

GESUNDHEIT

„Schlicht obszön“

Dutzende neuer Krebsmittel drängen auf den Markt. Die Verheißung ist gewaltig, der Nutzen jedoch fraglich – nur die Hersteller profitieren. Jetzt wehren sich Ärzte. Denn die astronomischen Preise dieser Präparate gefährden das Gesundheitssystem.

Ungläubig schaute der Hausarzt auf das Computertomogramm: Vor sechs Monaten waren die Lungenflügel noch voller Metastasen gewesen – jetzt waren sie fast alle verschwunden. „Mensch, Frau Befeld“, sagte der Doktor zu seiner Patientin, „das ist ja wie ein Wunder.“

Jutta Befeld, damals 53, lächelte. War endlich ihr Alptraum vorbei?

Vier Jahre war es her, dass die schlanke Frau aus dem westfälischen Büren erstmals zum Arzt gegangen war, weil sie sich oft seltsam schwach fühlte. Man entdeckte einen Schatten auf ihrem linken Lungenflügel und kam zu einem niederschmetternden Befund: Befeld, die niemals geraucht hatte, war am sogenannten nichtkleinzelligen Lungenkarzinom erkrankt. Etwa 90 Prozent der Betroffenen sterben in den ersten fünf Jahren nach der Diagnose.

Die Ärzte handelten sofort. Sie schnitten ein Viertel des Lungenflügels heraus. Dennoch tauchten bald Tochtergeschwülste auf: in der ganzen Lunge. Jutta Befeld machte ein halbes Jahr lang Chemotherapie. Die Haare fielen ihr aus, sie musste sich übergeben – die Krebsnester in ihrem Atmungsorgan blieben.

In dieser verzweifelten Lage blieb Befeld nur noch eine Hoffnung: ein Medikamentenversuch an der Uni-Klinik Essen. Jeden Morgen schluckte sie fortan eine Tablette Iressa, eine vielversprechende Substanz, die das Krebswachstum mit molekularer Präzision hemmen soll. Befeld klagte zwar über Beschwerden (schmerzende Schleimhäute), aber die

Wirkung war sensationell: Binnen kurzem war die Lunge beinahe kreisfrei.

Es folgte die Zeit, in der Jutta Befeld nach den Kontrolluntersuchungen wieder Urlaube plante – warum hätte sie da einer Wirtschaftsmeldung in den Zeitungen Beachtung schenken sollen?

Dort stand, dass die Aktie des Iressa-Herstellers AstraZeneca an einem Tag rund acht Prozent an Wert verloren hatte. Eine Studie mit fast 1700 Lungenkrebspatienten hatte ergeben: Iressa lässt die Tumoren zwar vorübergehend schrumpfen – im Vergleich zu Placebos verlängert es die Überlebenszeit jedoch nicht.

Auch bei Frau Befeld ist die Wirkung nicht von Dauer. Nach etwa einem Jahr sind beide Lungenflügel wieder übersät von Metastasen.

Iressa ist nur einer von mehreren neuartigen Wirkstoffen gegen Krebs, die Pharmafirmen in den vergangenen Jahren auf den Markt gebracht haben. Die Präparate – meist Antikörper oder, wie Iressa, Enzymhemmstoffe – attackieren molekulare Ziele und sollen auf diese Weise Krebszellen abtöten. Im Gegensatz zur alleinigen Chemotherapie, die kranke wie gesunde Zellen gleichermaßen angreift, ist das eine verlockende Vision.

Tatsächlich jedoch ist der medizinische Nutzen der meisten Mittel bisher schwer abzuschätzen, die Wirksamkeit oft begrenzt oder schlecht belegt – umso gewaltiger aber sind die finanziellen Nebenwirkungen: Sie könnten das Gesundheitssystem sprengen – und die Sparvorschläge von Bundesgesundheitsminister



Tumoroperation am Krebsforschungsinstitut in

Philipp Rösler (FDP) werden das nicht verhindern.

Mit der Skrupellosigkeit von Börsenspekulanten nutzen Pharmakonzerne ein Schlupfloch auf dem deutschen Markt. Weil es für die neuen Krebsmittel nichts Vergleichbares gibt, dürfen Hersteller den Preis nach Gutdünken festlegen – zahlen müssen ihn die Krankenkassen. So kostet das Lungenkrebsmittel Iressa mehr als 42 000 Euro im Jahr – pro Patient. Für das Darmkrebsmedikament Avastin, das inzwischen auch für Brust-, Lungen- und Nierenkrebs zugelassen ist, sind es rund 55 000 Euro. Und für Revlimid gegen Knochenmarkkrebs werden jährlich sogar mehr als 100 000 Euro fällig.

Nur ein einziges der neuen Präparate – das Medikament Glivec gegen chronische myeloische Leukämie – hat die Behandlung der Krankheit wirklich revolutioniert. Den geringen oder fraglichen kli-

Kosten und Nutzen neuer Krebsmedikamente

Yondelis

Pharma Mar, Spanien



JAHRES-THERAPIEKOSTEN

124 835 € bei Ovarialkarzinom: 87 479 €

LEBENSVERLÄNGERUNG IN MONATEN

Durchschnitt im Vergleich zur Standardtherapie

bei Weichteilsarkom: **2,1** (13,9 statt 11,8)

bei Ovarialkarzinom: **1,1** (20,5 statt 19,4)

Nexavar

Bayer, Deutschland



JAHRES-THERAPIEKOSTEN

58 400 €

LEBENSVERLÄNGERUNG IN MONATEN

Durchschnitt im Vergleich zur Standardtherapie

bei Leberzellkarzinom: **2,8** (10,7 statt 7,9)

bei Nierenzellkarzinom: **3,4** (19,3 statt 15,9)

Hycamtin

GlaxoSmithKline, Großbritannien



JAHRES-THERAPIEKOSTEN

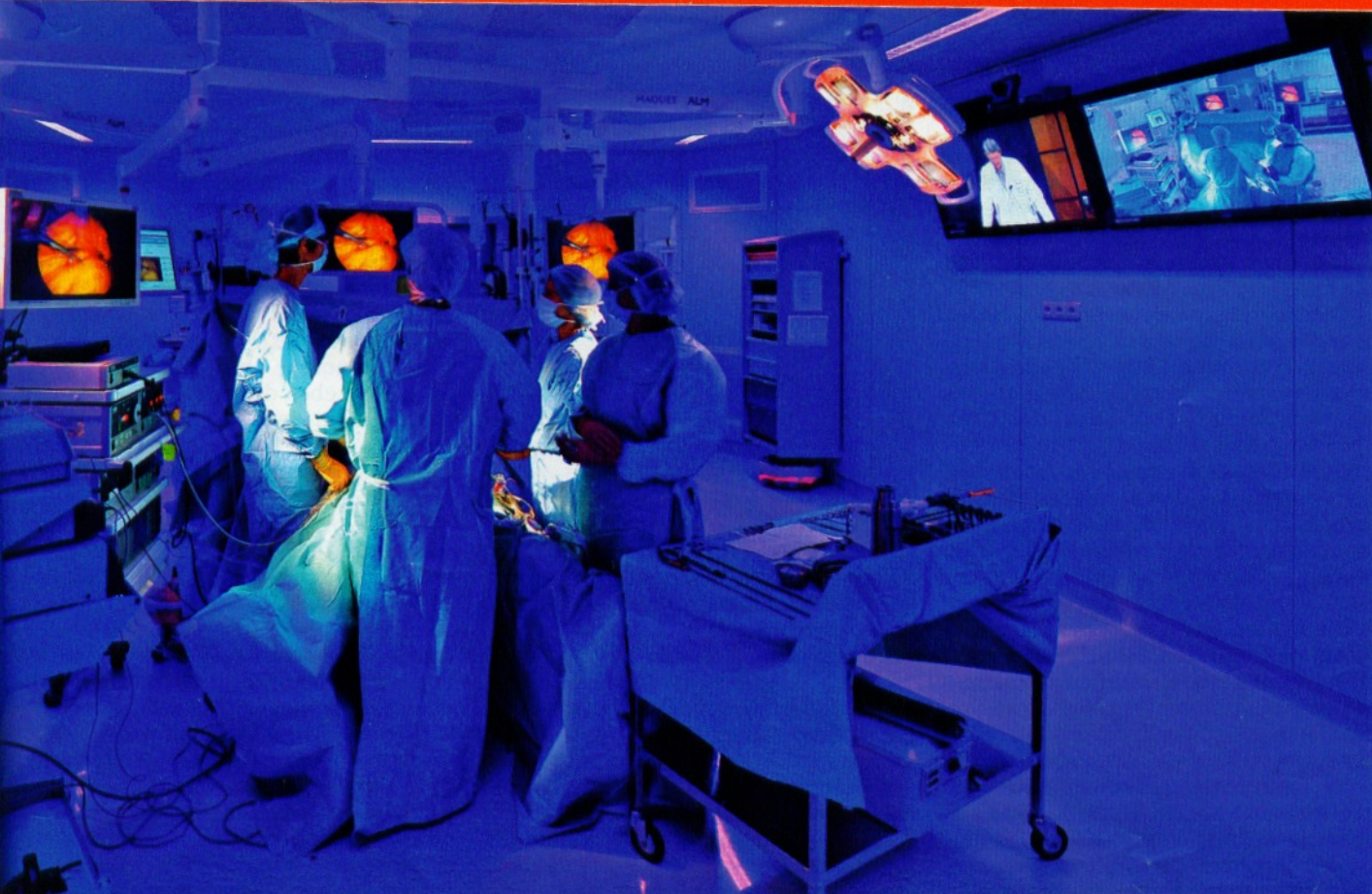
23 199 € Infusion, Tabletten (Lungenkrebs) rund 150 € teurer

LEBENSVERLÄNGERUNG IN MONATEN

Durchschnitt im Vergleich zur Standardtherapie

bei Eierstockkrebs: **2,9** (9,4 statt 6,5)

bei Lungenkrebs: **3,0** (keine Angabe)



PATRICK ALLARD / REA / L&L

Braßburg: Das kleine Körnchen Hoffnung ist die treibende Kraft bei jeder Therapie

nischen Nutzen der anderen Mittel ersetzen Hersteller häufig durch geschicktes Marketing und Lobbyarbeit.

Beispiel Avastin: Auf einer Roche-Präsekonferenz erklärte Martin Reck vom Krankenhaus Großhansdorf in Schleswig-Holstein: „Erstmals wurde bei fortgeschrittenem Lungenkrebs die Schallmauer von zwölf Monaten Überlebenszeit durchbrochen.“ Doktor Reck hätte auch sagen können: Ohne Avastin sterben die Patienten im Schnitt nach 10,3 Monaten, mit Avastin nach 12,3 Monaten. Ist das der Durchbruch einer Schallmauer?

Beispiel Herceptin: In einer Pressemitteilung jubelt Roche, dass nach vier Jahren von den Brustkrebspatientinnen, die mit Herceptin behandelt wurden, „fast 90 Prozent“ noch lebten. Was Roche verschwieg: Von jenen Frauen, die in der Studie gar kein Herceptin genommen hatten, lebten ebenfalls noch fast 90 Prozent.

Beispiel Alimta: In einem Klinikworkshop für Journalisten warb der Pharmahersteller Lilly für sein Präparat Alimta mit der Behauptung, dass es beim nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom das „Überleben auf über ein Jahr verlängert“. Tatsächlich erhöht sich die Lebenserwartung von 10,9 auf 12,6 Monate – das klingt deutlich weniger spektakulär.

Ohnehin sagen die Durchschnittszahlen nur wenig darüber aus, wie wahrscheinlich es ist, dass die Medikamente dem Einzelnen helfen. Den meisten Patienten helfen sie nämlich gar nicht. Bei einigen Kranken wirken sie ein bisschen, und nur sehr wenige profitieren wirklich davon. Wer diese wenigen sind, lässt sich aber nur in Ausnahmefällen voraussagen. Das kleine Körnchen Hoffnung ist jedoch die treibende Kraft bei jeder Therapie.

Insgesamt machen diese und andere Spezialpräparate nur zwei Prozent aller

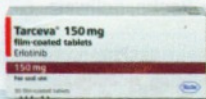
Verschreibungen aus – sie verursachen jedoch heute schon mehr als 25 Prozent der gesamten Arzneimittelkosten der Krankenkassen. Weltweit wurden im Jahr 2008 rund 48 Milliarden Dollar für Krebsmedikamente ausgegeben. In zwei Jahren werden es nach Angaben von Marktorschern 75 Milliarden sein.

Kein Wunder, dass immer mehr Firmen bei dieser ganz legalen Ausplünderung des Gesundheitswesens dabei sein wollen. Rund 180 Firmen tummeln sich in der Krebsmedizin. 400 neue Wirkstoffe haben sie in der Entwicklung, von denen es 40 in den nächsten sechs Jahren auf den Markt schaffen dürften.

Derart bedrohlich wirkt die Strategie der Pharmariesen, dass sich jetzt offener Widerstand formiert. „Wir werden unser Gesundheitssystem nicht mehr finanzieren können, wenn wir das nicht in den Griff bekommen“, warnt Wolf-Dieter

Quelle: Ludwig Boltzmann Institut für HTA, auf Grundlage der Ema-Zulassungsdaten; Ulrich Schwabe, Uni Heidelberg

Tarceva
Roche, Schweiz



JAHRES-THERAPIEKOSTEN

29 525 €

LEBENSVERLÄNGERUNG IN MONATEN
Durchschnitt im Vergleich zur Standardtherapie

bei Lungenkrebs: **2,0** (6,7 statt 4,7)
bei Magenkrebs: **0,8** (5,9 statt 5,1)

Iressa
Astra Zeneca, Großbritannien



JAHRES-THERAPIEKOSTEN

42 574 €

LEBENSVERLÄNGERUNG
IN MONATEN

Durchschnitt im Vergleich zur Standardtherapie
bei Lungenkrebs: **nicht nachgewiesen**

Herceptin
Roche, Schweiz



JAHRES-THERAPIEKOSTEN

39 394 €

LEBENSVERLÄNGERUNG IN MONATEN
Durchschnitt im Vergleich zur Standardtherapie

bei Brustkrebs: **7,0** (25 statt 18)
bei Magenkrebs: **4,2** (16 statt 11,8)

Ludwig, Onkologe am Helios Klinikum Berlin-Buch und Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (siehe Interview Seite 170). „Die meisten dieser Medikamente haben nur eine geringe Wirkung. Deshalb halte ich die Preise schlicht für obszön.“

Die Pharmakonzerne argumentieren dagegen, dass die neuen Krebsmittel immense Forschungskosten verursachen, aber jeweils nur wenigen Patienten verordnet werden – also müsse der Preis eben hoch sein.

Gerd Glaeske, Gesundheitsökonom an der Universität Bremen, will den Wucher nicht länger dulden. „Es kann nicht sein“, sagt er, „dass die Hersteller die Preise für Medikamente diktieren, deren Nutzen noch gar nicht abschließend erwiesen ist.“

Die Brisanz des Themas geht auch aus einem vertraulichen Gutachten zur „Sicherstellung einer effizienten Arzneimittelversorgung in der Onkologie“ hervor, das Glaeske, Ludwig und vier weitere Experten im Auftrag des Gesundheitsministeriums angefertigt und bereits im Dezember vorgelegt haben. Darin fordern sie, Spezialpräparate gegen Krebs dürften künftig nur noch „kontrolliert“ auf den Markt kommen. Dabei solle ein neu geschaffenes, unabhängiges Gremium festlegen, welche Studien nötig sind, um den Nutzen im klinischen Alltag zu ermitteln.

Je nach Ergebnis dieser Studien, heißt es im Gutachten weiter, würden Krankenkassen und Hersteller den Preis nachverhandeln. Medikamente von größerem Nutzen wären demnach am Ende teurer als solche mit geringerem Nutzen; der Preis des Produkts würde sich an seiner Qualität bemessen.

Während das brisante Gutachten in der Schublade lag, haben die Bürokraten in Röslers Ministerium lieber eigene Sparvorschläge erdacht. Diese gehen zwar weiter als alles, was Röslers Vorgänger jemals vorgelegt haben – die satten Gewinne der Pharmaunternehmen gefährden sie aber auch dieses Mal nicht.

Anders sieht es bei dem Vorschlag von Glaeske und Ludwig aus, den Preis am Patientennutzen festzumachen. Denn selbst wo dieser in den ersten Studien nachgewiesen scheint, bleibt offen, ob er sich im klinischen Alltag bestätigt. Die



Krebspatientin Befeld im März 2008
„Das ist ja wie ein Wunder“

Zulassungsstudien nämlich sind von den Herstellern finanziert, wurden an geschickt vorsortierten Patientengruppen durchgeführt und sind oftmals Lehrstücke für medizinische Zahlentricks.

So messen die Pharmaforscher häufig nur, ob der Tumor eine gewisse Zeitlang gestoppt wird. Medizinstatistiker nennen das „progressionsfreies Überleben“. Hört sich gut an, bedeutet aber noch nicht, dass die Patienten durch die Einnahme des Medikaments auch nur einen Tag länger leben, und erst recht nicht, dass ihre Lebensqualität steigt. Denn immer wieder zeigt sich: Etliche Präparate bremsen zwar das Tumorstadium und führen zu beeindruckenden Effekten wie bei Jutta Befeld – am Ende sterben die Patienten aber im Durchschnitt genauso schnell wie ohne die neue Pille.

Claudia Wild, Leiterin des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment in Wien, hat die Zulassungsberichte der Europäischen Arzneimittelagentur in London systematisch ausgewertet. Ihr Befund ist ernüchternd: „Der Nutzen der neuen Krebsmittel ist für die meisten Patienten sehr gering. Häufig wird das Überleben nur um wenige Wochen verlängert, bei gleichzeitig schweren Nebenwirkungen.“

Das Medikament Mab-Thera vom Pharmariesen Roche zum Beispiel ver-

längert das progressionsfreie Überleben bei Leukämie zwar um sieben bis zehn Monate, das tatsächliche Überleben der Patienten aber verbessere sich nicht, berichtet Wild.

In ihrem soeben veröffentlichten Buch „Zahlenspiele in der Medizin“ finden sich etliche solche Beispiele: Avastin etwa verzögert zwar das Wachstum von Brustkrebs-Tumoren, ob es aber tatsächlich auch das Leben der Patientinnen verlängert, ist nicht bewiesen*. Gleiches gilt für Iressa beim nichtkleinzelligen Lungenkrebs oder für Xeloda bei Magen- und Darmkrebs (siehe Grafik).

Und selbst wenn die Schwerstkranken im Schnitt einige Wochen länger leben, sei es nicht selbstverständlich, dass sie dies immer wollen, sagt Forscherin Wild. „Wenn Sie einem Patienten sagen: ‚Sie werden vielleicht zwei Wochen länger leben, die ganze Zeit aber speien‘, wird manch einer sagen: ‚Das will ich nicht.‘“

Wie steinig der Weg sein kann, selbst wenn die Behandlung sehr gut anschlägt, das zeigt das Beispiel von Marlies P. aus Köln. Bei der inzwischen 60-Jährigen wurde 1997 Brustkrebs festgestellt. 2004 erlitt sie kurz hintereinander zwei Rückfälle. Sie bekam eine Chemotherapie und sollte zwei Jahre lang mit Herceptin behandelt werden. Nach einem halben Jahr jedoch spürte sie plötzlich Druck auf der Brust. Der Hausarzt schickte sie sofort in die Klinik. Diagnose: Herzinsuffizienz, eine typische Nebenwirkung von Herceptin.

„Da habe ich wirklich Angst bekommen“, erzählt sie. „Etwas mit dem Herzen zu haben, das war noch schlimmer für mich als die Krebserkrankung.“ Seitdem muss sie Herztabletten nehmen. Die Krebsbehandlung indes schlug zunächst an: Vier Jahre lang war P. tumorfrei – ein seltener Erfolg der Behandlung.

Ende 2008 allerdings kam dann der nächste Rückfall. Diesmal bekam sie Tyverb, ein anderes neues Krebsmedikament. „Davon habe ich so schrecklichen Brechdurchfall bekommen, dass ich elf Tage ins Krankenhaus musste. Ich habe wirklich gedacht, ich sterbe“, erzählt P. Nun bekommt sie wieder Herceptin mit

* Claudia Wild und Brigitte Piso (Hg.): „Zahlenspiele in der Medizin“. Orac-Verlag, Wien; 224 Seiten; 19,90 Euro.

Avastin

Roche, Schweiz

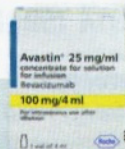
JAHRES-THERAPIEKOSTEN

55714 €

LEBENSVERLÄNGERUNG IN MONATEN

Durchschnitt im Vergleich zur Standardtherapie

bei Lungenkrebs:	2,0 (12,3 statt 10,3)
bei Darmkrebs:	4,7 (20,3 statt 15,6)
bei Brustkrebs:	5,6 (11,4 statt 5,8)*
bei Nierenkrebs:	4,8 (10,2 statt 5,4)*



Xeloda

Roche, Schweiz

JAHRES-THERAPIEKOSTEN

10078 €

LEBENSVERLÄNGERUNG IN MONATEN

Durchschnitt im Vergleich zur Standardtherapie

bei Darmkrebs:	3,0 (8 statt 5)*
bei Magenkrebs:	0,6 (5,6 statt 5)*
bei Brustkrebs:	1,9 (6,2 statt 4,3)*

* Zeitraum, bis Krebs erneut auftritt



MabThera

Roche, Schweiz

JAHRES-THERAPIEKOSTEN

134280 €

LEBENSVERLÄNGERUNG IN MONATEN

Durchschnitt im Vergleich zur Standardtherapie

bei bei follikulärem Lymphom:	nicht nachgewiesen
bei diffus großzelligem B-Zelllymphom:	nicht nachgewiesen



„Gigantische Werbemaschinerie“

Der Onkologe Wolf-Dieter Ludwig über die Tricks der Pharmawerbung und den richtigen Umgang mit krebskranken Menschen

Ludwig, 58, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, ist zuständig für die Bewertung von Medikamenten.

SPIEGEL: Herr Ludwig, behandeln Sie Ihre Patienten mit den neuen Krebsmedikamenten?

Ludwig: Ja, natürlich – aber bei vielen der Substanzen überlegen wir uns das in jedem einzelnen Fall sehr genau. In den letzten drei Jahren sind zum Beispiel fünf neue Medikamente gegen Nierenkrebs zugelassen worden. Aber wenn man sich die Zulassungsstudien ansieht, zeigt sich, dass nur bei einem dieser Mittel überhaupt nachgewiesen ist, dass es das Leben der Patienten verlängern kann – durchschnittlich um etwa drei Monate.

SPIEGEL: Und das noch zum Preis erheblicher Nebenwirkungen ...

Ludwig: ... allerdings, wie etwa ständige Erschöpfung, Übelkeit und Hautausschläge. Außerdem dauert es einige Wochen, ehe die Medikamente überhaupt anfangen können zu wirken. Schwerstkranken, die kurz vor dem Tod stehen, haben deshalb oft gar keine Chance mehr, die Wirkung noch zu erleben. Wenn man sie behandelt, müssen sie in ihren letzten Wochen nur unnötig leiden.

SPIEGEL: Wie lässt sich verhindern, dass sinnlos Geld für diese neuen Mittel verschleudert wird?

Ludwig: Sehr wichtig ist, dass sich die Ärzte unabhängig von der Pharmaindustrie informieren.

SPIEGEL: Ist das nicht selbstverständlich?

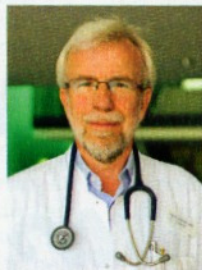
Ludwig: Überhaupt nicht. Wir Ärzte sind ständig einer gigantischen Maschinerie von Werbemaßnahmen ausgesetzt. Heute Morgen lag zum Beispiel eine Zeitschrift auf meinem Schreibtisch, eine seriöse onkologische Fachzeitschrift – und gleich vorn auf dem Cover eine Anzeige.

SPIEGEL: Sie wirbt für das Mittel Everolimus von der Firma Novartis ...

Ludwig: ... ja, das fünfte Medikament gegen Nierenkrebs, das 2009 zugelassen wurde.

SPIEGEL: Die Anzeige zeigt zwei Schnellzüge. Der eine ist am Ende seines Gleises angekommen; der andere, strahlend gelb, fährt weiter, ohne dass ein Ende der Schienen abzusehen ist.

Ludwig: Nicht nur diese: Viele Firmen sind sich für keine Geschmacklosigkeit zu schade! Aber jetzt nehmen Sie den Text der Annonce: „Signifikante Verlängerung des progressionsfreien Überlebens auf 4,9 Monate.“



Mediziner Ludwig
„Nutzen fraglich“

SPIEGEL: Ist das falsch?

Ludwig: Zumindest irreführend. Halten Sie mal dagegen, was der Bewertungsausschuss der Zulassungsbehörde Ema zu Everolimus schreibt: Die Zunahme des progressionsfreien Überlebens könne „klinisch irrelevant“ sein, da sie nicht begleitet werde von „weiteren positiven Ergebnissen wie etwa einer Zunahme des Gesamtüberlebens“. Aber jetzt fragen Sie mal 100 Onkologen. Sie werden sehen: Es ist nicht die Botschaft der Ema, sondern die der Pharmawerbung, die beim Arzt ankommt. Und je geringer die Wirkung eines Medikaments ist, desto mehr wird von den Firmen in Marketing investiert.

SPIEGEL: Warum wurde Everolimus denn überhaupt zugelassen?

Ludwig: Das frage ich mich auch – und nicht nur in diesem Fall. Die Zulassungsbehörde beachtet bei Krebsmedikamenten oft ihre eigenen Kriterien nicht. Das muss sich ändern. Den Markt mit Mitteln fraglichen Nutzens zu überschwemmen bringt den Patienten wenig. Wir werden unser Gesundheitssystem nicht mehr finanzieren können, wenn wir das nicht in den Griff bekommen.

Tyverb

GlaxoSmithKline, Großbritannien

JAHRES-THERAPIEKOSTEN

42018 €

LEBENSVERLÄNGERUNG
IN MONATEN

Durchschnitt im Vergleich zur Standardtherapie

bei Brustkrebs:

nicht nachgewiesen



einer Chemotherapie, in niedriger Dosierung und unter ständiger Kontrolle durch einen Herzspezialisten. Die Herzschwäche kam in leichter Form zurück. Aber die Tumormarker sind wieder gesunken.

„Die Tablette, die schwupp den Krebs wegmacht, gibt es leider nicht“, sagt die Patientin. „Ich muss mir immer die Frage stellen: Welchen Preis bin ich bereit zu zahlen für ein paar gute Jahre?“

Das Medikament Herceptin hat dabei den Vorteil, dass durch einen Test schon vor Behandlungsbeginn herausgefunden werden kann, bei welchen Patientinnen es überhaupt eine Chance hat zu wirken. Damit wird das Präparat vom Block- zum „Nischenbuster“: Es wird nur ausgesuchten Patienten verschrieben, wirft aber dennoch erkleckliche Gewinne ab.

Zunehmend werden auch andere Präparate auf bestimmte Patientengruppen zugeschnitten. Doch ob diese personalisierte Therapie den seit Jahrzehnten angekündigten Durchbruch in der Krebsmedizin bringt, ist noch völlig offen.

Der Alltag in vielen Praxen für Onkologie jedenfalls sieht anders aus: Die Medikamente werden von den Krebsärzten nach dem Gießkannenprinzip verordnet. Bis in das Sterben hinein folgt eine Behandlungswelle auf die andere. „Das Geschäft ist die Hoffnung“, sagt Lili Grell, Leiterin der bundesweiten Arbeitsgruppe Arzneimittel der Medizinischen Dienste der Krankenkassen.

Nach dem zweiten oder dritten Rückfall gibt es gar keine Leitlinien mehr, an denen sich die Ärzte orientieren könnten. Was folgt, beschreibt der ehemalige Chefarzt Siegfried Seeber, der nun eine onkologische Privatpraxis in Essen betreibt: Er behandle dann, wie fast alle Kollegen, „freestyle“. „Ich versuche mit dem ganzen Arsenal von 15 bis 25 alten und neuen Substanzen inoperable Patienten so lange am Leben zu erhalten, wie es geht und wie sie Kraft und Lust haben zu leben.“

In der Krebsmedizin sei das die Regel: „Die Onkologen halten die Patienten am Leben mit allen Tricks.“ Immer häufiger gelinge dies auch über etliche Jahre hinweg. „Mit intensiven Therapiephasen und sanfteren Behandlungsbrücken dazwischen“. Wenn ein Medikament nicht wirkt, probiert Seeber das nächste aus.

Sutent

Pfizer, USA

JAHRES-THERAPIEKOSTEN

58843 €

LEBENSVERLÄNGERUNG IN MONATEN

Durchschnitt im Vergleich zur Standardtherapie

bei Magenkrebs:

nicht nachgewiesen

gastrointestinaler Stomatumor

bei Nierenzell-

karzinom:

nicht nachgewiesen





Herceptin-Produktion bei Roche: Ausweitung der Behandlungszone

Die Therapiekosten seien jedoch „ein Irrsinn“, räumt er ein.

Die Pharmaindustrie bemüht sich unterdessen, diese Ausgaben noch zu steigern. Sobald ein neues Krebsmedikament bei einem Tumor zugelassen wird, versucht der Hersteller das Anwendungsgebiet schnell auf andere Tumorarten auszuweiten. Das erhöht die Zahl potentieller Patienten. Avastin etwa durfte zunächst nur gegen Darmkrebs eingesetzt werden – inzwischen ist es auch für Brust-, Lungen- und Nierenkrebs zugelassen.

Die Ausweitung der Behandlungszone geht noch weiter. Längst sollen die neuen Substanzen nicht mehr nur Patienten im Endstadium verschrieben werden. Mit fragwürdigen Studien und aggressiver Werbung schieben die Konzerne ihre Medikamente immer weiter nach vorn in der Behandlungskette – bis hin zur Ersttherapie, der „First Line“-Behandlung. Sogenannte Erhaltungstherapien, die nach einer erfolgreichen Erstbehandlung die Zeit bis zum Wiederauftreten von Metastasen verlängern sollen, runden das Geschäft ab.

Im Auftrag der AOK Baden-Württemberg verfasste der Medizinische Dienst der Krankenkassen ein Gutachten über die medikamentöse Versorgung von Krebspatienten im Südwesten Deutschlands. Als

vorletzte Woche durchsickerte, dass die Gutachter dem Krebsmittel Avastin darin nur eine „marginale Wirksamkeit“ attestierten, rutschte der Aktienkurs von Roche sofort um fast zwei Prozent ab.

Das Pikante: Die Analyse listet nur auf, was eigentlich längst bekannt ist: dass Avastin bei Darmkrebs mit Tochtertumoren die Lebenszeit im Durchschnitt nur um 1,4, bei metastasiertem Brustkrebs um 1,5 Monate verlängert – „bei erheblichen Nebenwirkungen“. Medizinische Sensationen sehen anders aus. Kein Wunder, dass die Autoren zusammenfassend urteilen: „Das Medikament ist angesichts der großen Zahl zugelassener, überwiegend wirksamer und/oder preiswerter Alternativpräparate verzichtbar.“ Für Roche sind solche Urteile eine Bedrohung: Immerhin macht der Konzern mit Avastin 4,4 Milliarden Euro Umsatz im Jahr.

In Deutschland entscheidet allein der sogenannte Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) aus Ärzten und Krankenkassen, welche Präparate den Kassenpatienten künftig nicht mehr verordnet werden dürfen. Um die Datenlage bei neuen Medikamenten zu klären, bestellt der G-BA dazu in der Regel ein Gutachten beim unabhängigen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Dieses Institut hat in den vergangenen Jahren alle möglichen Präparate wie Blutfettsenker, Insuline oder Blutdruckmedikamente bewertet. Doch ausgerechnet die brisanten neuen Krebsmedikamente nahmen die Prüfer nicht unter die Lupe. „Wir sind vom G-BA dazu bisher nicht beauftragt worden“, sagt Institutsleiter Peter Sawicki knapp. Seit Jahren jammern die Krankenkassen über die Kostenexplosion der neuen Krebsmittel, wollen aber nicht wissen, was sie überhaupt bringen?

Die Krebstherapie sei eben eine heilige Kuh, sagt Sawicki, man habe Angst vor negativen Bewertungen. „Die Krankenkassen wissen doch gar nicht, wie sie damit umgehen sollten, wenn wir zu dem Ergebnis kämen, dass für eine große Zahl der neuen Präparate der patientenrelevante Nutzen gar nicht belegt ist.“

Dann müsste der Gemeinsame Bundesausschuss wohl beschließen, dass die Medikamente künftig nicht mehr erstattet werden – ein bisher nicht gekannter Aufschrei im Land wäre programmiert.

G-BA-Chef Rainer Hess gibt zu, dass man sich bisher „vor der tiefen ethischen Debatte gescheut“ habe: Wie soll man entscheiden, wenn ein Präparat sehr viel kostet und doch nur einen oder zwei Monate Lebensverlängerung bringt bei gleichzeitig schweren Nebenwirkungen?

Angesichts immer neuer Medikamente, die in den Markt gedrückt werden, fordert Hess jetzt aber ein Umdenken: „Wir müssen die Krebsmedikamente sauber bewerten, um Transparenz für die Patienten zu schaffen.“

Auch in den USA mehren sich die kritischen Stimmen. Tito Fojo und Christine Grady von den National Institutes of Health etwa fordern eine Abkehr von der teuren Übertherapie: „Onkologen sollten sich auch dann unterstützt fühlen, wenn sie entscheiden, dass für bestimmte Patienten der unwesentliche Nutzen die Kosten nicht wert ist.“

Oft hätten die Ärzte schlicht Angst davor, den Patienten schlechte Nachrichten zu überbringen, sagt Norbert Schmacke, Arzt und Gesundheitswissenschaftler von der Universität Bremen. Viele würden dies als persönliches Versagen empfinden. „Stattdessen heißt es dann immer: ‚Wir haben da noch etwas.‘ Da gibt es sehr viel Unehrlichkeit.“

Den Kranken bleibt deshalb oft nichts anderes übrig, als selbst zu erkennen, wann Schluss ist. Jutta Befeld, die an Lungenkrebs erkrankte Frau aus Büren, hat ihre Grenze gefunden: Als die Metastasen wieder zurück waren, setzte sie das vermeintliche Wundermittel Iressa ab und sagte ihrem Mann: „Ich will jetzt in Würde sterben.“

Auch ganz ohne Krebsmedikamente blieben ihr dann noch neun Monate.

JÖRG BLECH, KATRIN ELGER, MARKUS GRILL, VERONIKA HACKENBROCH

Erbitux

Merck, Deutschland



JAHRES-THERAPIEKOSTEN
64759 €

LEBENSVERLÄNGERUNG IN MONATEN

Durchschnitt im Vergleich zur Standardtherapie

bei Darmkrebs: **1,7** (8,6 statt 6,9)
bei Krebs im Kopf- und Halsbereich: **2,7** (10,1 statt 7,4)

Alimta

Eli Lilly, USA



JAHRES-THERAPIEKOSTEN
67627 €

LEBENSVERLÄNGERUNG IN MONATEN

Durchschnitt im Vergleich zur Standardtherapie

bei nichtkleinzelligem Lungenkrebs: **1,7** (12,6 statt 10,9)
bei Brustfellkrebs: **2,8** (12,1 statt 9,3)