„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.



ESPEN EICHHÖFER / OSTKREUZ

Mediziner Ludwig
„Nutzen fraglich“

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. Schwerstkranke, 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.“

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.

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.

Tyverb
GlaxoSmithKline, Großbrit.



JAHRES-THERAPIEKOSTEN
42 018 €

LEBENSVERLÄNGERUNG IN MONATEN
Durchschnitt im Vergleich zur Standardtherapie

bei Brustkrebs: **nicht nachgewiesen**

Sutent
Pfizer, USA



JAHRES-THERAPIEKOSTEN
58 843 €

LEBENSVERLÄNGERUNG IN MONATEN
Durchschnitt im Vergleich zur Standardtherapie

bei Magenkrebs: **nicht nachgewiesen**
gastroinstestinaler Stromatumor

bei Nierenzellenkarzinom: **nicht nachgewiesen**