

POLITIK FORUM

Optimale Krebstherapie: Interprofessionelle Zusammenarbeit und Nutzung digitaler Hilfsmittel

Was bringt die Bildung von Tumorzentren?

Die Entwicklungen auf dem Gebiet der Krebstherapie sind dermassen rasant, dass nur die interprofessionelle Zusammenarbeit unter Nutzung digitaler Hilfsmittel es ermöglicht, die bestmögliche Behandlung von Krebs und die optimale Betreuung von Krebspatienten und ihren Angehörigen sicherzustellen.

Interdisziplinarität als Reaktion auf Wissenswachstum

Das Wissen zur Behandlung von Krebs nimmt rasant zu. Ende 2016 waren gemäss www.clinicaltrials.gov über 23 000 klinische Studien zum Thema «Cancer» abgeschlossen und über 15 000 im Gang.



Dr. Philippe Groux
Huttwil

Alleine in der Immunonkologie, dem aktuellen Hoffnungsträger, erscheinen jährlich über 2000 Publikationen (Abb. 1).

Dieses Wissen aufzunehmen ist für eine einzelne Person nicht möglich, nicht zuletzt, weil eine Krebsbehandlung im Normal-

fall mehrere Disziplinen involviert. Woher soll ein medizinischer Onkologe wissen, ob seine Kollegin Radio-Chirurgin eine Therapiemöglichkeit hat, die für einen gegebenen Patienten eine echte Alternative zu seinen Optionen darstellt? Der eingangs beschriebene Wissenswachstum führt zu einer Spezialisierung innerhalb der Fachrichtungen. Wer den neusten Stand des Wissens kennen, verstehen und in der Praxis umsetzen will, muss sich auf einzelne, wenige Organe beschränken. In einem Tumorboard können die Experten verschiedener medizinischer Fachrichtungen den medizinischen Zustand und die Behandlungsmöglichkeiten eines Patienten diskutieren und damit sich auf einen Behandlungsplan einigen. Da je nach betroffenem Organ unterschiedliche medizinische Fachrichtungen involviert sind, zwingt sich die Organisation in organ-spezifische Tumorboards regelrecht auf. Der beschriebene gemeinsame Behandlungsplan sichert nicht die Koordination der Betreuung. Dies kann jedoch in einem Tumorzentrum sichergestellt werden.

ABB. 1 Zunahme der Publikationen auf dem Gebiet der Immunonkologie von 1970–2015



In den vergangenen Jahr(zehnt)en ist die Anzahl Publikationen zum Thema Immunonkologie stark angestiegen (aus «Immunonkologie – Chancen und Herausforderungen für die Versorgungsqualität» Empfehlungen des Think Tanks der Nationalen Strategie gegen Krebs).

Tumorzentren als interprofessionelle Organisationsform

Ein Tumorzentrum hat die Koordination der Betreuung von Krebspatienten zum Ziel und ermöglicht dabei eine dem Stand des medizinischen Wissens entsprechende Diagnostik und Therapie. Das bedeutet zum einen, dass die unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen, die die Krebspatienten interdisziplinär betreuen, möglichst reibungslos zusammenarbeiten. Zum anderen erlaubt die Zentrumsorganisation, die möglichst effiziente Einbindung anderer Berufe, Gesundheitsberufe wie weitere Involvierte. Der Begriff des Tumorzentrums ist nicht geschützt.

In Deutschland gibt es den Dachverband «Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Tumorzentren e.V.». Zum Status eines anerkannten Tumorzentrums gehört es, ein klinisches Krebsregister zu führen. Im klinischen Krebsregister werden Daten von Krebspatienten gesammelt, ausgewertet und Ärzten und Institutionen zur Verfügung gestellt. Dadurch können zum Beispiel besondere Muster in Diagnostik, Betreuung und Therapie gefunden werden und Massnahmen zur Verbesserung der Betreuung eingeleitet werden. In der Schweiz gibt es noch keine vergleichbare Dachorganisation.

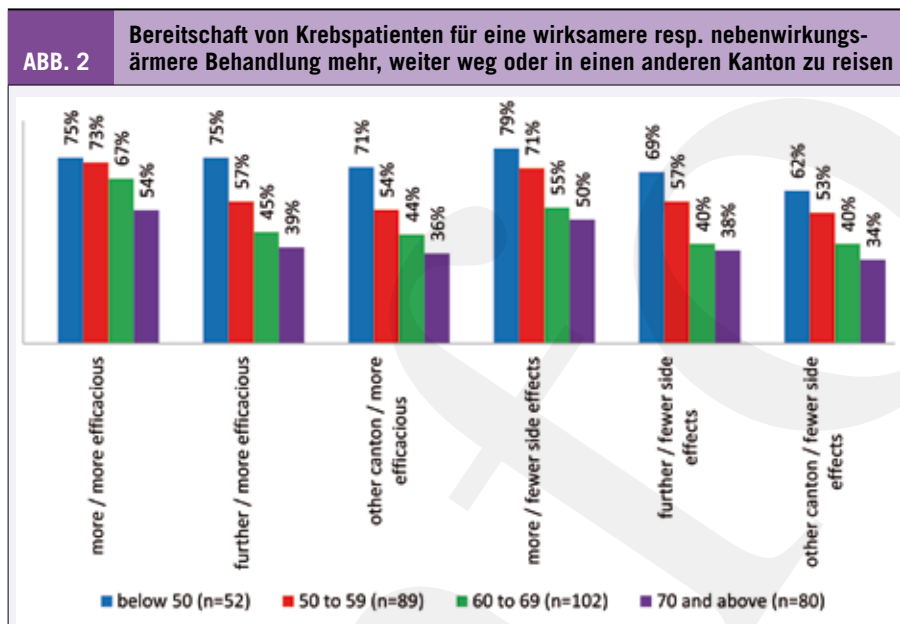
Die Grenzen physischer Zentren

1960 empfahl der amerikanische Kongress die Gründung von staatlich geförderten Krebszentren. 1970 wurden «comprehensive cancer centers (CCC)» im National Cancer Act definiert. Damit entstanden in den USA Kompetenzzentren, die an der Spitze der Entwicklungen gegen Krebs stehen.

Seither gab es zwei grundlegende Veränderungen, die diesem amerikanischen Modell Grenzen setzen. Einerseits sind die Erfolgchancen bei einigen Krebsarten sehr hoch, so dass immer mehr Menschen mit oder nach Krebs leben. Die Bündelung der Kräfte hat in den USA zu eindrucklichen Unterschieden innerhalb des Landes geführt (Barrington et al. 2016): Patientinnen, die im CCC von Birmingham (Alabama) eine Zervixkarzinomdiagnose erhalten hatten und mehr als 100 Meilen entfernt wohnen, haben eine um 34 Monate kürzere Lebenserwartung als Patientinnen, die näher als 100 Meilen vom CCC entfernt wohnen. Andererseits hat die digitale Revolution den Umgang mit Daten verändert.

Qualitätssicherung

Resultate wie die oben beschriebenen Unterschiede in Alabama können nur durch die Zentralisierung von Daten generiert werden. Vor der digitalen Revolution war dies nur durch die Gründung von physischen Zentren möglich. Wie oben beschrieben, birgt diese Zentralisierung die Gefahr von Chancenungerechtigkeit. Orientieren wir uns am Qualitätsmodell von Donabedian (A. Donabedian, 1980), so stellen wir fest, dass die Bildung von CCC in den USA zu einer besseren Ergebnisqualität für Betroffene geführt hat, die nahe genug vom CCC wohnen, als für jene Betroffene die weiter weg wohnen. Die Ursachen können vielseitig sein, so kann einerseits die Reise für die Patienten zu beschwerlich sein, die gesundheitlich besonders angeschlagen sind, aber andererseits können auch sozioökonomische Faktoren wie beispielsweise der soziale Support entscheidend werden, ob ein Pati-



ent sich in einem Kompetenzzentrum behandeln lassen kann (Onega et al. 2010). In der Schweiz hat das Alter einen Einfluss auf die Bereitschaft von Krebspatienten, mehr oder weiter weg zu reisen (Groux et al. 2014) (Abb. 2).

Das amerikanische Modell hat sowohl hinsichtlich Strukturen als auch Prozessen Schwächen, die durch die Digitalisierung möglicherweise behoben werden können. Sobald die Daten und Proben des Patienten reisen (und nicht mehr der Patient) und die Behandlung zwar auf der Basis einer Empfehlung eines spezialisierten Tumorboards in einem CCC, aber dennoch in Wohnortnähe dezentral und kompetent erfolgen kann, können die beschriebenen Schwächen des amerikanischen Modells behoben werden.

Aufgrund der raschen Entwicklung sowohl in der Behandlung von Krebs als auch punkto Digitalisierung, sind interaktive Überprüfungen der Strukturen und Prozesse zwingend notwendig. Was geplant wird, muss umgesetzt, überprüft und korrigiert werden (Deming 1982).

Die Digitalisierung als unbekannte Grösse

Die Digitalisierung bringt einen Innovationsschub, der mit der industriellen Revolution Anfang 18. Jahrhundert vergleichbar ist, als die Dampfmaschine die Grenzen der muskulären Kraft von Mensch und Tier überwand. Mit der Digitalisierung werden die Grenzen der mentalen Fähigkeiten des Menschen überwunden. So ermöglicht die Digitalisierung beispielsweise die Verarbeitung innert kürzester Zeit der eingangs erwähnten Resultate klinischer Studien. Ebenso überwindet die Digitalisierung die Sprachgrenzen und gibt beispielsweise Westeuropäern Zugang zu Publikationen in Japanisch, Koreanisch oder Arabisch.

1987 kaufte die Universität Stuttgart einen Supercomputer Cray-2 für 48 Millionen Mark, der dritte Cray-2 in Europa zwei Jahre nach seiner Markteinführung. Das 2011 lancierte iPad 2 hatte die gleiche Rechenleistung wie der Cray-2 für einen Bruchteil der Kosten. Die Rechenleistung der neusten Smartphones ist 2017 bereits ein Vielfaches dieser Rechenleistung. Diese rasante Entwicklung eröffnet uns neue Möglichkeiten im Umgang mit Daten. Welche dieser Möglichkeiten in zehn Jahren sein werden, können wir uns genauso wenig vorstellen, wie unsere Vorfahren mitten in der ersten industriellen Revolution eine Vorstellung hatten, wie sich ihre Arbeit innert zehn Jahren verändern würde.

Schlussfolgerungen

Die Entwicklungen auf dem Gebiet der Krebstherapie sind dermassen rasant, dass nur die interprofessionelle Zusammenarbeit unter Nutzung digitaler Hilfsmittel es ermöglicht, die bestmögliche Behandlung von Krebs und die optimale Betreuung von Krebspatienten und ihren Angehörigen sicherzustellen.

Nur die Bündelung gewisser Kompetenzen ermöglicht es, einerseits eine Behandlung gemäss neustem Wissensstand zu bieten und anderseits laufend aus den Erfahrungen zu lernen. Die Digitalisierung wird eine individuelle Betreuung ermöglichen, weil andere Akteure – von der Arztpraxis über Gesundheitsligen hin zu Rehabilitationskliniken – eingebunden werden können und ihre spezifische Kompetenz beisteuern können.

Tumorzentren leisten einen sehr wichtigen Beitrag zur Bekämpfung von Krebs und können diesen Beitrag steigern, indem sie sich mit anderen Akteuren vernetzen.

Dr. Philippe Groux, MPH

Managing Director
kundengerecht.ch GmbH
Alpenstrasse 22, 4950 Huttwil
philippe.groux@kundengerecht.ch

+ **Interessenskonflikt:** Der Autor hat keine Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur:

- Barrington D. et al. (2016); Distance from a Comprehensive Cancer Center: a proxy for poor cervical cancer outcomes. *Gynecologic Oncology*, 143, 617-621
- Donabedian D. (1980); *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment, Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Band 1*, Health Administration Press, ISBN 0-914904-48-5
- Deming W.E. (1982); *Out of the Crisis*; Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, ISBN 0-911379-01-0, S. 88
- Groux et al. (2014); Are Cancer Patients Willing to Travel More or Further Away for a Slightly More Efficient Therapy? *Cancer and Clinical Oncology*; Vol. 3, No. 1; 36-42
- Omega T. et al. (2010), Influence of place of residence in access to specialized cancer care for African Americans. *The Journal of Rural Health* 26, 12–19
- Think Tank der Nationalen Strategie gegen Krebs (2017), «Immunonkologie – Chancen und Herausforderungen für die Versorgungsqualität», verfügbar unter <http://www.nsk-krebsstrategie.ch/downloads/>