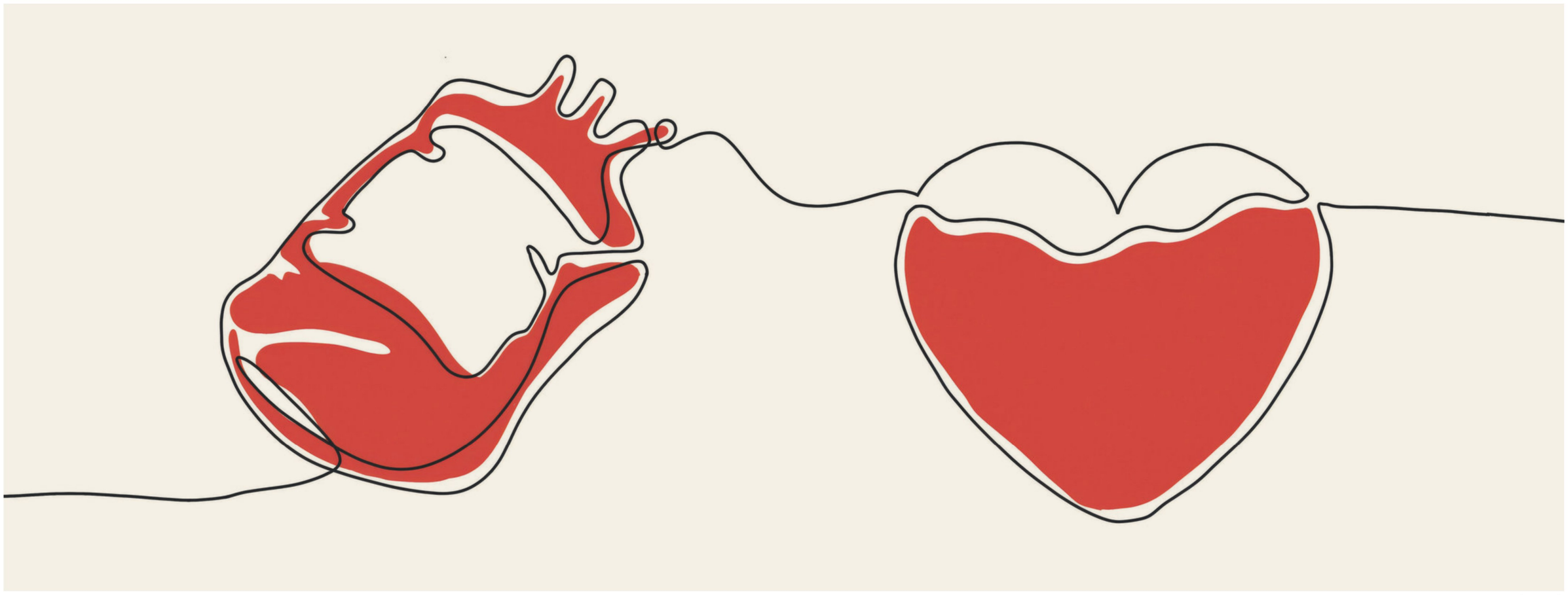


Foto: AgFang | iStock

DAMIT INNOVATION WIRKUNG ENTFALTET

CAR-T-Zelltherapien haben die Behandlung bestimmter Blutkrebsarten verbessert. Trotzdem erreichen sie nicht alle Menschen, die dafür infrage kämen. Das Problem sind nicht nur Medizin und Kosten – sondern auch die Wege durch das Gesundheitssystem.

VON CHRISTIAN HEINRICH

Wie wäre es, todkrank zu sein und von einer Therapie zu erfahren, die helfen könnte – aber sie nie angeboten zu bekommen? Genau das erleben hierzulande immer wieder Patientinnen und Patienten mit bestimmten Formen von Blutkrebs. Etwa beim diffus großzelligen B-Zell-Lymphom, der häufigsten Form eines aggressiven B-Zell-Lymphoms: Die sogenannte Erstlinientherapie erhalten die Betroffenen in aller Regel. Doch wenn die Erkrankung darauf nicht anspricht oder rasch zurückkehrt, kommt als Zweitlinientherapie inzwischen die sogenannte CAR-T-Zelltherapie infrage – und genau die erreicht längst nicht alle geeigneten Patientinnen und Patienten.

Wie groß die Versorgungslücke ist, lässt sich nur schätzen. „Wir haben in Deutschland rund 6 700 Patienten mit einem aggressiven B-Zell-Lymphom, etwa 1 800 von ihnen benötigen eine Zweitlinientherapie“, sagt Professorin Marion Subklewe, Leiterin des Zentrums für Zell- und Gentherapie (MCCG) am LMU Klinikum in München. „Nicht alle davon kommen für die CAR-T-Zelltherapie infrage – aber von den grundsätzlich geeigneten Patientinnen und Patienten erhält schätzungsweise mehr als die Hälfte die Therapie nicht.“ Das ist auch deshalb so problematisch, weil die CAR-T-Zelltherapie für viele dieser Betroffenen einen entscheidenden Unterschied machen kann.

So hat das Prinzip in den vergangenen Jahren mit teils außergewöhnlichen Behandlungserfolgen für Aufsehen gesorgt: Den Erkrankten werden körpereigene T-Zellen entnommen – das sind Zellen des menschlichen Abwehrsystems – und im Labor gentechnisch so verändert, dass sie Krebszellen anhand eines bestimmten Merkmals erkennen können. Anschließend werden die veränderten Abwehrzellen vermehrt und dem Patienten per Infusion wieder verabreicht. Die Zellen können die Tumorzellen nun gezielt aufspüren und zerstören. Das Immunsystem ist dann in der Lage, den Tumor selbst zu bekämpfen. Bei manchen Patienten mit ansonsten sehr schlechter Prognose gelingt damit etwas, das vor wenigen Jahren kaum vorstellbar war: Der Krebs verschwindet vollständig – und kehrt auch Jahre später nicht zurück. Langzeitdaten sprechen dafür, dass ein Teil dieser Menschen tatsächlich geheilt ist.

Bessere Vernetzung zwischen Praxen und Zentren

Warum aber kommt eine so wirksame Therapie bei vielen geeigneten Patienten nicht an? „An zu wenigen spezialisierten Zentren liegt es jedenfalls nicht, da haben wir hierzulande genügend“, sagt Subklewe. Ein entscheidender Engpass sei vielmehr die Zuweisung: Das System lotst viele geeignete Erkrankte erst gar nicht in die Zentren.

> „Wir haben in Deutschland rund 6 700 Patienten mit einem aggressiven B-Zell-Lymphom, etwa 1 800 von ihnen benötigen eine Zweitlinientherapie.“

Einer der Gründe: Ob eine CAR-T-Zelltherapie infrage kommt, besprechen Tumorboards in spezialisierten Zentren. In diesen Konferenzen bewerten Fachleute verschiedener Disziplinen gemeinsam Befunde und Therapieoptionen. Doch nicht alle Betroffenen werden dort vorgestellt. Für Patienten, die etwa in einer niedergelassenen Praxis behandelt werden, ist eine Vorstellung in einem solchen Board mit CAR-T-Erfahrung in Deutschland nicht generell verpflichtend. Genau darin sieht Subklewe ein Qualitätsproblem.

„Dass in Deutschland viele Krebspatienten von niedergelassenen Onkologinnen und Onkologen betreut werden, ist grundsätzlich eine Stärke des Systems. Die Versorgung ist wohnortnah und breit verfügbar“, betont Subklewe. Bei einer hochspezialisierten Therapie wie CAR-T kommt es jedoch auf gut funktionierende Schnittstellen zwischen Praxen, Versorgungskliniken und spezialisierten Zentren an. Die Erfahrung mit der komplexen Behandlung ist dort gebündelt. Subklewe zufolge ist es entscheidend, potenziell geeignete Patientinnen und Patienten frühzeitig zu identifizieren und ihnen den Weg zur Vorstellung im spezialisierten Zentrum zu bahnen. Sie versucht deshalb, die Verbindung zwischen Praxen und Zentrum zu intensivieren. An ihrer Klinik gibt es inzwischen eine eigene CAR-T-Sprechstunde für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen. Bislang werde sie allerdings nur wenig genutzt. „Wir brauchen mehr Vernetzung – auch für die Patienten“, sagt Subklewe.

Zu späte Überweisungen oder zu lange Wartezeiten

Dass die Hürden auf dem Weg zur CAR-T-Zelltherapie für die Betroffenen hoch sind, zeigt eine große Befragung der Lymphoma Coalition, eines internationalen Netzwerks von Patientenorganisationen mit Sitz in Kanada. Die weltweite Erhebung hat 2024 mehr als 11 000 Patienten aus 79 Ländern befragt, die eine CAR-T-Zelltherapie erhalten hatten. Fast die Hälfte von ihnen berichtet von mindestens einer Barriere, die ihnen den Zugang zur Therapie erschwert hat. „Besonders häufig wurden die fehlende frühzeitige Überweisung an spezialisierte Zentren, die Wartezeiten sowie die An- und Abreise zu den Zentren genannt“, sagt Natacha Bolaños von der Lymphoma Coalition. Dabei erfassen diese Zahlen nur diejenigen, die die Therapie tatsächlich erhalten haben. Über jene, die gar nicht erst bis dorthin gelangen, sagen sie nichts aus. Daten einer weiteren Befragung der Organisation deuten in eine ähnliche Richtung. Zugleich sieht Bolaños Fortschritte: Immer mehr Zentren bieten CAR-T an, manche Behandlungsschritte lassen sich inzwischen wohnortnäher oder teilweise sogar ambulant organisieren. „Die Situation verbessert sich“, sagt sie. „Aber es bleibt noch viel zu tun.“ Und zwar nicht nur beim Zugang zur Therapie.

> „Wer für eine hochspezialisierte Therapie wie CAR-T infrage kommen könnte, sollte verbindlich in einem entsprechenden Tumorboard vorgestellt werden.“

Auch die Nebenwirkungen müssen Bolaños zufolge besser dokumentiert werden. „Und wir brauchen eine bessere Nachsorge“, sagt Bolaños. Sie fordert, über Laborwerte oder medizinische Diagnosen hinauszugehen und zu fragen, was sie für das Leben der Betroffenen bedeuten. Nebenwirkungen könnten eine spürbare Belastung sein, insbesondere eine ausgeprägte Fatigue, die mit normaler Müdigkeit wenig zu tun hat: Schlaf hilft kaum, selbst alltägliche Tätigkeiten können schwerfallen. Hinzu kommen bei manchen Patienten Taubheitsgefühle und Kribbeln in Händen oder Füßen sowie eine erhöhte Infektanfälligkeit. Gerade in Kombination können solche Beschwerden die Selbstständigkeit erheblich einschränken. Dabei ließen sich einige Beschwerden durchaus lindern, etwa mit Rehabilitationsangeboten bei Muskelschwäche, psychologischer Unterstützung oder Maßnahmen gegen Fatigue. Bislang aber erhält laut Bolaños fast die Hälfte der Betroffenen keine entsprechende Unterstützung durch das Behandlungsteam. „Es fehlt nicht am guten Willen“, betont sie. Im klinischen Alltag stehe verständlicherweise zunächst die Krebserkrankung im Mittelpunkt – die Folgen der Behandlung für den Alltag gerieten dabei mitunter aus dem Blick.

Kliniken brauchen Planungssicherheit

Neben solchen medizinischen und organisatorischen Hürden gibt es auch Probleme im System selbst. Thomas Hammerschmidt, Professor für Pharmamanagement an der Technischen Hochschule Rosenheim, nennt vor allem drei Punkte. Der erste ist Bürokratie. Wird eine neue Zelltherapie zugelassen, kann ein Krankenhaus sie nicht automatisch zu den tatsächlich entstehenden Kosten abrechnen. „Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, kurz NUB, müssen Kliniken eigene Verfahren durchlaufen und mit den Krankenkassen Entgelte vereinbaren. Das braucht Zeit und macht den Zugang gerade bei neuen Therapien unnötig schwerfällig“, sagt Hammerschmidt. Hinzu kommt fehlende Planungssicherheit. „Die Preise solcher Therapien können sich durch die gesetzlich vorgesehenen Preisverhandlungen verändern, während die Vergütung im Krankenhaus oft für längere Zeit festgelegt ist.“ Für Kliniken sei damit nicht immer klar, ob und in welcher Höhe ihre tatsächlichen Kosten gedeckt werden.

Und schließlich geht es laut Hammerschmidt schlicht um die Liquidität der Kliniken: Eine CAR-T-Zelltherapie verursacht Kosten in der Größenordnung von mehreren hunderttausend Euro. „Kliniken müssen solche Summen zunächst vorfinanzieren, während die Erstattung erst später erfolgt. Gerade Häuser mit ohnehin knappen finanziellen Spielräumen kann das zusätzlich belasten.“ Hammerschmidt plädiert deshalb dafür, die bestehenden Erstattungswege einfacher und verlässlicher zu machen. Instrumente wie NUB-Entgelte und Zusatzentgelte müssten so weiterentwickelt werden, dass Kliniken die Kosten zeitnah erstattet bekommen und nicht über Monate große Summen vorfinanzieren müssen. „Helfen könnten zudem bundesweit einheitliche Antragsverfahren und klarere Kriterien – damit nicht jedes Krankenhaus dieselben Hürden immer wieder neu überwinden muss.“ Auch Subklewe will die Strukturen verändern – aus ärztlicher Perspektive. Sie gehört zu den Onkologinnen und Onkologen hinter der Initiative „Ambition 2030“, die Versorgungslücken in der Hämato-Onkologie systematisch angehen wollen – von der Identifikation geeigneter Patienten bis zur Überweisung und Nachsorge. Eine ihrer zentralen Forderungen: „Wer für eine hochspezialisierte Therapie wie CAR-T infrage kommen könnte, sollte verbindlich in einem entsprechenden Tumorboard vorgestellt werden. Dass dies in Deutschland bislang nicht generell vorgeschrieben ist, das ist leider ein deutliches Qualitätsdefizit“, so Subklewe.

Trotz dieser Versorgungslücken blickt Subklewe optimistisch nach vorn. Seit CAR-T bei aggressiven Lymphomen in die Zweitlinie gerückt ist, habe sich auch die Zuweisungskultur deutlich verbessert. „Da hat sich wahnsinnig was entwickelt“, sagt sie. „Es ist positiv, aber es geht wie immer noch besser.“ An spezialisierten Zentren mangele es nicht. Was noch fehlt, sind bessere Zuweisungswege und verbindliche Strukturen – damit eine Therapie, die längst verfügbar ist, auch diejenigen erreicht, denen sie helfen kann.