

Office fédéral de la santé publique
Service Prestations
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Lieu, date: Berne, le 21 juin 2017 Téléphone direct: 031 306 93 85
Interlocutrice: Agnes Nienhaus E-mail: agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch

Réponse à la consultation unimedsuisse sur la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous offrir la possibilité de prendre position sur le projet de la structure tarifaire Tarmed. L'association Médecine Universitaire Suisse souhaite saisir cette opportunité et s'exprimer sur le projet au nom de ses membres, à savoir les grands hôpitaux universitaires de Suisse et les facultés de médecine de Suisse.

Soutien à la prise de position de H+ et de la Conférence active des Hôpitaux universitaires

L'association unimedsuisse soutient pleinement la prise de position et les exigences posées par H+. unimedsuisse souhaite également aborder en premier lieu les graves conséquences qu'auront les adaptations de tarifs proposées sur la prise en charge universitaire. Pour une évaluation technique des conséquences et les demandes concrètes de modification au sein d'une variante minimale absolue, nous renvoyons à la prise de position de H+ Conférence active des Hôpitaux universitaires, que nous soutenons également dans son intégralité et vous fournissons ici en annexe.

Appréciation générale: les tarifs doivent correspondre aux prestations

Le principe applicable devrait être le suivant: les tarifs correspondent aux prestations réelles, ce qui signifie que les prestations nécessaires à une bonne prise en charge doivent être correctement représentées dans les tarifs.

L'approche adoptée avec l'adaptation de tarif a malheureusement un fonctionnement diamétralement opposé sur de nombreux points: les prestations doivent s'adapter aux tarifs. Cela oriente non seulement la prestation réalisée sur des considérations financières, encourageant ainsi la réaction à de mauvaises incitations, mais cela fait en plus passer la solution médicale appropriée au second plan.

Les prestations de la médecine universitaire sont particulièrement touchées par ces déformations du remboursement. En tant que prestataires finaux et complets, les hôpitaux universitaires n'ont pas la possibilité d'optimiser leurs revenus en se spécialisant dans des domaines rentables. Aujourd'hui, Tarmed ne représente que partiellement les prestations de la médecine universitaire dans le domaine ambula-

toire. Plusieurs domaines ont des tarifs systématiquement insuffisants en raison de leur dimension technique limitée, comme la pédiatrie, la médecine interne générale, la gériatrie, la psychiatrie et la dermatologie générale. Le projet présenté pour l'adaptation de Tarmed aggrave encore cette situation.

Les adaptations de tarifs proposées entraîneraient une perte de revenus de CHF 170 millions pour les hôpitaux universitaires, une perte qui ne serait pas rééquilibrée par une amélioration des domaines sous-financés. Cela remettrait en question les prestations importantes de prise en charge assurées par les hôpitaux universitaires, qui appliquent la médecine factuelle moderne. Cela s'accompagne en outre d'un manque de moyens pour le développement des domaines sous-financés. La stagnation dans le contexte universitaire signifie pourtant la stagnation du développement médical en général, déconnectant ainsi la Suisse des progrès médicaux.

Médecine Universitaire Suisse exige:

- Une révision complète de la structure tarifaire. Une prise en compte des domaines qui ne sont pas remboursés au prix coûtant au même titre que les domaines surfinancés.

Limitation de la durée de consultation

unimedsuisse approuve la volonté de la Confédération de lutter contre les abus dus à des consultations trop longues et de concevoir une prise en charge efficace. Nous estimons toutefois qu'une limitation systématique de la durée de consultation serait problématique.

La limitation de la durée de consultation à 20 minutes est problématique notamment dans un contexte universitaire, puisque les hôpitaux universitaires traitent des cas particulièrement complexes qui exigent plus de temps pour le diagnostic, le traitement et le suivi. Cela touche tout particulièrement la pédiatrie, qui est majoritairement implantée dans les hôpitaux universitaires et demande beaucoup de conseils et d'accompagnement des enfants et des proches. Les patients atteints de démence ou les personnes disposant de connaissances linguistiques insuffisantes peuvent aussi demander plus de temps. Le même constat vaut également pour les patients dont le diagnostic n'est pas clair ou qui souffrent de maladies rares, en grande partie pris en charge dans les hôpitaux universitaires. Les consultations doivent alors couvrir de nombreux aspects en termes de diagnostic, de traitement et de suivi des personnes touchées et des proches.

La limitation de la durée de consultation à 25 minutes pour les médecins de famille s'accompagne en outre du risque de voir les personnes gravement malades être traitées à l'hôpital, et plus à domicile. Ici aussi, ces mesures auront des conséquences négatives sur les hôpitaux universitaires en tant que prestataires finaux, puisque les médecins y envoient essentiellement leurs cas les plus graves. La limitation des consultations chez le médecin de famille provoquera en conséquence une hausse inutile des consultations hospitalières et des hospitalisations, générant ainsi des coûts supplémentaires.

La limitation de la durée de consultation est également dérangement au niveau de la politique de santé. Elle contredit par exemple l'exigence de voir le prestataire poser des questions de prévention dans le cadre du traitement et de conseiller les patients à des fins de prévention. La limitation proposée est ainsi explicitement contraire aux programmes nationaux et entrave leur mise en œuvre.

Médecine Universitaire Suisse exige:

- La suppression de la limitation systématique de la durée de consultation.
 - La lutte contre les abus liés à des consultations trop longues doit être menée sur la base de cas concrets et faire l'objet d'analyses. Il revient aux assureurs-maladie de déceler les abus. Cela ne saurait être fait de manière générale, mais doit au contraire être justifié.
-
- Les autorités de surveillance et les assureurs-maladie sont priés de créer des catégories d'analyse différenciées permettant de distinguer les différents types de consultations pour lutter contre les abus, d'accepter la nécessité d'une durée plus longue de certaines consultations comme justifiée (par ex. diagnostic incertain, maladies rares et complexes, multimorbidité, situations de fin de vie, etc.) et d'identifier clairement les abus grâce aux catégories créées.

Limitation accrue des prestations en l'absence du patient

La limitation de la facturation des prestations en l'absence du patient ne présente aucun lien avec le quotidien hospitalier et ne correspond en rien aux exigences d'une bonne prise en charge. Cela vaut tout particulièrement pour les prestations de prise en charge des hôpitaux universitaires. Les raisons à cela sont multiples:

- Les hôpitaux universitaires connaissent une part élevée de cas complexes, de diagnostics peu clairs ou de maladies rares, transférés par des médecins externes. Dans ces cas particuliers, la préparation comprend un examen approfondi des antécédents médicaux et un travail de recherche sur les diagnostics possibles, les options actuelles de traitement, etc. Cette prestation intellectuelle est effectuée en l'absence du patient. Ces prestations de préparation prennent souvent beaucoup de temps. Les hôpitaux universitaires et les services de soutien à ces hôpitaux (p. ex. les instituts de génétique) représentent une part importante de ces prestations. Elles sont néanmoins remises en question par l'atteinte portée aux tarifs.
- La collaboration interdisciplinaire se renforce toujours davantage en raison de la spécialisation croissante et de la différenciation de la médecine. Elle est d'ailleurs reconnue comme modèle de réussite pour améliorer la qualité. Ainsi, les «boards» ne sont pas seulement un standard reconnu en oncologie, mais elles sont aussi devenues une nécessité médicale dans un nombre croissant de disciplines en raison de leur interdisciplinarité et de leur interprofessionnalité. La médecine universitaire se distingue particulièrement par son degré élevé de spécialisation. Pour les cas complexes généralement traités dans les hôpitaux universitaires, les discussions interdisciplinaires sur un cas et la tenue de réunions de concertation correspondantes sont essentielles. Mais la limitation drastique des prestations en l'absence du patient coupe court à cette approche.
- La limitation proposée des prestations en l'absence du patient touche en particulier la coordination des prestations de prise en charge pour les patientes et patients, alors qu'elle est aujourd'hui reconnue comme composant d'une «good practice». Cela est d'autant plus déroutant que cette coordination est exigée par divers programmes et stratégies nationaux. Cela inclut notamment le concept exigé par la Confédération d'une prise en charge générale intégrée entre les différents prestataires, ainsi que de prestations de coordination au sein d'un hôpital ou entre les différents prestataires intervenant auprès de groupes de patients vulnérables (p. ex. soins palliatifs, maladies rares ou gériatrie). La mise en œuvre de l'adaptation de tarif proposée pénaliserait les prestataires progressistes qui appliquent ces concepts.

La limitation des prestations en l'absence du patient va ainsi clairement à l'encontre d'une médecine factuelle, entrave le développement de modèles de prise en charge intégrés et interdisciplinaires et empêche les efforts en matière de politique sanitaire au profit d'une prise en charge intégrée. En conséquence, la prise en charge médicale efficace n'est pas promue, mais freinée.

unimedsuisse estime qu'une meilleure saisie et représentation des prestations en l'absence du patient doit être visée, sans faire peser un soupçon global d'abus sur ces prestations.

Médecine Universitaire Suisse exige:

- La suppression des limitations sur les prestations en l'absence du patient.
- La création de positions tarifaires spécifiques pour les réunions de concertation et les discussions interdisciplinaires de cas, les prestations de coordination pour les cas complexes, les soins palliatifs, les maladies rares, etc., dont l'importance pour la prise en charge et la rentabilité est connue.
- La lutte contre les abus concernant des prestations trop élevées en l'absence du patient doit être menée sur la base de cas concrets et faire l'objet d'analyses. Il revient aux assureurs-maladie de déceler les abus. Cela ne saurait être fait de manière générale, mais doit au contraire être justifié.
- Les autorités de surveillance et les assureurs-maladie sont priés de créer des catégories d'analyse différenciées permettant de distinguer les différents types de cas pour lutter contre les abus, d'accepter la nécessité d'une préparation plus longue et d'un effort de coordination accru comme justifiés (par ex. diagnostic incertain, maladies rares et complexes, multimorbidité, situations de fin de vie, etc.) et d'identifier clairement les cas d'abus grâce aux catégories créées.

Conséquences globales pour la prise en charge universitaire – affaiblissement de la médecine factuelle

unimedsuisse rejette les adaptations de tarifs proposées conformément aux justifications précédentes et les considère comme inadéquates. Celles-ci remettent en question les prestations spécifiques des fournisseurs universitaires, en particulier dans les domaines des maladies rares et complexes, du conseil aux patients, des consultations avec des spécialistes externes et de la collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle, notamment les réunions de concertation en oncologie et dans d'autres spécialités, qui sont pourtant d'une importance centrale pour un traitement factuel sur la base des dernières connaissances dans le domaine. L'intégration d'approches novatrices de traitement dans la pratique, qui nécessite un suivi plus intensif, est entravée. Cela provoque un affaiblissement de la médecine factuelle dans l'ensemble du système de soins. Le fossé ainsi créé entre le système tarifaire et une bonne prise en charge met en danger la qualité de la prise en charge universitaire, et tout particulièrement de la prise en charge médicale des groupes de patients particulièrement vulnérables.

Nous vous remercions de prendre en considération nos positions pour la révision du document et nous tenons à votre disposition pour toute question.

Meilleures salutations,

sign. Bertrand Levrat

Président de Médecine Universitaire Suisse

Annexe: Prise de position de H+ – Conférence actives des Hôpitaux universitaires



Per Mail an:

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Leistungen
CH – 3003 Bern

Basel, 20. Juni 2017

Vernehmlassungsantwort der Universitätsspitaler der Schweiz zu den vom Bundesrat vorgeschlagenen Anpassungen an der Tarifstruktur TARMED (1.09_BR / 2018)

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen bestens für die Gelegenheit zur Stellungnahme und reichen hiermit fristgerecht unsere Überlegungen und Anträge zu den vorgeschlagenen Anpassungen an der Tarifstruktur TARMED ein.

1 Einleitung

Die Aktivkonferenz der Schweizerischen Universitätsspitaler vereinigt die Vorsitzenden der Spitalleitungen der fünf grossen Universitätsspitaler und deren Finanzdirektoren (UniFin).

Die Universitätsspitaler verweisen grundsätzlich auf die Vernehmlassungsantwort von H+ Die Spitaler der Schweiz, in welche sich die Universitätsspitaler eingebracht haben. Aufgrund der geplanten, gravierenden Anpassungen an der bisherigen Tarifstruktur sieht sich die Aktivkonferenz jedoch veranlasst, im vorliegenden Schreiben auf die gefährlichsten Anpassungen einzugehen und konkrete Vorschläge anzubringen, um diese zu verhindern oder zumindest abzumildern.

Wir verweisen ausserdem auf die separate Anhörungsantwort der Kinderspitaler. Drei unserer Häuser sind mit ihren Kinderabteilungen direkt mit betroffen, in Zürich und Basel sind die selbständigen Universitätskinderspitaler als unsere Partner in der Kindermedizin massiv betroffen.

2 Schwerwiegende Konsequenzen für die Patienten

Faktisch würden die von Ihnen vorgesehenen Anpassungen zu einer **Rationierung von medizinischen Leistungen** führen und zwangsläufig die **Behandlungsqualität senken**, insbesondere für das komplexe, polymorbide Patientenkollektiv von Universitätsspitalern. Die Universitätsspitaler beschränken sich in der vorliegenden Stellungnahme auf drei konkrete Anträge,

mit welchen die **gravierendsten negativen Folgen** des geplanten bundesrätlichen Eingriffs in die Tarifstruktur vermieden werden sollen.

Die Universitätsspitaler weisen dezidiert darauf hin, dass für eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife (siehe Art. 43 Abs. 4 KVG) weitere wichtige Anpassungen an der veralteten Tarifstruktur nötig sind. Bei den geplanten Anpassungen wurden einseitig nur diejenigen Faktoren angepasst, welche eine *Volumen-reduktion* bewirken.

3 Gravierendste Eingriffe in die Tarifstruktur

Der geplante Eingriff in die Tarifstruktur ist für Universitätsspitaler finanziell substantiell. Unsere an jedem Haus durchgeführten Simulationen zeigen, dass die geplanten Massnahmen zusammengenommen zu einem geschätzten **Ertragsrückgang von 170 Millionen Schweizer Franken** bei allen fünf Universitätsspitalern führen würden. Somit sind diese Spitaler überdurchschnittlich von den Eingriffen betroffen.

Die geplanten Anpassungen an den *Kostenmodellen* führen zwar zu empfindlichen Ertragsminderungen, haben aber keinen direkten Einfluss auf die Behandlungsabläufe und die Behandlungsqualität. Sie sind daher nicht Bestandteil dieser Vernehmlassungsantwort.

Die Universitätsspitaler nehmen hier nur Stellung zu den geplanten neuen Limitationen, die eine Rationierung der Leistungen bewirken und somit direkt Auswirkungen auf die Behandlung der Patienten haben werden.

Diese Limitierungen stellen die Abgeltung der interdisziplinären und interprofessionellen Behandlung grundsätzlich in Frage und sind versorgungspolitisch von grosser Bedeutung. Heute werden durch die Universitätsspitaler Leistungen in der Grössenordnung von rund CHF 80 Millionen erbracht, die aufgrund der neuen Limitierungen nicht mehr abgerechnet werden könnten. **Die Annahme, dass die Universitätsspitaler bisher für CHF 80 Millionen ineffiziente oder behandlungsunnötige Leistungen erbracht haben entbehrt jeglicher Grundlage.** Im Gegenteil: Für die wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlung unserer Patienten ist es enorm wichtig, dass diese Leistungen weiterhin (im ambulanten Bereich) erbracht werden können.

Die Limitation der einzelnen Tarifpositionen bringt die Leistungserbringer in folgendes Dilemma: Der Patient benötigt eine umfassende ihm zugeschnittene Betreuung, welche aber über den TARMED nicht mehr abgegolten wird. Somit bleiben den Leistungserbringern folgende Möglichkeiten:

- Die von den Patienten benötigten und vom Spital erbrachten Leistungen werden nicht abgerechnet.
- Die Behandlung wird auf mehrere Besuche / Visiten aufgesplittet.
- Die Betreuung des Patienten kann nicht in der geforderten Qualität erbracht werden.
- Der Patient wird stationär behandelt.
- Das Leistungsangebot wird gestrichen.

Im nachfolgenden Kapitel gehen wir differenziert auf die beiden Limitierungen mit den gravierendsten Folgen für den Patienten ein.

4 Rationierung von Leistungen

Aus Sicht der Universitätsspitaler sind vor allem die beiden nachfolgend aufgeführten Eingriffe in die bestehende Tarifstruktur für die Behandlungsqualität gravierend:

Beschränkung der ärztlichen Konsultationszeit

Die ärztliche Konsultation (Tarifziffer 00.0020) soll auf **maximal 20 Minuten limitiert** werden. Diese Zeitvorgabe ist in vielen Fällen viel zu kurz, um die komplexen polymorbiden Patienten mit der erforderlichen Qualität zu diagnostizieren und zu behandeln. In der Vernehmlassungsantwort von H+ Die Spitaler der Schweiz finden Sie entsprechende Praxisbeispiele. Die Universitätsspitaler erlauben sich, im Anhang einige eindrückliche, ganz konkrete Beispiele aus unserem Behandlungsalltag aufzuzeigen.

Rationierung der ärztlichen Leistungen in Abwesenheit des Patienten

Die ärztliche Leistung in Abwesenheit (bisher Position 00.0140) wird differenziert und neu mit sieben spezifischen Positionen (00.0141 bis 00.0147) abgebildet. Zudem werden diese Leistungen unter sich mittels einer Leistungsgruppe limitiert.

Aus dieser geplanten Anpassung entstehen aus medizinischer Sicht z.B. die beiden nachfolgenden Probleme:

Die interdisziplinäre Besprechung eines Behandlungsfalls durch mehrere, sich gleichzeitig vor Ort befindenden Ärzte im Rahmen von Tumorboards wird nicht mehr abgebildet. Bisher war aufgrund eines Entscheides der PIK (Nr. 08014 vom 11.6.2008) vorgesehen, dass für diese Leistungen die Position 00.0140 angewendet werden kann. Ein Wegfall dieser interdisziplinären Sprechstunden bzw. Beratungen würden zu einer erheblichen Reduktion der Behandlungsqualität führen. Diese multidisziplinären Fallbesprechungen entsprechen in hohem Masse den Anforderungen der KVG Kriterien bezüglich Leistungserbringung: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien). Sie sind ausserdem eine zwingende Vorgabe für eine erfolgreiche Zertifizierung des entsprechenden Zentrums. Diese Vorgabe wurde (und wir empfehlen dem BAG sich bei der Schweizerischen Krebsliga zu erkunden) ausschliesslich aus Qualitätsgründen gemacht.

Die Zeitlimitationen für die Dauer bei der ärztlichen Leistung in Abwesenheit sind wie bei der Konsultation nicht praxiskonform und würden zu einem erheblichen Rückgang der Behandlungsqualität bei schwer kranken Patienten führen.

5 Weiterbildungsauftrag

Die Universitätsspitaler erinnern den Bundesrat an ihren Weiterbildungsauftrag, der für die medizinische Versorgung der Schweiz mit hochqualifiziertem medizinischem Personal unabdingbar ist.

Betriebswirtschaftlich betrachtet sind diejenigen Leistungserbringer bevorteilt, welche mit erfahrenen Ärzten arbeiten können, die keine Weiterbildungsleistungen erbringen. Weiterbildung benötigt Zeit und personelle Ressourcen – vor allem auch während den Sprechstunden und bei Leistungen in Abwesenheit der Patienten (Abbildung bisher u.a. über Positionen 00.0020 und 00.0140). Werden die Universitätsspitaler hier übermässig eingeschränkt, wird die Ausbildung von Assistenzärzten an Attraktivität verlieren und sich die Nachwuchsproblematik noch mehr verschärfen.

6 Anträge

Die Universitätsspitaler stellen wie einleitend erwähnt und aus oben dargelegten Gründen folgende drei konkrete Anträge:

Antrag 1

Auf die geplanten **Limitationen** bei der Tariffziffer 00.0020 „Konsultation, jede weiteren 5 Minuten“ soll vollständig verzichtet werden. Falls der Bundesrat trotzdem daran festhält eine Beschränkung einzuführen, soll die Limitation eventualiter auf mindestens 40 Minuten angehoben werden. Auch für die Tarifposition 00.0070 „Besuch“ soll auf Limitationen verzichtet oder eventualiter die Obergrenze auf mindestens 50 Minuten angehoben werden.

Antrag 2

Eine zusätzliche Position „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“ mit der Tariffziffer 00.0148 soll in die Tarifstruktur aufgenommen werden. Die Leistung soll grundsätzlich analog der neuen Leistungen 00.0141 bis 00.0147 tarifiert werden, jedoch ohne Mengenlimitation.

Antrag 3

Auf die vorgesehene Limitation bei den Leistungen 00.0141 bis 00.0147 (resp. 00.0148) „Leistungen in Abwesenheit des Patienten“ ist zu verzichten da eine Limitation im Einzelfall aus oben genannten

Gründen nicht praktikabel ist und eine besser Überprüfung der WZW-Konformität durch die höhere Differenzierung der Leistung bereits ermöglicht wird.

Die drei Anträge unterstreichen das Ziel einer effizienten Leistungserbringung unter Berücksichtigung der im KVG Gesetz definierten WZW-Kriterien. Limitationen sind aus unserer Sicht nur dort sinnvoll, wo sie die Behandlungsqualität der einzelnen Patienten nicht beeinträchtigen. Wo die Gefahr einer solchen Beeinträchtigung besteht, ist auf Limitationen in der Tarifstruktur aus versorgungspolitischen Gründen zu verzichten. Hier besteht aus unserer Sicht die Pflicht der Krankenversicherer, eine effiziente Leistungserbringung durch geeignete Prüfinstrumente sowohl auf statistischer wie auch auf Einzelfallebene sicherzustellen. Eine Rationierung der Leistungen in bestimmten Zeiträumen ist (insbesondere bei schwer kranken Patienten) weder medizinisch noch betriebswirtschaftliche sinnvoll.

Die Universitätsspitaler verstehen diese drei Anträge als minimalste und unabdingbare Korrekturen am vorgesehenen bundesrätlichen Eingriff an der vorhandenen Tarifstruktur. Weiter verweisen wir auf die Eingaben von H+ Die Spitaler der Schweiz.

Wir danken Ihnen bestens für die Prüfung und Berücksichtigung unserer Anträge.

Für die Unispitaler Schweiz



Dr. med. Werner Kübler, MBA
Präsident H+ Aktivkonferenz
Universitätsspitaler Schweiz



Martin Gerber
Vorsitzender AG UniFin
Universitätsspitaler Schweiz

Kopie an:

- Bundesamt für Gesundheit
- Gesundheitsdirektorenkonferenz
- H+ Die Spitaler der Schweiz

Anhang mit Praxisbeispielen

Beschränkung der ärztlichen Konsultationszeit

Längere Konsultationszeiten im Zusammenhang mit komplexen Krankheitsbildern:

Es ist grundsätzliche Pflicht des Arztes, seinen Patienten über die Erkrankung und die möglichen Behandlungen aufzuklären. Je komplexer das Krankheitsbild umso umfassender und zeitaufwändiger ist die Aufklärung. Wird zudem vom Patienten eine rasche Entscheidung für eine Behandlungsmethode benötigt, verlängert sich die benötigte Zeit nochmals.

Längere Konsultationszeiten im Zusammenhang mit schwierigen psychosozialen Situationen:

Die Erläuterung einer schweren Diagnose benötigt grundsätzlich ausreichend Zeit, um den Patienten richtig aufzuklären. Bei Patienten in schwierigen psychosozialen Situationen (z.B. Kinder in einer Scheidungssituation, Suchtproblematik, Arbeitslosigkeit, Flüchtlinge etc.) steigert sich dieser Aufwand erneut.

Rationierung der ärztlichen Leistungen in Abwesenheit des Patienten

Vor- und Nachbereitung des Besuchs:

Beispielhaft aufzuführen ist die Onkologie, in welcher die Planung der Behandlung grundsätzlich ein sehr ausgedehntes Aktenstudium benötigt. In den meisten Fällen sind Gespräche mit Kollegen anderer Fachrichtungen, das Studium von entsprechenden Guidelines oder Originalliteratur nötig.

Interdisziplinäre Besprechungen:

Nebst den Tumorboards gibt es immer wieder Situationen, in welchen der behandelnde Arzt die Konsultation mit einer interdisziplinären Besprechung ergänzt, respektive nach der selbigen die Konsultation weiterführt. Dies führt für den Patienten dazu, dass er die Einschätzung mehrerer Fachbereiche konsolidiert an einem Tag erhält, schneller Gewissheit über die Diagnose und Behandlung erhält, und die Behandlung früher starten kann.