

## Extrem teure Chemotherapie oft wirkungslos?

Hochpreisige Krebsmedikamente werden teilweise als Wundermittel vermarktet. Ende letzter Woche kam ans Tageslicht, dass 60.000 (!) Fälle von verdünnter oder fehlender Chemotherapie Krebsmediziner und Kliniken nicht aufgefallen sind. Palliativarzt Dr. Matthias Thöns aus Witten bringt es auf den Punkt: „Die Wirkung manch hochpreisiger Krebsmedizin ist so gering, dass die behandelnden Ärzte über Jahre nicht merken, dass ihre Patienten nicht die verschriebene Arznei erhielten.“

Hintergrund: Der Bottroper Apotheker Peter S. war im November vergangenen Jahres in Untersuchungshaft genommen worden. Die Buchhaltung des Apothekers zeigte, dass deutlich mehr Medikamente verkauft als eingekauft wurden. Der Vorwurf der Staatsanwaltschaft lautet, dass er über Jahre Chemotherapie-Infusionen für Krebsbetroffene zu niedrig dosiert oder gänzlich ohne Wirkstoff ausgeliefert habe. Tausende Krebsbetroffene haben mithin nicht die verschriebene Chemotherapie bekommen. Angeklagt wird der Apotheker in 60.000 Fällen wegen Betrugs, eine Körperverletzungsanklage erfolgt nicht. Denn es ist schlicht nicht nachweisbar, dass die fehlende Verabreichung von Chemotherapie Patienten wirklich schädigte!

37 Krebsmediziner und Kliniken aus 6 Bundesländern verschrieben die Arzneimittel bei 3700 Krebsbetroffenen in den letzten 5 Jahren. Nach Recherchen des ARD-Magazins Panorama und des gemeinnützigen Recherchezentrums CORRECTIV gibt es seit mehr als 10 Jahren wahrscheinlich mehr als 7000 Betroffene, die mit den 49 ermittelten hochpreisigen „Wirkstoffen“ behandelt wurden. Nun kam heraus, dass die verschreibenden Krebsmediziner und Kliniken auch 9 Monate nach Bekanntwerden des Skandals ihre Patienten noch nicht informiert hatten.

Der eigentliche Skandal hinter diesem unglaublichen mutmaßlichen Verbrechen ist aber folgender: Kein Krebsmediziner und keine Klinik hat in den 60.000 (!) nun angeklagten Fällen bei tausenden Betroffenen gemerkt, dass die Patienten wirkstofffreie oder reduzierte Chemotherapie bekamen. Erst die beiden Whistleblower Marie Klein und Martin Porwoll von der Alten Apotheke Bottrop – ehemalige Mitarbeiter – haben den „größten Medizinskandal“ Deutschlands aufgeklärt. Sie gingen am 25.10.2016 zur Polizei. Jahre zuvor hätten verschiedene Mitarbeiter der Apotheke bereits derartige Manipulationen bemerkt, gemeldet hatten sie es nicht. Stattdessen wurden Witze im Labor erzählt „Die Krebsmedikamente hier sind der Beweis dafür, dass Homöopathie wirkt.“ oder „Wie Jesus Christus Brot und Wein, so kann S. per Handauflage Wirkstoffe verdoppeln.“

Die Geldbeträge, die mit Chemotherapie verdient werden, verschlagen einem den Atem: Aktenkundig sind die Verhältnisse beim Lungenkrebsmedikament Opvido: Eingekauft wurden 16 g, verkauft dagegen 52 g. Durch dieses dreifache Strecken hat Peter S. einen Gewinn von 615.000 € erzielt. Selbst der eigentlich ehrliche Verdienst liegt weit außerhalb der Vorstellungskraft eines normalen Bürgers. Blauäugig muss derjenige sein, der angesichts dieser Gewinnspannen glaubt, es handele sich um einen Einzelfall. Nicht zuletzt Prof. Lauterbach kritisiert die undurchsichtige Berechnung von Chemotherapie in Kliniken.<sup>1</sup>

Derartige Medizin wird von Fachverbänden hochgelobt und trotz teils sehr mäßigen Studiendaten empfohlen. Kostengünstige und wirksame Medizin dagegen wird kritisiert, ignoriert oder fast verteufelt. So sei auf die jüngste Diskussion zu Methadon in der Krebsmedizin hingewiesen<sup>2</sup>. Auch wird die lebensverlängernde und lebensverbessernde frühzeitig empfohlene Palliativversorgung kaum berücksichtigt. Jeder Krebsbetroffene müsste sie bei Diagnosestellung „Unheilbarkeit“ erhalten, einer aktuellen Untersuchung zufolge bekommen sie aber nicht einmal 2%.<sup>3</sup>

Und noch einen weiteren Aspekt kritisiert Thöns, der in seinem Buch die Fehlanreize der Medizin am Lebensende beschreibt („Patient ohne Verfügung“, Piper Verlag): Wie kann es sein, dass ein Apotheker aus Bottrop Ärzte und Kliniken auch in Rheinland-Pfalz oder Sachsen beliefert. Die gute Qualität oder die Ortsnähe können es nicht sein. „Mir fällt dazu nur ein, dass hier Geldbeträge oder andere Annehmlichkeiten flossen. Es ist schon skandalös, dass dies die Öffentlichkeit nicht erfährt.“. Die Annahme derartiger „Annehmlichkeiten“ waren schon immer dem Arzt verboten, spätestens seit Mitte 2016 handelt es sich um Straftaten und sie werden endlich auch bezeichnet als das was sie sind: „Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“.

Kontakt:

Dr. med. Matthias Thöns, Wiesenstraße 14, 58452 Witten, 02302/57093, [thoens@web.de](mailto:thoens@web.de)

## Hintergrundinformationen:

**Correctiv vom 16.08.2017:** <sup>4</sup>

Gepanschte Krebsmedikamente: Tausende Menschen in sechs Bundesländern betroffen.  
<https://correctiv.org/blog/ruhr/artikel/2017/08/16/gepanschte-krebsmedikamente-tausende-menschen-sechs-bundeslaendern-betroffen/>

### Hintergrund zur Übertherapie

Das „Whistleblower“-Buch „Patient ohne Verfügung – Das Geschäft mit dem Lebensende“ (Piper Verlag, 8. Aufl. 2017) kritisiert erstmals öffentlich die Übertherapie am Lebensende wegen geldlicher Fehlanreize. Thöns wurde für die Veröffentlichung heftig kritisiert<sup>5</sup>. Mehr als 28 Wochen steht es auf der Spiegel Bestsellerliste, aktuell auf Platz eins in den „Social-Media Trendcharts von Media control. Es diente als Grundlage des sehenswerten ZDF-Beitrags Mann, Sieber: „Wer kriegt die Omi“<sup>6</sup>.

### Zur fehlenden Berücksichtigung der Palliativversorgung

Die Auswertung der Daten einer großen deutschen Universitätsklinik zeigt, dass Krebsbetroffene noch in den letzten Lebenstagen zuhauf Übertherapie erhalten. Wie die Daten belegen fanden Chemotherapie, Blutwäsche, Operationen, Intensivbehandlung, ja sogar Wiederbelebungen bei den sterbenden Krebskranken häufig statt. Die Chance überhaupt das Krankenhaus lebend zu verlassen liegt bei letzteren gar nur bei 6,2%. Etwa jeder 3. starb dann auch auf der Intensivstation (Tab 1).

**Tab 1: Anteil Krebspatienten innerhalb der letzten Lebenswoche / Lebensmonat**

- Chemotherapie (7.7%/38.3%)
- Bestrahlung (2.6%/6.4%)
- Wiederbelebung (8.5%/10.5%)
- OP (15.2%/31.0%)
- Dialyse (12.0%/16.9%)
- Bluttransfusion (21.2%/39.5%)
- CT (33.8%/60.9%).
- Tod auf der Intensivstation: 30,3%
- Palliativversorgung > 20 Tage (1,9%)

Im Schnitt waren die Verstorbenen 66,8 Jahre alt.

Die notwendige Palliativversorgung erhielt dagegen nur ein Bruchteil: Nicht einmal 2% wurden mehr als 20 Tage leidenslindernd versorgt. Die Zahlen belegen den katastrophalen Umgang mit Sterbenskranken.

Krebspatienten haben grundsätzlich viele belastende Beschwerden, Ängste und Nöte, nicht erst in fortgeschrittenen Krankheitsstadien. So ist es seit Jahren unumstritten, dass sie möglichst bald eine Mitversorgung durch Palliativteams erhalten sollten. Hierzu gibt es amerikanische<sup>7</sup>, wie auch europäische<sup>8</sup> Grundsatzempfehlungen.

Frühzeitige Palliativversorgung – also die umfassende Leidenslinderung bereits bei Feststellung einer lebensbegrenzenden Erkrankung – hat viele Vorteile<sup>9</sup>: Lebensqualität von Patient und Familie<sup>10</sup>, Stimmung<sup>11</sup>, Krankheitsverständnis, Vorsorge und sogar Überleben<sup>12</sup> bessern sich. Palliativversorgung führt zu einer geringeren Krankheitslast, weniger Chemotherapie in den letzten Lebensmonaten<sup>13</sup>, zu selteneren Notarzteeinsätzen und weniger und kürzeren Krankenhausaufenthalten.<sup>14</sup> So wird mittlerweile seit Jahren empfohlen, Krebskranke frühzeitig in die Palliativversorgung einzubinden.<sup>15</sup> Damit sinken nachweislich Kosten aber eben auch die Gewinne der Krebsmedizin. Ob es da ein Zufall ist, dass dieses Kriterium nicht in die deutschen Zertifizierungsregeln von Krebszentren aufgenommen wurde? Thöns diesbezüglicher Vorschlag wurde 2013 in einer Mail von einem Fachgebietspräsidenten abgebügelt und auf „Freiwilligkeit“ verwiesen: Freiwillig auf Pfründe verzichten? Bis heute jedenfalls wird Palliativversorgung fehlerhaft als „Medizin für die letzten Lebenstage“ verstanden, wie die Daten der aktuellen Studie belegen.

Die Zahlen der Untersuchung schmeicheln der deutschen Krebsmedizin nicht. Ob es da ein Wunder ist, dass sie eher in einer unbedeutenden amerikanischen Krebszeitschrift zu finden sind und es mehr als 3 Jahre dauerte, bis die Publikation erschien? Und ans Licht der Öffentlichkeit gelangten die Zahlen seit 2 Monaten nicht – noch nicht.

### Zur Wirksamkeit mancher Chemotherapie

Einer Arbeit aus 2015 zufolge ist Chemotherapie aber bereits im mutmaßlich letzten Lebenshalbjahr zu vermeiden. Sie kann nur helfen, wenn der Patient sie verträgt und er noch mehrere Lebensmonate erwarten darf. Denn eine mögliche positive Wirkung setzt erst nach längerer Zeit ein. Kurzum: Chemotherapie in der allerletzten Lebensphase hat keinen Sinn.<sup>16</sup> Die Autoren schreiben wörtlich: „Die Kosten einmal beiseitegelassen, finden wir, dass die letzten sechs Lebensmonate nicht mit einer Krebsbehandlung verbracht werden sollten [...] Wir sollten

dazu beitragen, dass Patienten mit metastasiertem Krebs in dieser traurigen und oft ausweglosen Situation gute Entscheidungen treffen."

### **Teure Therapie**

War die Therapie bei Darmkrebs in den 1990er Jahren noch mit umgerechnet durchschnittlich rund 6.000 Euro inklusive der Klinikkosten vergleichsweise günstig, so liegen heute allein die Kosten der Medikamente schnell bei 150.000 Euro pro Patient. Dabei sind Jahrestherapiekosten von 100.000 Euro für ein einzelnes Präparat keine Seltenheit, etwa für Ipilimumab. Das Medikament gegen den schwarzen Hautkrebs hat die Zulassung bekommen, weil es die Überlebenszeit im Schnitt von sechseinhalb auf zehn Monate verlängerte.<sup>17</sup> Unter „Zulassung“ ist dabei zu verstehen, dass die Kassen das bezahlen müssen, was sich die Pharmaindustrie ausdenkt. Dabei interessiert sich niemand ernsthaft für die Tatsache, dass die gleiche Medizin in unseren Nachbarländern deutlich billiger zu haben ist. In Deutschland etwa ist Pemetrexed, ein Medikament gegen Lungenkrebs, mehr als doppelt so teuer wie in Griechenland. Spitzenreiter der Untersuchung ist allerdings das Brustkrebsmedikament Gemcitabin, das in einigen Ländern vier Mal so teuer verkauft wird, wie in anderen.<sup>18</sup>

Der „Arzneimittelbrief“, eine unabhängige Arzneimittelzeitung, hat verschiedene Studien zu neu zugelassenen Krebsmedikamenten sorgsam analysiert<sup>19</sup> und kam zu einem ernüchternden Ergebnis: Weniger als ein Drittel der Medikamente wurde aufgrund einer verbesserten Überlebenszeit zugelassen.

Wie dies teilweise aussieht sei an einem Beispiel erläutert.

In Zulassungsstudien zur Behandlung des Bauchspeicheldrüsenkrebs wurde dem Wirkstoff Erlotinib in der Tat eine Verlängerung der Überlebenszeit attestiert: von 5,93 Monaten ohne auf 6,34 Monate mit Erlotinib im Behandlungsprogramm. 0,4 Monate, das sind im Schnitt zwölf Lebenstage. Die gibt es statistisch natürlich nur für den, der die nebenwirkungsreiche Medizin 6 Monate brav einnimmt. Ein positiver Einfluss auf die Lebensqualität ließ sich in den Studien nicht nachweisen. Im Gegenteil: Behandelte Patienten klagten häufiger über Durchfall und sogar häufiger über schwerwiegende unerwünschte Wirkungen. Selbst der Tod von fünf Patienten in dieser Untersuchung wird auf Nebenwirkungen zurückgeführt.<sup>20</sup> Mit dem Medikament werden Millionen verdient.

---

<sup>1</sup> Lauterbach, K. (2015). Die Krebs-Industrie: Wie eine Krankheit Deutschland erobert. Rowohlt Verlag GmbH.

<sup>2</sup> <http://www.daserste.de/information/wirtschaft-boerse/plusminus/sendung/methadon-krebstherapie-reaktionen-100.html>

<sup>3</sup> Dasch B, Kalies H, Feddersen B, Ruderer C, Hiddemann W, Bausewein C: Care of cancer patients at the end of life in a German university hospital: A retrospective observational study from 2014. PLoS One. 2017 Apr 6;12(4):e0175124. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28384214>

<sup>4</sup> <https://www.buchmarkt.de/sortimenterservice/bestenlisten/charts/die-top-10-social-media-trendcharts-der-kw-32-3/>

<sup>5</sup> <https://www.derwesten.de/staedte/witten/aerzte-nehmen-kritiker-thoens-in-die-mangel-id12198173.html>

<sup>6</sup> <https://www.zdf.de/comedy/mann-sieber/mann-sieber-clip-2-108.html>

<sup>7</sup> American Society of Clinical Oncology (ASCO): Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care. American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. <http://www.asco.org/practice-guidelines/quality-guidelines/guidelines/patient-and-survivor-care#9671>

<sup>8</sup> Cherny N, Catane R, Schrijvers D, Koke M, Strasser F. European Society for Medical Oncology (ESMO). Program for the integration of oncology and Palliative Care: A 5-year review of the Designated Centers' incentive program. Ann Oncol. 2010; 21: 362±9. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp318> PMID: 19654197

<sup>9</sup> Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachgesellschaften±AWMF. Leitlinienprogramm

Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 1.0, 2015: AWMF-Registernummer: 128/001OL; [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/128-001OLI\\_S3\\_Palliativmedizin\\_2015-07](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2015-07)

<sup>10</sup> Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. Lancet 2014;383:1721-30

<sup>11</sup> Pirl WF, Greer JA, Traeger L, Jackson V, Lennes IT, Gallagher ER, Perez-Cruz P, Heist RS, Temel JS.: Depression and survival in metastatic non-small-cell lung cancer: effects of early palliative care. J Clin Oncol. 2012 Apr 20;30(12):1310-5

<sup>12</sup> Bakitas M, Tosteson T, Lyons K, Dragnek K, Hegel M, Azuero A. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. J Clin Oncol 2015;33

- 
- <sup>13</sup> Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England journal of medicine* 2010;363:733-42
- <sup>14</sup> Gärtner J, Wedding U, Alt-Epping, B: Frühzeitige spezialisierte palliativmedizinische Mitbehandlung. *Z Palliativmed* 17 (2016) 83-93
- <sup>15</sup> Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, Ferrell BR, Loscalzo M, Meier DE, Paice JA, Peppercorn JM, Somerfield M, Stovall E, Von Roenn JH: American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol.* 2012 Mar 10;30(8):880-7
- <sup>16</sup> Priggerson et al: Chemotherapy Use, Performance Status, and Quality of Life at the End of Life. *JAMA Oncol.* doi:10.1001/jamaoncol.2015.2378 Published online July 23, 2015
- <sup>17</sup> Melanom: Lebensverlängerung mit zwei neuen Medikamenten. *Deutsches Ärzteblatt* 06.06.2011; im Internet (Zugriff am 01.06.2016) unter [www.aerzteblatt.de/nachrichten/46123](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/46123)
- <sup>18</sup> Volger, S, Vitry A, Din Babar Z: Cancer drugs in 16 European countries, Australia, and New Zealand: a cross-country price comparison study. *Lancet oncol* 2015 ; im Internet (Zugriff am 01.06.2016) unter [www.researchgate.net/publication/285591627\\_Cancer\\_drugs\\_in\\_16\\_European\\_countries\\_Australia\\_and\\_New\\_Zealand\\_A\\_cross-country\\_price\\_comparison\\_study](http://www.researchgate.net/publication/285591627_Cancer_drugs_in_16_European_countries_Australia_and_New_Zealand_A_cross-country_price_comparison_study)
- <sup>19</sup> *Arzneimittelbrief* 2015, 49, 40DB01
- <sup>20</sup> *Arzneitelegramm* 02/2008: Erlotinib bei Pancreaskarzinom. im Internet (Zugriff am 01.06.2016) unter [www.arznei-telegramm.de/html/2008\\_02/0802022\\_02.html](http://www.arznei-telegramm.de/html/2008_02/0802022_02.html)