

„Ein gnadenloses Zuviel an Therapie“

SPIEGEL-Serie über Krebsbehandlung in der Bundesrepublik – Teil I: Zweifel an den chemischen Waffen

Der Tumor hatte sich an einem unverschämten günstigen Nistplatz breitgemacht: in der Bauchhöhle, umgeben von Magen und Darm. Eine Unmenge Zeit war verstrichen, ehe er an die angrenzenden Organe stieß und sich durch Schmerzen verriet. Als Ärzte zum erstenmal den Leib des 18jährigen Jungen abtasteten, konnten sie die Geschwulst schon von außen spüren.

Bei der Operation fanden sie in Werners Becken zwei prall gespannte Tumoren, jeder so groß wie eine Männerfaust. Einer davon hatte sich am Dünndarm festgefressen. Ein dritter war unbemerkt bis zur Größe eines Hühnerreis gediehen. Der Chirurg konnte alle drei beseitigen, zusammen mit einem Stück der infiltrierten Darmwand. Aber was war für Werner dadurch gewonnen?

Nach dieser und nach einer zweiten Operation saßen die gefräßigen Zellhau-

fen schon bald wieder in fast jedem Winkel seines Bauchraums. Das Wachstum des bösartigen Bindegewebskrebses, ein Sarkom in der Sprache der Mediziner, war nicht aufzuhalten. 15 Monate später war Werners Organismus besiegt.

Fast eineinviertel Jahre lang hatten die Ärzte alles getan, um die wild wuchernden Zellen zu stoppen. Sie wollten Werners Überlebenszeit verlängern – und opferten dafür zuviel.

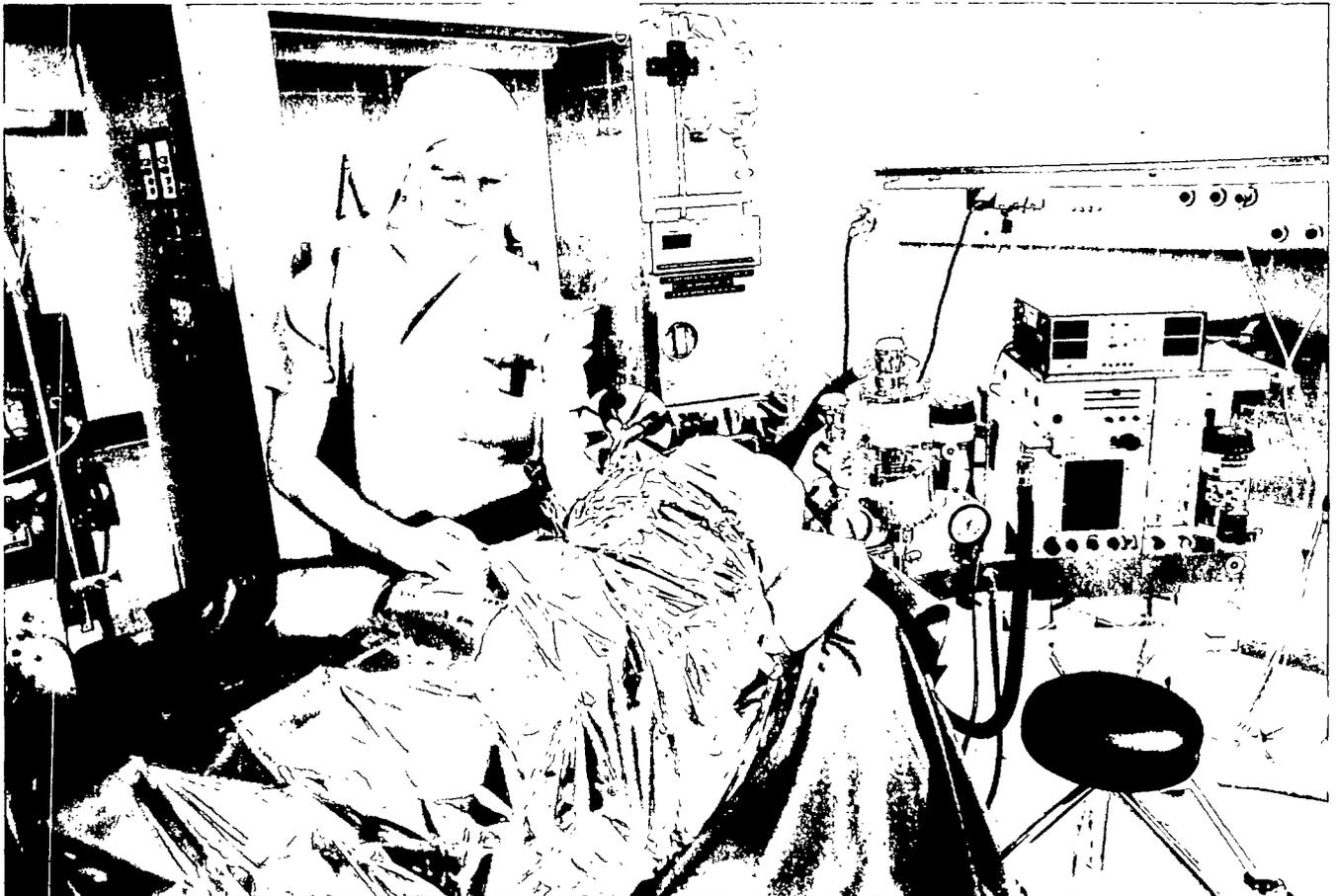
Eine aggressive Chemotherapie sollte das bösartige Wachstum verlangsamen. Doch bei der Behandlung mit den Zytostatika Cisplatin, Endoxan, Bleomycin und Adriblastin wurden auch die gesunden Zellen in Werners Körper geschädigt. Die Haare fielen ihm aus, seine Speiseröhre entzündete sich, er erbrach

Blut und Schleim. Erst zu Hause wurde das elende Würgen im Hals, das schon der bloße Gedanke an den Infusionstropf bei ihm auslöste, schwächer.

Tagelang ernährte sich Werner tropfenweise von Tee und Saft, weil Mundhöhle und Lippen vereitert waren. Auf seinem Rücken und auf der Brust machten sich Ekzeme breit. Die Dosis der Zellgifte, gestanden die Ärzte nach dem zweiten Durchgang durch die Chemomarter, sei „zu hoch“ gewesen, die Behandlung habe „zu lange gedauert“.

Noch drei Wochen später war der Patient so geschwächt, daß die Ärzte nicht einmal eine Untersuchung wagten. Nach der dritten Therapie zeigte das Ultraschallgerät, daß der Giftregen nichts bewirkt hatte: Die entgleisten Zellen in Werners Körper taten, was sie wollten; zwei Tumoren wuchsen trotz

* Durch Dr. Jochen Lange am Münchner Klinikum rechts der Isar.



Ganzkörper-Überwärmung eines Krebspatienten*: Dem Tod nur näher gebracht?

der aggressiven Behandlung in der Bauchhöhle nach.

Am Ende des vierten Chemotherapie-Durchgangs gab ein Arzt endlich das Signal zum Ausstieg. „Ich höre mit der Behandlung auf“, erklärte er dem Vater, „sonst mache ich Ihren Sohn kaputt.“ Doch noch ein fünftes Mal mußte Werner die Tortur über sich ergehen lassen, ehe die grausamen Therapeuten ein Einsehen hatten.

In Werners Leben auf Abruf war da schon ein kostbares Jahr vergangen. Nur noch ein kleiner Rest von drei Monaten blieb übrig. Durch die Behandlung hatte sich seine „Energiebilanz“ dramatisch verschlechtert: Der hoch aufgeschossene Junge wog gerade noch 50 Kilogramm; nur seine Bauchdecke war aberwitzig aufgequollen und hart wie Stein.

20 verschiedene Medikamente konnten die Schmerzen nur zeitweise vertreiben. Zermürbt von der bodenlosen Tortur, sperrte sich Werner tagelang in seinem Zimmer ein und notierte in endlosen Wortkolonnen die Hauptstädte und Tierarten der Erde. Wie sonst hätte er sich einen Reim auf das machen sollen, was mit ihm geschehen war – und was noch weiter mit ihm geschehen würde?

Denn erst jetzt war der todgeweihte Junge für ein Verfahren reif, das der Oberarzt Jochen Lange am Münchner Klinikum rechts der Isar für Patienten bereithält, bei denen die herkömmliche Krebsmedizin mit ihrem Behandlungslatein am Ende ist: Eine Serie von Ganzkörper-Überwärmungen sollte die hitzeempfindlichen Zellhaufen der Krebsgeschwülste zerstören.

Über einen „Shunt“, eine Querverbindung zwischen Arterie und Vene am rechten Oberschenkel, wurde Werners Blut aus dem Körper abgeleitet und in einem Spezialgerät durch gegenläufig strömendes heißes Wasser erhitzt.

Auf maximal 41,8 Grad, so lautet eine medizinische Faustregel, darf die Körpertemperatur ansteigen, sonst wacht der in Stanniolfolie gehüllte Patient aus der Narkose womöglich nicht mehr auf. Aber bei dieser Temperatur, auch das wissen die Ärzte, ist gegen den Krebs noch nichts auszurichten; die wärmeempfindlichen Tumorzellen mobilisieren sogar eher noch Widerstandskräfte. Erst zwischen 42,5 und 43 Grad sterben sie – vielleicht – ab oder lassen sich durch gleichzeitig verabreichte Zellgifte wirksamer vernichten.

Auf 44 Grad bringen die Münchner Mediziner deshalb das Blut der Patienten. Eine Stunde später zieht der Körper nach. 100 Minuten lang toben 42 Grad in



* Mit Chemotherapie-Dauertropf.

Krebskrankes Kind*: Durchbruch bei Leukämien

ihm. Für mehr als eine Viertelstunde riskiert der Arzt dann alles und steigert die Körperwärme bis auf 43 Grad.

Thermosonden kontrollieren an acht Meßpunkten – in der Speiseröhre, im Dickdarm, in der Harnblase, in den Blutgefäßen und auf der Haut – die Temperatur. Doch wieviel von der mörderischen Hitze bis zu den tiefliegenden Tumoren vordringt, wie sie in Werners Bauch wuchsen, registrieren die Meßgeräte nicht.

Der Blutofen brachte Werner, wie fast die Hälfte von bisher über hundert so behandelten Patienten, dem Tod nur näher. Sein Körper rebellierte mit Schüttelfrost. Werner brauchte künstlichen Sauerstoff. Wieder einmal lebte er tagelang nur noch von Tee und Stärkungsflüssigkeit.

Vor der zweiten Hitzebehandlung setzten die Mediziner in Werners Brust einen Katheter ein. Bei der dreistündigen Überwärmung infundierten sie ihm Zellgift, von dem bekannt ist, daß es die Lunge mit Wasser füllen kann.

Tage später beulte sich über der Katheteröffnung eine faustgroße Blase. Zwei Männer mußten den 18jährigen beim Gehen stützen. Als er zu ersticken drohte, zapften ihm Notärzte mehrere Liter Wasser aus der Lunge und retteten ihm noch einmal das Leben. Aber bis zum Schluß sammelte sich immer wieder neue Flüssigkeit in seiner Lunge und hielt den Kranken beständig an der Schwelle zum Ersticken. Erst fünf Wochen vor seinem Tod kümmerten sich die Ärzte zum erstenmal systematisch um seine Schmerzen.

Eine fünftägige Chemotherapie, zwei Ganzkörper-Überwärmungen, monatelange Krankenhausaufenthalte und ein endloser Diagnose-Marathon, bis hin zur

letzten Röntgenuntersuchung 14 Tage vor seinem Tod, haben Werners Überlebensfrist wahrscheinlich kaum verlängert. Aber er ist einmal bei lebendigem Leib durch die Hölle gegangen.

Auch Werners Vater hat gelernt. Sechseinhalb Monate lang hatte er bei den Münchner Ärzten vergebens um die Ganzkörper-Überwärmungen gebettelt. „Im Grunde“, sagt er, „waren das nur zusätzliche Qualen“, und: „Wenn ich gewußt hätte, was meinen Sohn erwartet, hätte ich ihn schmerzfrei gehalten und zu Hause in Ruhe und Frieden sterben lassen.“

★

Ungewöhnlich kritisch äußerte sich Professor Klaus Thomsen, zwei Jahrzehnte lang Chef der Gynäkologie an der Hamburger Uni-Klinik, im September 1985 bei einem internationalen Fachärzte-Kongreß in Berlin: Es sei, so der Professor, „inhuman“, wenn bei Krebskranken „durch aufwendige und teure Therapien der Tod nur wenige Wochen hinausgeschoben“ werde und die Patienten in dieser Zeit „ein erbärmliches Leben“ führten.

„Es sollte uns nachdenklich stimmen“, fuhr Thomsen vor den internationalen Fachkollegen fort, „wenn eine zunehmende Zahl von Ärztinnen und Ärzten sagt: An mir würde ich eine solche Therapie nicht vornehmen lassen.“ Kritiker hätten bereits den Vorwurf erhoben, bestimmte aggressive Medikamenten-Kombinationen nützten nur der Pharma-Industrie und dem Arzt, „nicht aber dem sterbenskranken Menschen“.

Der mittlerweile emeritierte Hamburger Gynäkologe könnte, ohne es zu wissen, mit seiner Philippika das Startzei-

chen für einen Neubeginn gegeben haben.

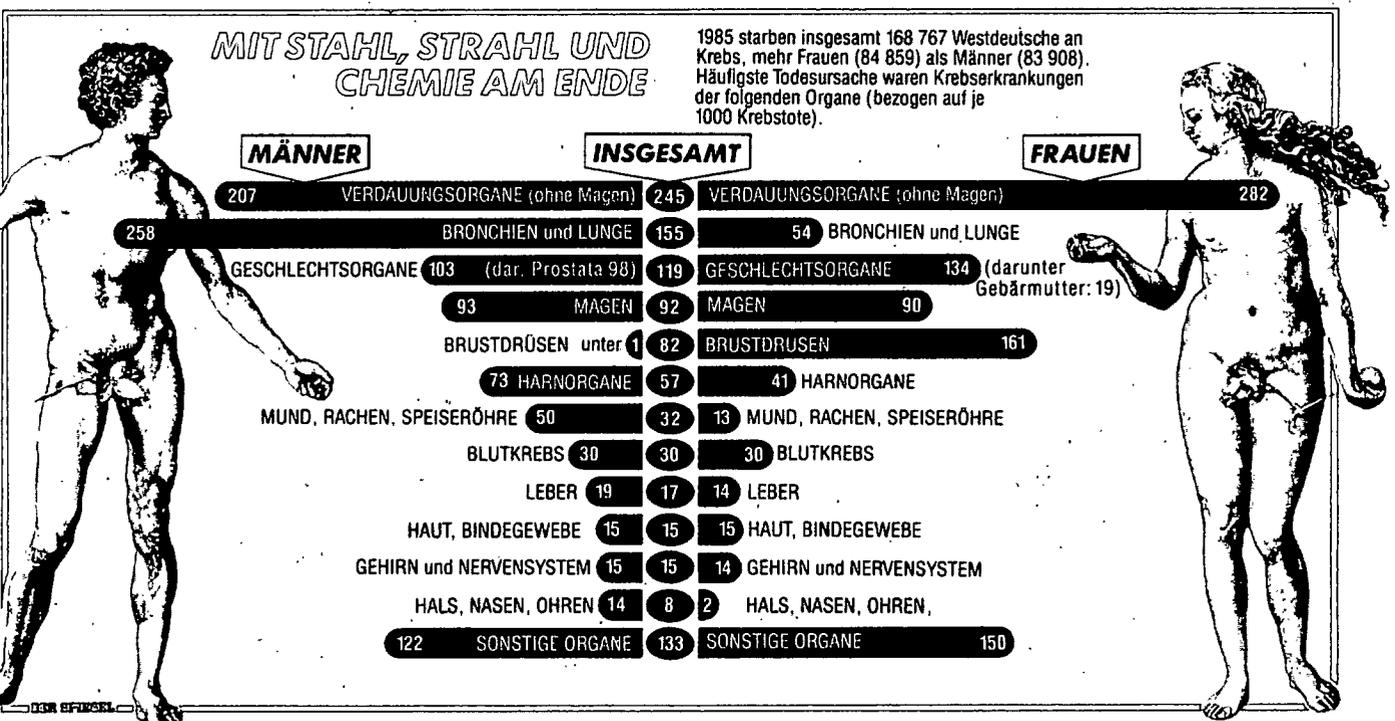
Beinahe jedes Mittel war den Krebspezialisten („Onkologen“) bisher recht gewesen, um die Krebszellen zu vernichten oder ihr Wachstum zu stoppen – das Leiden ließ keine Alternative. Die Heilmühen trieben mitunter groteske Blüten: Kongresse und onkologische Literatur, spottete der Karlsruher Internist Professor Harald Theml Mitte letzten Jahres bitter, wirkten „zum Teil wie Olympische Spiele von CR- und PR-Wettkämpfern“ – geehrt werden die Sieger in den Disziplinen komplette (CR) und partielle Rückbildung (PR) der bösartigen Geschwülste.

Die Verlierer der sportiven Veranstaltung finden sich in den Reihen der Patienten. Zur überfälligen Wende in der Krebsmedizin bekennen sich deshalb zunehmend Onkologen, die bei der Jagd

Gegen Organkrebse hoffnungslos im Hintertreffen

auf den Zellfeind die Sorge um den Kranken noch nicht verdrängt haben: Eine „Tumormedizin nach Maß“ forderte einer der prominentesten westdeutschen Onkologen, der Nürnberger Walter Gallmeier, letzten September. „Übertherapie“ und „Überdiagnostik“, so der Professor selbstkritisch, hätten die Krebsmedizin „zum Teil zu Recht in Mißkredit“ gebracht.

„Den Versäumnissen der Vergangenheit“, beschrieb die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ das Defizit der Krebsbekämpfer, stehe „heute ein gnadenloses Zuviel an Diagnostik und Therapie gegenüber“. Noch immer sterben



jährlich rund 170 000 Bundesbürger an Krebs (siehe Graphik Seite 131). Die Bilanz der Onkologen am Ende der achtziger Jahre ist mehr als entmutigend:

- ▷ Der erhoffte Durchbruch im Kampf gegen das Zelleiden ist ausgeblieben. Gegen die zahlenmäßig entscheidenden Organkrebse (Lunge, Darm, Brust) sind die Mediziner, wie auch heftige Diskussionen in den USA bestätigen, hoffnungslos im Hintertreffen. Die Fortschritte der Krebstherapeuten in den letzten drei Jahrzehnten, so befand ein im März veröffentlichter, vom US-Kongreß in Auftrag gegebener Untersuchungsbericht, seien minimal gewesen. Bei den meisten der zwölf häufigsten Krebsarten hätten sich die Hoffnungen der Krebsforscher nicht erfüllt: „Die Verbesserungen waren geringfügig oder wurden durch die offiziellen Statistiken in einem zu günstigen Licht dargestellt.“
- ▷ Die „Lebensqualität“ der Krebskranken spielt in den Erwägungen der Mediziner kaum eine Rolle. Von insgesamt 299 Referaten etwa, die Ende April beim Deutschen Chirurgenkongreß in München gehalten wurden (Hauptthema: Chirurgie bei Tumorerkrankungen), tauchte nur in einem einzigen die Frage nach der Lebensqualität der operierten Tumorpher auf.
- ▷ Unheilbar kranke und sterbende Krebspatienten müssen noch immer unnötig leiden, weil ihre Ärzte das Handwerk der Schmerzbekämpfung nur unzureichend beherrschen. Vorurteile und mangelndes Wissen der Mediziner verhindern häufig den Gebrauch wirksamer Schmerzmittel, wie der Opiate. Ändern müßte sich vor dem bescheideneren Neuanfang aber auch das Selbstverständnis der Medizin-Wettkämpfer: „Es wird leider oft vergessen“, so der Münchner „Praxis-Kurier“, „daß sich Helfen nicht hinter Heilen zu verstecken braucht und daß Helfen der umfassendere Auftrag der Heilkunde ist.“

Mit ihrer ganzen Palette von Stahl, Strahl und Chemotherapie haben die Medizinrecken bisher geradezu zwanghaft den Tumor bekämpft. Ihren um Hilfe flehenden Patienten haben sie damit oft mehr geschadet als genutzt.

„Supraradikale Eingriffe“, mit denen die Chirurgen das Leiden ebenso unerbittlich bekämpften, wie dieses mit den Opfern umsprang, haben sich weithin als medizinischer Irrweg erwiesen. Weder beim Brustkrebs oder bei den gynäkologischen Krebsarten noch beim Magen-, Lungen- oder Darmkrebs, bekannte der Heidelberger Chirurgie-Professor Christian Herfarth in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“, habe sich der



Krebskranker unter Strahlenkanone
„Übertherapien nicht zu vermeiden“

„chirurgische Maximalismus“ gelohnt. Auch beim Einsatz von Strahlen sind, wie der Ulmer Radiologe Professor Erwin Röttinger einräumt, Übertherapien „nie vollständig zu vermeiden“. Doch ramponiert hat den Ruf der Krebsmedizin in den letzten Jahren hauptsächlich das sogenannte dritte Bein der Onkologie: die Chemotherapie.

Mit der „Kunst der differenzierten Zellzerstörung“ rennen die Internisten gegen den Tumor erst seit wenigen Jahrzehnten an – normalerweise dann, wenn der Krebs sein lokales Stadium verlassen

hat und sich über das Blut in alle Regionen und Winkel des Körpers verteilt hat.

Hormone und Zytostatika können dann das zügellose Wachstum der Tumorzellen unter Umständen noch stoppen. Doch die medikamentöse Waffe gegen den Krebs unterscheidet nicht zwischen entarteten Tumor- und gesunden Wirtszellen. Patienten erleben die Therapie deshalb oft als Vorstufe zur Hölle: Ihre Haare fallen aus, die Schleimhäute entzünden sich, Übelkeit und Erbrechen geben ihnen einen Vorgesmack auf das, was die Krankheit möglicherweise noch mit ihnen anstellen wird.

Am Anfang der Chemotherapie-Ära, in den 50er und 60er Jahren, war das Mißtrauen gegen die Medikamente groß. „Ärzte und Patienten“, erinnert sich der Züricher Onkologe Professor Georg Martz, „mußten zur Therapie geradezu überredet“ werden.

Das hat sich gründlich geändert. Einige der wirksamsten Zellgifte sind erst in den letzten zehn Jahren in die Hände der Mediziner gelangt. Durch das aggressive Marketing der Pharma-Industrie und nach spektakulären Erfolgen der Zellgift-Therapie bei einigen wenigen Krebsarten sind die Hemmschwellen nun allenthalben bedrohlich gesunken.

Mit den Zellgiften wird, wie der bedächtige Berliner Onkologe Professor Dieter Huhn feststellt, „ohne Nutzen-Risiko-Abwägung“ oft „genauso kopflos herumprobiert wie mit den Mitteln der Außenseiter“. Einen regelrechten „Zytostatika-Abusus“ prangert dagegen der erfahrene Züricher Onkologe Martz an.

Beim Verkauf der zweischneidigen Waffe legen die Pharmahersteller weltweit jährlich rund 20 Prozent zu. Weder die wachsende Zahl der Krebspatienten noch die intensive Krebsforschung können diesen Boom bewirken. Den wahren Grund machen kritische Mediziner in der täglichen Praxis aus: Die noch vor 15 Jahren häufig beklagte Untertherapie ist in Übertherapie umgeschlagen.

Sein Plädoyer für eine „Tumorthherapie nach Maß“ hat dem Nürnberger Krebsmediziner Gallmeier eine Menge Vorwürfe eingebracht. Solche Kritik schade dem Ansehen der Ärzte, bekam er von den Kollegen zu hören.

Er rede nicht etwa einem „therapeutischen Nihilismus“ das Wort, mußte sich da der besorgte Mediziner plötzlich

selbst verteidigen. Doch der wache Umgang mit den Patienten hat Gallmeier für den forschen Einsatz der Chemotherapie auf alle Zeit verdorben.

„Was haben wir Ihnen Gutes getan?“ fragt der Mediziner bei der Visite seine Patienten – auch wenn der Sinn der Frage eingefleischten Wissenschaftskollegen zunächst nicht einleuchten mag, weil die Laborwerte schwarz auf weiß belegen, daß die Zellgifte den Tumor verkleinert haben. Die Antworten fallen mitunter überraschend aus: Vor der Chemotherapie hätten sie sich gut gefühlt, lassen die Patienten den Chefarzt wissen, die Behandlung habe ihnen zu schaffen gemacht, und nun gehe es ihnen wieder „so wie vorher“. Zu selten, hat der Mediziner aus solchen Beispielen



Krebsmediziner Martz

nur vorübergehende oder gar keine Hilfe:

▷ Etwa zehn Prozent der Patienten mit Metastasen können durch eine Chemotherapie geheilt werden. Zur kleinen Gruppe der potentiell kurablen Krebsarten gehören die akute Leukämie, der Hodenkrebs, bestimmte Lymphkrebarten, das Chorionkarzinom der Frau (an der Zottenhaut der Gebärmutter), der Eierstockkrebs, das Ewing-Sarkom (ein Knochenkrebs) sowie einige Tumorarten bei



Krebsmediziner Gallmeier



Krebsmediziner Hoffmann

Chemotherapie-Kritiker: Plädoyer für eine „Krebsbehandlung nach Maß“

gelernt, werden Nutzen und Schaden der Therapie am einzelnen Patienten abgewogen. Und zu oft hantieren Ärzte mit den Zellkillern, die den Menschen verändern, „nach Kochbuchmanier“: Tumor A – Therapie B.

Das etwa gilt für das Schicksal eines 72jährigen Mannes, dem der Nürnberger Krebspezialist in seiner Klinik begegnet ist. Nur durch Zufall, nicht weil sich die Geschwulst durch Schmerzen bemerkbar gemacht hatte, waren die Ärzte bei ihm auf einen weit fortgeschrittenen Tumor in der Lunge gestoßen. Sitz und Ausdehnung des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms ließen eine Operation nicht zu. Auch durch eine Chemotherapie war das Leben des Patienten weder zu verlängern, noch konnten Schmerzen gelindert werden. Dennoch eröffneten die Mediziner die sinnlose Jagd mit einer überaus aggressiven Zellgift-Kombination.

Der Patient überstand die Strapazen mit Mühe und Not. Während der sechsmonatigen Behandlung nahm er stark ab, verbrachte mehrere Wochen im

Krankenhaus und fühlte sich am Ende „sehr viel schlechter als zuvor“. Seine Chancen, mit der Krankheit noch eine Weile zu leben, waren durch die strapaziöse Behandlung nicht besser geworden. Trotzdem verbuchten die Ärzte ihr Vorgehen als Erfolg: Sie „konnten sa-

Hodenkrebs im Frühstadium fast stets heilbar

gen“, so Gallmeier, „daß der Tumor kleiner geworden ist“.

Nur bei einer kleinen Zahl von Krebsarten, etwa bestimmten Leukämieformen, die vor allem bei Kindern auftreten, ist den Mediziner in den letzten Jahren der Durchbruch gelungen. Mit Zytostatika und Hormonen können sie in diesen Fällen selbst dann noch heilen, wenn der Tumor Metastasen in den ganzen Körper ausgesandt hat. Der weitaus größten Zahl der Patienten verspricht die chemische Waffe dagegen

Kindern. Die aggressive Behandlung verlangt von Patienten und Ärzten gleichermaßen viel und sollte deshalb nur an Tumorzentren oder onkologischen Abteilungen durchgeführt werden.

▷ Bei etwa 40 Prozent der Krebskranken mit Tochtergeschwülsten können die chemischen Substanzen die Überlebensfrist verlängern. Die Zellgifte helfen auf diese Weise beim Brustkrebs der Frau, beim kleinzelligen Lungenkrebs, beim Weichteilkrebs, beim Prostata- und beim Endometriumkarzinom (an der Schleimhaut der Gebärmutter).

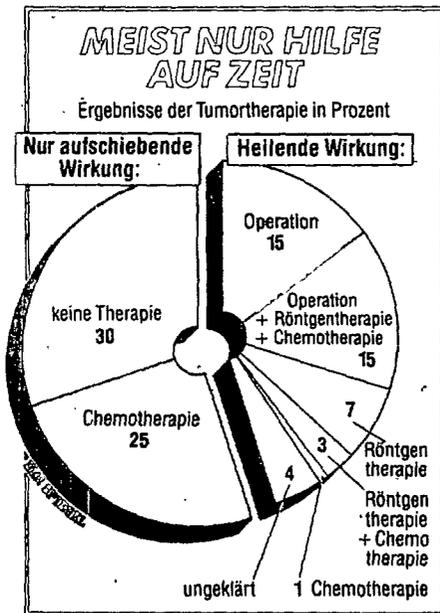
▷ In rund 40 Prozent der Fälle kann die Chemotherapie Tumor und Metastasen weder heilen noch das Ende der Patienten hinauszögern. Nur bei einem kleinen Teil der Kranken vermag sie vorübergehend die Beschwerden zu lindern. Nutzen und Nebenwirkungen der Mittel müssen in solchen Fällen besonders kritisch beurteilt werden: beim nicht-klein-

zelligen Lungenkrebs, beim Blasenkrebs, beim Gebärmutterhalskrebs, beim Speiseröhrenkrebs, beim Darmkrebs, beim Bauchspeicheldrüsenkrebs, beim Hals-Nasen-Ohrenkrebs, beim Nierenkrebs, beim bösartigen Hautkrebs und beim Schilddrüsenkrebs (siehe Graphik).

Mit diesen Auskünften belehrt Onkologe Huhn fortbildungswillige Standesgenossen. Gemessen an den Erkenntnissen seiner Fachkollegen, sind die Zahlen des Berliners allerdings noch reichlich optimistisch gefärbt.

Nur rund vier Prozent der fortgeschrittenen und inoperablen Krebsfälle etwa, schätzt sein Züricher Kollege Martz, sind mit Hilfe von Zytostatika und Hormonen „potentiell heilbar“. Bei weniger als 20 Prozent der Patienten traut er der Chemotherapie zu, daß sie das Leben der Kranken verlängern kann.

Die „weitaus größte Zahl von Patienten mit metastasierenden bösartigen Leiden“, schränkt auch der Göttinger Krebsmediziner Professor Gerhard Nagel, Präsident der Deutschen Krebsge-



sellschaft, den Nutzen der Zytostatika-Therapie ein, „verstirbt an der Grundkrankheit, selbst wenn mit Medikamenten oft jahrelang dauernde und vorübergehend vollständige Tumorrückbildungen erzielt werden“. Nur bei „weniger als fünf Prozent“ könnten, wie der Mediziner schätzt, Medikamente auch dann noch heilen, wenn es für den Chirurgen oder den Radiologen schon nichts mehr zu tun gibt.

Bei einer kleinen Minderheit von Patienten ist deshalb auch den vorsichtigen und selbstkritischen Onkologen kein Risiko der Gifttortur zu groß. Um die Chance auf eine restlose Heilung der Kranken zu wahren, setzen sie hochaggressive Medikamente und Medikamentenkombinationen „kompromißlos und intensiv“ (Gallmeier) ein.



Krebspatientin bei Chemotherapie
„Oft kopflos herumprobiert“

Nahezu alle Patienten mit Hodenkrebs können auf diese Weise im frühen Stadium der Krankheit noch gerettet werden. Für 50 bis 70 Prozent von ihnen verspricht die Therapie auch dann noch den erhofften Erfolg, wenn der Tumor bereits weit fortgeschritten ist – am Beginn der Chemotherapie-Ära konnte mit soviel Glück nicht einmal jeder zwanzigste rechnen.

Doch Patient und Arzt wandeln dabei auf einem gefährlich schmalen Grat. Jeder zehnte Patient stirbt laut Onkologe Huhn in den ersten Wochen an den Nebenwirkungen der chemischen Behandlung. Noch nach Jahren müssen Patienten, die mit Medikamenten vom Morbus Hodgkin (Lymphdrüsenkrebs) geheilt wurden, mit Zweitkrebsen rechnen.

In neun von zehn Fällen können Zytostatika und Hormone das Leiden nicht mit der Wurzel ausrotten. Metastasierende Tumoren, bei denen die Chemotherapie weder zu heilen noch das Leben zu verlängern vermag, will Mediziner Martz deshalb „grundsätzlich nicht zytostatisch behandelt“ wissen. Zu der „am wenigsten toxischen“ Therapie rät der Onkologe erst dann, wenn Operation oder Bestrahlung nicht mehr weiter-

helfen und die Geschwulst für den Patienten bedrohlich wird.

Onkologe Gallmeier plädiert für „Abwarten“, bis der Krebs durch Symptome auf sich aufmerksam macht. Doch auch beim Einsetzen von Schmerzen bewahrt nur das Augenmaß des Mediziners den Patienten vor noch größerer Qual: Eine lokale Strahlentherapie, so Gallmeier, oder eine mild wirkende Chemotherapie seien auf jeden Fall den hochtoxischen Medikamentenkombinationen vorzuziehen.

Der Hausbrauch der Krebsmedizin nimmt sich häufig furchterregender aus:

▷ **Metastasierender Brustkrebs:** Obwohl Chemotherapien nicht heilen können, werden viele Frauen mit aggressiven Medikamenten behandelt. Hochtoxische Wirkstoffkombinationen, so berichteten Tumorspezialisten beim 18. Deutschen Krebskongreß im letzten

Jahr, haben den oft jahrelangen Verlauf der Krankheit aber nicht wirksamer beeinflusst als „milde Behandlungsschemata“. Beschwerdefreie Patientinnen werden durch die Therapie oft sinnlos gequält. Eine generelle Indikation zur Chemotherapie, so der Essener Tumorspezialist Professor Carl-Gottfried Schmidt, gebe es nicht.

▷ **Metastasierender nicht-kleinzelliger Lungenkrebs:** Hochtoxische Kombinationstherapien durch Bestrahlung und Zytostatika bemessen die durchschnittliche Überlebenszeit auf sechs bis acht Monate. Auch wenn sich einige der Tumoren während der Behandlung teilweise zurückbilden, hat dies weder auf die Überlebenszeit noch auf die Überlebensqualität nennenswerten Einfluß.

▷ **Metastasierender Prostatakrebs:** Die oft durchgeführte Hormontherapie verlängert das Leben nicht. Sinnvoll ist sie weder nach der Diagnose noch nach dem Auftreten von Metastasen. Behandelt werden sollte erst dann, wenn von den Tochtergeschwülsten Komplikationen drohen.

▷ **Metastasierender Dickdarmkrebs:** Zellgifte können das Leben nicht ver-

Sheraton



Sommer- Weekend in München

Für die Wochenenden vom 1. Juli bis zum 31. August 1987 machen wir Ihnen ein attraktives Angebot: In dieser Zeit übernachten Sie im München Sheraton Hotel

für nur DM 85,-

pro Person und Nacht im Doppelzimmer.
Einzelzimmerzuschlag
DM 25,- pro Nacht.

2 Kinder bis zu 14 Jahren können im Zimmer der Eltern gratis übernachten, falls kein Zusatzbett benötigt wird; Frühstück pro Kind DM 10,-.

Im Preis sind inbegriffen:

Willkommensdrink an der Lobby-Bar oder in der Diskothek „Vibraphon“;
Zimmer mit Farb-TV;

Sheraton-Frühstücksbuffet. Außerdem freier Eintritt in die Ausstellung „Venedig – Malerei des 18. Jahrhunderts“ in der Kunsthalle der Hypo-Kulturstiftung (ab 24. 7. 87) oder in das Deutsche Museum oder in den Tierpark Hellabrunn oder Freifahrt auf den Olympiaturm. Freie Benutzung des Hallenschwimmbads und der Fitnessgeräte.

Freies Parken in der Tiefgarage.

Das Angebot gilt nur nach vorheriger Reservierung für Freitag, Samstag und Sonntag, vorbehaltlich der Verfügbarkeit der hierfür vorgesehenen Gästezimmer. Änderungen vorbehalten.

Buchung über jedes Sheraton Hotel oder bei Ihrem Reisebüro.

München Sheraton Hotel & Towers

The hospitality people of IITT
Arabellastraße 6, D-8000 München 81.
Telefon 0 89/92 40 11,
Telex 5 23 754/5 22 391

längern. Beschwerdefreie Patienten sollten deshalb nicht mit Zytostatika behandelt werden. Übertherapien mit sehr starken Nebenwirkungen sind dennoch die Regel.

- ▷ Bösartiger Lymphdrüsenkrebs niedrigen Malignitätsgrades: Trotz vergrößerter Lymphknoten nimmt die Krankheit auch ohne Therapie oft einen langsamen Verlauf. Die Knoten bilden sich mitunter spontan zurück. Rigoros eingesetzte Zellgifte verlängern das Leben nicht.

Auf Anhieb kann der Hamburger Krebsexperte Hoffmann aufzählen, wo mit den chemischen Waffen häufig nicht geleckert, sondern geklotzt wird, ohne daß der Kranke davon profitiert: In 90 Prozent der Fälle, schätzt er, würden

Mediziner mit „Riecher“ an Kliniken zu selten

Patienten mit metastasierendem Prostatakrebs nach der Devise „Viel hilft viel“ mit mehr als einer Hormontherapie „überschüttet“. „Zwei Drittel hätten damit nicht behandelt werden müssen.“ An der krassen Übertherapie, so Mediziner Hoffmann, verdienen sich die Pharmahersteller eine „goldene Nase“.

Auf den häufigen Mißbrauch von Zytostatika und Hormonen ist der Hamburger Mediziner auch bei fortgeschrittenen Magen-, Dickdarm- oder Bauchspeicheldrüsenkrebsen gestoßen. Der Tumor, so weiß er, bilde sich unter der „eher aus Verzweiflung“ eingeleiteten Therapie oft zurück, doch der vermeintliche Erfolg zahle sich für die Kranken nicht aus. Er stehe, so Hoffmann, letztlich nur „auf dem Papier“.

Der richtige Einsatz der Mittel verlangt vom Krebsmediziner Fachwissen und Fingerspitzengefühl zugleich. „Riecher“, „Umtriebigkeit“ und „Talent“ des Arztes, meint Onkologe Hoffmann, seien ebenso gefragt wie das breitgestreute Wissen über die verschiedenen Krebsformen. Doch dieser Mediziner-typus ist an den Kliniken dünn gesät.

„Die Errichtung von Tumorzentren kann nicht darüber hinwegtäuschen, daß es den Ärzten weithin an Kompetenz mangelt, Krebsleiden angemessen zu behandeln“ – so kanzelte die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ die Krebsheiler ungewöhnlich scharf ab. Viele Ärzte, urteilte ähnlich skeptisch der Göttinger Onkologe Nagel, seien den Anforderungen einer Chemotherapie, die ihnen „sehr viel Sorgfalt, Zeit, Strapazen und ein überdurchschnittliches Maß an Hingebung“ abverlange, „auf die Dauer nicht gewachsen“.

Ein detailliertes Sündenregister seiner Kollegen spulte der Züricher Krebsmediziner Martz vor den Lesern der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ ab. Ursache für die sinnlosen Torturen vieler Tumorpfer ist demnach der on-

kologische Blackout – Opfer sind allemal die Patienten:

- ▷ Fortgeschrittene Krebse werden nicht als unheilbar erkannt und deshalb entsprechend aggressiv behandelt. In Wirklichkeit sind in solchen Fällen nur palliative, also Beschwerden verhindernde oder lindernde Maßnahmen gerechtfertigt.
- ▷ Die Wirkung der Zytostatika oder Hormone auf den Tumor wird nicht ausreichend registriert. Die eingreifende Chemotherapie läuft weiter, auch wenn klinische Symptome belegen, daß der Krebs auf die Behandlung nicht anspricht.
- ▷ Unheilbare, aber schmerz- und beschwerdefreie Patienten werden nach auffälligen Röntgen- oder Laborbefunden prophylaktisch behandelt – obwohl der verfrühte Einsatz der chemischen Mittel den Krankheitsverlauf bei einigen Krebsarten ungünstig beeinflussen kann.
- ▷ Der Krebs wird nach Schablone bekämpft: Auf die Diagnose eines bestimmten Tumors erfolgt automatisch eine bestimmte Therapie; nicht die individuelle Situation des Patienten, sein Allgemeinzustand und seine medizinische Prognose steuern die ärztlichen Maßnahmen, behandelt wird vielmehr frei „nach Kochbuch“.

Aber auch aus Mitleid und Hilflosigkeit verfallen die Tumormediziner mitunter dem heillosen Aktionismus. Sie muten ihren Patienten die Strapazen der Chemotherapie zu, „weil es“, wie Martz formuliert, „für sie leichter ist, eine aktive Behandlung durchzuführen, als passiv zu bleiben“.

Wer vor Menschen stehe, so der Nürnberger Gallmeier, von denen er wisse, „den heilen wir nie“, suche den Ausweg nicht selten in der Flucht nach vorn. Die Onkologie, warnt der Mediziner deshalb, dürfe sich nicht unter Zwang setzen lassen, „heilen zu müssen, wo wir nicht heilen können“.

Wenigstens ein weiterer Fluchtweg steht den ratlosen Mediziner da meist

Kaskaden von Untersuchungen noch kurz vor dem Tod

sperrangelweit offen. Sie verschanzen sich hinter geschäftiger Diagnostik, auch wenn sie dem Patienten nichts bringt und die Kosten steigen.

„Wer kennt nicht als Arzt die problemfreie Zeit“, beschreibt Gallmeier den Fluchtmechanismus, „wenn angesichts einer kritischen Situation weitere diagnostische Verfahren vorgeschoben werden können und die Patientengespräche während dieser Wartezeit ungetrübt ablaufen?“

Dabei sei es „im Prinzip Quatsch“, zu wissen, „wo der Krebs hinmetastasiert“, meint Onkologe Hoffmann, dann nämlich, wenn gegen den Tumor ohnehin

Quälende Zweifel

Beispiele falsch verstandener Nachsorge

Immer wieder stehen Mediziner vor der Frage, was zu tun bleibt, wenn alle Mittel gegen den Krebs versagt haben. Einig sind sie sich, daß es unmenschlich wäre, Krebskranke nach den oft jahrelangen Therapien, nach Radikaloperationen, hochdosierten Bestrahlungen und Chemotherapien am Ende ihrem Schicksal zu überlassen. Doch befangen im Denken der Hochleistungsmedizin, retten sie sich oft in gleichermaßen ungenügende Alternativen. Zwei Beispiele für viele:

Bei einer 42jährigen Patientin hatten sich zwei Jahre nach der Brustamputation lokale Metastasen an der Brustwand gebildet. Nach medizinischem Ermessen gab es für die Frau keine Rettung mehr. Doch sie war noch in guter körperlicher Verfassung und nahezu beschwerdefrei. Die ambulante Betreuung durch einen Krebspezialisten aus der Klinik in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt hätte genügt, um die nötigen Behandlungsmaßnahmen durchzuführen. Die Frau hätte die restliche Zeit ihres Lebens mit Mann und Kindern verbringen können.

Statt dessen wurde sie sechs Monate in einer einige hundert Kilometer von ihrem Heimatort entfernten Nachsorgeklinik untergebracht. Die medizinische Betreuung war dort keinesfalls wirksamer oder besser, doch der Faden zum normalen Leben war abgerissen. Der Tagessatz jener Klinik, der von der Krankenkasse erstattet wurde, lag weit über dem Satz, den die Kasse bereit war für die ambulante Behandlung durch den Krebspezialisten in einem ganzen Quartal auszugeben.

Bei einem 45jährigen Mann mit Nierenkrebs war die Geschwulst in eine Vene eingebrochen. Zu heilen blieb auch hier nichts mehr. Bei der Art des Tumors und angesichts des fortgeschrittenen Stadiums war es nur noch eine Frage der Zeit, wann die ersten Tochtergeschwülste auftauchen würden. Dennoch setzten die Mediziner die Diagnosemaschinerie in Gang, als gelte es, das Leben des Kranken zu retten.

In dreimonatigen Abständen röntgen sie den Patienten und schoben ihn in den Computer-Tomographen. Nach zwei Jahren wurde der Befund des empfindlicheren CT-Gerätes auffällig, aber die Röntgenaufnahme zeigte noch keine Veränderung – der Kranke, der schon zwei Jahre gehofft hatte, war durch den Teilalarm beunruhigt.

Weitere drei Monate später war das Ergebnis auf dem Computer-Tomogramm noch deutlicher zu sehen. Das Röntgenbild blieb auch jetzt unverändert. Wieder stürzte die unnötige Doppeluntersuchung den Patienten in quälende Zweifel.

Schon sechs Wochen danach veranstalteten die Mediziner eine weitere Diagnoserunde. Das Computer-Tomogramm war eindeutig. Auch auf dem Röntgenbild zeigten sich nun zahlreiche Lungenrundherde – der



Patienten in Nachsorgeklinik (Ernährungsberatung): Zu Hause besser aufgehoben?

Tumor war aus der Niere ausgebrochen und hatte Metastasen in die Lunge abgesiedelt. Die Ängste des Kranken waren zur Gewißheit geworden. Doch mit welcher Konsequenz?

Die häufigen Kontrollen mündeten in keinerlei Therapie. Bei der Einlieferung in ein Tumorzentrum konnten die Ärzte dem Bedauernswerten nur eröffnen, was ihre Kollegen von Anfang an gewußt hatten – daß es gegen den Tumor keine Hilfe gab.

Durch die aufwendige Diagnostik war viel Geld verschwendet worden. Statt des versichernden doppelten Geräteinsatzes hätte es, nach Ansicht des Nürnberger Krebsmediziners Walter Gallmeier, genügt, den Patienten regelmäßig zu sehen, mit ihm zu sprechen und ihn auf klinische Symptome des fortschreitenden Tumors zu untersuchen. Beim Auftreten der ersten Beschwerden hätte dann auch das simple Röntgenbild genügt, um die Ursachen zu erkennen.

nichts auszurichten ist. Rund 60 Prozent der Kollegen würden dennoch, wie er schätzt, auch dann noch eingreifende Diagnostik betreiben, wenn statistisch klar sei, daß der Krebs jeder Therapie widerstehe. „Wenn man sie fragen würde, warum“, sagt er, „könnten sie keine Antwort geben.“

Aus Angst und instinktiver Abwehr gegen den vom Tod gezeichneten Patienten bricht dann oft eine Kaskade von Untersuchungen über den Kranken herein. Fünf Mediziner, die unbrauchbare Ultraschallaufnahmen liefern, so Gallmeier, sorgen dafür, daß ein aufwendiger Computer-Tomograph voll ausgelastet ist – dessen Aufnahmen wiederum der Nachprüfung durch den Chirurgen oft nicht standhalten.

Mit dem „Guthaben“ der überflüssigen Diagnostik und Therapie, mutmaßt der Nürnberger, ließe sich der medizinische Fortschritt in der Onkologie „noch für viele Jahre“ finanzieren. Doch auch die Kranken selbst oder ihre Angehörigen hetzen den Arzt mitunter in die blinde Geschäftigkeit. „Vom Ende her betrachtet“, weiß Hoffmann, verlange fast jeder aus Ängstlichkeit nach der Intervention des Mediziners.

Auch wenn sie es nicht wahrhaben wollen, werden die Hilfesuchenden dann oft mit Mitteln therapiert, die weit davon entfernt sind, Wunder gegen den Krebs bewirken zu können. Denn keine anderen Medikamente der Schulmedizin sind giftiger und riskanter als die gegen den Tumor eingesetzten. Einige der Zytostatika, wie beispielsweise Cyclophosphamid, können, wie der Hamburger Strahlenmediziner Professor Hans-Peter Heilmann einräumt, auch noch Jahre nach der erfolgreichen Behandlung Zweitkrebe auslösen.

Der Grat zwischen Nutzen und mitunter tödlichem Schaden ist auch für erfah-



Beschäftigungstherapie in Nachsorgeklinik
Von Kassen bevorzugt

rene Mediziner schmal. Bei zu niedriger Dosis entziehen sich die Krebszellen dem Angriff durch Resistenzbildung – ein an sich heilbarer Tumor nimmt dann, durch die Schuld des Arztes, unter Umständen einen tödlichen Verlauf.

Ist die Therapie dagegen zu intensiv oder wird sie nur ungenau kontrolliert,

Onkologe Martz warnt, „wohl mehr als die Behandlung anderer Krankheiten zur Zeit einen noch weitgehend experimentellen Charakter“. Die Therapiekonzepte der Onkologen wechseln relativ rasch. Was heute als optimale Behandlung gilt, wird möglicherweise schon morgen als Übertherapie erkannt. Zudem haben die

drohen dem Patienten schwere bis schwerste Nebenwirkungen:

- ▷ lokaler Venenschmerz, Übelkeit, Erbrechen, aber auch Leber- und Nierenschäden schon bei kurzer Behandlung;
- ▷ Haarausfall, Lungenfibrose, Nervenlähmungen oder Herzstörungen bei längerer Therapie;
- ▷ Zweitkrebs, Chromosomenveränderungen, Sterilität und Behinderung von Wachstumsfunktionen als eventuell erst nach Jahren auftretende Spätfolgen.

Die Chemotherapie hat, wie der Züricher

chemischen Zellkiller ihren Leistungszenit offenbar überschritten. „Nach Jahren stürmischer Entwicklung“, eröffnete das Fachblatt „Medical Tribune“ letztes Jahr, ist die medikamentöse Jagd auf den Krebs „auf einer Art Plateau“ angelangt:

Erfolgreich sind die Zytostatika hauptsächlich bei rasch wachsenden Tumoren, dagegen stagniert ihre Wirkung bei den zahlenmäßig überwiegenden langsam wachsenden Geschwülsten (siehe Graphik).

Womöglich werden die aggressiven Arzneien aber erst in Zukunft noch den größeren Flurschaden anrichten. „Warum nicht öfter ambulant?“ fragte die „Medical Tribune“ im letzten Oktober ihre Ärzteleser und machte der Klientel die Chemotherapie schmackhaft:

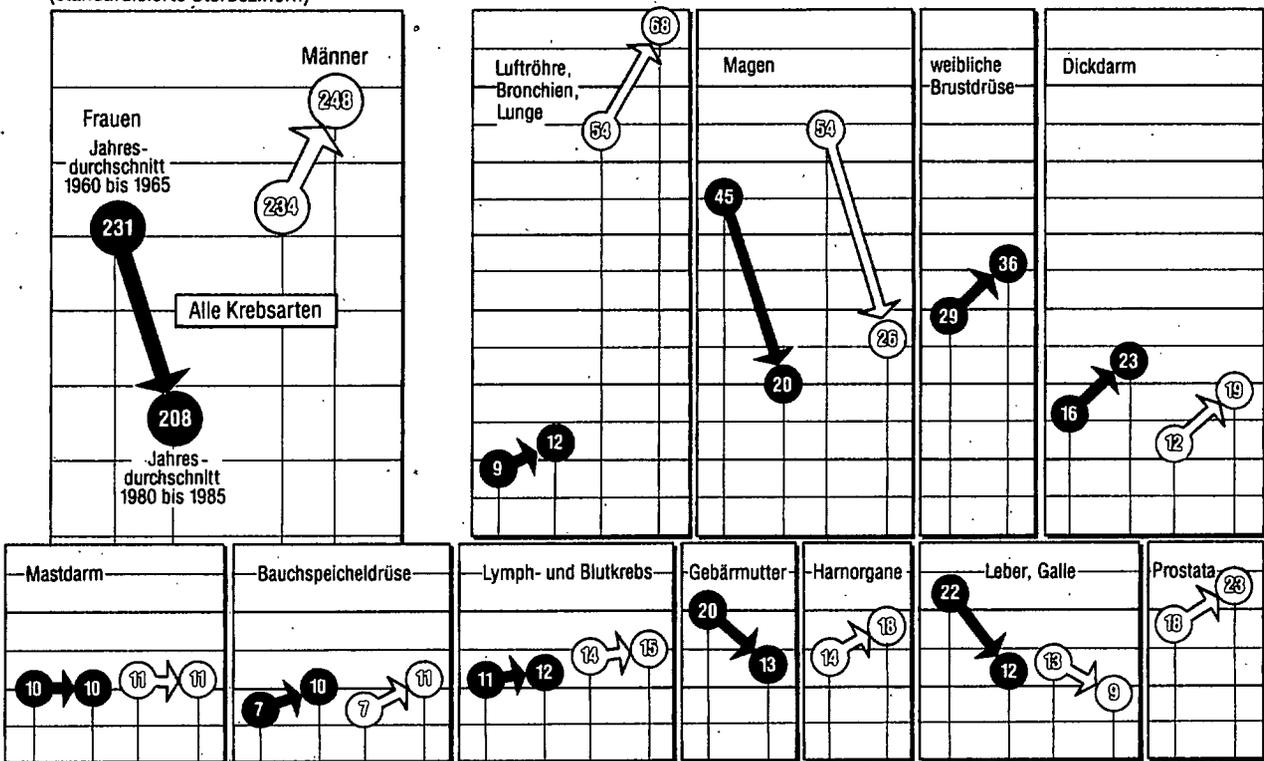
„Sind die Klippen fehlender Therapiekonzepte erst einmal überwunden“, lockte das Blatt, „und ist dies zur Zeit auch noch Zukunftsmusik, so steht der ambulanten Therapie nichts mehr im Wege.“

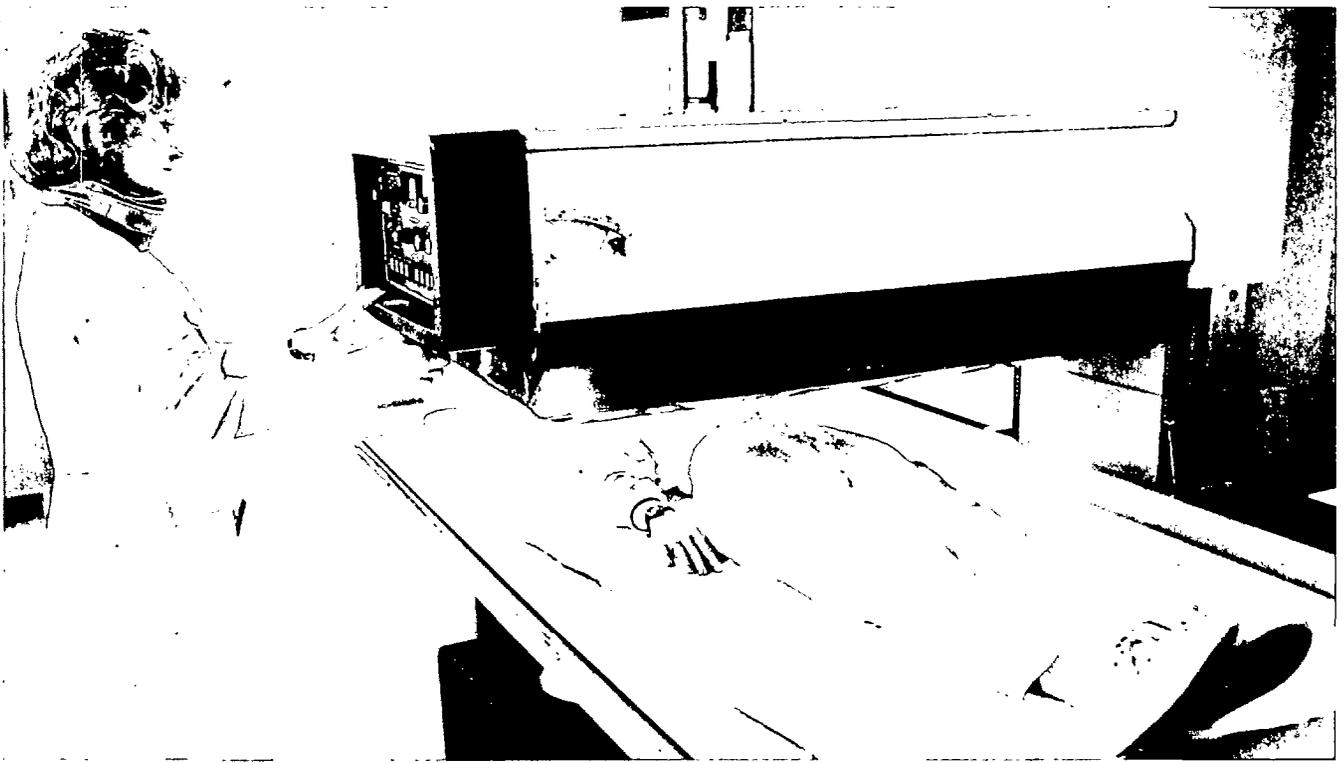
In den Tumorzentren und onkologischen Fachabteilungen der Kliniken sind die Betten seit langem chronisch knapp. Niedergelassene Gynäkologen beispielsweise stehen sich gegenseitig im Wege. Viele von ihnen haben deshalb bereits die Chance genutzt und sind in die onkologische Nische geschlüpft.

Doch um welchen Preis? Zwar profitieren auch Krebskranke von der fami-

KAUM FORTSCHRITTE IM KAMPF GEGEN DIE GROSSEN KILLER

Krebstote auf 100 000 Einwohner in der Bundesrepublik; Vergleich 1960 bis 1965 gegenüber 1980 bis 1985 nach Krebsarten (standardisierte Sterbeziffern)





Diagnosegerät zur Knochenkrebs-Erkennung*: 6000mal gesunde Patientinnen ...

liennahen Behandlung. Umständliche Klinikaufenthalte bleiben ihnen erspart. Trotz der Krankheit können sie sich in ihrer gewohnten Umgebung bewegen; sie werden, fürs erste, noch nicht ins Getto der onkologischen Zentren abgeschoben, wo sich die Patienten auf Gängen und in Sälen getrost duzen können: Jeder hat Krebs, der Tumor ist überall.

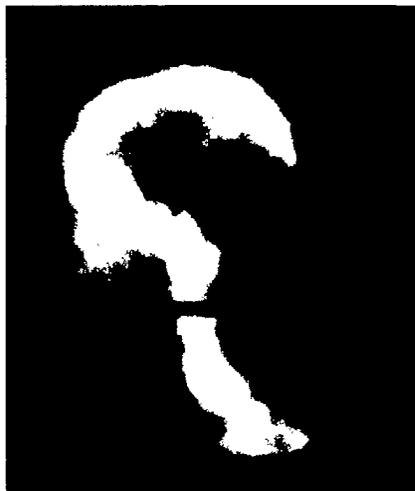
Doch erfahrene Onkologen wie der Göttinger Nagel sehen dem Trend zur ambulanten Behandlung mit gemischten Gefühlen entgegen – Übertherapien, so fürchten sie, könnten damit erst recht zur Epidemie werden. Die Patienten, aber auch die Krankenkassen hätten den Schaden.

„Wirtschaftliche Beweggründe“, so Martz, ins Spiel gebracht von der Pharma-Lobby, mögen sich schon jetzt in die Entscheidungen der niedergelassenen Tumormediziner gemogelt haben – bei vorbeugenden („adjuvanten“) Chemo-

Chemisches Füllhorn – ohne nachweisbaren Nutzen

therapien, in jenen Fällen also, wo die Kranken durch Operation oder Bestrahlung eigentlich geheilt sind, aber unsichtbare Krebsherde womöglich noch im Blut zirkulieren.

Zwischen 60 und 70 Prozent der Patienten sterben trotz bestmöglicher lokaler Behandlung an den heimtückischen Tochtergeschwülsten. Aber nur in wenigen Fällen verspricht die prophylaktische Jagd auf die ausgeschwemmten Stammzellen des Tumors Erfolg: bei einigen seltenen kindlichen Tumoren etwa oder



Knochenszintigramm*
... in Angst und Schrecken versetzt

bei gebärfähigen Brustkrebspatientinnen mit weniger als vier tumorbehafteten Achsellymphknoten. Adjuvante Chemotherapien können bei ihnen die Überlebenszeit verlängern, vielleicht sogar heilen.

Ohne genaue Studien abzuwarten, haben die Mediziner aber auch hier ihr chemisches Füllhorn überstürzt ausgeschüttet, bei den meisten der an sich Genesenen ohne nachweisbaren Nutzen.

Anderen Patienten hat die vorbeugende Therapie geschadet. So ergab eine Studie der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Krebsforschung,

* Oben: Szintigraphie-Gerät, das mit Hilfe injizierter radioaktiver Substanzen Tumore erkennbar macht; unten: Schädelaufnahme mit Metastasen.

daß Lungenkrebspatienten eine schlechtere Prognose hatten, wenn sie nach der Operation vorbeugend mit dem Antikrebs-Mittel Cyclophosphamid behandelt wurden: Bei fast jedem zweiten von ihnen kehrte der Tumor zurück; in einer Gruppe ohne chemische Nachbehandlung wuchs die Geschwulst nur in jedem vierten Fall nach.

Gewinner ist auf jeden Fall die Pharma-Industrie, die die Werbung für die Krebsmittel weiter ankurbelt. Für die medikamentöse Behandlung des osteogenen Sarkoms, einer Art Knochenkrebs, zahlen die Kassen immerhin rund 100 000 Mark. Die Chemotherapie der akuten Leukämie kostet über 50 000 Mark.

Doch auch die Kassen selbst sind schuld daran, wenn das „Guthaben“ (Gallmeier) der Krebsmedizin noch lange sicher aufgehoben ist. Nur 60 Mark pro Quartal und Patient, klagt Tumormediziner Huhn, erhalten etablierte Krebskliniken, wenn sie ihre Kranken ambulant betreuen und ihnen damit ein weitgehend normales Leben ermöglichen. Das ist wie eine zu kurze Decke. Die guten Vorsätze der Klinik-Onkologen fallen mit der Knauserei ins Wasser.

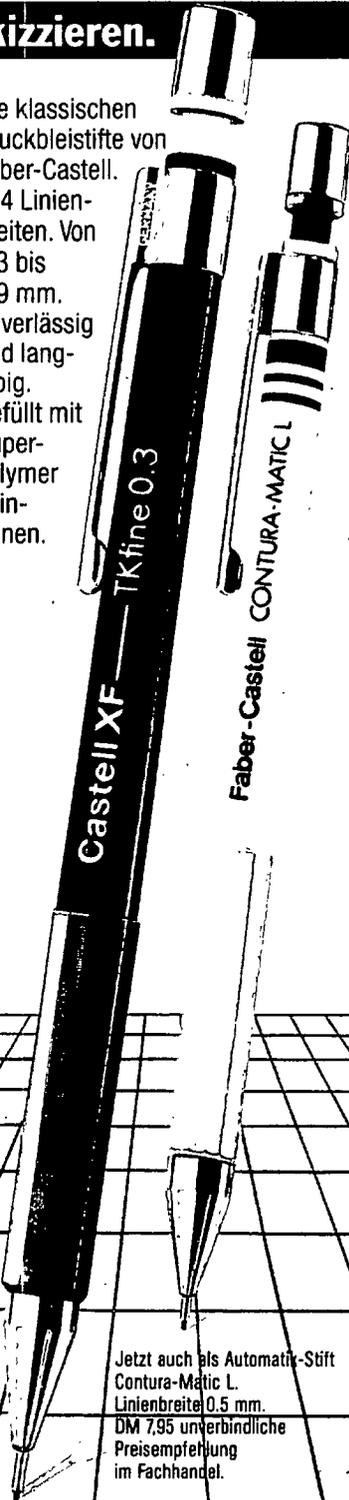
Entsprechend heftig ist der Groll der Engagierten, wenn sich die Kassen bei monatelangen Aufenthalten der Patienten in Krebs-Nachsorgekliniken nicht lumpen lassen (siehe Kasten Seite 140).

Für eine „Tumormedizin nach Maß“ plädiert Gallmeier deshalb auch in der Nachsorge. Intensive Kontrolluntersuchungen sind nach seiner Ansicht nur dann gerechtfertigt, wenn der diagnostische Aufwand Konsequenzen für die

Schreiben. Zeichnen.

Skizzieren.

Die klassischen Druckbleistifte von Faber-Castell. In 4 Linienbreiten. Von 0.3 bis 0.9 mm. Zuverlässig und langlebig. Gefüllt mit Super-Polymer Feinminen.



Jetzt auch als Automatik-Stift Contura-Matic L. Linienbreite 0.5 mm. DM 7,95 unverbindliche Preisempfehlung im Fachhandel.

Faber-Castell
Druckbleistifte

Behandlung zeitigt: etwa beim Hodenkrebs, wo selbst das Auftauchen von Metastasen noch lange nicht der Anfang vom Ende ist.

Vor dem „nichtindizierten Einsatz aller technischen Möglichkeiten in der Nachsorge“ hingegen warnt der Mediziner: Solcher Aktionismus, fürchtet er, führe zwangsläufig zu einer unpersönlichen, inhumanen und unbezahlbaren Medizin – zumal die teuren Apparate oft nur Illusionen nähren.

So werden beispielsweise Rückfälle und Neubildungen der Geschwulst beim Brustkrebs in den weitaus meisten Fällen von den Patientinnen selbst oder vom Arzt entdeckt. Nur bei acht Prozent der Frauen löst das Knochenszintigramm den Frühalarm aus, in jedem zwanzigsten Fall taucht der Knoten auf dem

Doch wie Kranke gegen das bösartige Leiden am besten zu schützen sind, darüber haben Tumormediziner landauf, landab ihre eigenen, mitunter weit auseinanderklaffenden Vorstellungen. So etwa würde Onkologe Gallmeier beim metastasierenden Dickdarmkrebs abwarten, bis sich die Absiedlungen des Tumors in der Lunge oder in der Leber durch Beschwerden bemerkbar machen.

Auf der Leserbriefseite der „Süddeutschen Zeitung“ mußte sich das Vorstandsmitglied der Bayerischen Krebsgesellschaft deshalb Vorhaltungen gefallen lassen – vom Geschäftsführer der Gesellschaft, dem Münchner Onkologen Professor Reiner Hartenstein.

Der würde, „wenn möglich“, einer Chemotherapie auch bei Dickdarm-Patienten mit Metastasen zustimmen oder



Medical Tribune

Röntgenbild auf, und nur eine von hundert Frauen erfährt vom Wiederauftreten des Tumors bei der Mammographie.

Über 120 000 Knochenszintigramme fallen dennoch in fünf Nachsorgejahren bei den Brustkrebspatientinnen in der Bundesrepublik an – bei jährlich rund 27 000 neu erkrankenden Frauen. Die Kassen zahlen für die Kontrolluntersuchungen, bei denen Knochenmetastasen möglichst frühzeitig erkannt werden sollen, nach Berechnungen von „Medical Tribune“ 16 Millionen Mark. 6000mal werden dabei gesunde Patientinnen mit einer falschpositiven Diagnose in Angst und Schrecken versetzt.

„Falke, wo ich heilen kann, Taube, wo es nur zu helfen gilt“, mit dieser Faustregel behilft sich Mediziner Gallmeier am Bett seiner Krebspatienten. Nutzlose Behandlungen und bis zum Ende reichende Diagnostorturen bleiben den Hilfsbedürftigen dadurch wenigstens erspart.

sie gar von der Notwendigkeit der „intraarteriellen Perfusionsbehandlung“ überzeugen, einer Art intensivierter, punktgenauer Chemotherapie. In 30 bis 50 Prozent der Fälle, so begründet der Münchner seinen Tatendrang, ließen sich auf diese Weise „zumindest vorübergehende Rückbildungen“ erreichen, wenn auch keine Heilung.

Ähnlich trat nur Konfusion zutage, als „Medical Tribune“ Mitte Oktober von drei Krebsexperten erfahren wollte, wie sie Brustkrebspatientinnen mit Knochenmetastasen behandeln würden – das Blatt heimste genauso viele unterschiedliche Meinungen ein.

Je eher, desto besser, lautete das Credo des Heidelberger Nuklearmediziners Professor Peter Georgi, der den Kampf mit Hilfe der Chemotherapie auch dann aufnehmen wollte, wenn die Metastasen weder Schmerzen verursachten noch die Stabilität der Knochen bedrohten.

Der Heidelberger Gynäkologe Professor Fred Kubli zog eine Hormontherapie in Erwägung – dagegen „nie zu diesem Zeitpunkt“ schon die Behandlung mit Zellgiften, denn die Chemotherapie vermindere „nur die Lebensqualität der Patientin“.

Der Hamburger Strahlenmediziner Heilmann hielt Zytostatika überhaupt nur in einem Fall für diskutabel: bei „statisch gefährlichen Knochenmetastasen“. Von regelmäßigen Szintigraphien länger als ein Jahr nach der Operation riet er ab – anders als die beiden Kollegen. „Was für einen Onkologen eine optimale Behandlung ist, kann für einen anderen unter Umständen eine Übertherapie sein“, so kommentierte Mediziner Martz die Irrungen und Wirrungen des Faches. Aber zumindest einem Teil der Krebsmediziner ist nicht mehr jedes Mittel im Kampf gegen den Tumor recht. Sie lernen dazu, wobei die Lektionen besonders eindrucksvoll ausfallen, wenn sie ihnen nach den strengen Regeln der Zukunft erteilt werden. Gelegenheit zu solcher Nachhilfe hatte zuletzt Dr. Ulrich Dold, Chefarzt am Zentralkrankenhaus Gauting bei München.

Patienten mit nicht mehr operierbarem Lungenkrebs, so berichtete er, waren bei einer seit 1978 durchgeführten Studie nicht mit Zytostatika, sondern mit Außenseitermitteln wie dem Mistelextrakt Iscador behandelt worden. Kontrolliert wurde die Studie von Wissenschaftlern des Heidelberger Krebsforschungszentrums.

Für die über 200 behandelten Patienten, laut Dold eine „Negativauslese“, bei denen die Ärzte eine Chemotherapie nicht mehr riskiert hatten, lohnte sich der Abstecher zur Alternativmedizin. Sie lebten mit dem Tumor im Schnitt zwölfmonatig; ihren Leidensgenossen, bei denen die chemischen Krebsmittel eingesetzt werden, bleibt in der Regel nur ein halbes Jahr.

Nicht den Außenseitermedikamenten, so erkannten die Mediziner, war der schmale, aber immerhin lebenswerte Zeitgewinn zu verdanken. Ausschlaggebend war vielmehr die Lebenskraft der Patienten, die ohne die Chemotortur bis zuletzt ungebrochen blieb. Verstärkte Zuwendung tat ein übriges. Einige der Testpatienten konnten bis kurz vor ihrem Tod arbeiten.

Dem Privatdozenten an der bayrischen Klinik hat dieses Erlebnis die Augen noch weiter geöffnet: „Wir haben“, sagt er, „im Eifer, den Krebs überall totzuschlagen, übersehen, daß die Patienten oft mehr unter der Therapie als unter dem Krebs leiden.“

Im nächsten Heft

Neuer Maßstab für die Krebstherapie: „Lebensqualität“ – Verändern Zytostatika die Psyche? – Auch nach der Heilung: Der Schock bleibt – „Viktimsierung“ der Kranken – Ärzte klären über die Folgen der Behandlung nur ungern auf

Bordeaux Frühlingswein-Genießer erkennt man sofort?



Wo kämen wir da hin!

Auf dem Bordeaux Frühlingswein steht ja auch nicht „Frühlingswein“.

Deshalb ist er nur von Kennern zu finden, denen er dann aber trotz seiner höchstens zwei Jahre wahren „Genuß ohne Reue“ verspricht, voll durchgegoren – leicht, trocken, weiß und fruchtig.

Manch ein Genießer fühlt sich ähnlich, wenn er diesen weißen Bordeaux erst gekostet hat – und mit etwas frühlingshaftem Übermut, versteht sich. So sieben Mark muß ihm dieses Vergnügen allerdings schon wert sein.



VIN DE BORDEAUX

Frühlingswein

ACCO