

Multidisziplinäre Tumorkonferenzen

Stellenwert in der onkologischen Versorgung

Dr. med. Sandra Gottschling, Matthias Zipp, Christoph Schäfer, PD Dr. med. Kia Homayounfar

Foto: Tumorzentrum Nordhessen, Klinikum Kassel



Multidisziplinäre Tumorkonferenz. Insbesondere für sektorenübergreifende Konferenzen ermöglichen datenschutzkonforme Raum-Konferenz-Systeme die virtuelle Zuschaltung von Teilnehmern.

Zusammenfassung

Multidisziplinäre Tumorkonferenzen (MTK) gelten als Standard in der modernen Onkologie und werden sektorenübergreifend genutzt. Mit MTK ist allerdings ein hoher zeitlicher und personeller Aufwand verbunden. Vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen stellt sich die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis und nach Optimierungsmöglichkeiten. Der vorliegende Artikel will den medizinischen Nutzen, die rechtliche Relevanz sowie die ökonomischen Aspekte von MTK beleuchten und vor diesem Hintergrund aktuelle wie zukünftige Herausforderungen für diese Einrichtung adressieren und Lösungsmöglichkeiten anreißen.

Medizinischer Nutzen von MTK

Systematische Reviews und Studien zeigen, dass 20 %–25 % der Primärdiagnosen und bis zu 40 % der Erstbehandlungspläne nach der Fallvorstellung in einer MTK geändert werden – darunter auch Fälle, in denen die initiale Krebsdiagnose revidiert wurde [1, 2, 3]. So ergab eine

Untersuchung von 551 Patientinnen und Patienten, die mit einer gastrointestinalen Tumorerkrankung in einer MTK vorgestellt wurden, dass 33 (6 %) der initial als krebskrank diagnostizierten Personen gar keine maligne Erkrankung hatten [4]. MTK stellen daher ein wichtiges Instrument zur Sicherstellung einer korrekten Diagnose und einer Therapie nach dem aktuellen Stand des Wissens dar.

Auch wenn große Reviews bis dato keine belastbare Evidenz für ein besseres klinisches Outcome von Patienten ergaben, die in einer MTK vorgestellt wurden, zeigten verschiedene unizentrische Studien und Einzelentitätsanalysen, dass eine MTK-Vorstellung mit einem signifikanten Überlebensvorteil verbunden war [1, 5–8].

So ergab eine Analyse von 224 Patientinnen und Patienten mit squamösem Kopfhals-Tumor nach fünf Jahren eine krankheitsfreie Überlebensrate von 75 % versus 52 % (p 0,003) zugunsten der Patientengruppe, die bereits vor Therapiebeginn in einer MTK vorgestellt worden war [6]. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch eine Untersuchung von 9.646 Patienten mit

Weichteil- oder viszeralem Sarkom: Bei prätherapeutischer MTK-Vorstellung waren nach zwei Jahren noch 51,7 % rückfallfrei, während bei post-interventioneller MTK-Vorstellung nur 46,6 % der Patienten kein Rezidiv erlitten hatten ($p < 0,001$) [8].

Insgesamt stellen MTK ein wesentliches Instrument für eine korrekte Diagnosestellung und leitliniengerechte Therapieführung unter Einbeziehung des aktuellen medizinischen Wissens dar. Gerade bei komplexen medizinischen Sachverhalten dürfte eine MTK-basierte multidisziplinäre und multiprofessionelle Behandlungsführung für Patienten vorteilhaft sein und zu einem besseren Outcome führen [3].

Gesetzliche Rahmenbedingungen für MTK und Rechtsqualität von Tumorkonferenzempfehlungen

MTK sind seit Jahren elementarer Bestandteil gesundheitspolitischer Konzepte der Länder und des Bundes für die onkologische Versorgung. Zwischenzeitlich haben sie als abrechnungsrelevantes Strukturmerkmal Einzug in gesetzliche Regelungen stationärer und ambulanter Versorgungsstrukturen gefunden [9, 10]. So müssen beispielsweise Onkologische Zentren nach GBA, interdisziplinäre onkologische Kooperationsgemeinschaften und onkologische ambulante spezialärztliche Versorgungsnetzwerke (ASV) MTK-Strukturen nachweisen (Tab. 1). Auch die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen der Krankenhausreform sehen Interdisziplinäre Tumorkonferenzen als einstufigsrelevantes sogenanntes sonstiges Struktur- und Prozesskriterium vor.

Unabhängig von abrechnungsrelevanten Strukturmerkmalen ist sowohl nach ärztlicher Berufsordnung (§ 2 Abs. 3) als auch nach dem Patientenrechtegesetz (§ 630a BGB) eine Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden,

allgemein anerkannten fachlichen Standards geschuldet. Dies gilt nicht nur für den einzelnen Arzt, sondern nach § 135a Abs. 1 ff SGB V auch für das Krankenhaus als institutionellem Leistungserbringer.

MTK sind mittlerweile Bestandteil des allgemein anerkannten fachlichen Standards – nicht nur in Deutschland, sondern auch in Europa, den USA und allen modernen Gesundheitssystemen.

Sie werden in allen entitätsspezifischen Leitlinien des Leitlinienprogramms Onkologie der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF e. V.), der Deutschen Krebshilfe (DKH) und Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) empfohlen und sind dort als leitlinienbasierter Qualitätsindikator definiert [11, 12].

Für die behandelnden Ärzte stellen MTK-Empfehlungen dabei unverbindliche Stellungnahmen dar, die somit nicht rechtlich bindend sind, allerdings bei der Beurteilung ihres Sorgfaltsmaßstabes eine haftungsrechtliche Relevanz bekommen können [13].

Qualitätssicherung und Ablauf von Tumorkonferenzen

MTK unterliegen als medizinisch und rechtlich gefordertes Qualitätssicherungsinstrument eigenen Qualitätsvorgaben. Diese sind aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen in den Versorgungsstrukturen sehr heterogen (Tab. 2). MTK Onkologischer Zentren und zertifizierter Organkrebszentren gehören zu den am umfassendsten regulierten Konferenzen. Hier machen die Zertifizierungsanfor-

derungen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) detaillierte Vorgaben zur Frequenz einer Tumorkonferenz, zu den teilnehmenden Fachrichtungen, zur Qualifikation der Teilnehmer, zu Vorstellungsanlässen, bereitzustellenden klinischen Daten und zur Handhabung der MTK-Empfehlungen. Die Vorgaben umfassen außerdem auch die Erhebung von Qualitätskennzahlen wie der Quote umgesetzter Konferenzbeschlüsse und der Teilnahmequoten der geforderten Fachdisziplinen und werden im jährlichen Audit überprüft. Diverse Vorstellungsanlässe (Neudiagnose, Rezidiv/Progress, relevante Nebenwirkungen oder Befunde) und die Einhaltung der Qualitätsvorgaben erzeugen nicht nur zahlreiche Konferenzfälle, sondern machen auch die Prozessierung des einzelnen Falls sehr aufwändig: Patienten bzw. gesetzliche Vertreter müssen über den Zweck und die datenschutzrechtlichen Belange der MTK aufgeklärt werden, die klinischen Daten inklusive Fragestellung müssen systematisiert in ein Fallformular eingegeben und durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt in der Konferenz präsentiert werden. Parallel muss vorhandene Bildgebung durch die Radiologen demonstriert werden. Die gefasste MTK-Empfehlung und die verantwortlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer müssen im Fallformular dokumentiert und die Patientin oder der Patient sowie die weiterbehandelnden Ärzte über die MTK-Empfehlung informiert werden. Dieser Prozess mit vielen Schritten ist sehr zeit- und personalintensiv und bringt „Anbieter“ wie „Nutzer“ der MTK mittlerweile an ihre Kapazitätsgrenzen.

Gesundheitsökonomische Aspekte der MTK

In Onkologischen Zentren fallen jährlich Tumorkonferenzfälle im oberen vier- bis unteren fünfstelligen Bereich an. Dabei ist die Teilnahme von Fachärztinnen und Fachärzten des Zentrums an Tumorkonferenzen anderer Einrichtungen noch nicht berücksichtigt. Ein Prognos-Gutachten aus dem Jahr 2017 bezifferte die Mehrkosten alleine für MTK in Onkologischen Zentren und Spitzenzentren auf bis zu 1,4 Mio. Euro pro Jahr [14, 15].

Dabei entstehen nicht nur „Anbietern“, sondern auch „Nutzern“ Aufwand und Kosten: Sie müssen die Patienten aufklären, Fall- und ggf. Bilddaten aufbereiten, übermitteln, vorstellen und mit den Patienten die MTK-Empfehlung besprechen.

Die Kosten für MTK werden im stationären Sektor zwischenzeitlich über die reguläre Vergütung, das heißt über DRG-Fallpauschalen finanziert. Für die Beratung externer MTK-Fälle und für Qualitätssicherungsmaßnahmen, die in der regulären Vergütung nicht abgebildet sind, erhalten Onkologische Zentren einen Zuschlag im Rahmen der G-BA Zentrumsregelung. Im vertragsärztlichen Sektor kann innerhalb einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) einmal vierteljährlich eine Vergütung von 23,99 Euro gemäß EBM für eine Fallvorstellung abgerechnet werden, in onkologischen Kooperationsgemeinschaften ein Zuschlag für Videofallbesprechungen in Zusammenhang mit bestimmten Kostenpauschalen.

Tab. 1: Regelungen im ambulanten und stationären Sektor, die MTK als verpflichtendes Merkmal beinhalten.

Regelung	Inkrafttreten	Gültig für
Zentrumsregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)	1. Januar 2020 Zuletzt aktualisiert: 18. April 2024 In Kraft getreten: 5. Juli 2024	Onkologische Zentren Link: www.g-ba.de/richtlinien/117/
Onkologievereinbarung zwischen der Kasernenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)	1. Juli 2009 Zuletzt aktualisiert: 7. November 2024 In Kraft getreten: 1. Januar 2025	onkologisch qualifizierte Fachärzte bzw. interdisziplinäre onkologische Kooperationsgemeinschaften Kurzlink: https://t1p.de/jplza
G-BA-Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)	20. Juli 2013 Zuletzt aktualisiert: 22. November 2024 In Kraft getreten: 07. Februar 2025	ASV für onkologische Erkrankungen Link: www.g-ba.de/richtlinien/80/

Inwiefern diese Art der Vergütung eine kostendeckende Durchführung von MTK erlaubt, bleibt unklar, da entsprechende Analysen fehlen. Im stationären Sektor ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) aus den Leistungsdaten der Deutschen Krankenhäuser und den fallbezogenen Kostendaten von ca. 250 ausgelosten Kalkulationshäusern Durchschnittswerte zur Bewertung der DRG. Da die Kosten für MTK in der Kalkulationssystematik nicht separat erfasst werden, kann letztendlich nicht sicher nachvollzogen werden, in welchem Umfang MTK-bedingte Auf-

wendungen innerhalb der DRG finanziert sind [16].

Insgesamt scheinen jedoch Qualitätssicherungsmaßnahmen wie MTK zu geringeren Behandlungskosten in der Onkologie zu führen: So zeigte eine 2021 veröffentlichte Studie mit Daten von über 6.000 Krebspatientinnen und -patienten, dass die Behandlungskosten in einem zertifizierten Krebszentrum niedriger waren als in einer nicht zertifizierten Einrichtung und die Patienten zudem länger überlebten [17]. Letzteres zeigt auch eindrücklich eine 2023 veröffentlichte und vom Innovationsfond des G-BA geförderte große

Kohortenstudie mit Datensätzen von 22 Mio. erwachsenen Krankenversicherten (WiZen Studie, [18]).

Dies legt nahe, dass MTK als zentrales Instrument der Diagnose- und Therapieführung zertifizierter Krankenhäuser sowohl unter medizinischen als auch gesundheitsökonomischen Aspekten eine sinnvolle Einrichtung darstellen.

Herausforderungen

Der demografische Wandel, die zunehmende Chronifizierung von Krebserkrankungen aufgrund verbesserter Therapie-

Tab. 2: Rechtliche Vorgaben mit mittelbaren bzw. unmittelbaren Auswirkungen auf Struktur, Abläufe und Qualitätssicherung von Tumorkonferenzen in verschiedenen onkologischen Versorgungsstrukturen.

	Ambulante spezialärztliche Versorgung ASV ¹	onkologische Fachärzte bzw. onkologische Kooperationsgemeinschaften ²	Onkologische Zentren (OZ) ³
Mittelbare Vorgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammensetzung ASV-Team • Qualifikation ASV-Team • Studienteilnahme • Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen • Behandlungsalgorithmen • Konferenzen zur Qualitätssicherung • Mindestmengen 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualifikation • Mindestmengen • Mitgliedschaft in einem interdisziplinären onkologischen Arbeitskreis oder Tumorzentrum • Bildung einer interdisziplinären onkologischen Kooperationsgemeinschaft • Zusammensetzung der interdisziplinären onkologischen Kooperationsgemeinschaft • Wissenschaftlich gesicherte Diagnose- und Therapiepläne • Teilnahme an klinischen Studien • Überprüfung mittels Stichproben durch die Onkologie-Kommission • Detaillierte Verlaufsdokumentation der Fälle 	<ul style="list-style-type: none"> • Federführende Gestaltung von überörtlichen Kooperationen, interdisziplinären Fallkonferenzen, Kolloquien und Fortbildungen • Erfüllung von Qualitätsanforderungen • Mindestmengen • Strukturierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- und Patientenorganisationen • Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung • Forschungstätigkeit (Studienteilnahme oder wiss. Publikationen oder Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren) • Fachübergreifende Behandlungskonzepte und Behandlungspfade, Standardverfahrensanweisungen • Tumorregister • Betroffenenveranstaltungen • Kinderonkologische Therapieoptimierungsstudien
Unmittelbare Vorgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsplanung im Rahmen von Tumorkonferenzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame regelmäßige Tumorkonferenzen • Vor Beginn der Primär- und Rezidivtherapie bei Therapiewechsel • Protokollierung und ggf. Vorlage bei der Onkologie-Kommission 	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Tumorkonferenzen unter Einbeziehung der vertragsärztlichen Ebene

^{1, 2, 3}Die Literaturhinweise finden sich online auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

möglichkeiten und die Ausweitung des behandelbaren Patientenkollektivs durch immer schonendere Therapien tragen wesentlich zu einem steigenden Bedarf an MTK bei. Da MTK aber schon jetzt an ihre Kapazitätsgrenzen stoßen, ist dringend eine Effektivitätssteigerung erforderlich. Weder der zunehmende Mangel an medizinischem Fachpersonal noch die Unterfinanzierung des deutschen Gesundheitssystems erlauben eine Ressourcensteigerung für MTK.

Daher bedarf es zum einen einer Optimierung von MTK Strukturen und Prozessen anhand wissenschaftlicher Daten, zum anderen einer umfassenden Nutzung der Digitalisierung, beispielsweise durch automatisierte Datenübernahmen, virtuelle Konferenzformate oder sektorenübergreifende Kommunikationsnetzwerke [19].

Gerade virtuelle Konferenzformate mit DSGVO-konformen und benutzerfreundlichen „Room-Konferenz-Systemen“ stellen einen bereits umsetzbaren Schritt zur Optimierung von MTK Prozessen und sektorenübergreifenden Konferenzen dar [20]. Nicht nur die Anzahl der Fallvorstellungen, sondern auch die steigende Komplexität des Einzelfalles werden für MTK zur Herausforderung: Die Patienten werden älter, haben mehr Komorbiditäten, kom-

plexere Verläufe und neuartige Nebenwirkungen. Die zunehmende Individualisierung der Behandlung unter Einbeziehung zahlreicher Aspekte und neuester medizinischer Erkenntnisse und Behandlungsmöglichkeiten resultiert in einem erhöhten Zeitaufwand pro Fall. Hier kann künstliche Intelligenz (KI) helfen, den Überblick zu bewahren und nach dem aktuellen Wissenstand zu entscheiden [21]. Insbesondere in den diagnostischen Bereichen wie Radiologie oder Pathologie gibt es in den USA bereits mehrere Hundert von der Food and Drug Administration (FDA) zugelassene KI-Anwendungen [22]. Entsprechende offizielle Daten für Deutschland fehlen [23]. Von einem routinemäßigen oder flächendeckenden KI-Einsatz im deutschen Gesundheitswesen kann noch keine Rede sein.

Fazit

MTK stellen sowohl unter medizinischen als auch unter rechtlichen und ökonomischen Gesichtspunkten ein Must-have der onkologischen Entscheidungsfindung und Therapieführung dar.

Die steigende Anzahl und Komplexität der vorgestellten Fälle erfordern jedoch dringend eine strukturelle und prozessuale

Optimierung. Hier stellen Digitalisierung, Automatisierung und KI Schlüsseltechniken dar, um MTK auch vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftemangels und der Unterfinanzierung des Gesundheitssystems weiterhin flächendeckend gewährleisten zu können.

Dr. med. Sandra Gottschling

Leiterin Tumorzentrum Nordhessen
(Onkologisches Zentrum),
Klinikum Kassel GmbH

Matthias Zipp

IT-Projektmanagement,
Gesundheit Nordhessen Holding AG

Christoph Schäfer

Stabsstelle Datenschutz,
Datenschutzbeauftragter
Gesundheit Nordhessen Holding AG

PD Dr. med. Kia Homayounfar

Leiter Viszeralonkologisches Zentrum
und Direktor Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Klinikum Kassel GmbH

Die Literaturhinweise finden sich online auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Qualifizierungslehrgang für MFA: Onkologie (ONK)

Termine: Beginn 24.04.2025

Information und Anmeldung:

Der Qualifizierungslehrgang mit einem Umfang von 120 Stunden wird auf der Grundlage des Curriculums der Bundesärztekammer durchgeführt. Er vermittelt die darin enthaltenen Handlungskompetenzen. Informationen zum Inhalt und Ablauf des fachtheoretischen und -praktischen Unterrichts sowie zu den Lehrgangsbausteinen finden Sie auf unserer Website.

Tanja Oberwallner
Fon: 06032 782-131
E-Mail: tanja.oberwallner@laekh.de

Kurzlink: <https://t1p.de/8h2lb>



carl-oelemann-schule.de