

Den Krebs überleben!

Der Babylonier Arkad stellte fest: „...es gibt zwei Arten des Lernens. Die eine beinhaltet die Dinge, die wir gelernt haben und wissen, die andere besteht in dem Bemühen, festzustellen was wir nicht wissen“. Die folgenden Zeilen dienen dem Letzteren.

Zur groben Strukturierung lassen sich die Todesfälle, gemeint ist das Schicksal derer, die nicht nur an Krebs erkranken sondern, an dieser Erkrankung oder dem Therapieversuch sterben, in zwei Gruppen einteilen

1. Der Tumor ist bereits bei Entdeckung so groß, dass der Patient entweder am Tumor selbst oder an dem Versuch seiner Entfernung stirbt.
Zahlenmäßig handelt es sich hier um die Minderzahl aller Krebstoten.
2. Der Tumor lässt sich problemlos entfernen, der Erkrankte überlebt die folgenden 5 Jahre dennoch nicht, weil die Erkrankung trotz vielfältiger therapeutischer Intervention fortschreitet.

Verbesserungen in der ersten Gruppe lassen sich wahrscheinlich nur durch überlegteres Handeln (Zeitpunkt der OP, Vorbehandlung etc.) erzielen. Dies wird es nur geben, wenn sich Krebskranke grundsätzlich auch von „**Nicht-Chirurgen**“ beraten lassen.

In der zweiten Gruppe sind die Aussichten eigentlich besser, aber die Mehrzahl der Toten findet sich gerade in dieser Gruppe. Dabei lässt sich heute, wenn man über Selektierung der Tumorentitäten, die Gruppe einschränkt, schon fast sicher behaupten:

„Heute stirbt keiner mehr an seinem Primärtumor.“

Natürlich gilt das nicht für manche Hirntumore oder das Bronchial-CA. Für viele Tumore, auch für solche mit hoher Letalität, ist es aber durchaus richtig:

Die erfolgreiche Entfernung des entdeckten Tumors ist nicht gleichbedeutend mit dem Überleben des Patienten.

Es sind noch andere Faktoren zu berücksichtigen als nur die Primärgeschwulst: denn die Tumorerkrankung breitet sich im Organismus aus, unabhängig davon, ob die Primärgeschwulst entfernt wurde oder nicht.



Es gilt heute als bewiesen, dass auch die radikalsten Entfernungsversuche nicht zur Eindämmung der Erkrankung beitragen. Deshalb wird heute, beispielsweise beim Mamma-Ca brusterhaltend operiert. Nicht aus kosmetischen Gründen, sondern vielmehr, weil alles andere nicht mehr, sondern tatsächlich weniger bringt. Das eigentliche Problem lässt sich - dies geben inzwischen auch universitäre Meinungsführer zu - nicht ausschließlich operativ lösen! Deshalb wird eigentlich immer (sofern der Tumor das zulässt) mit Zytostatika (Chemotherapie) und Bestrahlung nach- bzw. bei entsprechender Indikation vorbehandelt.

Ziel der Chemotherapie, der Bestrahlung oder deren Kombination ist es, folgende als Hauptproblem postulierte Ursachentheorien anzugehen:

- Kleine Resttumore im Operationsgebiet
- Mikrometastasen im Lymphsystem
- Mikrometastasen im Blutkreislauf

Die Theoriemodelle, auf denen diese Ansicht und Vorgehensweise beruht, sind sicherlich sorgfältig durchdacht. Leider werden aber Daten, die Zweifel an diesen Theorien wecken, gezielt unterdrückt. Dahinter verbirgt sich die Angst, dass am Dogma „**Stahl, Strahl, Chemie**“ sonst zu sehr gerüttelt werden könnte. In der Gewissheit, für manch einen bereits dem „**Ketzertum**“ nahe zu stehen, will ich es wagen, den Ursachen dafür auf den Grund zu gehen.

„Resttumore im Operationsgebiet“

Natürlich gibt es so etwas: Rezidive, die bereits in der Heilphase des Entfernungsversuches einer Geschwulst auftreten. Gerade bei großen, schwierig zu entfernenden Tumoren, liegt manchmal der Verdacht bzw. die Gewissheit der nicht vollständigen Entfernung nahe. Und Reste eines entfernten Tumors können sicherlich weiterwuchern. Dieser Teil der Theorie ist also offensichtlich richtig. Aber was ist mit dem Lokalrezidiv, das Jahre, beim Brusttumor sogar bis zu 20 Jahre^[1], nach einer Primärtumorentfernung mit den üblichen anschließenden Therapien, auftritt? Kann es sein, dass ein „**Resttumor**“ dort so lange, gewissermaßen „**auf Eis**“ lag und dann plötzlich „**geweckt**“ wurde? Späte Lokalrezidive sind bei einer großen Anzahl von Tumoren möglich, ja teilweise sogar die Regel. Durch die „**Resttumortheorie**“ lässt sich dieses Phänomen nicht erklären!

„Mikrometastasen im Lymphgebiet“

Natürlich gibt es auch hier einen - keinesfalls unbedeutenden - Wahrheitsgehalt. In der Tat gilt das Ausmaß des Lymphknotenbefalls bei einer Vielzahl von Tumorerkrankungen als sicheres Indiz für die Stadienbestimmung. Je größer der Lymphknotenbefall zahlenmäßig ist, um so weiter fortgeschritten ist die Erkrankung und desto höher ist das Rezidivrisiko. Also gibt es durchaus eine Ausbreitung über die Lymphknoten. Dennoch bleiben dabei Fragen offen, denn auch die Patienten, bei denen kein Lymphknotenbefall festgestellt wurde, haben in immerhin 20% der Fälle ein Rezidiv^[2]. Eine Entfernung der Lymphknoten ändert daran überhaupt nichts. Wenn die Ausbreitung kleinster Metastasen über das Lymphsystem wirklich die Ursache für die Metastasen ist, wie kommt es dann, dass diese **„Ausbreitung der Erkrankung“** auch dann und nach gleichem Muster abläuft, wenn keine Lymphknoten befallen waren? Sind Lymphknotenmetastasen vielleicht nur ein Indikator für die Intensität des Geschehens und keinesfalls deren Ursache?

„Mikrometastasen im Blutkreislauf“

Diese sogenannte hämatogene Streuung des Tumors ist nach meinem Dafürhalten eigentlich das fragwürdigste Postulat der Meinungsführer. Schließlich wurden und werden auf der Basis dieser Annahme die ausgedehntesten und damit für den Patienten auch die am stärksten belastenden Maßnahmen durchgeführt. Hierfür einige Beispiele:

- Beim kleinzelligen Bronchial-CA wird immer noch sehr gerne eine adjuvante Schädelbestrahlung durchgeführt. Der Grund liegt in den durch hämatogene Streuung in 30 – 40% der Fälle hervorgerufenen Fernmetastasen im Gehirn. Es gelingt durch eine „vorsorgliche Bestrahlung“ des Kopfes dieser Patienten in vielen Fällen tatsächlich diese Fernmetastasen zu verhindern. Aber dies ändert nichts an der Lebenserwartung dieser Patienten^[3]. Die Streuung über das Blut ist also nicht die Ursache für die geringe Lebenserwartung beim kleinzelligen Bronchial-CA!
- Um möglichst alle Tumorzellen, die mutmaßlich in der Blutbahn kreisen, zu zerstören, wurden z. B. auch beim kleinzelligen Bronchial-CA Chemotherapien mit hohen und sehr hohen Dosen versucht. Die Ergebnisse waren weltweit enttäuschend^[4]. Auch wenn man alles, was möglich ist, einsetzt, um die Zerstörung der Mikrometastasen in der Blutbahn zu erreichen, lässt sich im Endeffekt der Krankheitsverlauf meist nicht positiv beeinflussen.



Übrigens streuen nicht alle Tumore über die Blutbahn. Beispielsweise findet bei den papillären Tumoren der Schilddrüse nahezu nie eine hämatogene Streuung statt. Das Organ ist jedoch gut bis sehr gut durchblutet.

- Völlig ad absurdum geführt, wird die Theorie der hämatogenen Streuung jedoch durch das CUP-Syndrom^[5]. Das Auftreten dieses seltenen onkologischen Syndroms ist mit den vorherrschenden Theorien nicht zu erklären. Doch statt Zweifel an der Theorie zu wecken, werden beobachtete Fakten in Frage gestellt.
- Bei den Spätrezidiven - die es ja nicht nur beim Mamma-CA gibt – ist das Kreisen kleinster Tumoren in der Blutbahn (über 10 bis 20 Jahre) keine ausreichende Erklärung für das erneute maligne Geschehen. Der mikroskopische Nachweis von Krebszellen im Blut ist bisher nicht gelungen.

Jedoch lassen sich Entartungstendenzen im Blut mittels gentechnischer Verfahren durchaus nachweisen. Obwohl diese Diagnostik noch in den Kinderschuhen steckt, ist immer noch davon auszugehen, dass Tumore sich auch über die Blutbahn im Körper verteilen können. Für Therapie und Überlebensaussichten des Patienten bleibt diese Erkenntnis jedoch von geringer Relevanz.

Die Theorien der Biologischen Krebsabwehr

Auf der Seite der „biologischen Krebsabwehr“ gibt es bis jetzt keinen verbindlichen Standard, sondern nur Standardtherapien einzelner Einrichtungen und Praxen. Die Erfassung dieser Konzepte wird dadurch natürlich erschwert, aber bei genauer Betrachtung treten auch hier nicht unproblematische Widersprüche zu Tage.

Den unterschiedlichen Konzepten liegt die Theorie zugrunde, dass Krebs nur deswegen wiederkehrt (nach OP/Chemo/Radiatio), weil ein desolates Immunsystem dem Organismus keine ausreichenden Abwehrmechanismen zur Verfügung stellen kann. Gestützt wird diese Theorie durch die im Labor mögliche exakte Bestimmung des Immunstatus.

Doch sind „**schlechte**“ Laborwerte wirklich ausschlaggebend für einen Progress, oder bietet eine bessere zelluläre Abwehrlage tatsächlich einen sichereren Schutz vor Rezidiven? Eine aufbauende Immuntherapie hat



sicherlich sehr oft ihre Berechtigung und trägt zur Steigerung der Lebensqualität bei. Aber manch ein tödliches Rezidiv kommt gerade unter dem besten Immunstatus erst richtig zum Vorschein.

Und das sollte Anlass zum Nachdenken geben!

Man kann dieses Phänomen heute erklären. Unter den Experten spricht man von der sogenannten „**Überstimulation**“. Lediglich die Frage was ist „**über**“ und was ist „**unter**“ ist nirgends verbindlich geklärt. Gewiss, auch in meiner Praxis wird bei onkologischen Fällen mit Immunstimulation gearbeitet, aber nie um einen bestimmten „**Normwert**“ im Immunstatus des Patienten zu erreichen.

Wir therapieren keine Laborwerte, sondern Menschen.

Für mich ist Überstimulation nicht nur eine Frage des „**wie stimuliert man**“ das Immunsystem, sondern auch eine Frage des „**was läuft sonst noch**“. Das „**über**“ ist nach meiner Erfahrung kein absoluter Wert oder Begriff, sondern eine Wechselwirkung zwischen dem Machbaren auf der zellulären Ebene und dem Erreichten in der emotionalen Wirklichkeit des Patienten. Wenn bei letzterem keine Fortschritte erreicht werden, wird jede fortgesetzte Stimulation irgendwann immer zur Überstimulation führen. Das Verfahren der Stimulation ändert daran nichts Wesentliches. Immunität ist immer ein multifaktorielles Geschehen und nie ein rein zellulärer Prozess, der von der emotionalen Wirklichkeit getrennt abläuft. Die erlebte Wirklichkeit des Patienten muss mit einbezogen werden, darauf wird jedoch später noch näher eingegangen.

Andere Faktoren und ihre Bedeutung

Alle zur Verfügung stehen Daten belegen, dass es beim Verlauf einer Tumorerkrankung noch andere Faktoren geben muss. Gewiss, das Stadium des Tumors bei der Entdeckung und die Ausbreitung des Tumors zu diesem Zeitpunkt sind wichtige Überlebenskriterien. Isoliert betrachtet geben sie jedoch noch keinen Hinweis auf die Schlüssigkeit der Metastasen- und Rezidivtheorie. Viel zu viel bleibt ungeklärt. Die Vermutung weiterer Einflüsse liegt nahe, denn offensichtlich gibt es Faktoren des Krankheitsgeschehens selbst, die über das Lokal-, Lymph- oder Blutbahngeschehen hinausgehen.

Von unterschiedlichsten alternativen Therapierichtungen ist hier in der Vergangenheit immer wieder die Psyche des Patienten ins Gespräch gebracht worden. Hierbei geht es jedoch nicht darum, die Compliance des Patienten

durch psychologische Betreuung zu verbessern oder gar durch Psychopharmaka die Zustimmung des Patienten zu drastischen Therapiemethoden zu erhalten. Hier ist das emotionale Wirklichkeitserleben als tumorauslösendes oder metastasenförderndes Verhalten gemeint, darüber sind sich viele unterschiedliche ganzheitliche Heilungsansätze einig.

Das „Seelenleben“ als Krankheitsursache

Die Vertreter der universitären Meinungsführer zeigen hier sehr schnell Skepsis. Völlig zu Unrecht, wie ich finde, denn neben dem esoterischen Ansatz gibt es durchaus fundierte wissenschaftliche Erhebungen, die genau diesen Gedanken nahe legen. Die wissenschaftliche Auswertung von Spontanremissionen kann auf Grund der erhobenen Daten zu gar keinem anderen Ergebnis kommen^[6]. Die psychische Verfassung des Kranken kann verlaufsentscheidend sein und dies unabhängig vom Stadium der Erkrankung. Hierzu gehört der Salutogenese-Ansatz^[7] dessen Kernaussage lautet:

Der Verlauf einer Krebserkrankung hängt nicht nur vom Typ des Tumors, sondern vielmehr von den Wechselwirkungen zwischen den entarteten Zellen und Bedingungen auf der Seite des betreffenden Organismus ab^[8].

Das subjektive Erleben des Patienten vor und während seiner Erkrankung scheint ein entscheidender Faktor bei der Heilung der sicher dokumentierten Fälle von Krebserkrankungen zu sein, bei denen keiner medizinisch anerkannten Therapie weitere Hilfe zugerechnet werden konnte.

Diese Fälle wurden bei sicher diagnostiziertem Tumor spontan geheilt, obwohl dies unmöglich erschien. So etwas gibt es unter wissenschaftlicher Beobachtung und wahrscheinlich noch viel öfter, ohne dass irgend jemand davon Notiz nimmt.

Hieraus ergeben sich nicht nur Fragen an die Vertreter der vorherrschenden Meinung in der Ärzteschaft, sondern Fragen an andere, möglicherweise alternativen Heilungsformen. Um das Problem einzukreisen, sollten wir die entsprechenden Faktoren genauer betrachten, als da sind:

- Das emotionale Wirklichkeitserleben in einer bestimmten Situation.
- Das innere Wertesystem des Patienten



Nicht relevant sind hingegen unsere kognitiven Reflektionen zu diesem Geschehen.

Das emotionale Wirklichkeitserleben

Wir sprechen hier nicht von der Psyche oder gar vom bloßen Denken des Patienten. Beides ist zu abstrakt und wenig greifbar. Die Beschäftigung mit der Psyche trifft auch kaum das Zentrum des eigentlichen Vorgangs. Was immer die Anhänger Freuds zu der Psyche des Krebskranken sagen könnten, Psychoanalyse bleibt meistens das, was alle schulmedizinisch anerkannten Therapien sind: eine Sackgasse. In einer lebensbedrohlichen Situation ist eine Therapie, die - wenn überhaupt - erst nach Jahren greift, wohl eher sinnlos. Also lassen Sie uns das Wort „**Psyche**“ vermeiden.

Die Formulierung „**Emotionales Wirklichkeitserleben**“ trifft viel genauer den Kern des Problems. Das Abwehrsystem des Körpers ist nur wenig von dem abhängig, was wir denken, hingegen sehr stark gekoppelt an das, was wir empfinden. Das emotionale Empfinden einer Situation entscheidet über die Heftigkeit ihrer Auswirkung auf zellulärer Ebene. Wir wissen heute noch nicht genau, welche Faktoren es sind, die darüber entscheiden, ob ein emotionales Ereignis diese oder jene Erkrankung oder Krebs auslöst. Sehr gut belegen lässt sich aber, dass das emotionale Wirklichkeitserleben eine schwere Krankheit auslösen oder deren Heilung verzögern, wenn nicht verhindern kann. Solche krankheitsauslösenden Ereignisse sind nur schwer auf einen Punkt zu bringen. Sie sind immer das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen dem Erleben des Einzelnen und seinem inneren Wertesystem. Dies wird kaum von rationalen Faktoren beeinflusst. Das, was wir in einer, unser inneres Wertesystem erschütternden Situation denken, muss nicht das sein, was wir fühlen. Rational können wir vieles erklären und verstehen, aber wie es auf unser Inneres wirkt, ist uns häufig erst in der Retrospektive richtig klar.

Obwohl diese Faktoren so schwer anwendbar erscheinen, ist es erstaunlich, wie viele Erkrankte recht schnell die Störung ihres Wertesystems und das emotionale Ereignis verifizieren können.

Wenn es in einem Anamnesegespräch gelingt, alle rationalen Erklärungen „erst einmal außen vor zu lassen“, können 80 – 90% aller Erkrankten diese Störung genau benennen. Natürlich kommt dann auch recht bald die Frage ob „...das denn ausreichend für so eine Erkrankung sein kann...“. Und diese Frage ist nicht schlüssig zu beantworten. Nachweisen lässt sich aber, dass die

Remissionsrate bei denjenigen, die es geschafft haben dieses Wertesystem neu zu ordnen oder vielmehr ihr Leben neu an dem eigenen Wertesystem auszurichten, erstaunlich hoch sind.

Das innere Wertesystem

Wahrscheinlich ist dies einer der Punkte, der am schwersten zu verstehen ist. Was ist ein inneres Wertesystem? Nun, um es vorweg zu nehmen, wir haben davon weit mehr als eines. Eigentlich haben wir in nahezu jedem Lebensbereich mindestens ein Wertesystem. Aber das erklärt noch nichts. Es geht bei einem Wertesystem nicht um Gedanken, es sind nicht die Ausgeburten des logischen Geistes, die ein Wertesystem ausmachen. Es wird auch niemals von der Logik regiert. Obwohl es in ständigen (inneren) Dialog mit dem Verstand tritt, wird es von diesem keinesfalls beherrscht.

Zur Erklärung soll folgende Geschichte dienen:

„ ... dieser Mann erhielt seinen Lohn und sein Essen dafür, dass er täglich die Küche und die Badekammer aus der nächsten Zisterne her mit Wasser versorgte. Er tat diese Arbeit stets am frühen Morgen und am Abend, den ganzen übrigen Tag saß er in der Küche oder in der Dienerhütte und kaute entweder Betel oder ein Stück Zuckerrohr. Einmal, da der andere Diener ausgegangen war, gab ihm Aghion ein Beinkleid zum Ausbürsten, das von einem Spaziergang her voll von Grassamen hing. Der Mann lachte nur und streckte die Hände auf den Rücken, und als der Missionar unwillig wurde und ihm streng befahl, sofort die kleine Arbeit zu tun, folgte er zwar endlich, tat die Verrichtung aber unter Murren und Tränen, setzte sich dann trostlos in die Küche und schalt und tobte eine Stunde lang wie ein Verzweifelter. Mit unendlicher Mühe und nach Überwindung vieler Missverständnisse brachte Aghion an den Tag, dass er den Menschen schwer beleidigt habe durch den Befehl zu einer Arbeit, die nicht zu seinem Amt gehöre^[9]...“

Das ist ein Beispiel für ein schwer erschüttertes inneres Wertesystem. Jeder von uns „**zivilisierten Menschen**“ hat eine Vielzahl solcher Wertesysteme, die durch vermeintliche Unachtsamkeit anderer, mehr oder weniger zu erschüttern sind. Hierbei ist dann, wenn es schon geschehen ist, völlig egal, ob wir uns das alles rational erklären können. Das innere Wertesystem bleibt zunächst erschüttert.

Ab wann so eine Erschütterung krank machen kann ist schwer zu sagen. Wir wissen aber, dass sie krank macht, wenn der Zustand ungelöst als geistiger Schwelbrand täglich weiter besteht. In der Psychologie sprechen wir dann von der „**kognitiven Dissonanz**“^[10]: einer Geisteshaltung, die einen eigentlich unhaltbaren Zustand erträgt. Dieses Ertragen macht zwangsläufig über kurz oder lang krank! Um diesen krankmachenden Zustand auf den Punkt zu bringen, hier noch ein weiteres Zitat:

„... ja mit weit weniger Beeinträchtigung der Gesundheit kann der unschuldige Mensch 10 Jahre in der Bastille oder auf der Galeere körperlich qualvoll verleben, als etliche Monate, bei aller körperlicher Bequemlichkeit, in einer unglücklichen Ehe ...“^[11]

Speziell im zwischenmenschlichen Bereich haben wir besonders starke Wertesysteme, deren Erschütterung zu schweren Gesundheitsstörungen führen. Warum und vor allem wann hieraus Krebs wird, ist letztendlich noch unklar. Jedoch sollte jede „Kognitive Dissonanz“ und jede schwere Erschütterung der Wertesysteme behandelt und korrigiert werden. Wenn Krebs erst einmal zum Ausbruch gekommen ist, kann jede weiter bestehende Dissonanz für eine Heilung nur hinderlich sein. Auch wenn diese Störungen nicht als Krankheitsursache beweisbar sind, bleibt die Forderung sich solcher Störungen anzunehmen, wenn Heilung langfristig erfolgreich verlaufen soll.

Andere Faktoren

Es ist hier nicht wichtig, ob und in welchem Maße andere Faktoren eine Rolle spielen. Sicherlich gibt es auch kanzerogene Substanzen, die für das Entstehen einer Krebserkrankung verantwortlich sein können, aber darum geht es dann eher auf der zellulären Therapieebene. Ausschlaggebend für das Überleben nach Krankheitsfeststellung sind diese Faktoren in den seltensten Fällen. Die innere Ordnung und unser emotionales Wirklichkeitserleben könnten jedoch die entscheidenden Faktoren dafür sein, ob das Immunsystem zur Aufgabe gezwungen wird oder nicht.

Der anhaltende Konflikt

Ich betone es noch einmal: Es geht hier nicht darum schlüssig zu belegen, ob ein Konflikt mit dem inneren Wertesystem krebsauslösend ist. In einem multikausalen Geschehen einem einzigen Faktor eine auslösende Rolle zuzuweisen, wird immer schwierig und umstritten bleiben.

Hier geht es vielmehr darum, Faktoren, deren therapeutische Lösung erfolgversprechend ist, zu benennen und einer solchen zuzuführen. Aus den beobachteten Verläufen bei Spontanremissionen kann ein Einfluss dieser Faktoren nicht länger verneint werden.

Wenn ein Konflikt mit dem inneren Wertesystem Auswirkungen auf die Ordnung unserer Zellstrukturen haben kann, dann muss man auch davon ausgehen, dass durch eine anhaltende Störung dieser Werte, negative immunologische Auswirkungen verursacht werden.

Wenn wir nach Faktoren suchen, die auch noch nach 10 oder mehr Jahren ein Tumorgeschehen zum Aufflammen bringen können, dann dürfte hier wohl der Schlüssel liegen. Wenn ein Konflikt, der die Lebenskraft vor der Erkrankung so sehr schwächte, dass ein Tumor überhaupt erst möglich wurde, nicht gelöst wird, dann kann alles was dieser Situation und ihrem emotionalen Wirklichkeitserleben ähnlich ist oder ihr nahe kommt, als eine erneute Schwächung der Zellstrukturkräfte wirken.

Todesursache wäre dann nicht die mentale Selbstaufgabe, sondern vielmehr der ungelöste Konflikt im emotionalen Wirklichkeitserleben, der zu einem zellulären Suizid führt. Wenn dieser **„inneren Maßnahme“** dann noch **„medikamentöse Unterstützung“** wiederfährt – Strahlenbehandlung und Zytostatika sind mit einem potenziell (Langzeit-) Entartungsrisiko verbunden – werden zumindest die **„Spätverlierer“** erklärbarer.

Schlussbetrachtung

Es ist an der Zeit, dass mit der Tabuisierung eines ganzheitlichen Ansatzes Schluss gemacht wird. Krebs ist eine komplexe Erkrankung, bei der das emotionale, das zelluläre und sicherlich auch weiterhin das lokale Geschehen gleichermaßen zu berücksichtigen sind.

Der Streit der Fachrichtungen muss ein Ende haben und eine **„Therapie der drei Ebenen“** als Standard eingeführt werden.

Welche Ebene wann und bei welchem Stadium den Vorrang hat, bleibt individuell abzuklären. Letztendlich geht es doch ausschließlich um das Leben unserer Patienten, und dieses sollte uns den Versuch eines multifaktoriellen Ansatzes wert sein.



Fußnoten:

-
- [1] A. Welt, J. Schütte und S. Seeber; *Therapiekonzepte Onkologie*, Seite 1340:
„...Bei 40 – 50% aller Patientinnen, die mit kurativer Intension behandelt wurden, treten im Verlauf von bis zu 20 Jahren noch lokale Rezidive oder Fernmetastasen auf, an denen die Mehrzahl der Patientinnen verstirbt...“
- [2] A. Welt, J. Schütte und S. Seeber; *Therapiekonzepte Onkologie*, Seite 1340:
„...auch 20 % der Patientinnen ohne LK-Befall erleiden einen Rückfall...“
- [3] M. Wolf, J. Schütte und S. Seeber; *Therapiekonzepte Onkologie*, Seite 652:
„...Die adjuvant durchgeführte Bestrahlung des Schädels senkt die intrazerebrale Metastasenrate auf 10% signifikant. In retrospektiven und z.T. nicht randomisierten Vergleichen führte sie jedoch nicht zu einer Verlängerung der Überlebenszeit...“
- [4] M. Wolf, J. Schütte und S. Seeber; *Therapiekonzepte Onkologie*, Seite 658:
„...Die Erfahrungen zur Hochdosistherapie sind enttäuschend...“
- [5] „Carcinoma of unknown primary“ – bezeichnet Tumore bei denen es sich histologisch eindeutig um eine Metastase handelt, aber der Ursprung (der Primärtumor) nicht gefunden werden kann. Bei über 30 % dieser Fälle ist dies auch post mortum, durch Autopsie nicht möglich. Siehe: Preiß, Dornoff, Hagmann, Schmieder; *Onkologie - Empfehlungen zur Therapie* 9. Auflage, Onkologische Arbeitsgemeinschaft Saar-Pfalz-Mosel
- [6] Heim u. Schwarz: *Spontanremissionen in der Onkologie*; Seite 106:
„... und allem Anschein nach überwanden sie den Krebs, indem sie akzeptierten, dass sie für die Überwindung dieser Krise selbst die Verantwortung übernehmen müssten.“
- [7] H. Oda, K. Jonasch Salutogeneseforschung, in Heim u. Schwarz: *Spontanremissionen in der Onkologie*; Seite 145: „... Das gängige Konzept der onkologischen Therapien basiert hauptsächlich auf dem Pathogenese-Modell. Bei diesem Modell stellt man sich vor, daß alle bösartigen Zellen im Körper eines Patienten durch eine Therapie unbedingt beseitigt oder zerstört werden müssen, um eine Heilung zu erzielen. Diese Denkweise hat selbstverständlich einen gewissen Stellenwert, aber auch erhebliche theoretische Mängel, die Phänomene der unerwarteten Genesung oder der Spontanremission nicht erklären zu können...“