

Sind Zweitmeinungen in der Onkologie notwendig oder gibt es andere Konzepte?

Univ.-Prof. Dr. Peter Albers
Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft
Klinik für Urologie
Universitätsklinikum Düsseldorf

Beschluss



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren: Erstfassung

Vom 21. September 2017

§ 94 SGB V

Ärztliche Zweitmeinung

- planbare Eingriffe (z. B. Tonsillektomie, Hysterektomie)
- Patient muss aufgeklärt und danach selbst aktiv werden
- Zweitmeinungsgeber: Facharzt,
ggf. weiterbildungsberechtigt bzw. mit Lehrerlaubnis
- vertragsärztliche Leistung

- Ziel (§2):
medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen
bei planbaren Eingriffen und die Durchführung von
medizinisch nicht gebotenen planbaren Eingriffen zu vermeiden

Ärztliche Zweitmeinung in der Onkologie

Was brauchen wir in der Onkologie wirklich ?

Was will die/der Patient/in ?

1. ausgewogene, neutrale Aufklärung
2. gute, aussagefähige Diagnostik
3. qualitativ hochwertige Therapie
4. psychologisch versierte Betreuung
5. gute Nachsorge

Vertrauen, Vertrauen, Vertrauen

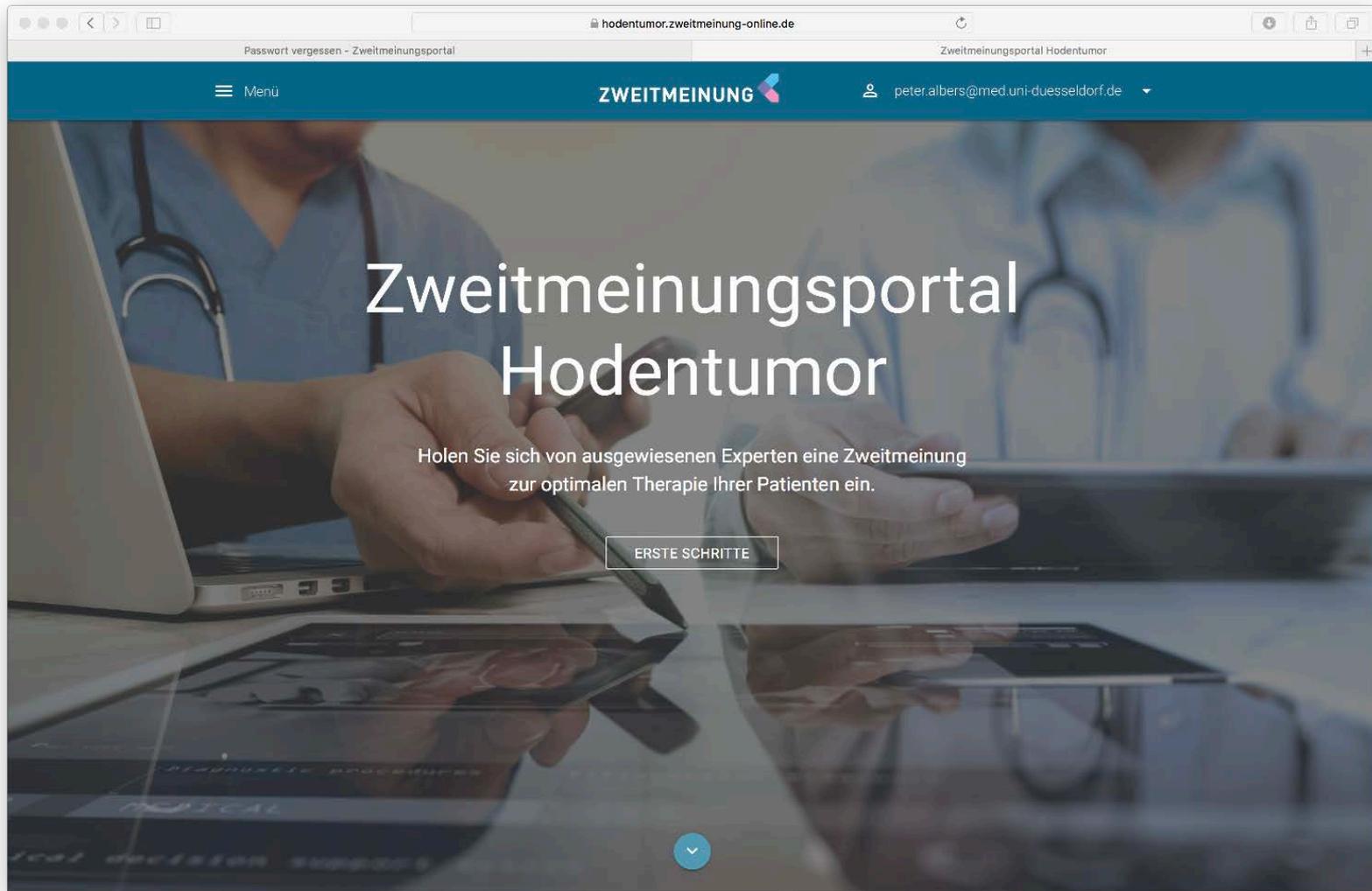
Warum dann die Zweitmeinung ?

1. Bestätigung der Erstmeinung
2. Behandlung durch „den besten Arzt“

Systematische Übersicht (Rütters et al. JCRCO 2016)

- bis zu 36% der Krebspatienten suchen eine 2. Meinung
- in bis zu 69% wird die Erstmeinung „korrigiert“
- in bis zu 82% wird die Erstmeinung bestätigt
- keine Daten über das „outcome“

Ärztliche Zweitmeinung in der Onkologie



Passwort vergessen - Zweitmeinungsportal

Zweitmeinungsportal Hodentumor

Menü

ZWEITMEINUNG

peter.albers@med.uni-duesseldorf.de

Zweitmeinungsportal Hodentumor

Holen Sie sich von ausgewiesenen Experten eine Zweitmeinung zur optimalen Therapie Ihrer Patienten ein.

ERSTE SCHRITTE

↓

Ärztliche Zweitmeinung in der Onkologie

The screenshot shows a web browser window with the URL `hodentumor.zweitmeinung-online.de`. The page has a dark blue header with a menu icon, the text "Menü", the logo "ZWEITMEINUNG" with a colorful icon, and a user profile icon with the email `peter.albers@med.uni-duesseldorf.de`. Below the header, the page is divided into two main sections: "Primärtherapie" and "Pathohistologie".

Primärtherapie

Durchgeführte Primärtherapie:

Ablatio testis:	Rechts (mit kontralateraler Biopsie)
Datum:	20.10.2017

Pathohistologie

Rechte Seite:	Anteile an:	Seminom
	Invasion von Blut- oder Lymphgefäßen:	Ja
	Rete testis Invasion:	Ja
	Tumorgröße:	2,0 cm x 1,5 cm x 1,1 cm
	Testikuläre intraepitheliale Neoplasie (TIN):	Ja
Linke Seite:	Anteile an:	
	Invasion von Blut- oder Lymphgefäßen:	Nicht beurteilt
	Rete testis Invasion:	Nicht beurteilt
	Tumorgröße:	-
	Testikuläre intraepitheliale Neoplasie (TIN):	Ja

Ärztliche Zweitmeinung in der Onkologie

The screenshot shows a web browser window with the URL `hodentumor.zweitmeinung-online.de`. The page title is "Passwort vergessen - Zweitmeinungsportal" and the user is logged in as "peter.albers@med.uni-duesseldorf.de". The main content area is titled "Bildgebende Diagnostik" and contains two sections: "Abdomen" and "CT Thorax". Below this is a section titled "Tumormarker" with data for "Vor Ablatio testis".

Bildgebende Diagnostik		
Beurteilung der Bilder: Durch Radiologen		
Abdomen:		
Untersuchung:		CT
Datum:		21.10.2017
Lymphadenopathie retroperitoneal:		Nein
Organmetastasen:		Nein
Befund:		-
CT Thorax:		
Datum:		-
Lymphadenopathie retroperitoneal:		Nein
Pulmonale Rundherde:		Nein
Befund:		-
Tumormarker		
Vor Ablatio testis:		
Datum:		19.10.2017
AFP:		Normal
β-hCG:		Normal

Ärztliche Zweitmeinung in der Onkologie

The screenshot shows a web browser window with the URL `hodentumor.zweitmeinung-online.de`. The page has a dark blue header with a menu icon, the logo 'ZWEITMEINUNG', and a user profile for 'peter.albers@med.uni-duesseldorf.de'. The main content is divided into three sections:

Tumorstadienbeurteilung

Klassifikationen - Klinisches Stadium nach UICC-Klassifikation 8. Auflage 2017:	Klassifikation des Primärtumors (pT):	T2
	Klassifikation von Lymphknotenmetastasen (N):	N0
	Klassifikation von Fernmetastasen (M):	M0
	Klassifikation von Serumentumormarkern (S):	S0

Stadieneinteilung/Prognose:	Stadium:	IB
	Prognose nach IGCCCG-Klassifikation:	GOOD

Komorbiditäten

Komorbiditäten:	Nein
-----------------	------

Komorbiditäten:	-
-----------------	---

Therapieplan

Geplante Therapie angesichts Befundkonstellation:	1. Carboplatin Monotherapie
---	-----------------------------

Ärztliche Zweitmeinung in der Onkologie

The screenshot shows a web browser window with the URL `hodentumor.zweitmeinung-online.de`. The page title is "Passwort vergessen - Zweitmeinungsportal". The navigation bar includes a "Menü" button, the "ZWEITMEINUNG" logo, and a user profile for "peter.albers@med.uni-duesseldorf.de". The main content area is titled "Therapieempfehlung" and is addressed to "Sehr geehrter Herr Dr. Gerald Freier". The text expresses gratitude for the request for a second opinion and lists recommended treatment options. The "Geplante Therapie angesichts Befundkonstellation:" section contains a list of 13 options, each with an unchecked checkbox.

Therapieempfehlung

Sehr geehrter Herr Dr. Gerald Freier,

vielen Dank für die Übersendung des Dokumentationsbogens zur Einholung einer Zweitmeinung bezüglich der weiteren Therapieempfehlung des Patienten.

Wir empfehlen folgende (bei mehrfacher Auswahl als gleichwertige Alternativen zu betrachtende) Therapien:

Geplante Therapie angesichts Befundkonstellation:

- Aufgrund der problematischen Befundkonstellation keine eindeutige Empfehlung möglich
- Beobachtendes Vorgehen mit Verlaufskontrollen ("wait and see" bzw. "Surveillance")
- Adjuvante Radiatio infradiaphragmal paraaortal/ paracaval (20 Gy, Einzeldosis 2 Gy, 5 Fraktionen / Woche, Bestrahlungsfeld Oberrand BWK 11 - LWK 5)
- Adjuvante Radiatio infradiaphragmal paraaortal/ paracaval/ iliakal(30 Gy, Einzeldosis 2 Gy, 5 Fraktionen / Woche, Bestrahlungsfeld Oberrand BWK 11 Unterrand des Acetabulum)
- Adjuvante Radiatio infradiaphragmal paraaortal / paracaval / iliakal(36 Gy, Einzeldosis 2 Gy, 5 Fraktionen / Woche, Bestrahlungsfeld Oberrand BWK 11 Unterrand des Acetabulum)
- Carboplatin Monotherapie
- 1 Zyklus Polychemotherapie (Cisplatin, Bleomycin, Etoposid)
- 2 Zyklen Polychemotherapie (Cisplatin, Bleomycin, Etoposid)
- 3 Zyklen Polychemotherapie (Cisplatin, Bleomycin, Etoposid)
- 4 Zyklen Polychemotherapie (Cisplatin, Bleomycin, Etoposid)
- 4 Zyklen Polychemotherapie (Cisplatin, Etoposid)
- 2 Zyklen Polychemotherapie (Cisplatin, Ifosfamid, Etoposid)
- 2 Zyklen Polychemotherapie (Cisplatin, Ifosfamid, Etoposid)

Ärztliche Zweitmeinung in der Onkologie

Passwort vergessen - Zweitmeinungsportal

Patientendetails

Menü

ZWEITMEINUNG

peter.albers@med.uni-duesseldorf.de

Therapieplan

Geplante Therapie angesichts Befundkonstellation:

1. Carboplatin Monotherapie

Ergänzende Kommentare/Begründung:

Infiltration von rete testis, tunica albuginea und Lymphgefäßeinbrüche, zudem bds. TIN

Zweitmeinung

Geplante Therapie angesichts Befundkonstellation:

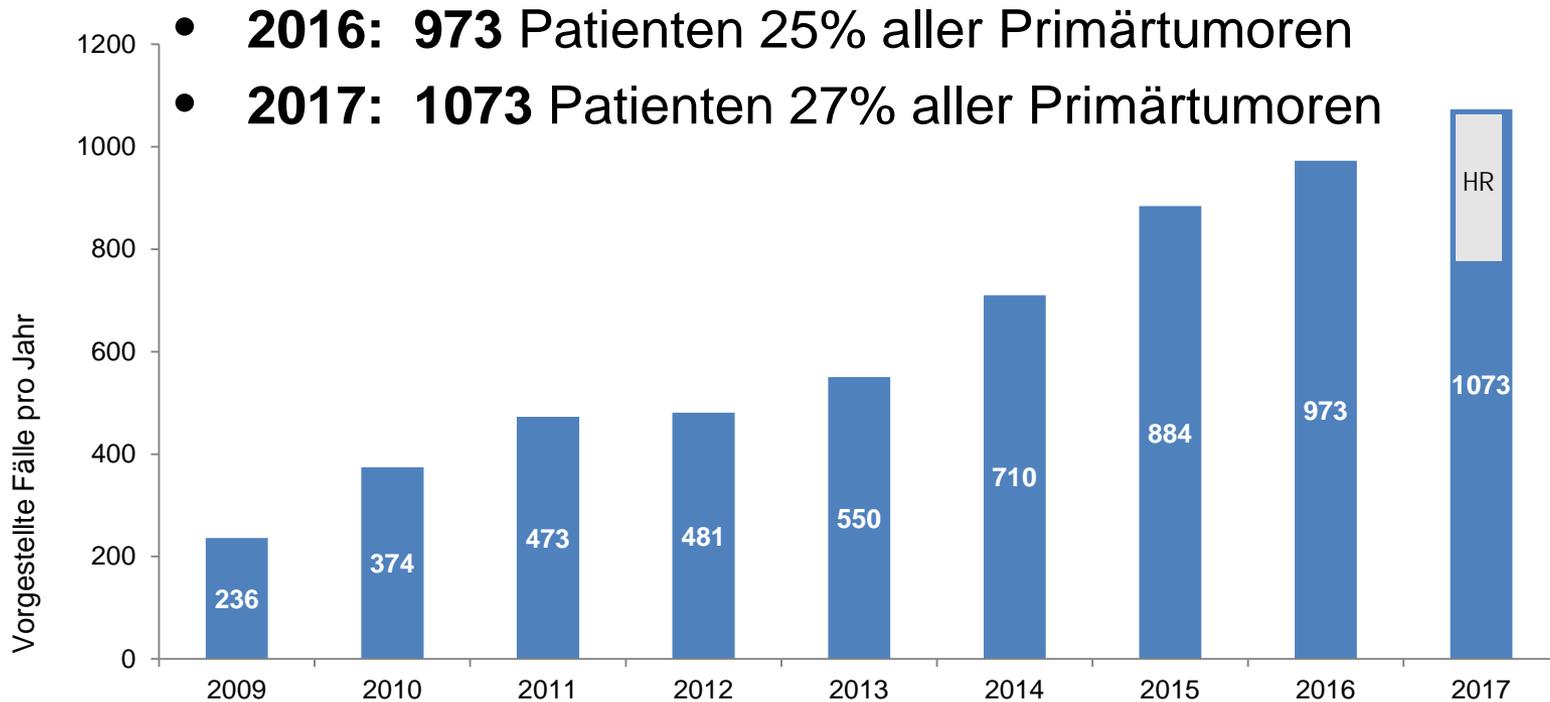
1. Beobachtendes Vorgehen mit Verlaufskontrollen ("wait and see" bzw. "Surveillance")
2. Carboplatin Monotherapie

Ergänzende Kommentare/Begründung:

Es handelt sich um ein CS I "high risk" mit Rete testis Infiltration. Das Rezidivrisiko des Tumors bei Vorliegen nur dieses nicht validierten Risikofaktors (Rete testis Invasion und Tumor < 4 cm) liegt bei etwa 20%. Es kommen nach EAU Leitlinie sowohl die Carboplatin Monotherapie als auch die Überwachung in Frage. Das Rezidivrisiko nach Carbo beträgt 5%. Dies sollten Sie mit dem Patienten besprechen und ihn entscheiden lassen. Viele Grüße, Peter Albers

ZURÜCK ZUR ÜBERSICHT

Nutzungsgrad



Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.



aQua
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT



Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Kongruenz Erst- und Zweitmeinung

Klinisches Tumor-stadium	Kongruenz von Erstmeinung und Zweitmeinung				
	Kongruenz	ZM umfang-reicher	Tendenz nicht bestimmbar	EM umfangreicher	Kongr./ Inkongr. nicht bestimmbar
I	66.4%	4.5%	9.8%	13.1%	6.3%
Ila,b	49.5%	5.5%	21.7%	12.6%	10.7%
≥ IIc	50.0%	5.8%	20.2%	10.4%	13.6%
Gesamt:	59.9%	4.9%	14.1%	12.5%	8.5%

- Anfragender Arzt und ZMZ haben bei **35-40% diskrepante** Behandlungskonzepte
- ZM reduziert Therapieumfang bei **12,4% der Fälle; in 5% der Fälle** Intensivierung



Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.



aQQu
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

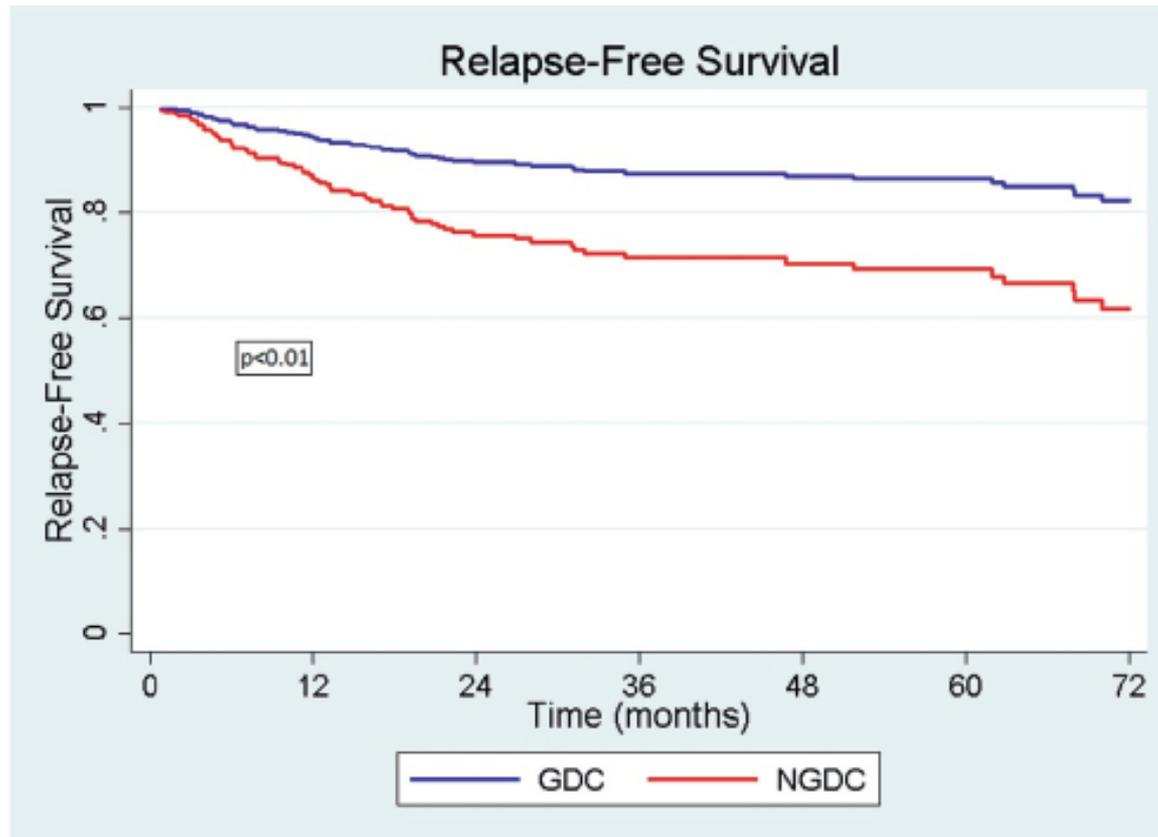


Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Ärztliche Zweitmeinung in der Onkologie

NCCN Leitlinien Adhärenz



Wymer KM et al., J Urol 2016

Ärztliche Zweitmeinung in der Onkologie

Pro/Con des Internetportals

Pro

1. Arzt bittet um Zweitmeinung
2. einfache Eingabe
3. schnelle Antwort (48 h)
4. Leitlinienorientierung
5. Registrierung der Anfrage und der Antwort
6. Auswertung einfach
7. keine Kosten

Contra

1. kein persönlicher Kontakt zum Patienten
2. Diagnostik (Pathologie, CTs) nicht qualitätsgesichert
3. keine Bilder
4. Experte nicht definiert
5. keine interdisziplinäre Beratung
6. keine Validierung

Was wäre die „ideale“ Zweitmeinung ?

Die qualifizierte Erstmeinung !

Die qualifizierte Erstmeinung

1. Optimale, qualitätsgesicherte Diagnostik (Pathologie, „imaging“)
2. Interdisziplinäres Tumorboard
3. Persönliches Erstgespräch (Therapiealternativen)
4. Persönliches Zweitgespräch und Festlegung der Therapie („shared decision making“)

Ärztliche Zweitmeinung in der Onkologie

„primum nihil nocere“

Medizinethisches Verständnis des Arztberufs:
beratend, sachlich, fürsorglich, nachhaltig

Problematik:

- Patienten haben nach der Diagnose „Krebs“ vor allem Angst
- Leitlinien sind manchmal nicht ausreichend für die Beratung
- ökonomische Zwänge favorisieren aktive Therapien
- mangelndes Vertrauen des Patienten in den erstbetreuenden Arzt
- sogenannte „Zweitmeinungen“ suggerieren Sicherheit oder sind zielgerichtet („Vermeidung unnötiger Operationen“)
- es gibt (noch) keine durchgängige Beratungsstruktur in der Onkologie

Ärztliche Zweitmeinung in der Onkologie

Aktivitäten der DKG

1. Positionspapier der Deutschen Krebsgesellschaft zur informierten Entscheidungsfindung in der Onkologie
2. Aktivitäten der Deutschen Krebsgesellschaft und Deutschen Krebshilfe
 - flächendeckende Krebszentren für alle Entitäten ✓
 - Krebsinformationsdienst (KID) ✓
 - Krebsberatungsstellen der Länderkrebsgesellschaften ✓
3. Multidisziplinäre Tumorboards in Onkologischen Zentren und CCCs
4. Onkologisches Leitlinienprogramm DKG-DKH

Ärztliche Zweitmeinung in der Onkologie

Zukünftige Verbesserungen

1. Für Patienten sollte eine kostenfreie multidisziplinäre Erstmeinung in Onkologischen Zentren und CCCs organisiert werden !
(vertragsärztliche Leistung, Hochschulambulanz)
➡ Änderung des Kriterienkatalogs für OZs und CCCs
2. Multidisziplinäre Boards müssen für einen persönlichen Kontakt erreichbar sein (Überweisung in eine Sprechstunde)
3. Ausbau der Telematik für ländliche Regionen
4. Die Notwendigkeit für eine interdisziplinäre Entscheidung muss definiert werden (➡ Leitlinie !)
5. Die Ergebnisse müssen in den geförderten Zentren registriert und ausgewertet werden.

Sind Zweitmeinungen in der Onkologie notwendig oder gibt es andere Konzepte?

Univ.-Prof. Dr. Peter Albers
Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft
Klinik für Urologie
Universitätsklinikum Düsseldorf