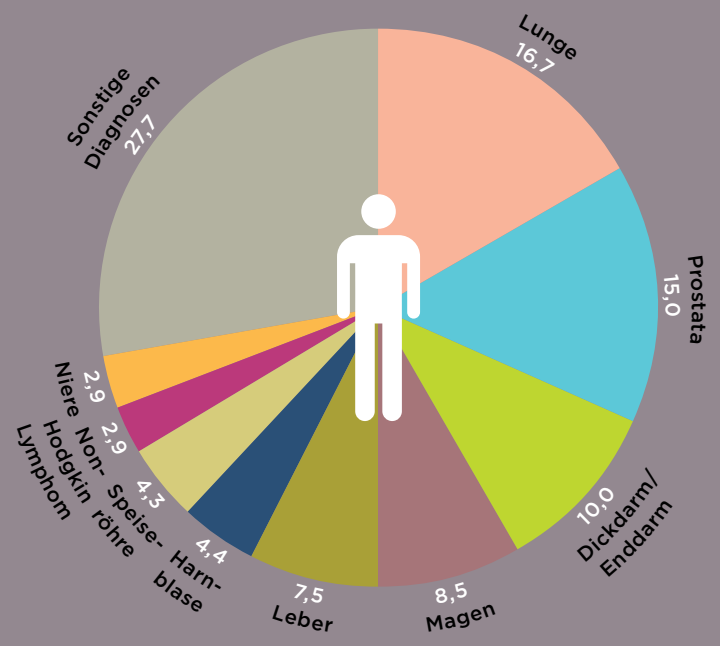
Top-Ärzte gegen Krebs

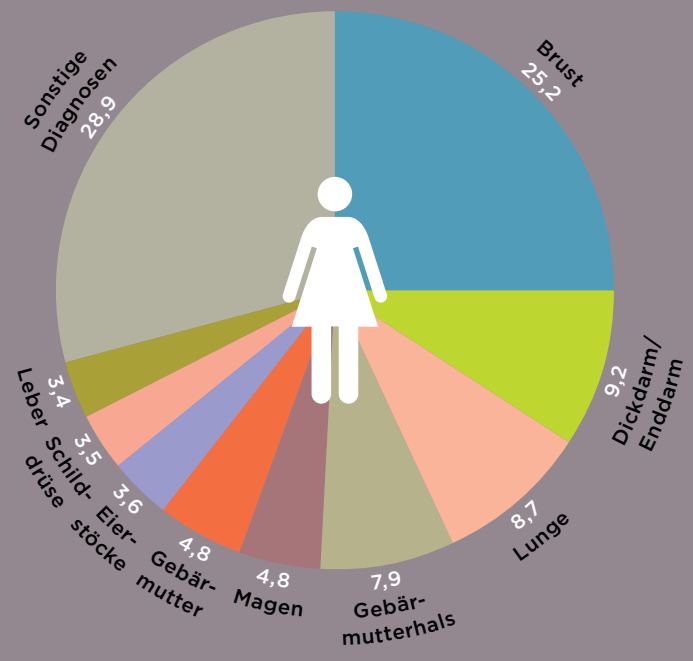
Der Kölner Hallek gilt weltweit als Koryphäe auf dem Gebiet der Leukämiebekämpfung; der Berliner Ludwig gibt an oberster Stelle Empfehlungen für oder gegen neue Arzneimittel. Hallek glaubt, dass die Krebsmedizin deutliche Fortschritte macht, weg von der stark belastenden Chemotherapie; Ludwig warnt davor, die klassischen Zellgifte zu unterschätzen. Einig sind sie sich aber in einem Punkt: Der Heilungserfolg hängt auch davon ab, ob der Patient mitkämpft.

DAVID KLAMMER / SPIEGEL WISSEN (L.); OLE HÄNTZSCHEL / SPIEGEL WISSEN (R.)

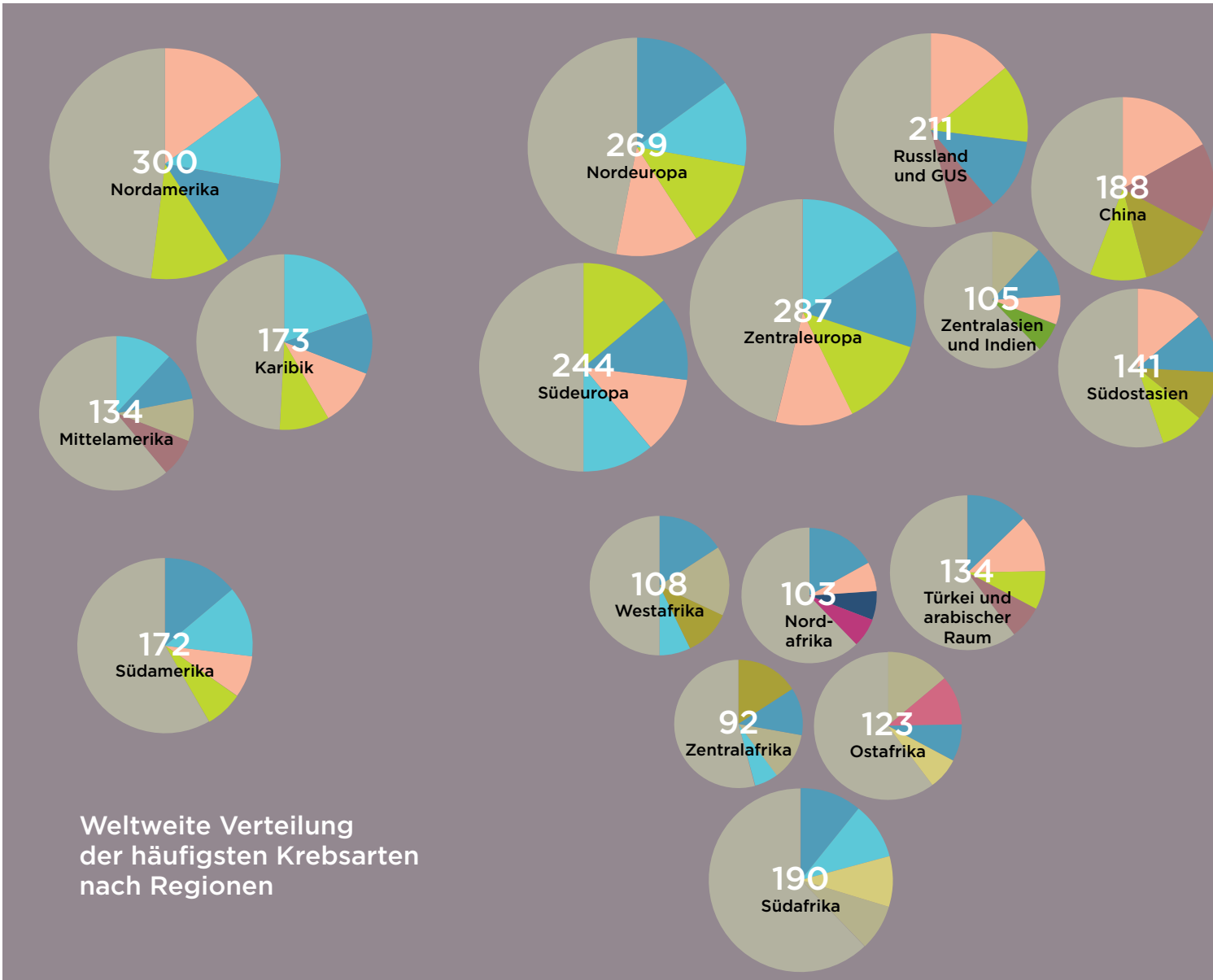


„Wir stehen an einer Zeitenwende“

ZWEI CHEFÄRZTE IM GESPRÄCH: Michael Hallek und Wolf-Dieter Ludwig diskutieren über die medizinischen Fortschritte bei der Krebsbekämpfung – der eine eher hoffnungsvoll, der andere eher skeptisch.

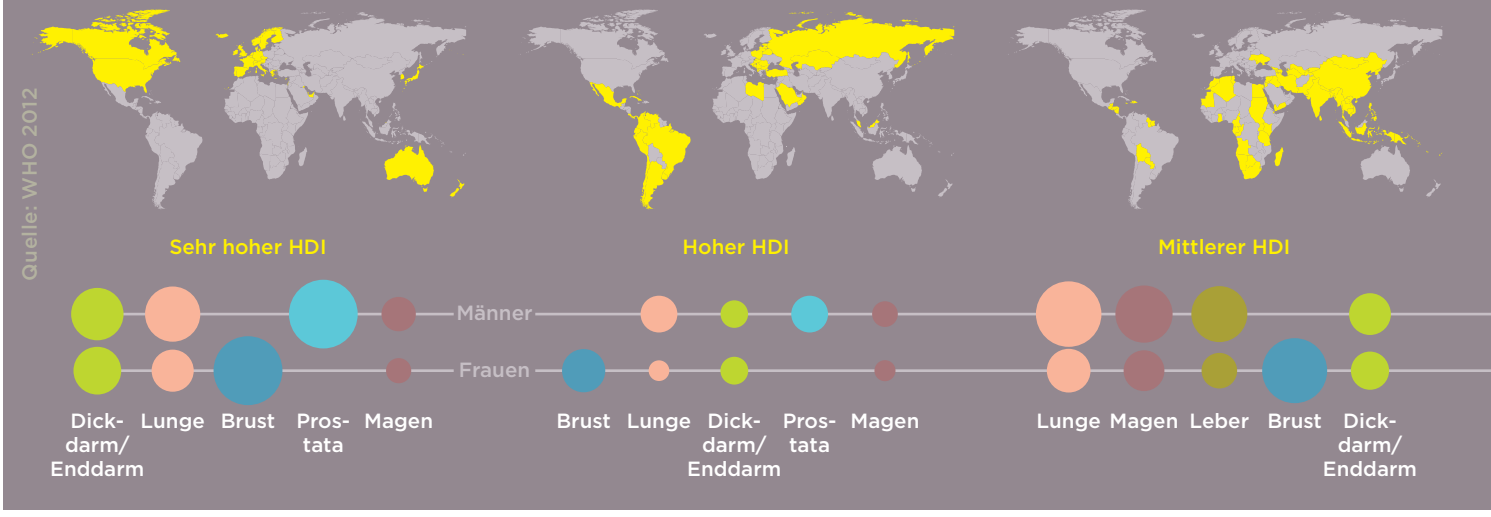


Quelle: WHO 2012

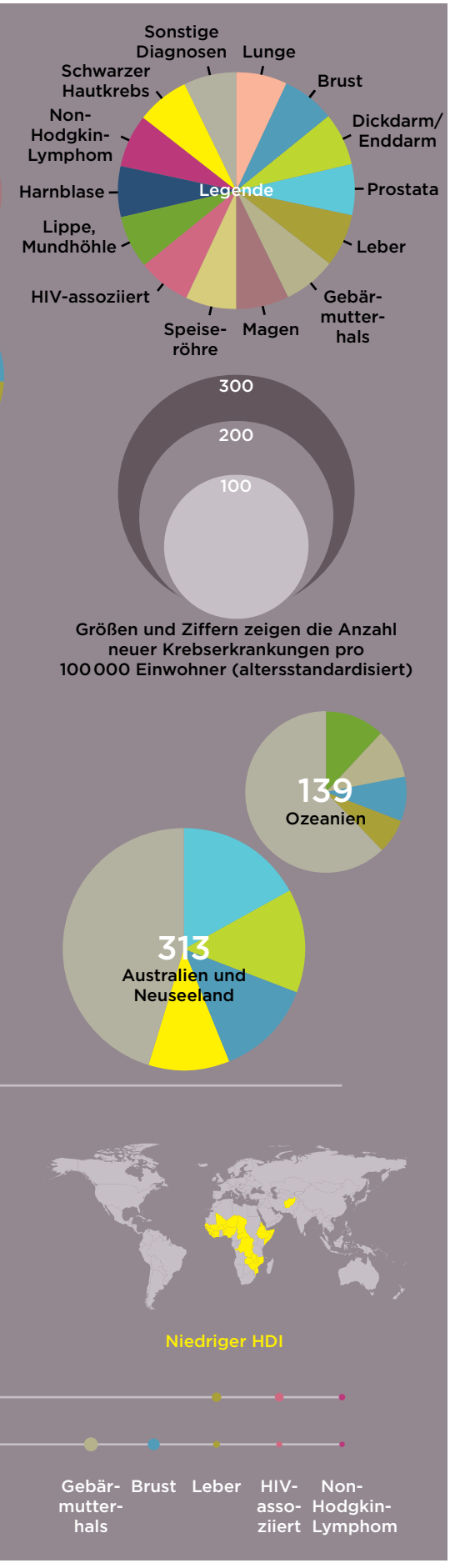


Weltweite Verteilung der häufigsten Krebsarten nach Regionen

Verteilung je nach Human-Entwicklungs-Index (HDI) bei Männern und Frauen



OLE HÄNTZSCHEL / SPIEGEL WISSEN



SPIEGEL: Herr Ludwig, wen behandeln Sie gerade?

Ludwig: Einen ehemaligen amerikanischen Soldaten, der in Deutschland lebt und noch keine 40 Jahre alt ist. Eine schwer zu diagnostizierende Blutkrebsart hat sich bei ihm als akute myeloische Leukämie herausgestellt. Die Chancen, dass er die Krankheit überlebt, liegen bei etwa 40 Prozent. Es wird davon abhängen, wie er auf die Therapie anspricht, wie er die zum Teil ja auch sehr toxischen Medikamente verträgt.

SPIEGEL: Wie hat der Mann auf diese Nachricht reagiert?

Ludwig: Er war zunächst natürlich schockiert. Er ist auch nicht ganz einfach von seiner Persönlichkeit her, er hat ein paar Niederlagen im beruflichen Leben erlitten und ist nun in Deutschland mit dieser lebensbedrohlichen Diagnose konfrontiert. Die Gespräche sind sehr intensiv. Wir müssen ihm jeden Schritt genau erklären, gerade auch in der ersten Therapiephase, die mit schweren Infektionen und Isolierung über mehrere Wochen verbunden ist. Er kämpft.

SPIEGEL: Herr Hallek, wenn heute ein Mensch zu Ihnen kommt mit der Diagnose Krebs, was können Sie ihm anbieten?

Hallek: Zuerst: gründliches Nachdenken. Vor zehn Jahren noch kamen Patienten mit der Diagnose Krebs, dann gab es maximal zwei, drei Möglichkeiten. Heute erlebe ich immer öfter, dass wir im Team lange gemeinsam mit dem Patienten überlegen: Was machen wir jetzt genau? Wenn der Tumor nicht gestreut hat, ist klar: Es wird operiert; oft ist damit alles erledigt. Wenn der Krebs schon gestreut hat, muss man in Ruhe klären: Wo ist der Tumor überall? Welche genetischen Befunde finden wir im Tumor? Welche gezielten Medikamente gibt es? Kann man andere Verfahren einsetzen, wie gezielte Bestrahlung, nichtinvasive Chirurgie oder lokale Therapieverfahren? Die Behandlung ist oft „multimodal“, sie umfasst mehrere Methoden.

SPIEGEL: Ist Ihr Nachdenken Ausdruck eines Fortschritts oder einer Hilflosigkeit?

Hallek: Eindeutig Fortschritt, weil ich mehrere Optionen habe.

SPIEGEL: Eine dieser Optionen ist die Chemotherapie, die vielen Patienten freilich Angst macht. Nach dem diesjährigen Krebskongress in Berlin war zu lesen, das Zeitalter der primitiven Giftcocktails neige sich dem Ende zu.

Ludwig: Das halte ich für verfrüht. Mein Patient aus Amerika bekommt gegen seine akute Leukämie im Prinzip dieselbe Therapie, mit der ich 1981 als Kliniker angefangen habe. Allerdings können wir anhand genetischer Merkmale genauer entscheiden, ob wir allein mit der herkömmlichen Chemotherapie auskommen oder ob wir irgendwann eine Stammzelltransplantation durchführen müssen. Mit den sogenannten klassischen Zytostatika können wir aber nach wie vor viele Patienten wirksam und erfolgreich behandeln.

SPIEGEL: Das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg feierte in diesem Jahr sein 50-jähriges Bestehen und tat

---

Das Gespräch führten die Redakteure Jörg Blech und Annette Bruhns.

ZUR PERSON

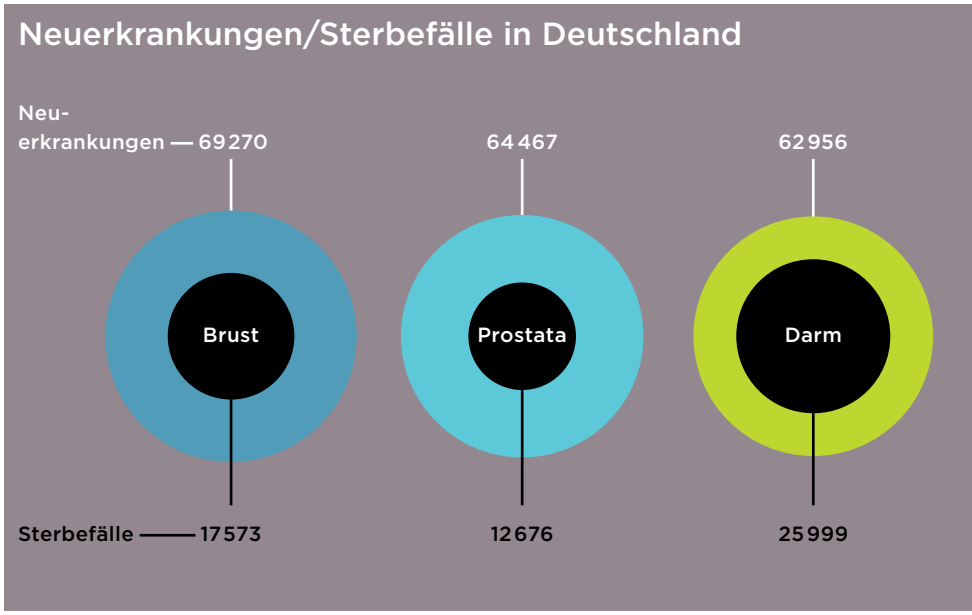
MICHAEL HALLEK

Der Krebsforscher und Arzt, 55, ist Direktor der Klinik I für Innere Medizin am Universitätsklinikum Köln und des Centrums für Integrierte Onkologie Köln Bonn. Sein Schwerpunkt ist die Entwicklung spezifischer, molekularer Therapien für die chronische lymphatische Leukämie, dem häufigsten Blutkrebs der Welt. Derzeit ist er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin.

WOLF-DIETER LUDWIG

Der Mediziner, 62, ist Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie am Helios Klinikum Berlin-Buch. Ludwig ist seit 2006 Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und Co-Herausgeber der unabhängigen Fachzeitschrift „Der Arzneimittelbrief“. Er gehört auch dem Vorstand der „European Medicines Agency“ der EU an.

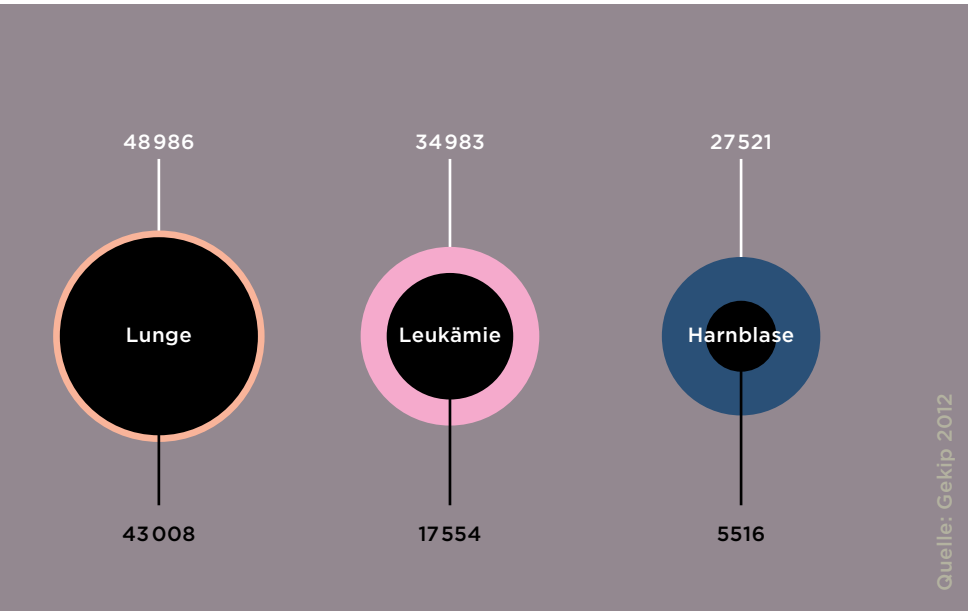
kund, jeder zweite Krebspatient sei heute heilbar. Inwieweit ist das ein Fortschritt?
Ludwig: Bei den hämatologischen Erkrankungen sehen wir deutliche Fortschritte, bei kindlicher Leukämie können wir heute 80 bis 90 Prozent der kleinen Patienten heilen. Aber generell jeder Zweite geheilt? Fortgeschrittene Tumorerkrankungen können wir leider nur in einem kleinen Prozentsatz besser heilen als vor 10, 20 Jahren. Mit Sicherheit ist nicht jede zweite fortgeschrittene Tumorerkrankung heilbar. Viele Untersuchungen haben klar gezeigt, dass die Fortschritte seit 1971, als der damalige US-Präsident Richard Nixon dem Krebs vollmundig den Krieg erklärt hat, in erster Linie zurückzuführen sind auf Veränderungen des Lebensstils, in zweiter Linie auf Prävention, und dort, wo Früherkennung sinnvoll ist, auch darauf. Durch das Vermeiden von Risikofaktoren – allen voran das Rauchen –könnten heute 40 bis 45 Prozent der Krebserkrankungen verhindert werden.
Hallek: Aber man kann schon sagen, dass die Sterblichkeit an Krebs in den vergangenen Jahren abgenommen hat: 50 bis 60 Prozent Erfolg bezogen auf alle Erstdiagnosen. Meiner Ansicht nach stehen wir an einer Zeitenwende in der Krebstherapie. Denn alles, was man mit Chemotherapie hat erreichen können, ist erreicht worden. Aufgrund der hohen Nebenwirkungen der Chemotherapie ist es wichtig, nach besseren Methoden zu forschen.
SPIEGEL: Und was kommt danach?
Hallek: Durch den zunehmenden Einsatz von maßgeschneiderten Medikamenten werden, mit großer Geduld, Fortschritte erzielt. Ein Beispiel ist die chronische myeloische Leukämie. Mit einer Tablette, die die genetischen Defekte dieser Leukämieform bekämpft, können wir die Erkrankung kontrollieren. Mit demselben Medikament kann man sogenannte gastrointestinale Stroma-Tumore oft beeindruckend zurückdrängen. Das dritte Beispiel ist mein eigenes Forschungsgebiet, die chronische lymphatische Leukämie. Da erhalten wir jetzt ein Medikament nach dem anderen. Wir sehen in den nationalen Registern, wie die Überlebenszeiten der Patienten ansteigen.
SPIEGEL: Reden Sie von Wochen oder von Monaten?



Hallek: Von Jahren! Und viertens ist Lungenkrebs ein Gebiet, wo sich gerade ein Umbruch andeutet. Patienten in fortgeschrittenen Stadien haben – trotz Chemotherapie! – eine ganz schlechte Prognose, so acht, neun Monate. Patienten mit bestimmten Genmutationen im Tumor können wir gezielt behandeln. Dadurch erhöht sich deren Überlebenszeit im Durchschnitt auf drei bis vier Jahre, bei guter Lebensqualität. Dies ist auch durch wissenschaftliche Studien gut belegt.
SPIEGEL: Herr Ludwig, teilen Sie diese Einschätzung?
Ludwig: Ich würde mir auch wünschen, dass wir die belastende Chemotherapie durch intelligentere Medikamente ersetzen. Nur sehe ich das etwas zurückhaltender. Wenn neuartige Medikamente zur Verfügung stehen, dann muss ihr Nutzen in hochwertigen Studien untersucht werden, und das braucht natürlich seine Zeit.
SPIEGEL: Sie sind also skeptisch, ob ein neues Medikament immer besser ist als der Vorgänger?
Ludwig: Das ist die entscheidende Frage. Wir haben in der Krebsmedizin eine besondere Situation. Wir lassen neue Arzneimittel relativ schnell zu, weil wir wissen, dass die Patienten neue Medikamente brauchen. Deswegen finde ich es richtig, dass die Zulassungsbehörden bei Krebserkrankungen weniger strenge Anforderungen an neue Wirkstoffe stellen als zum Beispiel bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Was aber leider nicht in Ordnung ist: dass nach der Zulassung der tatsächliche Nutzen unter Alltagsbedingungen nur sehr selten ermittelt wird. Solche Studien werden häufig nicht durchgeführt, weil der Hersteller daran kein Interesse hat. Er hat sein Arzneimittel ja auf dem Markt.
SPIEGEL: Wir würden denken, dass in der Zulassungsstudie bereits ein Nutzen nachgewiesen wurde.
Ludwig: In Zulassungsstudien sollen Wirksamkeit und Sicherheit neuer Arzneimittel – oft an einem nicht repräsentativen Patientenkollektiv – nachgewiesen werden. Die Patienten sind im Durchschnitt vergleichsweise jung, in einem guten Allgemeinzustand, und sie werden nur kurz behandelt und nachbeobachtet. Das heißt: Wir müssten nach der Zulassung erst einmal untersuchen, ob auch jene Patienten einen Nutzen haben, die Herr Hallek und ich im klinischen Alltag sehen.
SPIEGEL: Wer sollte solche Studien bezahlen?
Ludwig: Bei Medikamenten, die ohne wesentliche Auflagen auf den Markt kommen, müssten verstärkt öffentliche Gelder, auch der Krankenkassen, verwendet werden, ein unabhängiges Expertengremium müsste die Studienprotokolle entwerfen, die dann den Nutzen, aber auch die Risiken unter Alltagsbedingungen analysieren.
Hallek: Viele der neuen Substanzen gegen Krebs erzeugen Kosten von 30 000 bis 100 000 Euro pro Patient und Jahr. Etliche stellen sich später als zu wenig wirksam heraus. Damit aber jeder Patient auch in Zukunft noch die neuesten Medikamente bekommt, müssen wir das Gesundheitssystem effizienter und kritischer bewirtschaften. Die Gabe der neuen Medikamente sollte gekoppelt werden an eine neutrale, wis-

LUDWIG: „ES FEHLT AN ZEIT UND AUCH AN KOMPETENZ."

OLE HÄNTZSCHEL / SPIEGEL WISSEN



senschaftliche Bewertung: Ist dieses neue Medikament überhaupt so wirksam, wie es die Zulassungsstudie glauben macht?

SPIEGEL: Wenn heute eine Frau mit Brustkrebs zu Ihnen kommt, inwiefern hat sich ihre Überlebenschance verbessert im Vergleich zur Situation vor 20 Jahren?

Hallek: Wenn wir von einer Erkrankung mit Metastasen reden und der Tumor schnell wächst, dann sind manchmal die Fortschritte nach wie vor klein. Daneben gibt es aber eine andere, gar nicht so kleine Patientengruppe mit relativ langsam wachsenden Tumoren. Durch Sequenzen von Therapien sehen wir heute lange Verläufe, und wir sprechen dann auch von einem chronischen Mammakarzinom. Das gab es zu Beginn meiner Berufszeit so noch nicht.

SPIEGEL: Herr Ludwig, wie sehen Sie das?

Ludwig: Wir haben großen Erfolg bei Brustkrebs mit einer individualisierten Therapie erreicht: Patientinnen, deren Tumorzellen Hormonrezeptoren haben, bekommen eine antihormonelle Therapie. Das ist aber schon seit 30 Jahren so. Dazu haben neue Wirkstoffe, Antikörper, bei den Frauen, die für diese Therapie in Betracht kommen – ungefähr 20 Prozent –, etwa drei bis vier Prozent Lebensverlängerung gebracht. Wir reden von Patientinnen im Frühstadium, die ohne diese neue Therapie eine Überlebenschance von 85 bis 90 Prozent haben. Durch Antikörper sind es jetzt vielleicht 92 Prozent.

SPIEGEL: Kommen wir zur Hauptplage bei männlichen Patienten: dem Prostatakrebs. Die meisten sterben nicht daran. Ist das ein Verdienst der Onkologie?

Ludwig: Das ist mir jetzt zu global gefragt. Im Frühstadium von Prostatakrebs stehen wir vor dem Problem, dass wir mit Verfahren zur Früherkennung wie dem PSA-Test diese Patienten häufig verunsichern und möglicherweise auch auf einen falschen Therapiepfad bringen. Frühstadien des Prostatakrebses werden von manchen Ärzten entweder bestrahlt oder operiert. Das, was eigentlich für viele dieser Patienten mit einem niedrigen Risikoprofil wichtig wäre, sie aktiv zu überwachen und sonst erst einmal nichts zu tun, passiert viel zu selten. Im fortgeschrittenen Stadium haben wir neue Wirkstoffe bekommen, die derzeit in großen Studien untersucht werden. Für solche Patienten haben wir keine Wunderwaffe, die den Prostatakrebs heilt. Wir können aber heute ihre Lebenszeit verlängern.

SPIEGEL: Werden denn auch Durchbrüche vermeldet, an denen nichts dran ist?

Ludwig: Das ist leider bei vielen Krebsarten so, etwa beim Magenkrebs oder beim Nierenzellkrebs. Und beim Bauchspeicheldrüsenkrebs kam gerade ein Arzneimittel auf den Markt, das scheinbar neu entwickelt wurde, tatsächlich aber ein ganz klassisches Zytostatikum ist, das bloß etwas chemisch verändert wurde. In Berlin fahren Busse mit Reklame für dieses Arzneimittel. Dabei ist Bauchspeicheldrüsenkrebs im fortgeschrittenen Stadium durch Chemotherapie nicht zu heilen! Diese massive Werbung ärgert mich sehr.

SPIEGEL: Es gibt Verläufe, wo Medikamente einen Tumor scheinbar verschwinden lassen ...

Hallek: ... der dann wiederkommt.

SPIEGEL: Wie erklären Sie das?

Hallek: Man kann nach heutigem Verständnis sagen: Wenn wir eine gestreute Tumorerkrankung haben, dann geht es in der Regel um eine gute Kontrolle des Krebswachstums. Eine Heilung hieße ja, der Krebs käme nie mehr wieder – und das gelingt uns bei fortgeschrittenen Stadien nur bei wenigen Krebsarten. Weder mit der Chemotherapie noch mit den neuen Medikamenten.

Ludwig: Ich behandle gerade eine Patientin, die als junges Mädchen eine akute lymphatische Leukämie hatte – und jetzt, nach 20 Jahren, hat sie wieder Blutkrebs. Da vermutet man zunächst, das wird nicht dieselbe Erkrankung sein. Natürlich kann es aber auch sein, dass unsere Therapien, vor allem toxische Zellgifte, eine sogenannte Zweittumorerkrankung ausgelöst haben. Bei Blutkrebs ist aber auch denkbar, dass eine Tumorstammzelle lange „schläft“ und durch irgendwelche Mechanismen, die wir nicht richtig verstehen, wieder anfängt, sich zu teilen und zu einem Rückfall führt.

SPIEGEL: Im Jahr 2000 erkrankten ungefähr 400 000 Menschen in Deutschland neu an Krebs. Für dieses Jahr schätzt man ihre Zahl auf 500 000. Warum ist der Krebs in Deutschland auf dem Vormarsch?

Ludwig: Selbst wenn wir mit medikamentösen Therapien Erfolge erzielen werden, wird es in den nächsten 15 bis 20 Jahren zu einem Anstieg von Krebserkrankungen kommen, einfach aufgrund der Tatsache, dass die Menschen in Deutschland älter werden. Dann haben sie auch eine höhere Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken.

SPIEGEL: Könnte man sogar so weit gehen, dass eine steigende Krebsrate ein Indiz dafür ist, dass andere Krankheiten in der Bevölkerung abnehmen?

Ludwig: Zum Teil ist das so. Wichtiger werden auf absehbare Zeit vermutlich nicht neue Krebsmedikamente sein, sondern das Ausschalten von Krebsauslösern, insbesondere das Rauchen.

Hallek: Man kann das frühe Einsetzen von Krebs durch Vorbeugung verzögern, aber es ist eben auch eine Alterserkrankung. Wenn wir hundert Jahre leben, sind unsere Zellreparaturmechanismen irgendwann erschöpft. Während wir hier sitzen, mutieren jede Minute ein paar Gene in unseren Körperzellen. Tausende Male am Tag. Ständig werden diese Mutationen repariert. Oder die kaputten Zellen werden entsorgt. Diese Reparaturwerkstätten in unseren Zellen nutzen sich mit dem Alter ab. Diese Abnutzung wird durch Rauchen oder durch Übergewicht beschleunigt.

SPIEGEL: Wenn man ein gesundes Leben führt, kann die Zellreparatur also dennoch Fehler machen?

Hallek: Das ist die Erklärung dafür, warum Menschen, die nicht rauchen und gesund leben, trotzdem Krebs bekommen können – häufig in höherem Alter.

HALLEK: „DIE SEELISCHE REGENERATION IST WICHTIG."

SPIEGEL: Wissen das die Patienten, oder sehen Sie eher ein Bedürfnis, Erklärungen zu finden: Der war ein Raucher; dieser hat sich zu viele Sorgen im Leben gemacht?

Hallek: Ja. Die Patienten fragen natürlich nach Erklärungen. Krebs kommt aber meist aus heiterem Himmel. In keinem Fall ist eine persönliche Schuld dabei.

Ludwig: Als ich noch studierte, war es en vogue zu glauben, Krebs sei auch eine Krankheit der Biografie. Das ist jedoch nicht durch gute Untersuchungen belegt, und es wäre fatal, wenn der Patient selber vermutet, er habe Krebs bekommen, weil er eine Enttäuschung erlebt hat oder weil er seinen beruflichen Weg nicht so gestalten konnte, wie er es sich vorgestellt hatte. Das ist Unsinn.

SPIEGEL: Ist unser Gesundheitssystem eigentlich darauf eingestellt, dass immer mehr Menschen Krebs haben und lange versorgt werden müssen?

Ludwig: Schwer zu sagen. Zunächst gibt es ja Krebserkrankungen, die per se einen gutartigen Verlauf haben und nicht sofort behandelt werden müssen. Deswegen wird diskutiert, vor allem in den USA, ob man überhaupt alle Krebserkrankungen als Krebs bezeichnen soll, auch angesichts der Angst, die mit diesem Begriff verbunden ist.

SPIEGEL: Welche Krebserkrankungen meinen Sie?

Ludwig: Ich denke zum Beispiel an Schilddrüsentumore, die häufig gutartig verlaufen und geheilt werden können. Dies gilt auch für frühe Stadien bestimmter Brustkrebsarten, an denen die Patientinnen höchstwahrscheinlich nicht sterben werden. Grundsätzlich besteht in diesen Situationen die Gefahr der Überdiagnostik und Übertherapie.

SPIEGEL: Haben Sie Beispiele?

Ludwig: In Bezug auf die Diagnostik beispielsweise die Untersuchung von Tumormarkern oder der Einsatz bildgebender Verfahren wie Computertomografie oder Kernspintomografie. Diese Diagnostik wird bei gewissen Krebserkrankungen während der Therapie und in der Nachsorge viel zu häufig veranlasst, weil der Arzt unsicher ist, anstatt sich auf die klinische Untersuchung zu verlassen und auf das, was der Patient ihm berichtet.

SPIEGEL: Wie bewältigen denn die Betroffenen die Zeit nach ihrer Therapie?

Hallek: Viele Patienten haben nach erfolgreicher Behandlung die Sorge, dass die Krankheit zurückkommt. Dies sind verständliche psychologische Folgen, die das Trauma der Krebsdiagnose auslöst. Andere konkrete Probleme sind der Verlust des Arbeitsplatzes oder die Weigerung der Lebensversicherung, einen Vertrag abzuschließen. Weil heute Krebspatienten länger leben, werden diese Probleme der Krebsüberlebenden bedeutsamer.

SPIEGEL: Welche Rolle spielt die Psyche für den Erfolg einer Behandlung?

Hallek: Die seelische Regeneration ist für den Behandlungserfolg wichtig. Zum Beispiel haben Patienten, die keine Familie und wenig Freunde haben, es schwerer, mit der Situation fertig zu werden, weil ihnen ein unterstützendes Umfeld fehlt. Auch sportliche Betätigung kann den Heilungsverlauf und die Psyche stark positiv unterstützen. Wer Körpergefühl entwickelt, der merkt plötzlich, dass er wieder zu etwas fähig ist. In der Krebstherapie soll man alles tun, damit das Selbstwertgefühl erhalten und die seelische Verfassung positiv bleibt. Die Psychoonkologie ist ebenso wichtig wie die richtigen Medikamente.

Ludwig: Die Zuwendung, das Gespräch, möglicherweise auch die Weiterleitung an einen Psychoonkologen brauchen viel Zeit. Doch wir haben derzeit ein Gesundheitssystem, das Gespräche nicht adäquat bezahlt. Es fehlt an Zeit und auch an Kompetenz. Uns Ärzten fällt es mitunter schwer zu erklären, wie der Nutzen und Schaden einer Therapie oder einer Vorsorgeuntersuchung ist. Wir müssen uns Gedanken darüber machen, wie wir das medizinische Wissen in vernünftige absolute Zahlen übersetzen, sodass die Patienten gemeinsam mit uns entscheiden können, was geschehen soll. Davon sind wir derzeit sehr, sehr weit entfernt, und das führt auch dazu, dass viele Patienten zu vermeintlichen Wunderheilern gehen.

SPIEGEL: Die Hälfte aller Patienten geht zum Naturheiler.

Ludwig: Vermutlich sind es noch viel mehr. Wenn das geschieht, weil der Arzt nicht richtig mit dem Patienten reden konnte, ist das ein Alarmsignal! Oft ist die Suche nach alternativen Konzepten aber auch nur ein Ausdruck dafür, dass der Patient einfach nach Möglichkeiten neben der Schulmedizin sucht. Das ist nicht unbedingt ein Problem, solange es nicht sehr teure Verfahren sind. Das ist ein Riesenmarkt. Und es gibt leider viel Unsinn, der da angeboten wird.

SPIEGEL: Was für Unsinn?

Ludwig: Schlangengiftinjektionen, Aprikosenkernextrakte, Pendelmagnetismus.

SPIEGEL: Erfahren Sie als Ärzte überhaupt, wenn Ihre Patienten mit naturheilkundlichen Methoden experimentieren?

Hallek: Wenn ich im Verlauf der Behandlung das Vertrauen der Patienten gewinne, erzählen sie oft, dass sie noch andere Verfahren versuchen. In vielen Fällen ist dies harmlos, und ich kann sagen: Das ist schon in Ordnung, weil es weder Wirkung noch Nebenwirkungen hat. In anderen Fällen, wenn es zu viel kostet oder für den Patienten gefährlich ist, muss ich dem Patienten raten, es bleiben zu lassen.

SPIEGEL: Zum Argwohn gegen die Schulmedizin mag die pharmazeutische Industrie beitragen. Diese engagiert Onkologen als Berater und als Redner auf Pressekonferenzen. Herr Ludwig, Sie haben erklärtermaßen keine Verbindung in die Industrie. Wie sehen Sie diese Problematik?

Ludwig: Alle neuen Arzneimittel müssen in klinischen Studien getestet werden. Und wenn diese Studien dann auf Kongressen vorgestellt werden, dann sollten dies natürlich die beteiligten Ärzte tun. Ich kritisiere aber, dass einige meiner Kollegen in einer für mich fast nicht mehr nachvollziehbaren Anzahl Beratertätigkeiten für die Pharmaindustrie ausüben und dann auf Fachtagungen und in der Öffentlichkeit für die Medikamente der Hersteller unkritische, häufig zu positive Aussagen treffen. Dazu wird es auch in Deutschland künftig Regeln geben. Die Patienten haben ein Anrecht darauf, dass diese Interessenkonflikte transparent gemacht werden.

SPIEGEL: Herr Hallek, Sie gehören dem sogenannten Speakers Bureau der Firma Roche an. Was machen Sie da?

Hallek: Der Begriff bedeutet, dass ich auf Veranstaltungen spreche, wo von uns durchgeführte und geplante Studien vorgestellt werden. Einige dieser Veranstaltungen werden von dieser oder von anderen Firmen finanziell unterstützt. Diese Vorträge müssen stets von der Verwaltung der Universitätsklinik genehmigt werden. Unabhängig von diesem Detail gehöre ich eindeutig zu den Verfechtern der Kooperation mit der Industrie. Ich arbeite dabei nicht nur mit einer einzigen Firma zusammen. Sonst wäre ich vielleicht beeinflussbar. Es gibt einen wichtigen Unterschied zwischen

Kooperation und Korruption. Wir Ärzte können Medikamente nicht allein entwickeln. Das ist völlig unmöglich. Zur Kooperation kann gehören, Vorträge auf Symposien zu halten, die von der Industrie unterstützt werden. Ich halte aber auch viele wissenschaftliche Vorträge auf Veranstaltungen, die nicht finanziell unterstützt werden. Wichtig ist mir vor allem, dass der Inhalt meines Vortrags stets und ausschließlich den Fakten verpflichtet bleibt.

Ludwig: Ich finde es okay, dass Professor Hallek mit der Firma Roche interessante Wirkstoffe, auch in klinischen Prüfungen, weiterentwickelt hat. Wenn es jetzt darum gehen würde, diese Wirkstoffe beispielsweise in einer Leitlinie zu besprechen, dann würde ich sagen, Herr Hallek könnte an Entscheidungen nicht beteiligt werden.

SPIEGEL: Wenn man den Krebs ganz früh entdecken könnte, wäre er vermutlich besser zu heilen. Glauben Sie, dass man je einen Tumormarker findet, für den man zum Beispiel Blut abnehmen würde und erkennen könnte: Dieser Mensch hat Krebs.

Ludwig: Das sehe ich eher pessimistisch. Man kann zwar die Vision haben, als ultimative vorbeugende Maßnahme könnte jeder von uns sein Erbgut sequenzieren lassen und auf diese Weise erkennen, ob er in irgendeiner Form schon Mutationen hat, die darauf hinweisen, dass später mal Krebs ausbricht. Aber ob das ein wirklicher Fortschritt ist?

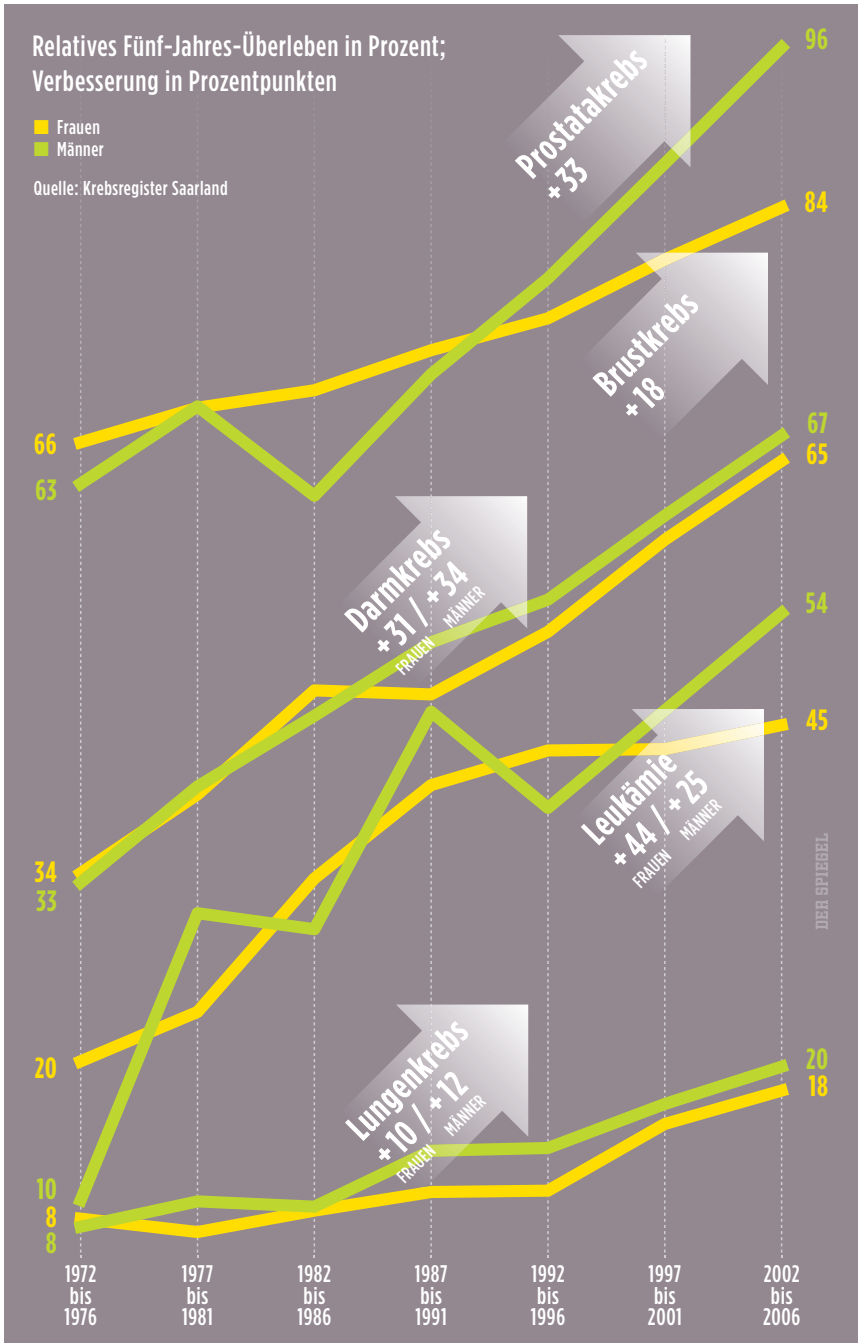
Hallek: Ich würde dringend davor warnen. Es gibt bereits Anbieter in Amerika, denen man Proben schickt und die dann die Wahrscheinlichkeit berechnen, dass man Krebs bekommt. Das sind Dinge, die nicht wissenschaftlich fundiert sind, aber viel kosten.

SPIEGEL: Glauben Sie, dass die Menschheit den Krebs jemals besiegen kann?

Ludwig: Es ist jetzt 43 Jahre her, dass der Krieg gegen den Krebs erklärt wurde, und er sollte damals ja eigentlich in fünf Jahren gewonnen sein. Ich befürchte, dass wir metastasierte Krebserkrankungen auch in den nächsten 20 bis 30 Jahren nicht werden heilen können. Neue Medikamente könnten jedoch das Überleben verlängern.

Hallek: Siegen und Heilen sind große Worte. Ich bin aber überzeugt, dass ein größer werdender Teil der Krebspatienten gut mit der Krankheit wird leben können. Das heißt: deutliche längere Lebenszeit und gute Lebensqualität trotz Krebs. Wir werden in der nächsten Zeit weitere, sichtbare Fortschritte in diese Richtung erzielen.

SPIEGEL: Professor Hallek, Professor Ludwig, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.



MESSBARE ERFOLGE

Die Fortschritte der Krebsmedizin beruhen vor allem auf neuen Operationstechniken, sinnvoller Früherkennung und verbesserter Medikation. Vor allem Erkrankte unter 70 Jahren ohne Metastasen haben heute gute Aussichten, geheilt zu werden. Was „Heilung" allerdings bei Krebskranken bedeutet, ist wie so oft eine Frage der Definition. Denn die Nachsorge kann viele Jahre dauern, häufig müssen über lange Zeit Medikamente genommen werden, und auch späte Rückfälle sind möglich. Eine wichtige Größe der Krebsstatistik ist das „relative Fünf-Jahres-Überleben". Es zeigt an, wie viele von 100 Patienten fünf Jahre nach der Diagnose noch am Leben sind; herausgerechnet wird der Anteil der Personen, die in dieser Zeit durch andere Ursachen sterben als durch Krebs. Die längsten verfügbaren Zahlenreihen in Deutschland stammen aus dem Saarland; nach Angaben des Berliner Robert Koch-Instituts spiegeln diese Daten den bundesweiten Trend sehr gut wider.

FENJA SCHMIDT