

Innovative Partnership for Action Against Cancer (iPAAC) – die neue durch die Europäische Kommission geförderte Joint Action gegen Krebs

Christoph Kowalski, Ellen Griesshammer, Simone Wesselmann

Nach den beiden Joint Actions EPAAC (2009–2012) und CanCon (2014–2017) fördert die Europäische Kommission mit der Innovative Partnership for Action Against Cancer (iPAAC) zum dritten Mal eine „Joint Action“ (JA), die die Mitgliedsstaaten (MS) der Europäischen Union und weitere Partner zusammenbringt, um gemeinsam Strategien für den Kampf gegen den Krebs zu entwickeln. In sechs inhaltlichen und vier Querschnittsarbeitspaketen arbeiten Partner aus 24 Ländern zusammen. Wir stellen die JA und insbesondere das von BMG und DKG verantwortete Arbeitspaket 10 vor.

Die aktuelle Joint Action iPAAC und ihre Vorgänger

Die vorherigen Joint Actions EPAAC („European Partnership for Action Against Cancer“) und CanCon („Cancer Control Joint Action“, wir berichteten in ONKOLOGIE heute 6/2017) hatten politische Krebsbekämpfungsstrategien, die zum Teil ihren Niederschlag in den Nationalen Krebsplänen fanden, und die konkrete Ausgestaltung von Strategien zur Verbesserung der Versorgung von Betroffenen zum Ziel. In iPAAC stehen dagegen die Aufnahme und Entwicklung von Innovationen für die Felder Krebsprävention, Genomik in der Krebsbekämpfung, Krebsdokumentation und -registrierung, Verbesserung der Krebsversorgung, Krebstherapien und Integration der Krebsbekämpfung im Vordergrund.

Hierzu soll auf den Ergebnissen der beiden vorangegangenen JA aufgebaut werden. Die Ergebnisse sollen in Form einer von den Partnern gemeinsam entwickelten Roadmap aufgearbeitet werden, die von den Mitgliedsstaaten zur Versorgungsentwicklung genutzt werden soll. Dass in vielen Mitgliedsstaaten Versorgungsdefizite und entsprechende Verbesserungsbedarfe bestehen, zeigt sich u. a. in den großen Unterschieden bei der Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten

in den Mitgliedsstaaten. Diese Unterschiede betreffen nicht bloß verschiedenartige Strukturen und Prozesse, die historisch gewachsen und somit „natürlich“ und in ähnlicher Weise in anderen Bereichen auch zu finden sind (Schulsysteme, Steuergesetzgebung, Regelungen des Straßenverkehrs u. v. m), sondern sind zum Teil mit eklatanten Unterschieden in der *Qualität* verbunden. Dies betrifft zum Beispiel den Zugang zu zeitgemäßen Therapien [1] und schlägt sich letztlich in erheblichen Überlebensunterschieden wieder [2].

Arbeitspaket 10: Integration und Netzwerke – europäische Zentrenbildung

Die Koordination der JA liegt wie schon bei den beiden vorherigen JA beim Slowenischen Nationalen Institut für Public Health (NIJZ). Die JA ist in zehn Arbeitspakete aufgeteilt. Arbeitspaket 10 ist mit „Governance of Integrated and Comprehensive Cancer Care“ überschrieben und lotet die Möglichkeiten der Entwicklung von Strukturen zur besseren multidisziplinären, qualitätsgesicherten und flächendeckenden Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten aus. Es wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) geleitet.

Im Zentrum des Arbeitspakets stehen Überlegungen zur Vernetzung der Behandlungspartner, die auf dem Konzept der „Comprehensive Cancer Care Networks“ (CCCN) aufbauen, das in CanCon – bereits unter Beteiligung von BMG und DKG – entwickelt wurde. Dabei sollen praktische Instrumente zur Verfügung gestellt werden, um den Aufbau solcher multidisziplinärer Netzwerke – ähnlich den zertifizierten Zentren in Deutschland – zu erleichtern. In enger Absprache mit den beteiligten Partnern der TU Dresden, des NIJZ und des Italienischen Nationalen Public Health Instituts (ISS) und vielen weiteren beratenden Organisationen sollen dabei Empfehlungen für Behandlungspfade, Qualitätsindikatoren und Patient-Reported Outcomes integriert werden.

Behandlungspfade

Unter der Federführung von Kollegen der Professur für Wirtschaftsinformatik, insb. Systementwicklung der TU Dresden werden generische Pfade entwickelt, die entitätsspezifisch adaptiert werden können, aktuelles medizinisches Wissen in die Routine bringen und Möglichkeiten zur Abbildung von Qualität unter Vermeidung von zusätzlichem Dokumentationsaufwand eröffnen. Bei den Pfaden berücksichtigt werden Qualitätsindikatoren.

Qualitätsindikatoren (QI)

QI sind in vielen Bereichen der onkologischen Versorgung bereits etabliert, beispielsweise in zertifizierten Zentren, in denen aus den S3-Leitlinien abgeleitete QI abgebildet werden (wir berichteten in ONKOLOGIE heute 4/2017). Die Systematik zur QI-Entwicklung ist allerdings andernorts zumeist nicht klar geregelt oder beschrieben. Unter der Federführung des ISS wird daher ein Überblick über existierende Modelle der QI-Entwicklung erstellt und eine Empfehlung für eine Methodik von QI-Entwicklung und -Implementierung in CCCN gemacht, die nicht nur auf klinische Indikatoren anwendbar sind, sondern auch auf Patient-Reported Outcomes.

Patient-Reported Outcomes

Patient-Reported Outcomes sind bislang noch nicht in der Versorgungsroutine implementiert, wobei wegweisende Studien der letzten Jahre vielfältige Vorteile der strukturierten Lebensqualitätserfassung und des Symptommonitorings zeigen konnten (z. B. 3). Das Zentrum für

Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) der TU Dresden fertigt daher gemeinsam mit der DKG eine systematische Recherche zu in die Routineversorgung implementierten Programmen zur Erfassung von Patient-Reported Outcomes an und leitet Empfehlungen für deren Implementierung in CCCN ab.

Wie geht es weiter?

Bereits 2019 sollen die Empfehlungen in zwei iPAAC-Pilotzentren implementiert werden: In der Charité in Berlin und im Niederschlesischen Onkologischen Zentrum in Wrocław. Aus den Ergebnissen der Evaluation werden Empfehlungen entwickelt, die in den Krebsplänen des Mitgliedsstaats aufgegriffen werden sollen, um die Struktur der onkologischen Versorgung politisch führen und gestalten zu können. So wird bereits während der Projektlaufzeit sichergestellt, dass die Ergebnisse der JA nicht nur in der Schublade verschwinden, sondern angewendet werden. Damit wird das wichtigste Ziel von Joint Actions erreicht: nachhaltige Implementierung zu ermöglichen.

Weitere Information zu iPAAC finden Sie unter <https://www.ipaac.eu>

Literatur:

1. Periro Perez R, Molina Barcelo A, De Lorenzo F, et al. Policy Paper on Tackling Social Inequalities in Cancer Prevention and Control for the European Population 2017
2. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO-CARE-5-a population-based study. *Lancet Oncol* 2014; 15(1): 23-34
3. Denis F, Lethrosne C, Pourel N, et al. Randomized Trial Comparing a Web-Mediated Follow-up With Routine Surveillance in Lung Cancer Patients. *J Natl Cancer Inst* 2017; 109(9)

Korrespondenzadresse:

Ellen Griesshammer
Deutsche Krebsgesellschaft
griesshammer@krebsgesellschaft.de

Ellen
Griesshammer

