

Trends in der onkologischen Versorgung

In der Krebsbehandlung stehen heute zahlreiche neue Therapieverfahren zur Verfügung. Professor Dr. Axel Heyll ist Leiter des Kompetenz-Centrums Onkologie der Medizinischen Dienste. Er und sein Team begutachten im Auftrag der Krankenkassen, ob der Einsatz von neuen Therapien, auch von noch nicht zugelassenen Krebsmedikamenten, für einzelne Patientinnen und Patienten sinnvoll ist. ▶

Herr Professor Heyll, bei der Krebsbehandlung werden in den letzten Jahren zahlreiche neue Therapieansätze verfolgt, die Zahl der zugelassenen Krebsmedikamente steigt. Welche sind aus Ihrer Sicht vielversprechende Trends?

Ein Ansatz, der immer weiter an Bedeutung gewinnt, sind die Immuntherapien. Kurz gesagt aktivieren sie das körpereigene Immunsystem gegen die Krebszellen, indem sie Ausweichmechanismen der Krebszellen ausschalten oder sich direkt gegen Oberflächenstrukturen der Krebszelle richten. Beim malignen Melanom oder bei einigen Lungenkrebsarten zum Beispiel sind beeindruckende Erfolge zu sehen. Doch die Immuntherapien wirken nicht bei allen Krebsarten und auch nicht bei allen Patienten gleich gut. Hier sind viele Fragen offen, die durch klinische Studien geklärt werden müssen. Ein zweiter Trend, den wir beobachten, sind zielgerichtete Medikamente, die Stoffwechselwege blockieren, die für das Wachstum der Tumorzellen wichtig sind.

Warum sind Krebsmedikamente zunehmend für kleinere Patientengruppen bestimmt?

Früher dachten wir, es gäbe den einen Lungenkrebs, und zur Therapie wurde eine Chemotherapie entwickelt. Inzwischen wissen wir aber, dass Krebsarten wie Lungen- oder Brustkrebs in viele Unterarten zerfallen, die dementsprechend auch immer individueller behandelt werden können. Die Therapiemöglichkeiten werden vielfältiger und anspruchsvoller. Eine Konzentration der Versorgung auf spezialisierte Einrichtungen wie onkologische Fachabteilungen oder Schwerpunktpraxen und deren Vernetzung mit Hochschulkliniken, die über die notwendigen Untersuchungsmethoden zur genauen Charakterisierung der Tumorzellen verfügen, ist heute entscheidend für eine gute onkologische Versorgung.

Seit über zwei Jahren bestimmt das Coronavirus die Schlagzeilen, wie steht es aus Ihrer Sicht um die onkologische Versorgung? Steht sie im Schatten von Corona?

Die Situation für onkologische Patientinnen und Patienten ist während der Pandemie tatsächlich nicht einfach. Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen sind häufig immunsupprimiert. Ihr Immunsystem spricht gar nicht oder nicht ausreichend auf die Impfung an.

Infizieren sich diese Patienten mit Covid, haben sie eine ungünstigere Prognose als Gesunde und ein höheres Risiko, an einer Covid-Infektion zu versterben. Gerade onkologische Patienten würden von einer höheren Impfquote profitieren. Ihr Infektionsrisiko wäre dann viel geringer, da das Virus sich bei Geimpften nicht so leicht vermehren kann.

Was bedeutet das für die Versorgung?

Es wird versucht, das Infektionsrisiko so gering wie möglich zu halten. Um Patientinnen und Patienten häufige Besuche in Praxen oder Kliniken und damit Infektionsrisiken zu ersparen, werden beispielsweise Behandlungsintervalle geändert. Oder man wechselt auf orale Medikamente, um Infusionen generell zu vermeiden. Oder die Zahl von Bestrahlungsterminen wird verringert: Statt häufigere Bestrahlungen mit geringer Intensität gibt es weniger Termine mit einer gesteigerten Bestrahlungsintensität. Über jede Protokolländerung muss nach individueller Risikoabwägung entschieden werden.



Für das KCO gab es im letzten Jahr eine neue Aufgabe: Sie haben im Rahmen der Krankenhausprüfungen in den Nordrheinischen Kliniken erstmals die Qualitätsvorgaben für die CAR-T-Zelltherapie überprüft. Wie waren Ihre Erfahrungen?

Die CAR-T-Zelltherapie ist eine hochaufwendige Therapie, die nur in spezialisierten hämato-onkologischen Zentren mit ausreichender Personalausstattung durchgeführt werden sollte. In Nordrhein sind das aktuell nur die fünf Hochschulkliniken. Nur dort gibt es ausreichend Pflegepersonal und ärztliche Expertinnen und Experten zahlreicher Fachdisziplinen, die über die notwendige Erfahrung verfügen. Die Strukturprüfungen fanden in kollegialer Atmosphäre statt. Es gab es in der Regel keine Probleme.

Worum geht es beim dem CAR-T-Zellverfahren?

Bei der CAR-T-Zelltherapie geht es um die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit bestimmten Formen von Blut- und Lymphdrüsenkrebs. Bei der Therapie werden körpereigene Immunzellen aus dem Blut entnommen. Sie werden in einem Labor gentechnologisch aufbereitet und anschließend per Infusion zurückgegeben. Diese modifizierten Blutzellen ermöglichen es dem Immunsystem, die Krebszellen gezielt anzugreifen. Die Therapie sieht auf den ersten Blick simpel aus, ist aber in Wirklichkeit höchst aufwendig und nur etwas für Spezialisten. Dementsprechend hoch sind die Vorgaben.

Was ist die Schwierigkeit bei der Therapie?

Die Behandlung ist häufig mit schweren akuten Komplikationen verbunden. Gefürchtet ist vor allem der sogenannte Zytokinsturm. Dabei werden im Körper Botenstoffe freigesetzt, die zu einer extrem gesteigerten Abwehrreaktion führen. Die Situation ist

lebensbedrohlich. Sie kann zum Schock und zum Organversagen führen. Das Risiko für einen lebensgefährlichen Zwischenfall ist individuell verschieden und liegt bei etwa 10 bis 30%. Deshalb müssen in jedem Einzelfall Erfolgsaussichten und Risiken sorgfältig gegeneinander abgewogen werden.

Wie lassen sich solche Komplikationen vermeiden?

Um sie zu vermeiden oder frühzeitig erkennen und behandeln zu können, ist vor allem klinische Erfahrung und eine große Zahl an Fachärztinnen und -ärzten nötig, die rund um die Uhr auch kurzfristig verfügbar sein müssen. Dementsprechend prüfen wir die Infrastruktur der Krankenhäuser, die vorhandenen pflegerischen und fachärztlichen Qualifikationen sowie die Erfahrungen mit diesen neuartigen Zelltherapien. Studien zeigen inzwischen, dass mit steigender Erfahrung der Krankenhausteams die entsprechend behandelten Patientinnen und Patienten seltener auf die Intensivstationen verlegt werden mussten. Mit anderen Worten: Die Erfahrung der Behandlungsteams verhindert lebensbedrohliche Komplikationen, entlastet Intensivstationen und erspart der gesetzlichen Krankenversicherung zusätzliche Kosten bei dieser auch so schon nicht preiswerten Behandlung. Eine Infusion von CAR-T-Zellen kostet immerhin etwa 300 000 Euro.

Das ist viel Geld. Stichwort: Wirtschaftlichkeit. Beim CAR-T-Zellverfahren begutachten Sie zum Beispiel auch die einzelnen Anträge, in denen die Therapie zum Einsatz kommen soll. Spielt die Frage nach den Finanzen grundsätzlich eine Rolle bei Ihrer gutachterlichen Arbeit?

Entscheidend ist die medizinische Notwendigkeit. Die Frage nach der Wirtschaftlichkeit kommt erst

dann ins Spiel, wenn medizinisch gleichwertige Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen. Zeigen Daten klinischer Studien, dass die CAR-T-Therapie im Einzelfall die bestmögliche Therapie ist, bewerten wir die Therapie als medizinisch notwendig – ohne Blick auf die Kosten. Bestehen Unsicherheiten in der Bewertung oder ist die Datenlage unzureichend, verweisen wir auf andere Behandlungen oder die Teilnahme an klinischen Studien. ◻

Professor Dr. Axel Heyll ist Leiter des Kompetenz-Centrums Onkologie (KCO) der Medizinischen Dienste. Er ist Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie und war leitender Oberarzt am Universitätsklinikum Düsseldorf. Das KCO ist beim Medizinischen Dienst Nordrhein angesiedelt und berät Kassen und den GKV-Spitzenverband in Fragen zu onkologischen Therapien. Infos unter www.kkonkologie.de

Die Fragen stellte Dr. Barbara Marnach, Bereichsleiterin Kommunikation und Pressesprecherin beim Medizinischen Dienst Nordrhein.

