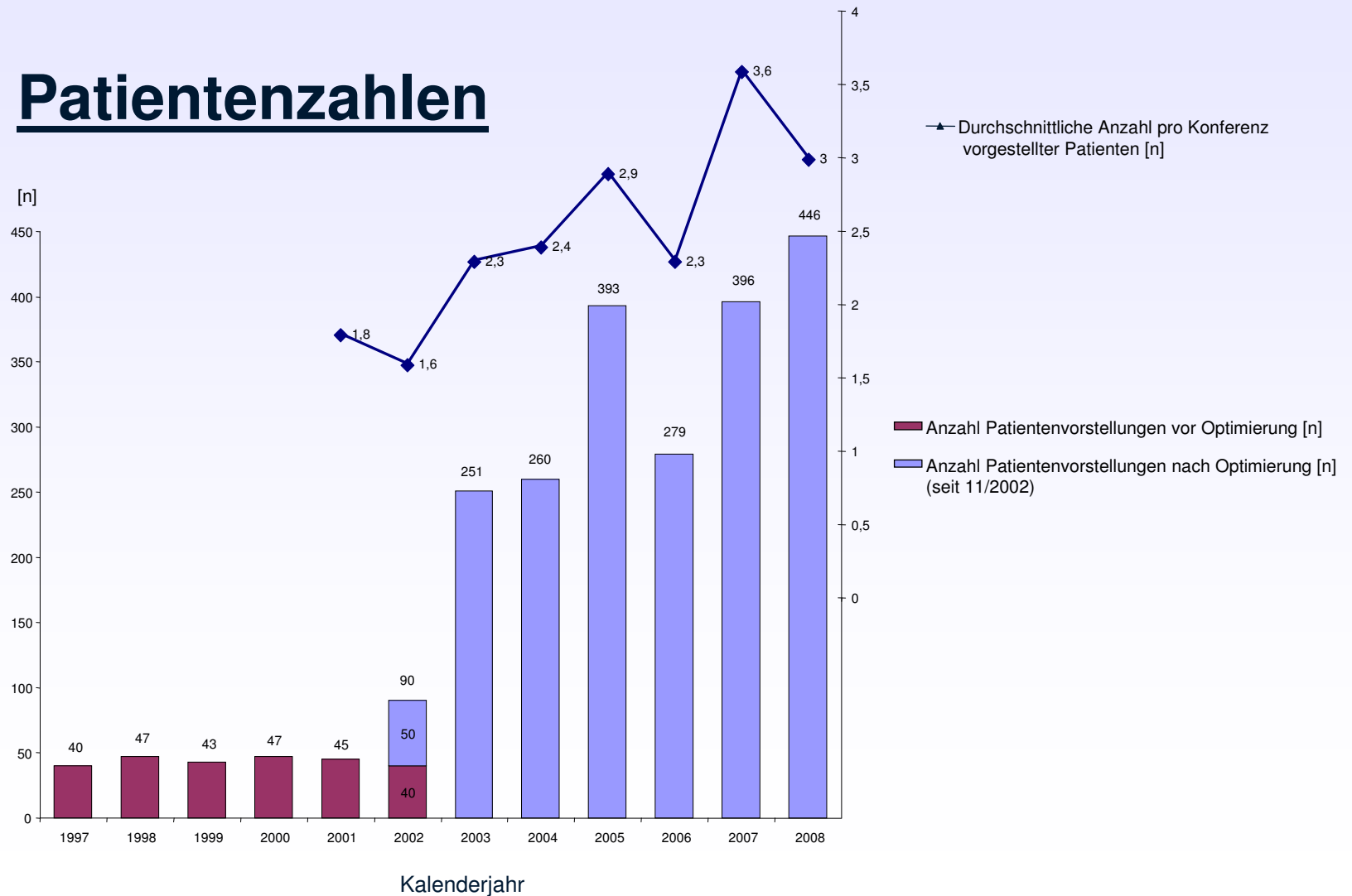
Interdisziplinäre Tumorkonferenz Tumorzentrum Augsburg

Ablauf



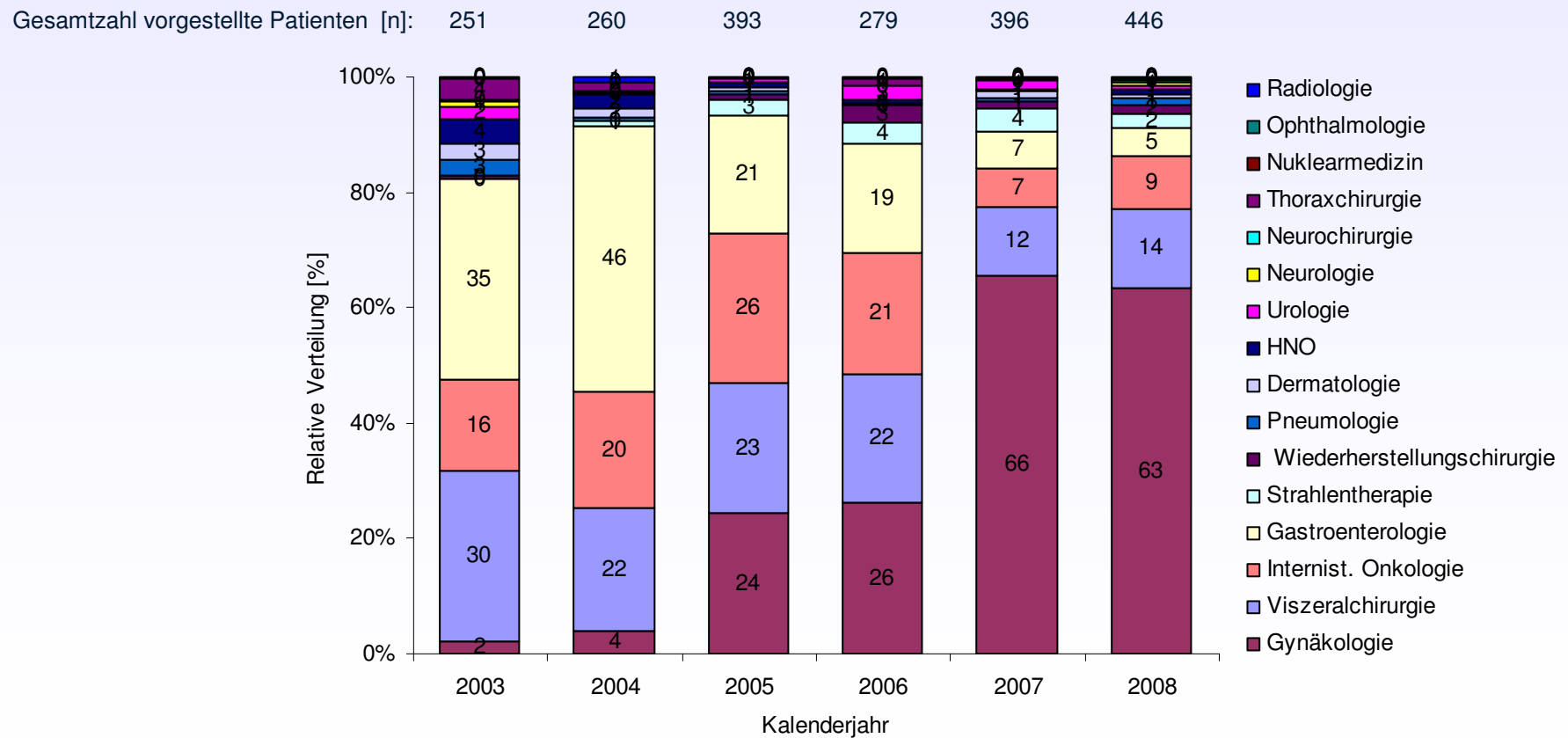
Interdisziplinäre Tumorkonferenz Tumorzentrum Augsburg

Patientenzahlen



Interdisziplinäre Tumorkonferenz Tumorzentrum Augsburg

„Nutzung / Inanspruchnahme“



Outcome

Im internationalen medizinischen Sprachgebrauch:

Ergebnis, das durch eine präventive Maßnahme oder medizinische Therapie erzielt wird.

Typische Zielgrößen in der Onkologie:

↪ Rezidivfreie Zeit

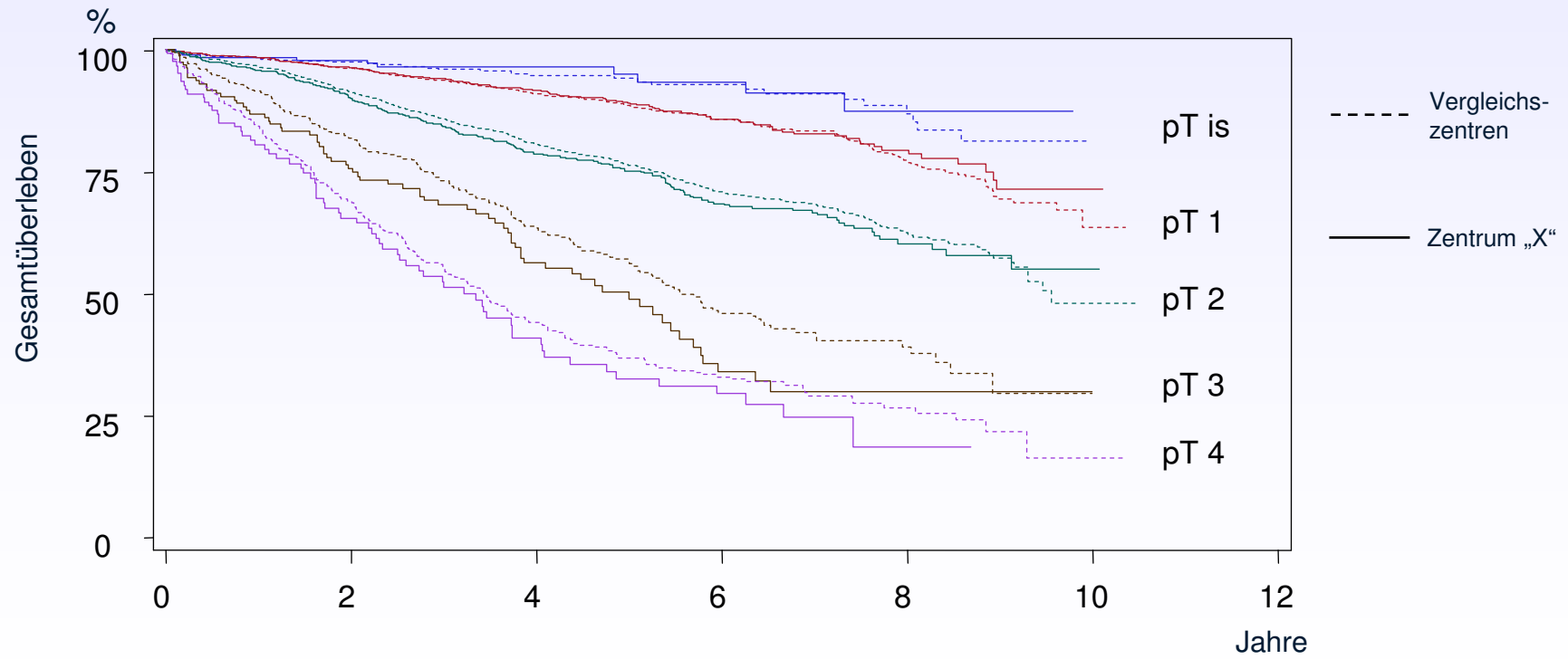
↪ (tumorspezifische) Überlebenszeit

↪ ...

Outcome

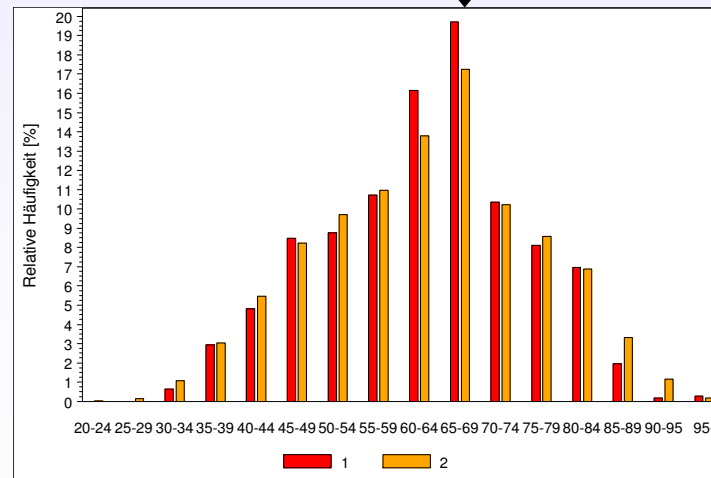


„Benchmarking“



Mögliche Ursachen für schlechteres Outcome

↪ Patientenkollektiv (Alter, Begleiterkrankungen,...)



↪ Abweichungen von (S3-)Leitlinien

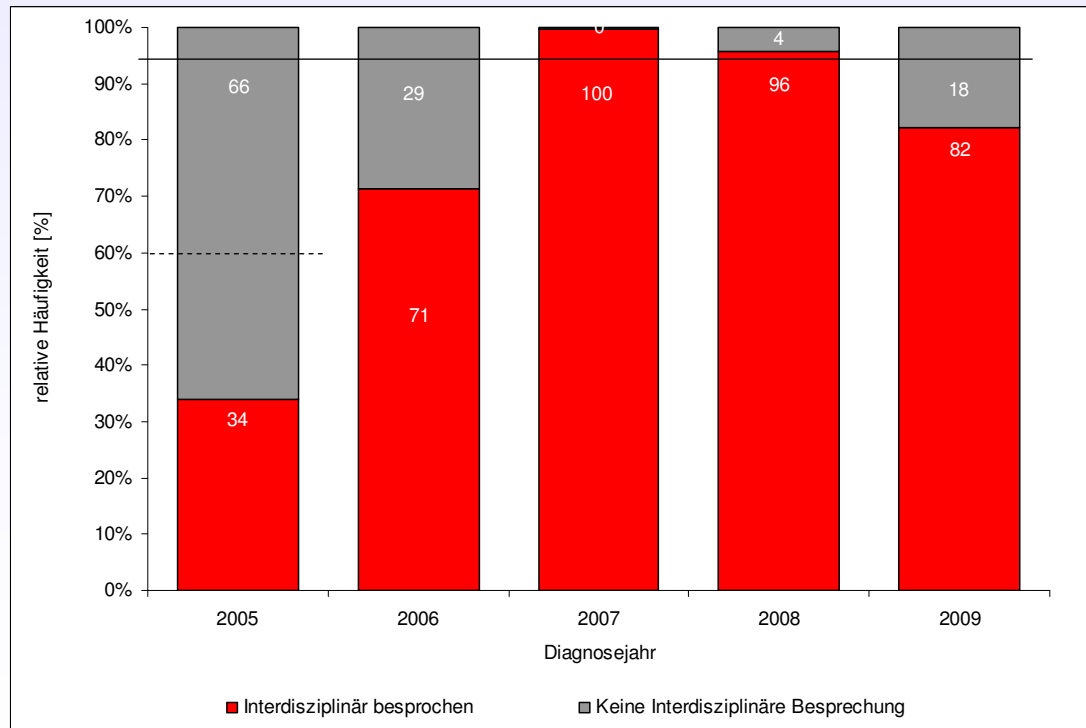
Anforderungen an Brustzentren

9.2. Kennzahlenbogen

Nr	EB	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (=Nenner)	Sollvorgabe
1	1.2.2	Postoperative Fallbesprechungen	Postoperative Vorstellung möglichst vieler Pat. in der Tumorkonferenz	Alle postoperativen Patientinnen, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	Primärfälle -keine Doppelzählung (nicht Aufenthalte, nicht OP's) -histologischer Befund: invasives Karzinom u. DCIS	Erstzertifizierung: >60%, Nach 1 J.: >95%
3	1.2.8	Strahlentherapie nach BET bei inv. Mammakarzinom	Bestrahlung möglichst vieler Patientinnen mit inv. Mammakarzinom nach BET	Alle Patientinnen mit inv. Mammakarzinom und BET, die eine Radiatio erhalten haben	Primärfälle (ohne DCIS) mit BET	>95%
4	1.2.8	Strahlentherapie nach BET bei DCIS	>50% Radiatio bei Patientinnen mit DCIS und BET	Alle Patientinnen mit DCIS und BET, die eine Radiatio erhalten haben	Primärfälle (ohne inv. Karzinom) mit BET	>50%
5	1.2.8	Strahlentherapie nach Mastektomie bei inv. Mammakarzinom	Bestrahlung möglichst vieler Patientinnen mit inv. Mammakarzinom und Mastektomie, wenn Indikation lt. S3-LL besteht	Alle Patientinnen mit inv. Mammakarzinom und Mastektomie, die eine Radiatio erhalten haben	Primärfälle (ohne DCIS) mit Mastektomie und Indikation zur Radiatio lt. S3-LL	>80%
6	1.2.9	Chemotherapie bei Rez. negativem Befund	Chemotherapie bei möglichst vielen Rez. neg. Patientinnen	Alle Rez. neg. Patientinnen, die eine Chemotherapie erhalten haben	Alle Primärfälle (ohne DCIS) mit Rez. negativem Befund	Erstzertifizierung: >70% Nach 3 J.: >80%
7	1.2.9	Chemotherapie bei Rez. pos. und nodalpos. Befund	Chemotherapie bei möglichst vielen Rez. pos. und nodalpos. Patientinnen	Alle Rez. pos. und nodalpos. Patientinnen, die eine Chemotherapie erhalten haben	Alle Primärfälle (ohne DCIS) mit Rez. pos. und nodalpositivem Befund	>60%
8	1.2.9	Hormontherapie bei Rez. positivem Befund	Hormontherapie bei möglichst vielen Rez. pos. Patientinnen	Alle Rez. pos. Patientinnen, die eine Hormontherapie erhalten haben	Alle Primärfälle (ohne DCIS) mit Rez. positivem Befund	Erstzertifizierung: >70 Nach 3 J.: >95%
17	4.2.11	Brusterhaltendes Vorgehen bei pT1	Möglichst häufig BET bei pT1	Anzahl BET bei pT1	Anzahl aller operativen Ersteingriffe bei pT1	Erstzertifizierung >50 Nach 3 J.: >70%
18	4.2.12	Ablatio mammae als Ersteingriff	Möglichst selten Ablatio mammae als Ersteingriff	Anzahl Ablatio mammae als Ersteingriff	Anzahl der operativen Ersteingriffe	Erstzertifizierung <50% Nach 3 J.: <30%
19	4.2.13	pTis bei Ersteingriff	Siehe Sollvorgabe	Anzahl pTis bei Ersteingriff	Anzahl der operativen Ersteingriffe	>10% pTis bei Ersteingriff
20	4.2.14	Bestimmung Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom	Möglichst häufig Bestimmung des Nodalstatus bei inv. Mammakarzinom	Anzahl der Patientinnen mit invasivem Mamma-karzinom, bei der der Nodalstatus bestimmt wurde	Primärfälle Def. gemäß Nr. 1 (ohne DCIS), die operiert wurden	Erstzertifizierung: >85% Nach 3 J.: >95%
21	4.2.15	Alleinige Sentinellymphknoten-Entfernung (SLNE) bei pT1 u. pN0	Möglichst häufig alleinige SLNE bei der Bestimmung des ax. Nodalstatus bei inv. Mammakarzinom pT1 u. pN0	Anzahl der alleinigen SLNE bei inv. Mammakarzinom pT1, pN0	Primärfälle Def. gemäß Nr. 1 (ohne DCIS) mit pT1 u. pN0 und Bestimmung des Nodalstatus	≥75% alleinige SLNE

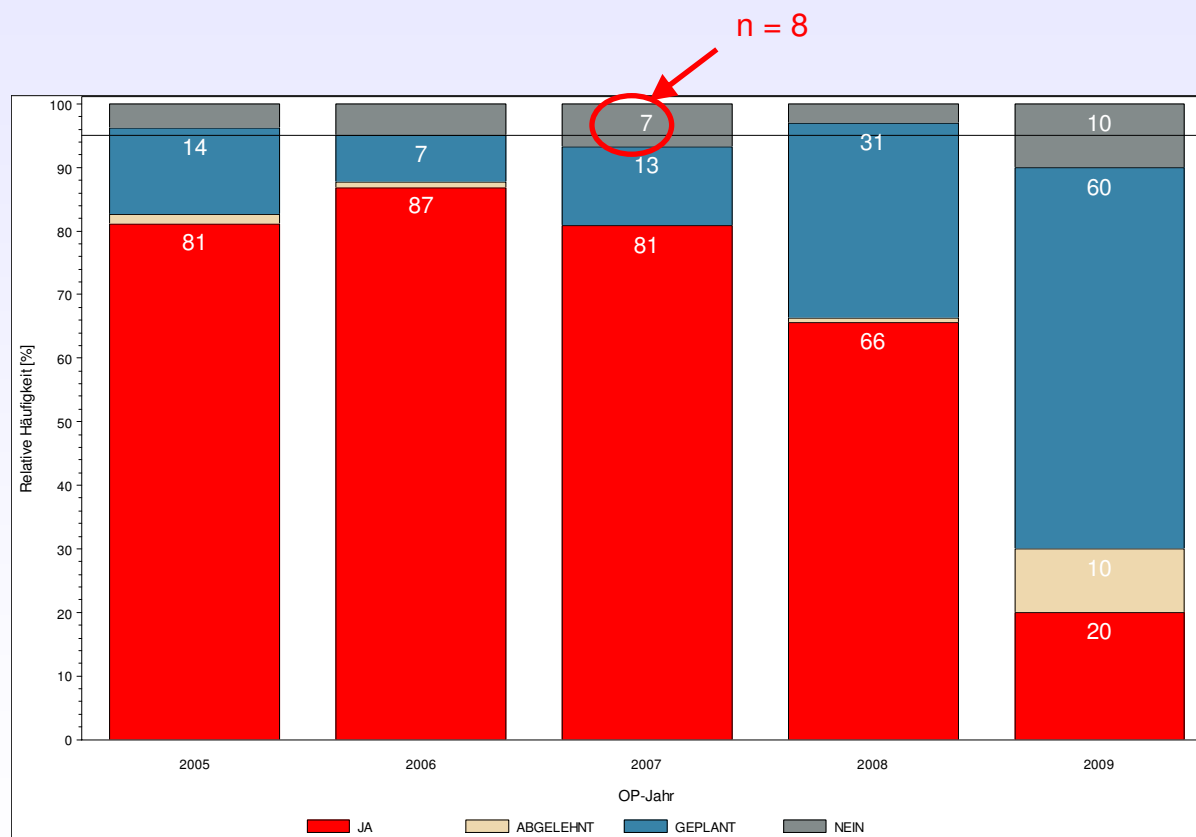
Postoperative Fallbesprechungen

Nr	EB	Kennzahldefinition	Kennzahlziel	Zähler	Grundgesamtheit (=Nenner)	Sollvorgabe
1	1.2.2	Postoperative Fallbesprechungen	Postoperative Vorstellung möglichst vieler Pat. in der Tumorkonferenz	Alle postoperativen Patientinnen, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	Primärfälle -keine Doppelzählung (nicht Aufenthalte, nicht OP's) -histologischer Befund: invasives Karzinom u. DCIS	Erstzertifizierung: >60%, Nach 1J.: >95%



Strahlentherapie nach BET bei invasivem Mammakarzinom

3	1.2.8	Strahlentherapie nach BET bei inv. Mammakarzinom	Bestrahlung möglichst vieler Patientinnen mit inv. Mammakarzinom nach BET	Alle Patientinnen mit inv. Mammakarzinom und BET, die eine Radiatio erhalten haben	Primärfälle (ohne DCIS) mit BET	>95%
---	-------	--	---	--	---------------------------------	------

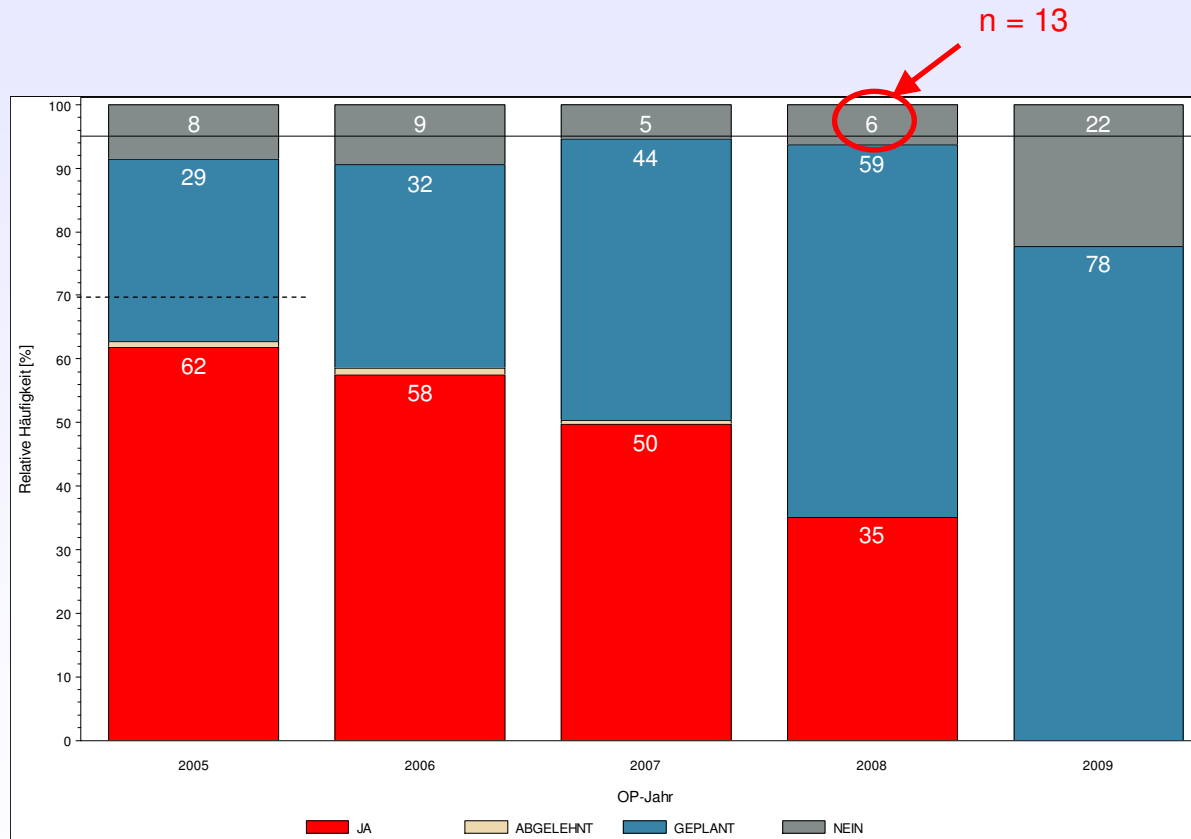


2007: n=8 Patientinnen wurden nicht bestrahlt, davon

- ↳ n=2 Empfehlung Strahlentherapie in Tumorkonferenz, aber keine weitere Info über Planung / Durchführung oder Ablehnung
- ↳ n=3 keine Empfehlung einer Strahlentherapie in Tumorkonferenz aufgrund von Nebenbefunden/-Diagnosen/Compliance
- ↳ n=3 aufgrund der Befundkonstellation Empfehlung zur Nachresektion/Ablatio und Chemotherapie, aber keine weitere Info über Durchführung oder Ablehnung

Hormontherapie bei Rezeptor-positivem Befund

8	1.2.9	Hormontherapie bei Rez. positivem Befund	Hormontherapie bei möglichst vielen Rez. pos. Patientinnen	Alle Rez. pos. Patientinnen, die eine Hormontherapie erhalten haben	Alle Primärfälle (ohne DCIS) mit Rez. positivem Befund	Erstzertifizierung: >70 Nach 3 J.: >95%
---	-------	--	--	---	--	--



2008: n=13 Patientinnen ohne Hormontherapie, davon

- ↪ n=2 Empfehlung Hormontherapie in Tumorkonferenz, aber keine weitere Info über Planung, Durchführung oder Ablehnung
- ↪ n=8 keine Empfehlung einer Hormontherapie in Tumorkonferenz aufgrund Nebenbefunden/-Diagnosen/Compliance
- ↪ n=3 keine Vorstellung in der Tumorkonferenz

Zusammenfassung

Strukturierte Protokolle interdisziplinärer Tumorkonferenzen können bei der Überprüfung von Leitlinien-Abweichungen hilfreich sein

↳ für die Bewertung des Outcome

↳ im Rahmen des Benchmarking

↳ bei der Zertifizierung von Organzentren

Fazit

Klinische Krebsregister sind mit der Dokumentation

- ↳ von tumorspezifischen (Therapie-) Daten und
- ↳ der Tumorkonferenz-Protokollierung

in der Lage,

- ↳ die Leitlinien-Konformität und
- ↳ das Outcome

aus einer Hand zu überprüfen und Abweichungen mit verhältnismäßig geringem Aufwand zu bewerten.