

Chemotherapie aus ganzheitsmedizinischer Sicht

Zu einer Problematik von wachsender Bedeutung und Aktualität

von Dr. med. Karl Windstosser

Zusammenfassung:

Nach kurzer Übersicht über die in der orthodoxen Onkologie üblichen Chemotherapeutika werden die mit deren Kombinationsvarianten erzielbaren Wirkungen gewürdigt. Trotz der auf diese Weise bei einigen wenigen Malignomen, besonders bei den Leukosen und Lymphomen des Kindesalters, erreichten Langzeiterfolge, verbietet die damit verbundene Toxizität eine generelle Anwendung dieser Präparate. Die meisten Geschwulstarten sprechen darauf gar nicht an. Alle Zytostatika sind nebenwirkungsreich, leber- oder herzmuskelschädigend, immunsuppressiv, mehrere derselben eindeutig karzinogen. Die Studie eines Mitarbeiters des Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim ergab 1989, daß signifikante Lebensverlängerungen bei chemotherapeutisch behandelten Krebspatienten nicht nachweisbar sind.

Aus diesen Gründen ist die Weiterentwicklung und der breitgestreute Einsatz bewährter nichttoxischer Immunmodulatoren um so wichtiger, um diese immer öfter an die Stelle der Chemotherapeutika treten zu lassen. Insbesondere für die Mistelpräparate wurde deren Gleichwertigkeit oder sogar Überlegenheit gegenüber Letzteren bereits nachgewiesen.

Wesen und Wirkung der Zytostatika

Zytotoxische Substanzen kamen in Form von Giftgasen bereits während des ersten Weltkrieges zum Einsatz. 1944 wurden solche amerikanischer Herkunft, bestimmt für die Monte-Cassino-Front, im italienischen Hafen Bari entladen. Infolge eines Treffers in einen Transporter mit 100 Tonnen Senfgas (Lost, Gelbkreuz) kam es zu einer Katastrophe mit zahlreichen, teils sofort toten, teils unheilbar erkrankten Opfern. Sie wiesen alle schwere Systemschädigungen und Immunschwächen, insbesondere letal verlaufende Agranulozytosen auf.

Dies gab den ersten Anstoß, über die therapeutische Anwendung dieser Stoffe als Zellgifte bei Malignomen nachzudenken. Die Chemotherapie entsprang jedoch zunächst ganz inhumanen Absichten der Vernichtung menschlichen Lebens.

Auf die hochtoxische Ausgangssubstanz Stickstoff-Lost folgten in rascher Reihenfolge dutzende weiterer Chemotherapeutika, die sich ihrer chemischen Herkunft und physiologischen Wirkung gemäß auf folgende Wirkstoffgruppen verteilen:

Alkylantien, Alkaloide, Anthrazykline, Antibiotika, Antimetaboliten, Carbamide, Carbazine, Enzyme, Mitoxantrone, Schwermetallsalze.

Die seit der Jahrhundertmitte sich daraus entwickelnde chemotherapeutische bzw. zytotoxische Behandlung Krebskranker wurde zur jüngsten und wohl auch problematischsten aller gegen die malignen Zellen gerichteten - klinischonkologischen Maßnahmen. Es liegt ihr das Konzept zugrunde, diese Zellen möglichst vollzählig, nachhaltig und selektiv zu

vernichten, bzw. so zu schädigen, daß sie anderweitigen zusätzlichen Angriffen nicht mehr standzuhalten vermögen.

Die chemotherapeutischen Schäden

Das mit diesem Programm verbundene Risiko und bis heute nicht gelöste Problem liegt in der gleichzeitig verursachten Schädigung gesunder, lebenswichtiger Zellen und dem mehr oder weniger verhängnisvollen Erliegen ihrer Funktion. Dies betrifft vor allem Zellverbände mit lebhaftem Eigenstoffwechsel und hoher Mitoserate, z.B. das Knochenmark, die Drüsen mit innerer und äußerer Sekretion, die Gonaden, die Haut und ihre Anhangsgebilde. Immer wird eine mehr oder weniger starke Immunsuppression ausgelöst, erkennbar an Anämie und Granulozytenmangel. Mit Hilfe monoklonaler Antikörper wurde nachgewiesen, daß beispielsweise Cyclophosphamid (eines der meistverwendeten Zellgifte) -ähnlich wie die Lymphdrüsenbestrahlung- vorwiegend die Bildung und Funktion der abwehrkompetenten T-Zellen und Helferzellen schädigt, die unerwünschten Suppressorzellen dagegen sogar fördert. Außer diesen verhängnisvollen Nebenwirkungen sind manche Zytostatika selbst karzinogen, sei es aufgrund direkter Zellkern- oder Zellmembranschädigung, sei es infolge genereller Immunsuppression. Dies gilt vor allem für die Alkylantien. Nach SCHMÄHL (31,32), Krebsforschungszentrum Heidelberg, kann schon die fünfmalige Gabe von Cyclophosphamid, in 14tägigen Abständen verabreicht, Krebs erzeugen, vorwiegend Hämangioendothelsarkome, Harnblasenkarzinome und Leukämien.

HEINE äußerte sich auf dem 3. Wissenschaftlichen Kongreß der Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr 1987 folgendermaßen: "Da alle Chemotherapeutika, um ihr Ziel zu erreichen, die Grundsubstanz passieren müssen, wird dabei zwangsläufig deren normale Regulationsfähigkeit geschädigt. Die frustrierten Ergebnisse schulmedizinischer Tumorthapie bestätigen dies."

In gleichem Sinne schreibt der Radiologe SCHLITTER in seiner chemotherapiebezüglichen Arbeit (28): "Weil alle Krebskrankheiten auf einer präkanzerösen chronischen Bindegewebs-Insuffizienz und vegetativen Regulationsstarre beruhen, können immunsuppressive Pharmaka im Prinzip keine Krebsheilmittel sein. Die damit gesetzten Reize können die den Geschwulstkrankheiten zugrunde liegenden Fehlfunktionen nicht ausgleichen, sondern nur verstärken. Die damit gesetzten Therapieschäden sind unvermeidlich und irreparabel. Jahrelange Erfahrungen mit Chemotherapie beweisen diesen zwangsläufigen Sachverhalt."

All die objektiven Intoxikationserscheinungen werden im Erleben des Patienten noch übertroffen vom chemotherapiebedingten Verlust an Lebensqualität mit totalem Vernichtungsgefühl, Apathie, Depression, Schlaflosigkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Haarausfall, Amenorrhoe usw., vergleichbar etwa mit dem Bild schwerster Seekrankheit. Auch in psychosomatischer Hinsicht bedeutet Chemotherapie also in den meisten Fällen - BONADONNA gibt deren Quote mit 94% an (5)- einen erheblichen Schaden für den therapierelevanten Heilwillen und die Compliance des Patienten. Kinder leiden unter diesen Begleitumständen besonders, und mit ihnen selbstverständlich die ganze Familie.

Vorwiegend bedient man sich heute der Kombination mehrerer Chemotherapeutika mit unterschiedlicher Angriffsweise als "Poly-Chemotherapie". Zwar reduziert man damit die Gefahren der früher hochdosiert gegebenen Einzelmittel, nimmt dafür aber die synergistische Multitoxizität der verabreichten Zellgifte in Kauf. Manche der Polychemotherapie-Schemata sind zu einem gewissen Standard geworden, neue werden laufend empfohlen. Jede einschlägige Publikation, jeder Kongreß bringt weitere Varianten dieser Art. BURKERT (7) nennt in seiner Übersicht bei rund 30 Geschwulststarten etwa 150 zur Anwendung kommende

Schemata mit je 2-4 zytoxischen bzw. adjuvanten Bestandteilen, ohne daß auch nur ein einziger derselben als völlig gefahrlos für den Patienten bezeichnet werden kann. Welcher gewissenhafte Therapeut mag sich in diesem Irrgarten von Wagnissen und Risiken noch zurechtfinden? Unausbleiblich, daß jedes Tumorzentrum, jede Klinik anders vorgeht, und daß von einer einheitlichen Regel selbst bei bestimmten Tumorarten, -stadien und Tumorverläufen vorerst gar keine Rede sein kann. Kritische Onkologen weisen außerdem darauf hin, daß Chemotherapie häufig zu stark, zu voreilig und ohne sachgerechte Indikation eingesetzt wird. HAGER (13) schreibt: "Die unkritische Fortsetzung der Übernahme solcher Therapieschemata führt in vielen Fällen zu unnötigen Belastungen und Gefahren für den Patienten ohne therapeutischen Vorteil. Manches Therapieschema sollte erst in klinischen Studien nochmals auf Wirksamkeit geprüft werden. Die Steigerung des Absatzes von Zytostatika um jährlich etwa 20% (MARTZ, CRAMER u.a.) bei einem geschätzten weltweiten Umsatz von 20 Milliarden DM läßt sich mit Sicherheit nicht mit den klinischen Erfolgen rechtfertigen und berechtigt zu der Frage, ob man nicht schon von einem „Zytostatika-Abusus“ sprechen kann. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Krebsarzneimittel sind in der BRD von 1970 bis 1984 von 100 Millionen auf über 1 Milliarde DM angestiegen."

Pharmaindustrie und Klinik bemühen sich unentwegt um die Spezifität und Wirksamkeit der Chemotherapeutika bei gleichzeitiger Dämpfung der schlimmsten Therapieschäden. Es gibt Neuroleptika gegen die psychischen Symptome, Antiemetika gegen Übelkeit und Erbrechen. Man versucht, die Wirkung der Zytostatika durch bestimmte Adjuvantien, z.B. Nitroimidazole, zu steigern, ohne sie für den Organismus toxischer zu machen. Man neutralisiert die schleimhautschädigende Wirkung der mit dem Harn ausgeschiedenen Zellgifte in der Blase durch MESNA. Man gibt Leukovorin gleichzeitig mit Methotrexat, um den durch letzteres verursachten Folsäuremangel vorzubeugen (wodurch andererseits die beabsichtigte Zytostase beeinträchtigt wird). Man nutzt die biorhythmisch bedingte nächtliche Dämpfung des Vegetativums und gibt die toxischen Infusionen in den Stunden nach Mitternacht, um so die unangenehmen subjektiven Beschwerden erträglicher zu machen. Man sucht die Zusammensetzung der Polychemotherapie-Schemata zu verbessern, indem man beispielsweise in den beiden häufig benutzten Kombinationen CMF (=Cyclophosphamid-Methotrexat-Fluorouracil) und VAC (=Vincristin-Adriblastin-Cyclophosphamid) neuerdings anstelle des C das Alkylanz Sterocyt, anstelle von V das Alkaloid Vindesine (Eldesine) und anstelle von A die Antibiotika Farmorubicin bzw. Novantron einzusetzen empfiehlt (14). Die davon für den Patienten erhofften Vorteile bleiben abzuwarten.

Chemotherapeutika finden vor allem dann Verwendung, wenn eine operativ, radiologisch oder hormonal nicht mehr beeinflussbare Ausbreitung des Geschwulstprozesses vorliegt, gewissermaßen also als Ultima ratio. Hierzu zählen auch lebensbedrohliche Zustände, foudroyante Verläufe und die gefürchtete Lymphangiosis carcinomatosa. Prophylaktisch behandeln manche Onkologen ihre Patienten, um postoperativ der Metastasierung, dem Rezidiv oder der Generalisierung vorzubeugen, wobei man schon statistisch sich ergebende Unterschiede in der Verzögerung dieser Komplikationen von wenigen Wochen als Therapieerfolg bewertet, obwohl dies hinsichtlich der Lebenserwartung der Patienten ganz belanglos ist und oft nur eine Leidensverlängerung bedeutet. Die am häufigsten auftretenden Geschwulstarten und deren Metastasen sprechen auf Chemotherapie außerdem überhaupt nicht an, etwa die Ösophagus-, Magen- und Darmkarzinome, das (primäre) Leber- und Pankreaskarzinom, das Bronchialkarzinom (mit Ausnahme des kleinzelligen), das Gallen- und Harnblasenkarzinom, das Hypernephrom, das Schilddrüsenkarzinom, die (primären) Hirntumore.

Wann überwiegt der Nutzen?

Die große Domäne nicht nur kurzfristiger, sondern größtenteils die Fünfjahresgrenze überschreitender Chemotherapieerfolge sind die akuten lymphatischen und myeloischen Leukämien (ALL und AML) des Kindesalters, bedingt auch das embryonale Rhabdomyosarkom, die malignen Lymphome (M. Hodgkin und Non-Hodgkin bis Stad. III und IV), das Retinoblastom, der Wilms-Tumor, das Burkitt-Lymphom, das Ewing-Sarkom, beim Erwachsenen in günstigen Fällen auch das Chorionepithellom, sowie die Hoden- und Ovarialkarzinome. Nach den Angaben von BÜCHNER (München), LAMPERT (Gießen) und anderen Onkologen des In- und Auslandes darf nach ausreichend langer, u.U. mit Operation, Bestrahlung, Knochenmarkübertragung usw. kombinierter Chemotherapie bei diesen Malignomen heute im Kindesalter eine Remissionsquote von 70-80% erwartet werden, die bei entsprechender Weiterbehandlung in etwa der Hälfte der Fälle zu einer Dauerheilung führt. Bei Erwachsenen liegt die Erfolgsquote um mindestens 50% niedriger, denn nur die Regenerationskraft des jugendlichen Mesenchyms vermag der erforderlichen therapeutischen Belastung standzuhalten. Der Anteil solcher relativ beeinflussbarer Geschwulsterkrankungen beträgt in der gesamten Krebsmorbidity außerdem höchstens 3%, so daß die hierbei erzielten echten Heilungen statistisch ganz unerheblich- bleiben. Längere Beobachtungszeiten derart behandelter Patienten lassen ferner erkennen, daß es im Laufe des späteren Lebens zu Rezidiven oder Zweitumoren kommt, die den Primärerfolg in Frage stellen (GUTJAHR, Mainz). LI und Mitarbeiter (21) berichten: "Noch nach drei Jahrzehnten sind in der Kindheit wegen Krebs behandelte Patienten durch Zweitmalignome gefährdet. Meist handelt es sich dabei um Sarkome, Schilddrüsen- und Mammatumoren, die häufig in früher bestrahlten Regionen auftreten. Das Risiko eines Zweitmalignoms ist bei kombinierter Radio-Chemotherapie am größten."

Zu den bedingt auf Chemotherapie ansprechenden Geschwulstarten zählt man das Mammakarzinom. Hierüber liegen wohl auch zahlenmäßig die meisten Erfahrungen und Veröffentlichungen vor (4,14,18,20,24), aber auch hier überwiegen die Warnungen vor schematischem Einsatz und überspannter Erwartung. Von kompetenter Seite wird immer wieder darauf hingewiesen, daß vor dem Einsatz der Zytostatika alle klassischen, also operativen, radiologischen und vor allem hormonalen Behandlungsmöglichkeiten ihren Regeln gemäß ausgeschöpft sein müssen.

Für Chemotherapie vorzugsweise geeignet gelten die jüngeren, präklimakterischen Patientinnen, während man in den postklimakterischen Altersstufen, insbesondere beim Vorliegen der entsprechenden Rezeptoren, die endokrin wirksamen Präparate (TAMOFEN etc.) mit oder ohne adjuvante Chemotherapie bevorzugt. Auch hierüber bestehen keine einheitlichen Auffassungen unter den gynäkologischen Onkologen.

Erwähnenswert ist hier noch die in einigen onkologischen Zentren seit einiger Zeit praktizierte Variante der Chemotherapie als Perfusion (Klinika Essen, Erlangen, Hannover, München). Dabei wird das systemische Risiko vermindert und die lokale Wirkung verstärkt. Es eignen sich hierfür vorerst nur Tumoren der Extremitäten und der Leber. Gelegentlich kombiniert man diese Verfahren mit Überwärmung des extrakorporal kreisenden Blutes. Die bisher damit erzielten Erfolge gehen über Einzelfälle nicht hinaus. Einem Einsatz des Verfahrens auf breiterer Front stehen sowohl die aufwendige Technik, als auch der schmale Indikationsbereich im Weg.

Die große Enttäuschung

Insgesamt und unter Berücksichtigung aller Erfolge und Mißerfolge hat die Chemotherapie die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllt. Sehen wir von den zahlenmäßig spärlichen, wenngleich in jedem Einzelfall erfreulichen Erfolgen bei Malignomen der Kindheit ab, so werden statistisch relevante Lebensverlängerungen mit Chemotherapie allein bei der Gesamtheit aller Krebspatienten nicht erreicht. Dies bestätigen u.a. kompetente Onkologen wie SAUTER (27) und CAVALLI (8), Schweizer Arbeitsgruppe für Klinische Krebsforschung, mit der Feststellung: "4 bzw. 3 Jahre nach Behandlung Brustkrebskranker mit den Kombinationen LMT bzw. CMF über 6-24 Monate ergaben keine erkennbaren Unterschiede hinsichtlich Überleben und Rezidivfreiheit gegenüber Unbehandelten." Noch eindeutiger lautet das Ergebnis einer Literaturübersicht von ABEL (3), Biometriker am Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim, mit dem Titel "Verlängert die zytostatische Chemotherapie das Überleben von Patienten mit fortgeschrittenen epithelialen Tumoren?". Zu diesen zählen fast alle Malignome mit den Lokalisationen Luftröhre, Bronchien, Ösophagus, Magen, Darm, Leber, Pankreas, Gallenblase, Harnblase, Ovar, Uterus, Prostata, Brustdrüse, Kopf- und Halsbereich. Es sind dies die Geschwulstarten, auf die mindestens 80 % der Krebstodesfälle in den westlichen Industrieländern zurückzuführen sind. ABEL nennt seine Arbeit "eine kritische Bestandsaufnahme". Sie enthält nach seinen eigenen Worten "eine umfassende Analyse der Publikationen, der laufenden Studien sowie persönlicher, als Antworten auf Rundschreiben eingegangene Äußerungen klinischer Onkologen". Dem Vorwort und der Zusammenfassung seien folgende Passagen entnommen:

"Es gibt, abgesehen vom Bronchialkarzinom (vor allem dem kleinzelligen) keine direkte Evidenz dafür, daß Chemotherapie (...) das Überleben verlängert. Die verfügbare indirekte Evidenz spricht (mit Ausnahme des Ovarialkarzinoms) insgesamt eher gegen eine solche Wirkung. Diese Bilanz steht im Widerspruch zu den publizierten Einschätzungen der Chemotherapie, die nicht selten ein überoptimistisches Bild von den Wirkungen der Therapie zeichnen." "In der überwältigenden Mehrzahl der Publikationen wird die Wirkung der Chemotherapie mit Response gleichgesetzt, ohne Ansehen der Wirkung auf die Überlebenszeit. Viele Onkologen halten es für selbstverständlich, daß Response auf Therapie das Leben verlängert, eine Auffassung, die auf einem Fehlschluß beruht und durch kontrollierte Studien nicht gestützt wird."

"Bis heute ist unklar, ob die behandelten Patienten in ihrer Gesamtheit hinsichtlich der Lebensqualität von einer Chemotherapie profitieren (...). Wenn eine nebenwirkungsreiche Krebsbehandlung die Überlebenszeit nicht verlängert, so haben die Therapeuten sogar die Bringschuld, nachzuweisen, daß sie die Lebensqualität verbessert."

"Die gemeinhin verbreiteten Erfolgsmeldungen sind, was die epithelialen Krebse betrifft, zumindest irreführend." "Nachdenklich muß stimmen, wenn Umfragen ergeben, daß viele Onkologen bei sich selbst eine zytostatische Therapie nicht vornehmen lassen würden."

Die ABELsche Arbeit stellt weiter fest: „daß der Glaube an die Wirksamkeit der Chemotherapie dogmatisch festgeschrieben wird, indem nämlich Vorschläge für ganze Klassen innovativer Studienkonzepte von vornerein chancenlos sind, weil man glaubt, den Patienten die vermeintlich effektivere Therapie nicht vorenthalten zu können."

"So niederschmetternd das Ergebnis dieser Arbeit auch sein mag: es ist das eindeutige Resultat des Unterfangens, das relevante Schrifttum möglichst vorurteilsfrei und umfassend auszuwerten."

"Einstweilen erscheint in dieser von Erfolglosigkeit geprägten Situation die derzeitige starke Konzentration der Studienkapazitäten auf die Chemotherapie schwerlich gerechtfertigt. (...) Ein Umdenken in der Krebstherapie und Krebsforschung erscheint nicht nur aus

wissenschaftlichen Gründen, sondern vor allem im Interesse der Patienten dringend erforderlich."

Es konnte nicht ausbleiben, daß diese "ketzerische" Studie des "Nicht-Klinikers" ABEL bei seinen orthodoxen Kollegen Anstoß erregte. HOSSFELD und PFLEIDERER (16) nahmen als Vertreter der Arbeitsgemeinschaften internistischer Onkologen und Gynäkologischer Onkologen der Deutschen Krebsgesellschaft kritisch dazu Stellung, ohne die vorgebrachten Argumente jedoch restlos widerlegen zu können. Insbesondere wird einmal mehr jede Effizienz alternativer Behandlung bestritten, auf die ABEL mehrfach hinweist. Die Kritiker geben jedoch zu, daß man sich von neueren Therapieformen, immunkompetenten Biological Response Modifiers u.a., Fortschritte erwartet, mit anderen Worten, daß die Chemotherapie in ihrer heutigen Form eben doch nicht befriedigt.

Die wissenschaftlich uneinheitliche Beurteilung der Zytostatika und das Problem Lebensqualität-Lebensverlängerung machen jeden Einsatz dieser Präparate zu einem Wagnis. In dieser Weise werden aber -wie schon ABEL erwähnt- weiterhin in vielen Kliniken durch die Pharmaindustrie geförderte, langzeitige Behandlungsserien durchgeführt und diese sogar dann noch fortgesetzt, wenn die chemotherapeutisch behandelten Patientenkollektive gegenüber den zytostatikafreien Patientenkollektiven ungünstiger abzuschneiden beginnen. Aber wie schnell ist die Lehrmedizin mit dem Vorwurf des "gewissenlosen Experimentierens" dann auf dem Plan, wenn es um den Einsatz längst bewährter, nichttoxischer und risikofreier Alternativmethoden geht!

Zur ethischen Berechtigung klinischtherapeutischer Studien bei chronischen Erkrankungen hat sich FÜLLGRAF, vormals Präsident des Bundesgesundheitsamtes, gelegentlich einer Diskussion wie folgt geäußert (zitiert bei KAUFMANN, 19): "Selbst der kleinste Wirksamkeitsunterschied kann schließlich statistisch signifikant gemacht werden mit genügend Ausdauer, genügend Geld und riesigen Patientenkollektiven. Doch was bedeutet das? Es resultiert daraus die unkontrollierte Verschreibung eines Mittels an Scharen von Patienten, von denen bestenfalls wenige profitieren, alle aber dem Risiko unerwünschter Nebenwirkungen ausgesetzt werden."

Diese Bemerkung bezieht sich zwar auf Studien präventiver Art, läßt sich aber explizit auf die onkologische Therapie anwenden. Denn beim Einsatz von Zytostatika sind unerwünschte Nebenwirkungen nicht nur ein "Risiko", sondern die konzeptbedingten, einkalkulierten und unvermeidlichen Folgen dieser Behandlungsmethode.

Chemotherapie versus Ganzheitsmedizin

Was das Verhältnis der Chemotherapie zur Ganzheitstherapie Krebskranker betrifft, so besteht zunächst schon vom Konzept und von der Wirkungsweise her ein diametraler Unterschied. Beim besten Willen läßt sich das allein schicksalsentscheidende körpereigene Ordnungsprinzip und Repairvermögen mit der Lähmung bis totalen Vernichtung dieser Faktoren durch die Zellgifte nicht unter einen Hut bringen. Obwohl diese beiden Möglichkeiten also eine schroffe Alternative darstellen, fehlt es nicht an Versuchen der Kombination. Die Tumorperfusion mit Zytostatika und überwärmtem Blut wurde bereits erwähnt. Den therapeutischen Erfolg entscheidet in diesen Fällen die Resistenz einerseits des Malignoms, andererseits des Organismus gegen die chemische Keule. Als Ausweg aus diesem Dilemma hat sich der zeitlich getrennte bzw. alternierende Einsatz beider Behandlungsformen erwiesen. Erfahrungsgemäß werden mit den systemisch wirksamen Methoden der mesenchymalen Deblockade, der Globulin- und Zytoplasmagabe, der Vitamin- und

Enzymsubstitution, der Dysoxibiosebekämpfung, der Vollwertkost teils als Langzeit-, teils als Intervalltherapie manche Chemotherapieschäden schneller kompensiert und die Dauerheilungsquoten gesteigert.

Seit 60 Jahren hat sich als eines der besten ganzheitlich wirksamen Krebstherapeutika die Mistel in ihren verschiedenen anthroposophisch begründeten Zubereitungen bewährt. Es liegen hierüber unzählige beweiskräftige Erfahrungsberichte vor, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann. Von besonderer Bedeutung ist jedoch eine multizentrische prospektive Langzeitstudie von GUTSCH und Mitarbeitern (12). Sie bezieht sich auf den Krankheitsverlauf von 692 Patientinnen mit Mammakarzinomen der Klassifikation T1-3, NO-3, MO, postoperativ in randomisierten Kollektiven a) mit Poly-Chemotherapie, b) mit einem Mistelpräparat behandelt, c) unbehandelt gelassen. Im Schnitt ergab sich nach 5jähriger Beobachtungszeit eine Überlebensquote von 65%, wobei keine Überlegenheit der Chemotherapie gegenüber dem Effekt der Misteltherapie erkennbar war. Daß bei Letzterer den Patientinnen die subjektiven und objektiven Schäden erspart blieben, darf als besonderer Gewinn ins Gewicht fallen. Die eindeutigen Vorteile der Mistelbehandlung manifestieren sich am deutlichsten bei der Langzeitbehandlung der NO-3-Gruppe hinsichtlich der Lebenserwartung. Diese schnitt unter Chemotherapie sogar etwas schlechter ab, als die Gruppe der ohne jede Therapie verbliebenen Patientinnen.

Ebenfalls von Bedeutung und für die künftige Forschung wegweisend ist die Verbindung der Chemotherapie mit den systemisch wirksamen immunstimulierenden Therapieformen, soweit sich diese -wie oben erwähnt- nicht gegenseitig paralysieren. Hierbei hat vor allem die (passive) Hyperthermie und die (aktive) Hyperpyrese als Ganzheits- oder auch Lokalanwendung ihren bereits bekannten Stellenwert als adjuvantes Krebstherapeutikum erwiesen. Weltweit bekannt, wenngleich in der westlichen Welt noch vorwiegend ignoriert, wurde die durch Prof. von ARDENNE (Dresden) seit 30 Jahren entwickelte und verbesserte Krebs-Mehrschritt-Therapie KMT, bestehend aus genereller Hyperthermie, endogen ausgelöster Hyperpyrese, Hyperazidose und Hyperoxie. In dieses Programm wird von Fall zu Fall niedrigdosierte Chemotherapie eingebaut, die an den labilisierten Krebszellen umso stärker anzugreifen vermag. Die in mehreren Kliniken Osteuropas damit erzielten Therapieerfolge sind teilweise beachtlich, doch läßt sich der daran beteiligte Anteil der chemotherapeutischen Komponente schwer beurteilen, solange keine größeren Reihen vergleichbarer Studien vorliegen. Solche sind in Dresden derzeit in Vorbereitung. Über den rein medizinisch-rationalen und medizinisch-ethischen Aspekt hinaus läßt sich das Chemotherapieproblem noch aus geisteswissenschaftlicher Sicht betrachten. Die Behandlung und selbst "Heilung" nur auf der untersten, somatischen Ebene wird einen anthroposophisch orientierten Arzt nie voll befriedigen. Die nach den Angaben von Rudolf STEINER erweiterte Heilkunde hat früh erkannt, daß Gesundheit, Krankheit und Heilung immer ganzheitliche Vorgänge sind und bleiben müssen. Eine solche Auffassung gibt in noch eindringlicherer Weise Anlaß zur Reflexion und Vorsicht beim Gebrauch der Zellgifte. Die bisherigen Darlegungen ergänzt auf geisteswissenschaftlicher Basis logistisch hervorragend eine Studie von HOFFMANN (15), ärztlicher Leiter der anthroposophisch-onkologischen Lukas-Klinik in Arlesheim (Schweiz). Hier äußern sich Gedanken und Vorstellungen, die sich weit über die dogmatisch erstarrte, linear-wissenschaftlich ausgerichtete Medizin hinaus erheben und den Menschen in seiner Ganzheit wieder in die Mitte des ärztlichen Geschehens stellen.

Wie soll es weitergehen?

Unter Berücksichtigung aller vorliegenden Tatsachen, Erfahrungen und Bekenntnisse ist zusammenfassend festzustellen, daß die Chemotherapie nicht den großen Durchbruch zur

Lösung des Krebsproblems gebracht hat. Ihre Erfolge in der Kinderonkologie, bedingt und palliativ auch bei einigen anderen Malignomen, sind erfreulich, wenngleich teuer erkauft. Ihre Toxizität und die dem Kranken dadurch zusätzlich zum Krebsgeschehen erwachsenden psychosomatischen Schäden geben trotz aller Bemühungen der Forscher und der Firmen einer Hoffnung auf Besserung dieser Situation wenig Raum. Es berechtigen die mit der Chemotherapie verbundenen Gefahren auch nicht zu ihrer häufigeren und intensiveren Anwendung, nur um Erfahrungen zu sammeln. Eine statistisch erfaßbare Lebensverlängerung wurde damit nach allen heute vorliegenden Erkenntnissen generell nicht erreicht.

Unter diesen Umständen scheint der Einsatz aller Kräfte für die Erforschung und die Anwendung schadstofffreier, systemisch positiv wirksamer Mittel und Methoden aussichtsreicher und nützlicher zu sein, als die vorwiegend zum kommerziellen Selbstzweck gewordene Jagd nach noch wirksameren, noch toxischeren Zellgiften und deren Kombination. Eine laufend verbesserte Immuntherapie wird zum Segen der Patienten immer häufiger an die Stelle der Chemotherapie treten und diese immer seltener erforderlich machen.

Literatur:

- 1) ABEL, U.: Über den Informationsgehalt von Krebsüberlebenskurven, Münch. Med. Wochenschr., 126/1984.
- 2) ABEL, U.: Die zytostatische Chemotherapie fortgeschrittener epithelialer Tumoren - eine kritische Bestandsaufnahme, Hippokrates, Stuttgart 1989 (2. überarbeitete Auflage 1996).
- 3) ABEL, U.: Verlängert die Mostatische Chemotherapie das Überleben von Patienten mit fortgeschrittenen epithelialen Tumoren? Eine kritische Würdigung der publizierten Studien, Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim, 1989.
- 4) BONADONNA, G.: Longterm Prognosis of Cancer After Local Treatment Exemple Breast Cancer, Arm. Plen. Meeting of the EORTC, Juni 1978.
- 5) BONADONNA, G., VALAGUSSA, P.: Chemotherapy of Breast Cancer, Current Views and Results, Int. Journ. Rad. Oncol. Phys., 9/1983.
- 6) BRUNNER, K. W.: Adjuvante Tumortherapie Wann überwiegt der Nutzen? Der Internist, 22/1981.
- 7) BURKERT, H.: Therapie-Schemata bei malignen Tumoren, Acta Onkologia, Bielefeld-Brackwede.
- 8) CAVALLI, F.: Medical Tribune, 37/1983.
- 9) DOLD, U.: Möglichkeiten und Grenzen zytostatischer Krebstherapie, Vortrag a. d. Krebsstagung d. Ges. d. Ärzte f. Erfahrungsheilkunde 1975 in BadenBaden.
- 10) DRINGS, P.: Erfolge in der Chemotherapie bei Tumorkranken, in: Diagnostik und Therapie in der Onkologie, Hg.: Landesärztekammer Hessen, Verlag Kirchheim, Mainz 1981.
- 11) GOLDBHIRSCH, A.: Mamma-Ca operiert - keine Lebensverlängerung durch adjuvante Therapie, The Lancet, 8389/1984.

- 12) GUTSCH, I. et al: Prospektive Studie beim radikal operierten Mammakarzinom mit Polychemotherapie, Helixor und unbehandelter Kontrolle. Dt. Zeitschr. f. Onkologie, 4/1988.
- 13) HAGER, E. D. (Hsg.): Biomodulation und Biotherapie des Krebses, Bd. 1, Verl. f. Medizin Dr. E. Fischer, Heidelberg 1986.
- 14) HILFRICH, J.: Systemische Therapie des Mammakarzinoms, Vortrag a. d. Symposium d. Förderkreises Onkologie 1988 in Bielefeld.
- 15) HOFFMANN, J.: Zur Problematik der Chemotherapie in der Lukas-Klinik, Vortrag a. d. Arbeitertagung d. Vereins f. Krebsforschung 1987 in Arlesheim.
- 16) HOSSFELD, D. K., PFLEIDERER, A.: Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie und der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie der Dt. Krebsgesellschaft zu einem Entwurf von U. Abel, Heidelberg, Deutsche Krebsgesellschaft, 3/1989.
- 17) HOWELL, A. et al: Controlled Trial of Adjuvant Chemotherapy with Cyclophosphamide, Methotrexate and Fluorouracil for Breast Cancer, The Lancet 2/1984.
- 18) KADACH, U. (Hsg.) et al: Hormone, Antihormone, Zytostatika zur adjuvanten Therapie des Mammakarzinoms. Aktuelle Onkologie Bd. 27, Zuckerschwerdt Verlag München, 1986.
- 19) KAUFMANN, R.: Ideologie und Rationalität in der Krebstherapie, Dt. Zeitschr. f. Onkologie 6/1988.
- 20) KUBLI, F. (Hg.) et al: Neue Wege in der Brustkrebsbehandlung, Aktuelle Onkologie Bd. 8, Zuckerschwerdt Verlag, München 1984.
- 21) LI, F. P. et al: American Ass. for Cancer Research, Los Angeles, Mai 1986.
- 22) MOSER, K., STACHER, A.: Chemotherapie maligner Erkrankungen, Dt. Ärzteverlag, Köln 1986.
- 23) OYE, R. K., SHAPIRO, M. F.: Reporting Results from Chemotherapy Trials - does Response make a Difference in Patients Survival? JAMA 252, 1984.
- 24) SALZER, G., DENCK, H.: Randomisierte Studie über medikamentöse Rezidivprophylaxe mit 5-Fluorouracil und Iscador beim rezidierten Magenkarzinom. Krebsgeschehen 11/1976.
- 25) SAUER, H.: Adjuvante zytostatische Chemotherapie bei malignen Erkrankungen, Bayer. Ärzteblatt 2/1980.
- 26) SAUER, H., WILLMANN, W.: Internistische Therapie maligner Erkrankungen, Klinik der Gegenwart Bd. 5/1979.
- 27) SAUTER, Ch.: Keine Lebensverlängerung nach Verabreichung der gebräuchlichen Chemotherapeutika (CMF), Schweiz. Med. Wochenschr. 12/1983.

- 28) SCHLITTER, H. E.: Zur Biologie zytostatischer Chemotherapie maligner Geschwulstkrankheiten. *Erfahrungsheilkunde* 9/1987.
- 29) SCHMÄHL, D.: Wert und Gefahr der Krebs-Chemotherapie. *Dt. Med. Wochenschr.* 30/1963.
- 30) SCHMÄHL, D.: Entstehung, Wachstum und Chemotherapie maligner Tumoren, EDITIO CANTOR Verlag, Aulendorf 1970.
- 31) SCHMÄHL, D.: Krebs durch Zytostatika - künftig vermeidbar? *Medical Tribune* 39/1986.
- 32) SCHMÄHL, D., OSWALD, H.: Karzinogene Zytostatika. *Arzneimittelforschung* 20/1970.
- 33) SENN, H. J.: Indikationen und Erfolgsaussichten der Chernotherapie maligner Tumoren. in: BRUNNER, K. W., NAGEL, G. A.: *Internistische Krebs therapie*, Springer Berlin 1979, 1985.
- 34) WRBA, H.(Hg.): *Kombinierte Tumorth erapie*.

Anschrift d. Verfassers: Dr. med. Karl Windstosser Humboldtstr. 14, 32105 Bad Salzuflen