



THERAPIE ZUM TOD

Teure Medikamente verlängern
das Leben von Krebspatienten.
Eine notwendige Geldverschwendung?

SP Steiermark
Skandalöse Finanztricks
des Landeshauptmanns

Islam
Dubioser Kampf
gegen die Burka

Sven Gächter
„Schwarz-Blau feiert
sich ungeniert“

A close-up photograph of a person's mouth, showing their teeth and tongue. A white, round pill is resting on the tip of the tongue. The background is a soft, out-of-focus light color.

Schluss bilanz

Medizin. Mit gigantischem therapeutischem und finanziellem Aufwand versuchen Ärzte, das Leben von Krebspatienten zu verlängern – mit oft marginalem Nutzen. Nun entbrennt eine heikle Debatte über die milliardenschweren Blockbuster der Pharmaindustrie: Wie erstrebenswert ist es für unheilbar kranke Menschen, den Tod ein paar Monate hinauszuzögern?

Von Bert Ehgartner

D

er Befund war knapp und präzise: „Die Überprüfung hat ergeben, dass keinerlei Anhaltspunkte für einen medizinischen Behandlungsfehler vorliegen“, heißt es im Schreiben des Niederösterreichischen Patientenanwalts Gerald Bachinger, das am 21. Dezember 2009 an den Primar des betroffenen Krankenhauses ging. Davon abgesehen sei bei der Behandlung des im Alter von 65 Jahren verstorbenen Krebspatienten Rudolf N. aber fast alles schiefgegangen. „Ihm wurde eine, wie sich herausstellte, fachlich völlig unrealistische Hoffnung auf eine Therapie gemacht“, konstatiert Bachin-

ger. „Damit hat man ihm die letzten Monate seines Lebens genommen.“

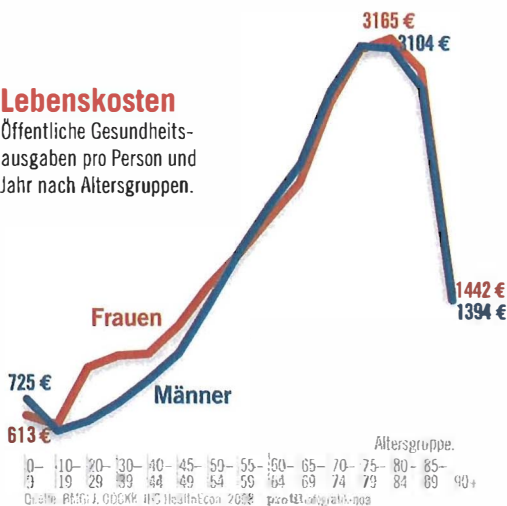
Rudolf N. erkrankte, kurz nachdem er in Pension gegangen war, an einem Nierenzellkarzinom. Nach der Entfernung des befallenen Organs und der ersten Therapierunde fühlte er sich hervorragend, erinnert sich seine Tochter Liese S. „Sogar als sich herausstellte, dass der Krebs nicht geheilt war, vermittelten ihm die Ärzte die Hoffnung, dass alles halb so wild wäre.“ Ihr Vater, sagt sie, war immer ein reiselustiger Mann, und er sprach oft davon, dass er in der Pension unbedingt eine Weltreise machen wollte. Gleichzeitig hatte er aber auch geplant, die Fassade seines Hauses neu zu verputzen und das Dach zu sanieren. „Ermutigt von den Ärzten, hat er die letzten guten Monate, die ihm noch blieben, mit dieser unnützen Arbeit verschwendet“, ärgert sich Liese S. „Und so hat er sich gar nichts mehr gegönnt.“

Kurz nachdem sein Haus frisch renoviert war, wurden die von den Metastasen ausgelösten Symptome heftiger. Die Ärzte empfahlen Rudolf N. eine neue Chemotherapie sowie Sorafenib – einen neuartigen Wirkstoff, der pro Monatsdosis mehr als 5700 Euro kostet. „Genützt hat es nichts“, berichtet seine Tochter. „Er sah nichts mehr und hatte irre Kopfschmerzen. Die letzten vier Monate waren furchtbar.“

Die Tendenz, Patienten bis kurz vor dem Tod mit massivem Therapieaufwand und enormen Kosten zu behandeln, verstärkt sich, ausgehend von den USA, auch in Europa zusehends. Oft übersteigen die Kosten der Therapie in den letzten Lebensmonaten sämtliche im ganzen Leben davor konsumierten medizinischen Leistungen – speziell in der Krebstherapie. Hauptgrund ist das von der pharmazeutischen Industrie bereitgestellte, immer breitere Arsenal an Wirkstoffen. „Früher hatten wir etwa bei Dickdarmkrebs nach dem ersten Chemotherapie-Durchgang oft nichts mehr“, sagt der Grazer Onkologe Hellmut Samonigg. „Jetzt wissen wir, dass man auch noch eine Dritt- und Viertlinientherapie anwenden

Lebenskosten

Öffentliche Gesundheitsausgaben pro Person und Jahr nach Altersgruppen.

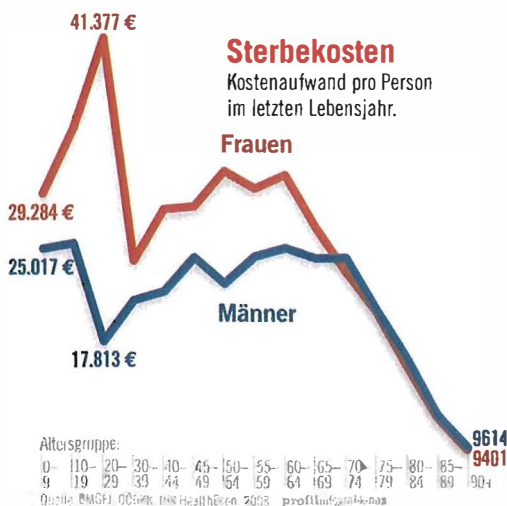


Abgesehen von einem kleinen Ausreißer der Buben kurz nach der Geburt liegen bis zum Alter von etwa 40 Jahren die Gesundheitsausgaben für Frauen im Schnitt deutlich über jenen von Männern. Dann gleichen sich die Kurven an und erreichen in der Altersgruppe von 75 bis 85 Jahren ihren Höhepunkt. Bei den Uralten sinken die Behandlungskosten wieder radikal ab. Markant ist der Unterschied bei den Kosten pro Todesfall. Je jünger die Frauen, desto intensiver ist die Therapie, speziell in der Altersgruppe zwischen 20 und 29 Jahren. Bei jungen Männern kommt es in dieser Altersphase zur genau gegenteiligen Entwicklung: Wenn sie sterben, sterben sie meist rasch – entweder durch Selbstmord oder Unfälle, bei denen keine Therapien mehr möglich sind.

Unerwartet gute Nachrichten liefert die Auswertung für das häufig befürchtete Horrorszenario einer alternden Gesellschaft, die das Gesundheitsbudget endgültig zu sprengen droht. „Hier ergibt sich in Wahrheit ein Einsparungspotenzial, weil die Sterbekosten pro Person ab dem 70. Lebensjahr stark abfallen“, erklärt Gerald Röhling vom Institut für Höhere Studien. Im Schnitt über alle Altersstufen und Geschlechter verursacht ein Patient im Sterbejahr die 15-fachen Kosten im Vergleich zu jenen, die weiterleben.

Sterbekosten

Kostenaufwand pro Person im letzten Lebensjahr.





BHS LINZ

kann.“ Und das lasse sich mittlerweile auf fast alle Tumoren übertragen. „Damit steigt natürlich auch die Versuchung für Ärzte, das in einer späten Krankheitsphase einzusetzen.“

Zahlenspiele. Die Effekte sind meist bescheiden, die Kosten hingegen enorm. In dem im kommenden März im Verlag Orac erscheinenden Buch „Zahlenspiele der Medizin“, herausgegeben von den Wiener Gesundheitsexpertinnen Claudia Wild und Brigitte Piso, findet sich eine Übersicht zum Verhältnis von Kosten und Nutzen für einige der gebräuchlichsten neuen Bestseller am Zytostatika-Markt (siehe Kasten Seite 77). Behandlungskosten im Gegenwert einer Luxuslimousine stehen dabei allerdings vergleichsweise bescheidenen Gewinnen an Lebenszeit gegenüber.

Und mitunter sind nicht einmal solche dokumentierbar. Den Vogel schoss hierbei ein im Dezember in den USA präsentiertes neues Präparat namens Fofotyn ab, das gar keinen Lebenszeitgewinn erbrachte. Es wurde dennoch von der Behörde FDA zugelassen, weil es bei zwölf Prozent der Patienten eine über drei Monate dauernde Reduktion der Tumorgroße bewirkte. Der größte

Trumpf des Medikaments ist jedoch sein Einsatzgebiet: ein seltenes Lymphom, bei dem es bislang keinen Wirkstoff gab. Und diese Monopol-situation nutzte die Herstellerfirma Allos, um mit Behandlungskosten von mehr als 30.000 US-Dollar pro Monat einen neuen Rekord aufzustellen. Ein typischer Behandlungszyklus käme auf 126.000 Dollar. In Kürze wird die Zulassung für Europa erwartet.

Für die Gesundheitspolitik ergibt sich das Dilemma, dass sie – speziell beim sensiblen Thema der Therapie von Totkranken – extrem erpressbar wird. Nichts fürchten Politiker mehr als einen Professor, der eine Pressekonferenz veranstaltet, weil seine Therapie-vorschläge nicht bezahlt werden, wie das vor einigen Jahren Christoph Zielinski vorexerzierte. Der Wiener Star-Onkologe hatte gewarnt, dass Krebspatienten die Behandlungskosten künftig selbst tragen müssen, wenn die Gesundheitspolitik nicht schleunigst vorsorge. Binnen Kurzem sicherte Bürgermeister Michael Häupl zu, dass die teuren Therapien selbstverständlich weiterhin für alle übernommen werden.

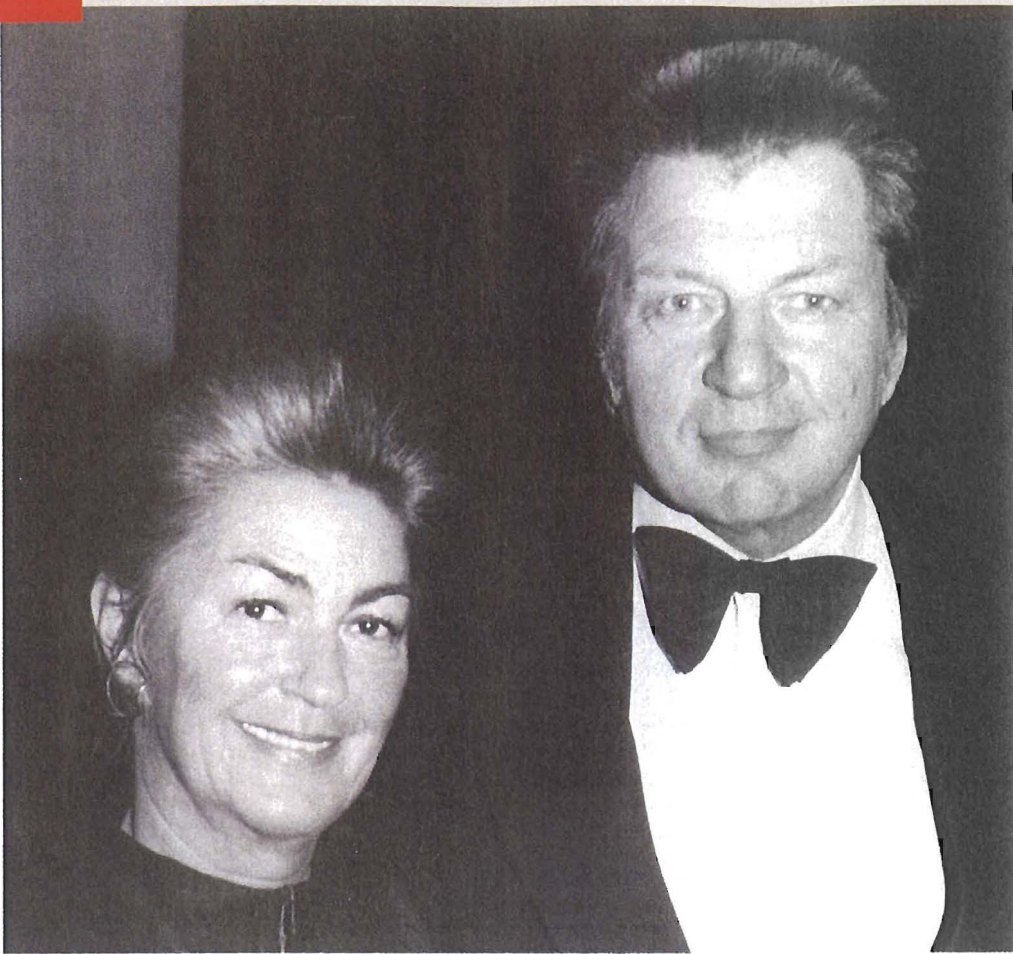
Da Krebsmedikamente meist in den Spitälern verabreicht werden, sind die ►

Gertrude Fröhlich, 70

„Chemo hätte mich zerstört“

Es begann im Frühling 2008 mit einer Gallenkolik. Ein schwerer Anfall, bei dem der Notarzt gerufen werden musste. Nach drei Tagen stand die niederschmetternde Diagnose fest: Bauchspeicheldrüsenkrebs. Die Linzerin (Foto rechts) wurde operiert, dann begann die Chemotherapie. „14 Durchgänge waren geplant.“ Die Termine wurden zum Horror. „Ich habe 23 Kilo abgenommen, sogar die Astronauten-Nahrung habe ich erbrochen. Nach zehn Durchgängen musste ich abbrechen, sonst wäre ich wohl gestorben.“ Im August 2009 kam der Tumor zurück.

Auf der Palliativstation der Barmherzigen Schwestern in Linz klärte sie deren Leiter Hans Zoidl (Foto links) über ihre Lage auf. „Palliativ – das klingt nicht so erfreulich“, sagt Fröhlich, „aber Hut ab, wie sich hier alle bemühen, wie man jederzeit einen kompetenten Ansprechpartner findet – und wie zu allen Tageszeiten Besuchszeit ist.“ Weihnachten feierte sie im Spital. „Und sogar der Hund meiner Enkelin durfte mit herein. Das hat mich sehr gefreut.“ Mittlerweile sind endlich die Schmerzen verschwunden, die sie so geplagt haben. Gertrude Fröhlich kann gehen, macht alles selbst. Am 21. Jänner konnte sie sogar nach Hause zu ihrem Mann. „Ich weiß zwar, dass ich nicht mehr so richtig gesund werde“, sagt sie, „aber ich hoffe immer, dass ich es wieder schaffe.“



Werner Schneyder, 73

„Den Ärzten die Augen öffnen“

Um den Krebstod seiner Frau Ilse zu verarbeiten, zwang sich der Autor und Kabarettist Werner Schneyder zu „vagen oder präzisen Erinnerungen“ an diese schmerzhafteste Zeit („Krebs – eine Nacherzählung“, Piper Verlag). Vor allem wollte er damit, wie er sagt, „manchen Ärzten die Augen öffnen, was diese mit ihren Therapieempfehlungen anrichten“. Das Buch wurde eine Anklage gegen Mediziner, die sich, so Schneyder, „untereinander nicht abstimmen. Die mal Hoffnung, mal Verzweiflung schüren, mit dem Sterben nicht umgehen können und das Leben todgeweihter Patienten unnötig durch eine Chemotherapie verlängern.“

Als die Bauchhöhle voller Metastasen ist und ein befreundeter Arzt dem Künstler mitteilt: „Sie hat keine Chance mehr, es ist eine Sache von vier, fünf Monaten“, überredet ein Wiener Klinik-Professor Ilse Schneyder zur Chemotherapie. Es könne ihr einmal leid tun, nicht alles versucht zu haben, sagte er.

Die Darmprobleme werden in der Folge unerträglich. Sie rinnt regelrecht aus. Einmal, an ihrem geliebten See in Kärnten, steht sie vor ihm auf der Wiese. „Vor mir hockt sie sich nieder und presst. Ihr wunder Blick sagt: Bitte sieh's nicht.“ Er schaut weg und beschreibt die Szene in seinem Buch: „Ich erzähle es, weil sonst kein Arzt erfährt, dass eine Frau sich vor ihrem Mann nackt hinhocken und in die Wiese scheißen muss. Ich will auch darüber nachdenken lassen, dass es Frauen gibt, denen das weniger ausmacht, und Frauen, die dabei seelisch sterben.“

Krankenkassen, die hier nur eine Pauschale bezahlen, wenig betroffen. Die Spitalserhalter jedoch stöhnen. „Im Bereich der Krebsmittel sind weitgehend Monopolisten unterwegs, die den Preis nach Gutdünken in die Höhe treiben“, klagt Herbert Atzlinger, Prokurist der Vinzenz-Gruppe, die österreichweit sieben Ordensspitäler betreibt.

Und auch im Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) mit seinen zwölf Spitälern schlagen sich die neuen Krebsmittel schwer aufs Budget. Seit 2006 stiegen die Kosten um 29 Prozent auf einen Rekordwert von 44,2 Millionen im Jahr 2009. Damit verbrauchen die Zytostatika bereits mehr als ein Drittel des gesamten Arzneimittelbudgets. „Bisher ist es gelungen, die Kosten der Krebstherapie über Preis- und Verbrauchssenkungen auf anderen Gebieten abzufangen“, erklärt Wolfgang Gerold, der im KAV für das Arzneimittelbudget verantwortlich ist. „Ein Qualitätsverlust für andere Patienten ist dadurch natürlich nicht entstanden“, fügt er rasch hinzu.

Die Krebsmediziner stehen vor einem Dilemma. So fällt es sogar ausgewiesenen Spezialisten schwer, sich in dem Wust an Medikamenten, die bereits am Markt sind, zurechtzufinden. Und

die Situation spitzt sich weiter zu: In den kommenden fünf Jahren wird die Zulassung von weiteren 30 bis 50 neuen Wirkstoffen erwartet. Die zugehörigen Studien seien zudem nicht unproblematisch, kritisiert Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Deutschen Arzneimittelkommission, weil sie fast ausschließlich von den Herstellern finanziert wurden. „Die Industrie ist über Design und Auswertung der Studien in der Lage, fast immer ein Ergebnis zu erzeugen, das einen Vorteil für das eigene Mittel belegt“, so Ludwig. Unabhängig finanzierte Studien seien jedoch Mangelware (siehe auch Interview Seite 75).

Ausbildungsmanko. Zudem gehört das Gespräch mit todkranken Patienten, die Aufklärung darüber, dass eine weitere Therapie keine Chance mehr bietet, zu den schwierigsten Aufgaben im Arztberuf. Weder im Studium noch in der Ausbildung im Turnus werden die angehenden Onkologen ausreichend darauf vorbereitet. Es ist deshalb für viele einfacher, die nächste Therapierunde zu verordnen, als den Mut für ein klärendes Gespräch aufzubringen.

Die Ärzte werden aber auch Opfer ihres eigenen Wunschdenkens. „Sehr oft ist es nicht mehr der Wille der Patienten, immer weiter gegen eine Tumorerkrankung anzukämpfen“, sagt Samonigg. „Aber dem stehen viele Ärzte gegenüber, die diesen Schritt ganz schwer oder gar nicht schaffen.“ Den Grund dafür vermutet Samonigg in den „Wundern des Alltags“, die doch immer wieder auftreten: wenn plötzlich eine Therapie in einer Phase noch Wirkung zeigt, in der eigentlich niemand mehr damit gerechnet hat. Und das werde dann immer wieder von den Ärzten als Anreiz gewertet, möglichst viele Patienten doch noch zu behandeln. Samonigg: „Aber das ist natürlich falsch, weil wenn sie einen sehen, bei dem die Therapie wider Erwarten doch noch gegriffen hat, behandeln sie 99, bei denen sie nur die Nebenwirkungen haben.“ Ein Mittel, jenen einen Patienten zu identifizieren, bei dem die Therapie hilft, gebe es aber leider noch nicht. ▶

„Die Kostenspirale steigt ins Unermessliche“

Der Krebsmediziner Wolf-Dieter Ludwig über die Unzahl neuer teurer Wirkstoffe in der Onkologie und deren oft zweifelhaften Nutzen für die Patienten.

profil: In den vergangenen Jahren ist bei Krebs häufig von einer „zielgerichteten“ oder „Targeted Therapy“ die Rede, die mithilfe neuartiger Chemotherapien möglich wird. Erfüllt dieser Ansatz, was er verspricht?

Ludwig: Das wird derzeit noch mehr als Marketing-Begriff eingesetzt denn als wissenschaftlich fundierte neue Therapierichtung. Unbestreitbar ist, dass durch die Fortschritte in der Grundlagenforschung Zielstrukturen und Signalwege in Tumorzellen erkannt wurden, die für das bösartige Wachstum relevant sind. Das ist ein Riesenschritt. Aber daraus zu folgern, dass wir durch „zielgerichtete“ Therapiestrategien in einem signifikant höheren Prozentsatz Heilung erreichen können, ist definitiv nicht zulässig.

profil: Kann man als Onkologe eigentlich noch den Überblick bewahren bei der Unzahl an neuen Krebsmedikamenten?

Ludwig: Eigentlich nicht. In den nächsten fünf Jahren kommen auf uns weitere 30 bis 50 neue Wirkstoffe zu – zusätzlich zu jenen, die in den vergangenen Jahren zugelassen wurden und über deren Wirksamkeit, Sicherheit und vor allem Zusatznutzen gegenüber den herkömmlichen Therapieoptionen wir häufig auch noch herzlich wenig wissen. Wir brauchen unbedingt zum Zeitpunkt der Zulassung neuer Wirkstoffe in der Onkologie unabhängige Informationsquellen, wann ein Arzneimittel eingesetzt werden soll und wann nicht. Aus den fast ausschließlich industriefinanzierten Zulassungsstudien ist das schwer abzuleiten. Deshalb sind auch nach Zulassung unabhängig von der Industrie finanzierte und geplante klinische Studien so wichtig, da nur in ihnen die versorgungsrelevanten Fragen untersucht und beantwortet werden können.

profil: Aber auch diese Studien müssen doch ein strenges Prozedere erfüllen. Grenzt es nicht an Pharma-Bashing, wenn man diese Arbeiten immer gleich in den Geruch von Fälschung oder Beschönigung bringt?

Ludwig: Wir haben gerade in einer sys-

Wolf-Dieter Ludwig, 57,

ist Onkologe, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und Chefarzt der Robert-Rössle-Klinik am Helios Klinikum Berlin-Buch. Ende Jänner hielt er im Haus der Gesellschaft der Ärzte in Wien einen Vortrag über „Teure Innovationen in der Onkologie“.



tematischen Übersichtsarbeit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft den Einfluss der Finanzierung auf die Ergebnisse klinischer Studien untersucht. Auf den ersten Blick hat man den Eindruck, dass die Qualität der industriegesponserten Arbeiten nicht schlechter ist als jene, die unabhängig finanziert wurden. Im Detail zeigen sich aber erhebliche Mängel im Design und in der Auswertung, welche die Industrie in die Lage versetzen, mit diesen Studien fast immer ein Ergebnis zu erzeugen, das einen Vorteil für das eigene Mittel belegt.

profil: In den USA wurde kürzlich ein neues Tumormedikament zugelassen, das mit Behandlungskosten von 30.000 Dollar pro Monat einen neuen Rekord darstellt. Die Studien zeigten, dass durch das Mittel die Tumoren vorübergehend schrumpfen. Eine Lebensverlängerung ist aber gar nicht erwiesen.

Ludwig: Das kann man fast pauschal sagen: Viele neue Wirkstoffe können ausschließlich das Fortschreiten der Tumorerkrankung um wenige Wochen bis Monate verzögern, das Überleben aber nicht oder nur minimal günstig beeinflussen. Das bewegt sich fast immer im Bereich von wenigen Tagen bis wenigen Monaten. Die vorliegenden Ergebnisse aus klinischen Studien zeigen, dass es bisher nur sehr wenige Durchbrüche gegeben hat und der eigentliche Effekt vor allem darin besteht, dass sich die Kostenspirale in der Krebsmedizin in den kommenden Jahren ins Unermessliche steigern wird.

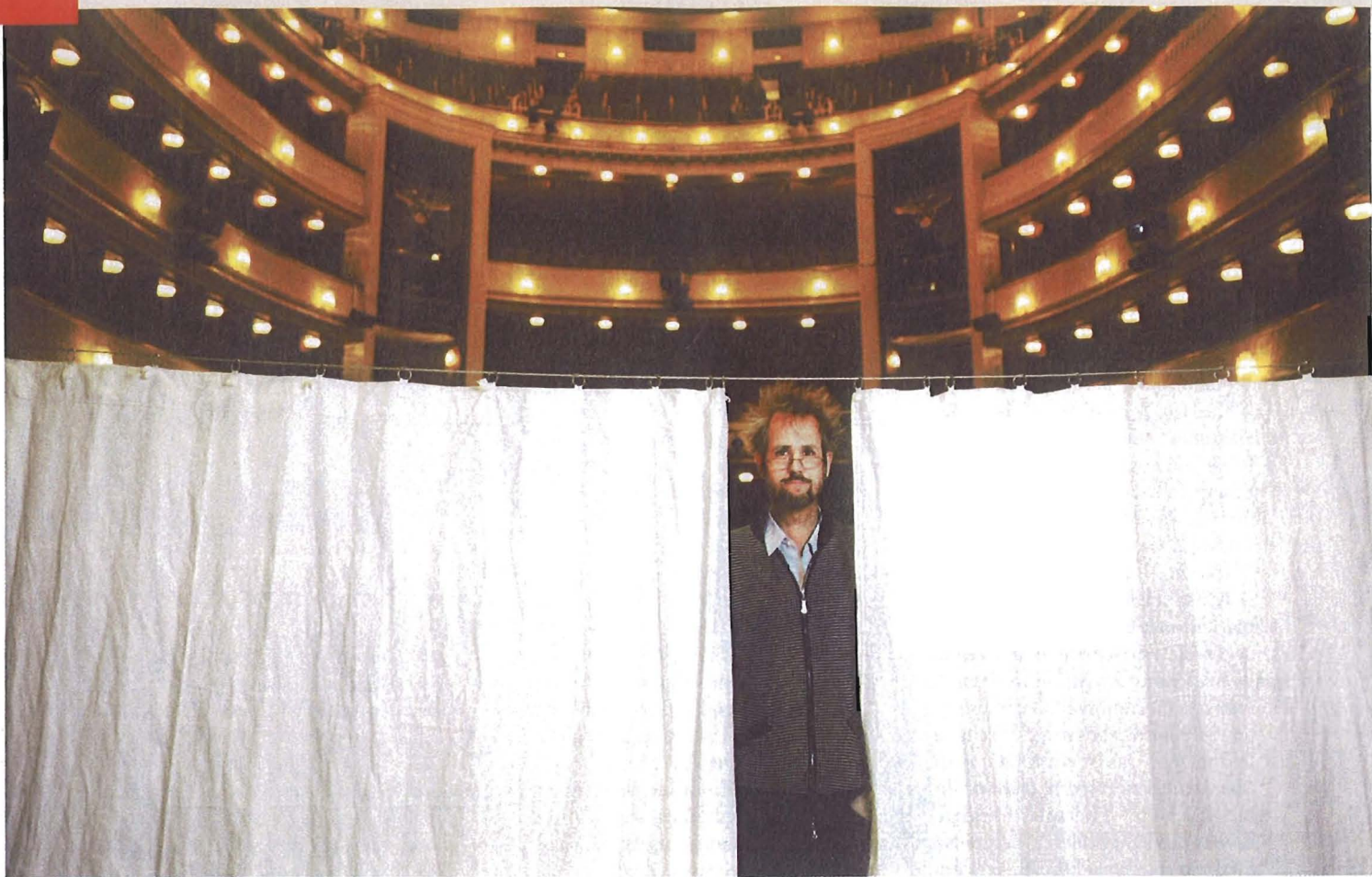
profil: Aber ist nicht auch ein vorübergehender Stopp des Tumorwachstums von Vorteil?

Ludwig: Natürlich wäre das sinnvoll,

wenn die Krebspatienten in dieser Zeit gleichzeitig eine bessere Lebensqualität hätten und die Symptome ihrer Krebserkrankung reduziert würden. Dies wird in klinischen Studien aber meist gar nicht oder unzureichend untersucht. Man strebt nach progressionsfreiem Überleben, und dann werden die Mittel zugelassen. Wir wollen aber wissen, ob die Patienten in den leider häufig nur wenigen Monaten, die ihnen noch bleiben, eine bessere Lebensqualität haben oder ob damit eine weniger toxische Therapie möglich ist, sodass die Patienten bei dem marginalen Überlebensvorteil zumindest auf Umwegen von diesen Wirkstoffen profitieren.

profil: In den Wochen vor dem Sterben werden so viele Ressourcen eingesetzt wie davor im ganzen Leben eines Menschen. Wollen die Patienten und deren Angehörige den maximalen Einsatz, oder geschieht dies auf Initiative des Medizinbetriebs?

Ludwig: Ich bin jetzt seit etwa 30 Jahren als Onkologe klinisch tätig und hatte immer ein viel besseres Gefühl, wenn ich einen Patienten mit einer vorbehandelten, weit fortgeschrittenen Tumorerkrankung im Gespräch davon überzeugen konnte, dass Dritt- oder Viertlinientherapien häufig keinen Sinn haben, dass sie ihn mitunter an das Krankenhaus binden und dass sie ihm nicht die Chance geben, Dinge zu regeln, die vielleicht lebensnotwendiger sind als eine weitere Chemotherapie. Auch die Dankbarkeit des Patienten und der Angehörigen ist häufig viel größer, als wenn ich in einer ausweglosen Situation wieder eine neue Therapie beginne und dadurch auch dem intensiven, persönlichen Gespräch ausweiche.



PETER RIGAUD

Christoph Schlingensiefel, 49

„Ein Wunder? Wunder sind anders“

Als bei dem deutschen Regisseur Christoph Schlingensiefel zu Jahresbeginn 2008 Lungenkrebs diagnostiziert wurde, stellte er die Krankheit in den Mittelpunkt seiner Arbeit, setzte die Theaterprojekte „Kirche der Angst“, „Mea Culpa“ sowie „Sterben lernen“ um und verfasste das Tagebuch einer Krebserkrankung: „So schön wie hier kann's im Himmel gar nicht sein!“ (Verlag Kiepenheuer & Witsch, 2009). Schlingensiefel musste der linke Lungenflügel entfernt werden, die Therapie schien erfolglos, als 2009 im verbliebenen Lungenflügel zahlreiche Metastasen entdeckt wurden. Im August 2009 heiratete er seine Lebensgefährtin Aino Laberenz.

Auf seiner Webseite „Geschockte Patienten“ (www.krank-und-autonom.de) suchte er die Solidarität anderer Krebskranker, und hier berichtete er erstmals öffentlich über eine erfreuliche Wende: *„... und dann wieder start mit der tablette. tarceva! und nun, ca. 6 wochen nach dem befund, steht fest, dass diese tablette wieder wirkt. und zwar massiv. so wie es jetzt aussieht, sind alle metastasen wieder verschwunden. und ein test im heidelberger krebszentrum hat nun das ergebnis gebracht, dass ich wohl zu einem miniprozentsatz von krebskranken gehöre, bei denen der wirkstoff erlotinib diese unglaublich schnelle und massive wirkung bringt. ein wunder? na ja ... wunder sind anders. aber interessant ist jetzt, warum dieser stoff bei dem einen so extrem wirkt und bei jemand anderem nur ca. 1 1/2 monate.“*

Etwa die Hälfte der Krebspatienten befindet sich bei Diagnosestellung im fortgeschrittenen Stadium, in dem meist keine Heilung mehr möglich ist. Die Therapie konzentriert sich bei ihnen auf Lebensverlängerung sowie eine Linderung der Symptome bei möglichst guter Lebensqualität. „In der Praxis schließen sich diese beiden Ziele aber leider oft gegenseitig aus“, berichtet Hans Zoidl, Leiter der Palliativstation am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz. Zwar haben die neueren Generationen der Tumorthérapien oft auch weniger Nebenwirkungen, und diese sind auch besser behandelbar, besonders das gefürchtete Erbrechen. Eine ausgeprägte Appetitlosigkeit mit Ausbildung einer Mangelernährung ist aber häufig. „Manche werden sehr schwach und kommen nicht mehr aus dem Bett“, sagt Zoidl. „Und was hat eine kleine Lebensverlängerung für eine Bedeutung, wenn die Leute verhungern?“ Dies sei eine der wichtigsten Fragen an Krebskranke: „Was essen Sie?“ Und sehr oft laute die Antwort: „Na, viel ist es nicht.“ Hier kommt es längst nicht mehr darauf an, die vage Hoffnung auf Heilung zu wecken durch therapeutischen Aktionismus, sondern darauf, zu stärken, was noch da

ist. Eine spezielle Tumorthérapie lehne er dabei keinesfalls ab, sagt Zoidl. „Wenn sie Leben verlängern und Symptome lindern kann.“ Falls das aber nicht realistisch scheint, so müsse es in erster Linie darum gehen, die Patienten nicht zusätzlich zu schwächen. Dadurch erst hätten sie die Chance, ihre Dinge zu ordnen und die letzten Monate bei guter Lebensqualität im Kreis der Familie zu verbringen.

Heilungschance. Arbeiten, in denen die Therapiewünsche der Krebskranken selbst wissenschaftlich erhoben wurden, sind eher rar und mehrheitlich schon älteren Datums. Sie belegen im Regelfall den Willen, sich radikalen Therapien zu unterziehen und jede noch so kleine Chance auf eine vollständige Heilung zu ergreifen. In einer britischen Untersuchung aus dem Jahr 1990 unter 100 Krebspatienten gaben diese an, sie würden einer Chemotherapie zustimmen, sobald die Heilungschance zumindest bei einem Prozent liege. Die befragten Onkologen hielten im Schnitt eine Chance von zehn Prozent für sinnvoll, Krankenschwestern mit onkologischer Tätigkeit sogar eine von 25 bis 50 Prozent. In diese Bandbreite fielen auch die

„Was hat eine kleine Lebensverlängerung für eine Bedeutung, wenn die Patienten dabei verhungern?“ Palliativmediziner Hans Zoidl

Antworten einer gesunden Kontrollgruppe von Angehörigen der Krebskranken sowie von Medizinstudenten.

Erfolgte die Chemotherapie nicht in der Absicht, eine Heilung zu bewirken, sondern eine Lebenszeitverlängerung, so erwarteten Tumorpatienten drei bis zwölf Monate Überlebenszeitgewinn, Onkologen sechs bis zwölf, praktische Ärzte und Krankenschwestern zwölf bis 24 Monate und die gesunde Vergleichsgruppe sogar zwei bis fünf Jahre. „An diesen Ergebnissen kann man gut ablesen, wie sehr die Wertschätzung bestimmter Größenordnungen von Überlebenszeit davon abhängt, ob man selbst von Krankheit betroffen ist“, erklärt dazu der Salzburger Onkologe Richard Greil.

In einer niederländischen Arbeit aus dem Jahr 2003 wurden 140 Patienten mit metastasiertem Tumor befragt, ob sie eine Chemotherapie machen oder lieber darauf verzichten und die bestmögliche unterstützende Pflege in Anspruch nehmen wollten. Bevor sie zum abschließenden Gespräch mit ihrem Therapeuten gingen, favorisierten zwei Drittel die Therapie, speziell die Jüngeren. Nach dem Gespräch blieben drei von vier bei ihrem Vorhaben. Am entschiedensten wählten interessanterweise jene die Therapie, die in der Befragung den stärksten Willen signalisierten, ihren Krankheitsprozess selbst zu kontrollieren, sowie jene mit dem stärksten Wunsch, möglichst lange zu leben. Unter den Verweigerern der Therapie überwog das Bedürfnis, die verbliebene Zeit noch bei möglichst guter Qualität zu verbringen.

Durchbruch. Seit die Untersuchungen durchgeführt wurden, kamen unzählige neue Wirkstoffe auf den Markt. Trastuzumab (Handelsname Herceptin), eines der bekanntesten Mittel aus der Klasse der so genannten monoklonalen Antikörper, wurde im Jahr 2000 für Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs in der EU zugelassen. Seither sind in der Krebstherapie mehr als 20 derartige Wirkstoffe im Einsatz – erkennbar an der Wortendung „-mab“ (für „monoclonal antibody“).

Enormen Zuwachs gab es auch in der

Krebsbehandlung

Zeit ist Geld

Übersicht über Wirksamkeit und Kosten verschiedener neuer Krebsmedikamente bei Patienten mit metastasierendem Tumor.

Produktname	Arzneistoff	Indikation/Erkrankung	Durchschnittliche Lebensverlängerung	Kosten pro Behandlung in Euro
Tarceva® Tabl.	Erlotinib	Bauchspeicheldrüsenkrebs	+ 24 Tage	24.000
Vectibix®	Panitumumab	Darmkrebs	+ 35 Tage	42.000
Erbix®	Cetuximab	Darmkrebs	+ 1,2 Monate	50.000
Alimta®	Pemetrexed	Lungenkrebs	+ 1,7 Monate	47.000
Tarceva® Tabl.	Erlotinib	Lungenkrebs	+ 2,0 Monate	30.000
Avastin®	Bevacizumab	Lungenkrebs	+ 2,0 Monate	70.000
Erbix®	Cetuximab	Krebs im Kopf-/Hals-Bereich	+ 2,7 Monate	45.000
Nexavar®	Sorafenib	Leberzellkarzinom	+ 2,8 Monate	58.000
Nexavar® Tabl.	Sorafenib	Nierenzellkarzinom	+ 3,4 Monate	58.000
Avastin®	Bevacizumab	Darmkrebs	+ 4,4 Monate	26.000
Herceptin®	Trastuzumab	Brustkrebs	+ 4,8 Monate	42.000
Avastin®	Bevacizumab	Brustkrebs	+ 6,6 Monate	67.000

Quelle: Claudia Wild, Brigitte Piso (Hg.): „Zahlenspiele in der Medizin“

Substanzklasse der so genannten „small molecules“, die als Sammelname für verschiedene Wirkmechanismen fungieren, die unter anderem die Signalübertragung in der Tumorzelle stören. Das bekannteste Beispiel ist Imatinib (Handelsname Glivec), ein Molekül, das speziell für eine häufige Form der Leukämie entwickelt wurde. Das ungezügeltere Wachstum wird hier über ein Signal ausgelöst, das aufgrund eines genetischen Schadens dauerhaft aktiviert ist und die rasante Vermehrung von weißen Blutkörperchen auslöst. Imatinib bindet speziell an diese Stellen und schaltet das verhängnisvolle Signal ab. „Das ist einer der wenigen neuen Wirkstoffe, die einen echten Durchbruch darstellen“, sagt Onkologe Wolf-Dieter Ludwig. Die Überlebenszeit bei dieser Leukämieform betrug zuvor etwa drei bis fünf Jahre, und zur Behandlung war eine Stammzelltransplantation nötig. Mithilfe von Imatinib sind bei etwa drei Viertel dieser Patienten keine Metastasen mehr nachweisbar, fast alle erreichen eine Normalisierung des Blutbilds.

Leider lässt sich dieser Erfolg schwer auf andere Krebs-

formen übertragen. „Bei soliden Tumoren wie Darmkrebs oder Bauchspeicheldrüsenkrebs haben wir häufig zehn bis zwölf unterschiedliche Signalwege, die infolge der bösartigen Entartung der Zellen verändert sind“, erklärt Ludwig. „Diese können wir gar nicht gezielt attackieren, weil wir nicht genau wissen, welcher Signalweg entscheidend für das bösartige Wachstum der Zelle ist.“

Die neuen tumorspezifischen Wirkstoffe haben die klassischen Zytostatika nicht verdrängt. Im Gegenteil, viele dieser Medikamente wirken nur dann, wenn sie gemeinsam mit einer herkömmlichen Chemotherapie eingesetzt werden. Für die Pharmaunternehmen ist es aber kaum noch rentabel, in deren Verbesserung zu investieren, weil für die neuen Mittel deutlich bessere Preise zu erzielen sind. Allein mit Imatinib, das nur bei einem vergleichsweise sehr seltenen Krebs eingesetzt wird, erzielt Novartis etwa 50 Prozent des Umsatzvolumens aller ambulant verordneten Zytostatika zusammen.

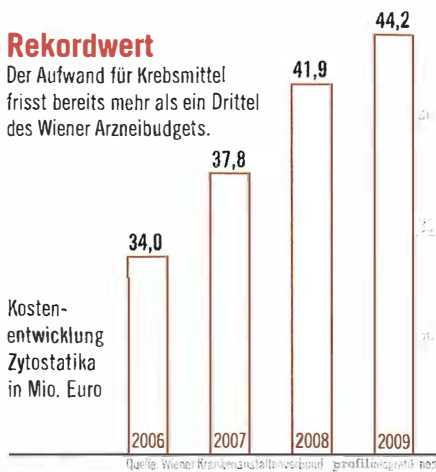
Kritik an der Preisgestaltung weisen die Hersteller stets vehement zurück. Immerhin dauere die Entwicklung eines Arz-

Claudia Wild, Brigitte Piso (Hg.): „Zahlenspiele in der Medizin“, Orac, 2010



Rekordwert

Der Aufwand für Krebsmittel frisst bereits mehr als ein Drittel des Wiener Arzneibudgets.



neimittels bis zu zehn Jahre und verursacht dabei Kosten von 800 Millionen Dollar, argumentiert Novartis-Sprecherin Doris Madlberger. „Und nur wenige Wirkstoffe schaffen es schließlich, als Arzneimittel auf den Markt zu gelangen, bis zum Patentablauf.“ Da stünden eben nur sieben bis acht Jahre effektive Zeit zur Verfügung, um den Aufwand wieder einzuspielen.

Nicole Gorfer, Sprecherin des Schweizer Roche-Konzerns, des umsatzstärksten Players am Markt der Krebsmedikamente, vertritt die Ansicht, dass die im neuen Buch von Wild und Piso errechneten Behandlungskosten bezüglich der Roche-Produkte teils zu hoch angesetzt seien und auch die Überlebensraten im Detail nicht mit den konzerninternen Berechnungen übereinstimmten. Dass die Industrie ihre Studien nach Gutdünken gestalte, um die gewünschten Ergebnisse zu bekommen, sei ebenfalls unwahr. Vielmehr entspreche es dem Wunsch der Behörden, in den Studien nicht das Gesamtüberleben, sondern vielmehr die Zeit bis zum Fortschreiten des Tumorwachstums zu messen: „Sämtliche Zulassungsbehörden verlangen dieses progressionsfreie Überleben als primären Endpunkt für eine Zulassung, deshalb sind die meisten Studien darauf ausgerichtet.“

Wie gravierend sich dieser Unterschied auswirkt, haben Claudia Wild und ihre Mitarbeiter an zwei Beispielen zum Brust- und Nierenkrebs illustriert. So ist der Roche-Bestseller Avastin, wenn er zusätzlich zur herkömmlichen Therapie verabreicht wird, in der Lage, die Zeitspanne bis zum Fortschreiten des Tumorwachstums zu verdoppeln. Bei Brustkrebs von 6,7 auf 13,3 – bei Nierenkrebs von 5,4 auf 10,2 Monate. Wild: „Eine Verlängerung der Gesamtüberlebenszeit ist jedoch in beiden Fällen nicht nachgewiesen.“ ■

Der lange Arm der Arzneilobby

Seit 2008 steht Deutschland auf einer Liste von „Schurkenstaaten“, welche die US-Pharmaindustrie stören. Nun opferte die schwarz-gelbe Regierung den obersten Pharmakontrollleur.

Die Empfehlungen des vor sechs Jahren gegründeten „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) waren für die Pharmaindustrie meist recht bittere Pillen: Ausgerechnet der Wirkstoffgruppe der Diuretika – der ältesten und billigsten Blutdrucksenker am Markt – bescheinigten die Kölner Experten einen höheren Nutzen als den deutlich teureren Neuentwicklungen. Die IQWiG-Prüfer bezweifelten den Zweck mancher diagnostischer Prozeduren bei Krebs, kritisierten heftig, dass der weltgrößte Pharmakonzern Pfizer Studien zu Antidepressiva unter Verschluss hielt, und äußerten bei einem neuen, von einer halben Million deutscher Diabetiker verwendeten Kunstinsulin den Verdacht, dass der Wirkstoff Krebs auslösen könnte.

Auftraggeber des IQWiG ist der „Gemeinsame Bundesausschuss“, das höchste Gremium der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen, das unter anderem darüber entscheidet, was die gesetzlichen Krankenversicherungen bezahlen. Kommuniziert wurden die meist heftig angefeindeten Entscheidungen von Peter Sawicki, 53, in seinem typisch trockenen Stil. Für seine Fans wurde der Leiter des Arzneimittelprüfungsinstituts bald zu einer Art Robin Hood der Kassenpatienten, für seine Gegner zum Inbegriff eines Kritikers, der Pharma-Bashing zum Lebensinhalt erkor. Und dieser Ruf reichte offenbar bis in die USA.

Gezählte 13-mal wird das IQWiG im so genannten „International Intellectual Property Protection & Enforcement Act of 2008“ erwähnt, der sich der internationalen Absicherung der Interessen der US-Pharmaindustrie annimmt. Gleich neben notorischen Patent-Ignoranten wie China oder Thailand wurde Deutschland auf eine

„Priority Watch List“ von Schurkenstaaten gesetzt. Eine Gesetzesvorlage zum internationalen Schutz der Patente wurde im Oktober 2008 noch von Präsident Bush unterzeichnet. Im Bericht, der die Umsetzung des Gesetzes erläutert, heißt es, dass „das IQWiG ein ernsthaftes Hemmnis für den freien Handel von US-Pharmazeutika darstellt“, vor allem weil es innovative Produkte diskriminiere. Insider berichten, dass die deutsche Regierung in der Folge massiv unter Druck gesetzt und mit Handelsanktionen bedroht wurde, wenn dem Treiben des IQWiG kein Riegel vorgeschoben würde.

CDU und FDP einigten sich in ihren „Perspektiven für eine schwarz-gel-



Peter Sawicki Rasenmäherbenzin auf Spesen: „Dem Institut ist kein Cent Schaden entstanden“

be Regierung“ rasch auf eine Umstrukturierung des IQWiG. Bereits vor Weihnachten sickerte durch, dass Sawicki gehen muss. Mitte Januar wurde ein Prüfbericht publik, in dem nun plötzlich von Spesenbetrug die Rede ist. Sawicki habe entgegen seinem Dienstvertrag teure Leasingverträge abgeschlossen, sei Business statt Economy geflogen und habe sogar zweimal das Benzin für seinen Rasenmäher – zusammen 25,10 Euro – unrechtmäßig in seine Spesenabrechnung genommen. „Dem Institut ist kein Cent Schaden entstanden“, sagt Sawicki dazu gegenüber profil. Das Rasenmäherbenzin sei in die Spesenrechnung gerutscht, weil es auf dem Tankbeleg mit drauf war. „Ich habe das übersehen und sofort zurückgezahlt, als ich den Fehler bemerkt habe.“

Sawickis Vertrag läuft im August aus. Ein Nachfolger steht noch nicht fest. „Mit dieser Affäre hat das USA-typische Pharnalobbying endgültig die EU erreicht“, konstatiert der Grazer Diabetesexperte Thomas Pieber. „Sawicki ist ein weithin anerkannter Fachmann. So jemanden einfach abzuschließen ist wirklich bedrohlich.“