

Ergebnisse der Arbeitsgruppe 3

Wieviel Interdisziplinarität schafft die Zentrenbildung

Wieviel Interdisziplinarität brauchen wir denn?

- keine Pauschalisierung – **Stadienabhängig und Krankheitsabhängig**
- brauchen die 4 Kerndisziplinen: Pathologie, Häm/Onk, Radiologie, Strahlentherapie..
- Abhängigkeit der beteiligten Disziplinen von der Situation, Krankheitsstadium
- **Soviel Interdisziplinarität wie es geht**, Beispiel MagenCa: Chemotherapie vor der OP
- Nicht nur Konzentration auf die somatisch-orientierten Fächer (Coping, Psychosozialer Support, Palliativmedizin...)
- Für die Interdisziplinarität muß Augenmaß angewendet werden, es gibt Standard-Situationen, in denen **Standard-Entscheidungen** getroffen werden können. – vorausgesetzt, es herrscht Transparenz.

Wieviele Ebenen der Tumorkonferenz/Tumorkonferenzen gibt es
(Beispiel: Tumorboard des Brustzentrums läuft parallel zur „großen
Tumorkonferenz“)

- Man kann **nicht alle Tumoren mit allen Tumordisziplinen** besprechen
- Obligat müssen die 4 Kerndisziplinen eingeschlossen werden.

Braucht es für Interdisziplinarität ein Zentrum – einer bürokratisch definierten Kommunikationsstruktur?

- starkes Plädoyer für Zentren als **Mittel der Qualitätssicherung**

Die Rolle der Transparenz von Entscheidungen

Zentren können die entsprechenden Strukturen schaffen, um **Transparenz** zu schaffen.

Wenn eine Entscheidung vor Ort anders getroffen werden muß, als im Board getroffen, muß das ins Board zurückgespiegelt werden.

Transparenz durch ein **klinisches Register des Zentrums**, das von Allen eingesehen werden kann und das durch ein Review-Board analysiert wird mit Rückmeldung an das Tumorboard.

Warum spricht nicht das interdisziplinäre Gremium mit dem Patienten?

„Ärztliche Therapiefreiheit in der Onkologie, quo vadis?“



Freitag, 25. Januar und Samstag, 26. Januar 2008

Wonach soll entschieden werden, wer was therapiert?

- (Jeder schießt spontan mit dem Colt, den er am Gürtel trägt)
- Plädoyer für den **rationalen Exkurs** (wenn man überzeugend auftritt)
- Das fachliche Gespräch steht im Vordergrund
- Wie den Streit zwischen den Fachdisziplinen beseitigen?
- Warum muss der Chirurg (Beispiel) am Nachmittag noch die Chemotherapie machen.
- Rolle der **Ressourcenallokation für die Steuerung des Patientenflusses** (Füllen der Betten durch Chemotherapiepatienten)
- **Professionalität, Hauptamtlichkeit und Kompetenz als Grundlage** für die Entscheidung, wer behandelt

Welche Risiken birgt die Zentrenbildung auch?

Zeitgeist des Dirigismus....
Überregulation

Welche Wohnortnähe muß die Versorgung in Zentren haben?

Wohnortnähe / Flächendeckend???

Fragen der Qualitätssicherung - Reicht die Zertifizierung?

Welche Rolle spielt die Qualitätsbewertung für die Zentrenbildung?
Einige Benchmarking-Parameter sind vorhanden (Patientenzufriedenheit, Hormonrezeptoren) – andere (DFS, OAS) sind noch nicht da).

Entsteht durch die Zentrenbildung eine Monopolisierung?

Diktiert der Monopolist den Preis? – ökonomische Implikationen...

Birgt die Zentrenbildung auch Risiken für die Innovation, für den Fortschritt

Dominieren von Zentren durch Persönlichkeiten kann Gefahren bedeuten...
Auflagen zur Studienteilnahme haben einen Beitrag für die Innovation geleistet
Gefahr des Autismus kann kontrolliert werden.

20% Patienten in Studien....

aber: ein **starrer Prozentsatz** ist problematisch, geht gut in Standardssituationen, ist in anderen Situationen jedoch problematisch.

Verpflichtung zur Studienteilnahme ist gut für die Position gegenüber
Klinikverwaltung

Mehr Rechte für Zentren im Zugang zu Innovation

- Zugang zu off-label (exklusiv??)
- Zweitmeinung

Finanzierung von Zentren

In NRW Bedarf pro Pat. in Brustzentren 1.600 Euro, bekommen 500