

01.09.2014 **Safety Clip**

Safety Clip: Multidisziplinäres Konzept – Ein Muss in der Onkologie

M. E. Hartmann, M. Behrens



Die onkologische Chirurgie unterscheidet sich im Wesentlichen von den anderen chirurgischen Teilbereichen durch ihre Multidisziplinarität sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie. Zur bildgebenden und funktionellen Diagnostik kommen die morphologisch-pathologische Beurteilung der Tumorart sowie das Staging hinzu. Bei der Entscheidung, welche Behandlung jeweils die optimale ist, fällt in vielen Fällen die Wahl auf die klassische Trias Stahl-Strahl-Chemo. Die Instrumentarien dazu liegen heute in verschiedenen Händen, was dazu führt, dass das Behandlungsergebnis maßgeblich von der Abstimmung der einzelnen Experten untereinander beeinflusst wird.

Gerade dieser Aspekt, die richtige Einschätzung von Stärken und Grenzen der angebotenen Therapiemöglichkeiten, ist bei gerichtlichen Auseinandersetzungen immer wieder Diskussionsgegenstand.

Casus

Geschildert wird hier der Fall einer Operation, die zu Beginn der 1990er Jahre stattgefunden hat. Nach längerer gerichtlicher Auseinandersetzung, die mehrere Instanzen durchlief, ergeht das abschließende Urteil erst 2008.

Hergang

In der Klinik A, einer anerkannten Lungenfachklinik, wurde eine Lymphknotenbiopsie vorgenommen. Das Ergebnis erhärtet die Diagnose eines mediastinalen Tumors. Da Klinik A nicht über einen spezialisierten behandelnden Arzt verfügt, wird die Patientin zur weiteren Abklärung in Klinik B überwiesen.

Statt der beauftragten diagnostischen Thorakotomie erfolgt eine Mediastinaltumorektomie – unter Inkaufnahme der Resektion eines Teils des Herzbeutels sowie des linken Lungenoberlappes. Eine weitere Ausbreitungsdiagnostik erfolgte und ohne dass dies notwendig war.

Nach der Operation tritt im linken Arm der Patientin eine Stimmbandlähmung auf. Zudem leidet die Klägerin postoperativ an einem Pilzbefall, der sich über große Teile des Oberkörpers ausbreitet.

Rechtsstreit

Im Rahmen eines Schlichtungsverfahrens bei der Gutachterkommission kommt zu dem Ergebnis, dass die Operation unnötig gewesen wäre, da eine Verminderung der Lungenfunktion, eine vermehrt auftretende Infektanfälligkeit vermeidbar gewesen wären.

Die Patientin verklagt daraufhin das Krankenhaus B. Am Ende des Verfahrens kommt zum Schluss, dass es keine medizinische Indikation für die Operation gegeben hätte. Ein Hodgkin Lymphom sei in 80 % der Fälle mit einer Operation erfolgreich zu behandeln. Ein Operationsverfahren sei in derartigen Fällen in keiner Weise zu empfehlen. Im Krankheitsbild der Patientin bestehe keine Aussicht auf Heilungserfolg.

Urteil

Die Richter werten das Vorgehen des Operateurs, der bei der Patientin eine kombinierte Chemo- und Strahlentherapie einleitet, als fehlerhaft. Der Patientin wird neben einem Schmerzensgeld in Höhe von 10.000 € immaterielle Schäden zugesprochen, welche auf die Folgen der Operation zurückzuführen sind.

Der Fall wirft die Frage auf, ob Patientinnen und Patienten bei der Wahl eines multidisziplinären Behandlungsansatzes, vor derartigen Fehlentscheidungen geschützt werden können.

Aspekte zu multidisziplinären Tumorentscheidungen

In der onkologischen Behandlung wird die multidisziplinäre Zusammenarbeit systematisch vorangetrieben. Zertifizierungsverfahren werden eingesetzt, um die Behandlung zu strukturieren und zu kontrollieren.

Fachverbände und Ärztevertreter befürworten diese multidisziplinäre Entscheidungsfindung zu einer gezielteren Fehlbehandlung verringert.

Die *European Partnership Action Against Cancer* veröffentlicht. In dem heißt es, dass der Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit sei [1]. Borras et al. definieren in dieser Empfehlung und anderen, am onkologischen Behandlungsprozess beteiligten Akteuren, dass die Zusammenarbeit in Interdisziplinären Allianzen ist auf evidenzbasierte Entscheidungen und den gesamten Behandlungsverlauf ausgerichtet. Dabei wird die aktive Rolle bei ihrer Behandlung einzunehmen.

Die Autoren postulieren, dass es einen deutlichen Wandel in der Behandlung, hin zu einer Versorgung, welche die zu besserer Therapieentscheidungen würden zunehmend unter Berücksichtigung der psychosozialen Situation, die vorhersehbare Lebensqualität und die Erwartungshaltung der Erkrankten berücksichtigt. Dies ist ein Verhältnis, bei dem Ersterem die Rolle eines kompetenten

Dass die multidisziplinäre Teamarbeit von vielen Akteuren nicht, dass man die propagierte Arbeitsweise nicht kritisch hinterfragt. Das Zusammenspiel der Handelnden einen hohen organisatorischen Aufwand, doch der Fortgang der individuellen Behandlungspläne

Keating et al. etwa konnten bei ihren Untersuchungen auf die Behandlungsqualität und das Resultat von Tumorpatienten von 138 medizinischen Zentren der Veterans Affairs an der University of California von Tumoren (hämatologische Tumore sowie Tumore im Bereich der Prostata) beteiligt waren. In ihrer Veröffentlichung von 1997, laut derer in den 1990er Jahren bereits durchgeführt waren [4]. Gemäß dieser Studie wurden monatlich mehr als 100 Tumorkonferenzen abgehalten.

Obwohl sie keine eindeutige Korrelation der Konferenzteilnahme mit dem Überleben der Patienten feststellten, so schätzten die Autoren ein, dass die Aussagekraft ihrer Studie beschränkt sei. Sie konstatieren daher, dass Tumorkonferenzen nur so gut funktionieren, wie die funktionellen Gegebenheiten dies erlaubten.

Shah et al. präsentierten 2013 auf der Jahrestagung der American Society of Clinical Oncology die Ergebnisse einer Meta-Analyse zur Effektivität von Tumorkonferenzen. Sie fanden heraus, dass Tumorkonferenzen häufig nicht wöchentlich stattgefunden haben und dass nur ein Drittel der Besprechungen teilnahmen.

Nichtsdestoweniger beurteilten die ärztlichen Mitarbeiter Tumorkonferenzen im Allgemeinen als nützlich. Die Tumor-Bildgebung und pathologischen Befunden untermauert und Richtlinien.

Die Autoren der Meta-Analyse weisen zudem darauf hin, dass der MRI/TRUS-Einsatz zum lokalen Staging in Korrelation mit der Reduktion von positiven Resektionsrändern steht.

Van Hagen et al. berichteten 2013 über die Resultate einer Studie, in der ein Drittel der Behandlungspläne von Patientinnen und Ärzten in der Tumorkonferenz geändert wurde. In den meisten Fällen wurden Anpassungen erfolgt in der Regel aufgrund neuerer Befunde oder korrigierter Befunderhebung. In 6,4 % der Fälle wurde die Behandlung revidiert. Tumorkonferenzen boten die Gelegenheit, ak

Sarff et al. untersuchten bereits 2008 den Nutzen von Tumorkonferenzen für die Teilnehmenden [7]. In der vorliegenden Untersuchung konnte jedoch aufgrund der begrenzten Antwortrate keine regelmäßige und systematische Evaluation der Sitzungen durchgeführt werden.

Simcock berechnete die Kosten für 1.315 Behandlungspläne am University Hospital. Die Pläne korrelierten mit 2.343 Tumorkonferenzen mit £ 87,41 pro Behandlungsplan bei einem Gesamtwert von £ 114.900. Simcock, weitgehend deckungsgleich mit dem Referenzwert von £ 115.000.

Jalil et al. gingen der Frage nach, wieso Tumorkonferenzen nicht umgesetzt wurden [9]. Die Ergebnisse ihrer Untersuchungen fasst sie in fünf häufigsten als Gründe für die Nichtumsetzung zusammen: unzureichende Beurteilung auf Basis von Bildmaterial und pathologischen Befunden, Patientenwünschen, Entscheidung in Abwesenheit des Chirurgen.

In der anschließenden Publikation aus 2014 gaben Jalil et al. Empfehlungen, die helfen sollen, die Qualität von Tumorkonferenzen zu verbessern. Die Autoren wiesen explizit darauf hin, dass das Instrumentarium der Tumorkonferenz Teammitgliedern zu beurteilen, sondern vielmehr die L

Als Gründe für eine suboptimale Leistung von multidisziplinären Tumorkonferenzen nennen die Autoren Mängel in der Teamkommunikation und in der Dokumentation.

Als zentrales Ergebnis der Studie konnte der Anteil der Tumorkonferenzen, die zu einer Reduktion der Tumorstadien führten, von 14 % auf 7 % reduziert werden. Dabei lassen die Autoren

gewissen Grad dem Hawthorne-Effekt – dem bekannte Teilnahme ihr übliches Verhalten ändern – geschuldet

Fazit

Vor dem Hintergrund der weithin diskutierten und viel bleibt die Eingangsfrage zu klären, ob Patientinnen und wie im oben vorgestellten Fall beschrieben, verschont oft, nicht, ein klares „Jein“ also.

Theoretisch steht es Ärzten nach wie vor frei, eine Behandlung eigenverantwortlich vorzunehmen, also ohne weitere

Chirurgen, die sich langfristig in ihrem Umfeld bewähren immer weniger entziehen können. Ist bei einem Patienten gegeben – ein solcher Eingriff ist oftmals mit weitreichend Betroffene verbunden –, wird vielen Ärzten daher daran abzusichern.

Die Haftung für den Eingriff liegt weiterhin in den Händen multidisziplinären Teams zur Operation entbindet den angestrebte Behandlungsergebnis den vorhandenen Ressourcen Einbeziehungen aller bekannten Parameter schließlich aktuellen Standard entsprechend in der eigenen Abteilung behandelnde Person an ein spezifisch ausgerichtetes Team

Um den größtmöglichen Nutzen aus einer multidisziplinär zitierten Studien, die Vorbereitung und Durchführung

Aktuelle Publikationen beleuchten die Frage der Effizienz Tumorkonferenz zusätzlich eingesetzte Ressourcen für neuere Literatur benennt die Stakeholder explizit, wobei wird. Die Behandlungsteams müssen also nicht nur effizient große Herausforderung zu meistern: die Patientenseite die Behandelten diese (neue) Rolle auch eigenverantwortlich

Es ist davon auszugehen, dass der Patientin aus unserer Tumorkonferenz präsentiert worden, die Beschwerden

Tumorzentren bieten onkologisch tätigen Chirurgen die anzuschließen oder sich als Kooperationspartner für Ressourcen Zukunft werden immer mehr Patientinnen und Patienten das Angebot einer beratenden Zweitmeinung und des

Eine Konstellation wie im oben beschriebenen Fall ist i
auszuschließen. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich des
Ansatzes aber künftig deutlich reduzieren.

Literatur

- [1] Borras J:M: et al. (2014) Policy statement on multidisciplinary decision making in cancer care. J Clin Oncol 32:1-6
- [2] Muir Gray J.A., Rutter H. (2002) The resourceful patient. J Clin Oncol 20:1-6
- [3] Keating N.L., et al (2013) Tumor Boards and the Quality of Cancer Care. J Clin Oncol 31:1-6
- [4] Heson DE, et al (1990) Results of a national survey of cancer multidisciplinary teams. J Clin Oncol 8:1-6
- [5] Shah S. et al. (2013) Systematic review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Multidisciplinary Team Decision Making in the Management of Colorectal Cancer. SAGES Meeting 2013, S044, www.sages.org/meeting/abstracts/abstracts-by-session/abstracts-by-session-044
- [6] Hagen van P. et al. (2013) Impact of a multidisciplinary decision making: a prospective cohort study. Int J Cancer 133:1-6
- [7] Sarff M et al (2008) Evaluation of the Tumor Board at a Cancer Center. J Clin Oncol 26:51-56
- [8] Simcock R. (2012) Costs of multidisciplinary teams in cancer care. J Clin Oncol 30:1-6
- [9] Jalil et al. (2013) Factors that can make an impact on multidisciplinary teams: An interview study of the experience of multidisciplinary teams. J Clin Oncol 31:1-6
- [10] Jalil et al (2014) Validation of Team Performance Assessment Tool. J Clin Oncol 32:1-6
press: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2014.03.002>

Hartmann M. E. / Behrens M. Safety Clip: Multidisciplinary Decision Making in Cancer Care. 2014 September; 4(09): 1-6



Michael Behrens

Unternehmensbereich Schaden/Abteilung Krankenhaus
Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
Ecclesiastraße 1-4
32758 Detmold

[> kontaktieren](#)



Mechtild Hartmann

GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Klingenbergstr. 4
32758 Detmold

[> kontaktieren](#)