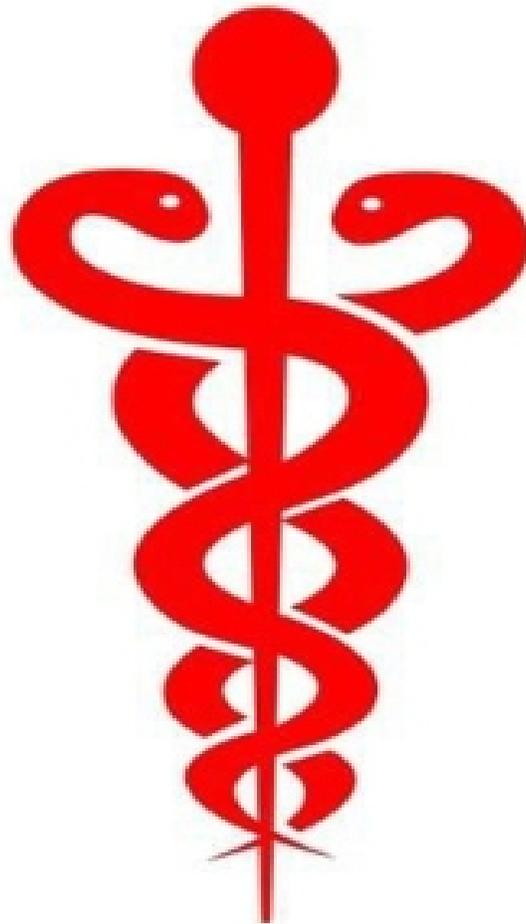


Peter Wolff

# Mission Heilung II

Der Weg ist das Ziel



Peter Wolff

# MISSION HEILUNG

Der Weg ist das Ziel

Dieses ebook wurde erstellt bei

**neobooks.com**

# Inhaltsverzeichnis

## Titel

### I Welche Rechte habe ich als Patient?

#### Schulmedizinische Krebstherapien

##### 01 Arzneimittelrecht und Patientenrechte

##### 02 Die evidenzbasierte Schulmedizin: Leitlinien, Therapien, Grenzen

##### 03 Krebstherapien und die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen

##### 04 Off-Label-Use, klinische Studien und Compliance Use

### II Haben behandelnde Ärzte einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf?

#### 05 Das Medizinstudium in Deutschland

#### 06 Die Facharztausbildung in Deutschland

#### 07 Das Arzthonorar

#### 08 Arztgelöbnis und Berufspflichten - der Verhaltenskodex für Ärzte

#### 09 Die Bedeutung des Arzt-Patient-Verhältnisses für den Verlauf einer Krebserkrankung

11 Dr. Web - Praxis stets geöffnet

Krebstherapien

12 Ganzheitliche Medizin

13 Naturheilkunde

15 Spiritualität und Religion

16 Geistheilung

17 Homöopathie und Neue Homöopathie

IV Ist Heilung auch Typsache?

18 genetische Veranlagung

19 Persönlichkeitsfaktoren

Krankheitsverlauf beeinflussen?

20 Stress

21 Angst

22 das soziale Umfeld

23 Ernährung und Ernährungstherapien

24 Heilfasten

25 Sport und Bewegung

26 „Richtiges“ Atmen zur Unterstützung der Heilung

27 Dem Krebs die kalte Schulter zeigen -  
Kälteexposition

VI Die Antagonisten der Heilung

28 Die Rolle der Pharma-Konzerne

29 Scharlatane, Defraudanten und Bauernfänger

Krebs vielleicht heilen?

30 Neue Ansätze in der Strahlen- und  
Chemotherapie

31 Immuntherapie

32 personalisierte Medizin

33 Corona als Segen für Krebspatienten?

34 Cannabis - Hoffnung aus der Natur

35 Nanotechnologie – per Medikamentenfähre ans  
rettende Ufer?

36 Mit der Klick\_Chemie zur schonenden  
Krebstherapie?

Masterplan

37 Das Zwischenziel: Remission

[38 Wer lange krank ist, wird selbst zum Arzt](#)

[Epilog](#)

III Heilung von innen? Ganzheitliche

V Gibt es weitere Faktoren, die den

VII Können neue Behandlungsformen

VIII Ausblick – der persönliche

[Impressum neobooks](#)

# **I Welche Rechte habe ich als Patient?**

Weltweit erhält jeder fünfte Mann und jede sechste Frau im Lauf des Lebens eine Krebsdiagnose.

Was viele Patienten nicht wissen: ob es gelingt, eine progrediente Krebserkrankung zu stoppen oder gar zu heilen, hängt noch von weit mehr Aspekten ab als der Therapie als solcher.

„Mission Heilung II – Der Weg ist das Ziel“ ist ein Wegweiser für Krebspatienten, die nicht bereit sind, sich mit der Prognose 'unheilbar' abzufinden, sondern alle Möglichkeiten, auch jenseits der Schulmedizin, nutzen wollen, um einen Stillstand oder gar Heilung der Erkrankung zu erreichen.

Peter Wolff macht mit seiner lebendigen, optimistischen Geschichte rund um die eigene Erkrankung und seine Suche nach Heilung Krebspatienten und deren Angehörigen Mut. Er vermittelt ausführlich, wie Betroffene beste Voraussetzungen schaffen, um der Krankheit die Stirn zu bieten.

Der Autor zeigt zudem anhand zahlreicher Episoden, die er selbst erlebt hat, Mängel bei den Akteuren im deutschen Gesundheitssystem auf und weist auf viele Ansatzpunkte zur Optimierung der Krebstherapie hin.

Das Buch leistet Hilfestellung, um im Spannungsfeld zwischen Arzneimittelrecht, evidenzbasierter Medizin und Ganzheitlichen Therapieansätzen die bestmögliche Therapie für den jeweiligen Einzelfall ausfindig zu machen.

Peter Wolff, wohnhaft in Köln, war als Betriebswirt tätig. Seine Leidenschaft für das Schreiben entdeckte er als freier Mitarbeiter bei der „Kölnischen Rundschau“ und dem „Kicker Sport-Magazin“.

## **Mission Heilung II**

# **Der Weg ist das Ziel**

2., überarbeitete Auflage

© 2022 Peter Wolff

Autor: Peter Wolff

Umschlaggestaltung, Illustration: Ewa Wolff

Paperback: 9798357873965

ebook: B0BJJTFPP3

Das Werk, einschließlich seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages und des Autors unzulässig. Dies gilt insbesondere für die elektronische oder sonstige Vervielfältigung, Übersetzung, Verbreitung und öffentliche Zugänglichmachung.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**„Der Weg ist das Ziel“  
Konfuzius  
(551-479 v. Chr., chinesischer Philosoph)**

**Inhalt**

**Vorwort**

Krebs - kaum eine andere Diagnose erschüttert den Menschen so sehr wie diese Erkrankung.

Krebserkrankungen nehmen mit circa 230.000 Todesfällen pro Jahr nach den Herz-Kreislaufkrankheiten den zweiten Platz in der Rangfolge der Todesursachen in Deutschland ein. Die Zahl der jährlich neu auftretenden Krebserkrankungen ist insbesondere infolge des fortschreitenden Überalterungsprozesses der deutschen Bevölkerung gestiegen. Insgesamt erhalten etwa 500.000 Menschen jedes Jahr eine Krebsdiagnose (1).

Derzeit ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern der Prostatakrebs, es folgen Lungen- und Darmkrebs, bei Frauen der Brustkrebs, gefolgt von Darm- und Lungenkrebs.

Mit dem statistisch durchaus signifikant existenten Szenario, an Krebs zu erkranken, befasst man sich in der Regel nur ungern. Sicher, man erfährt regelmäßig durch

die Medien, dass Prominente infolge irgendeiner Form von Krebs verstorben sind, zwar trifft es Menschen, die man vom Hörensagen kennt, Nachbarn, eventuell auch einmal Familienangehörige, aber einen selbst?

Mir ging es ähnlich: Vieles konnte ich mir in meinem Leben vorstellen, DAS jedoch nicht. Noch bis kurz vor der Operation war ich mir sicher, dass es nicht sein kann, nicht sein darf, dass eine Fehldiagnose vorliegt, man Blutproben fehlerhaft analysiert, die Bilder der Untersuchungen falsch ausgewertet, oder die im Rahmen der Biopsie entnommenen Gewebeproben vertauscht hat.

Erkrankt man an Krebs, ist das Leben fortan nicht mehr das, was es vor der Diagnose noch war. Besonders in den ersten Wochen, vielleicht Monaten, bestimmt die Krankheit beinahe alles: die berufliche Situation, das Privatleben, das Innenleben des Erkrankten ohnehin.

Als bei mir der erste Schock gewichen war, kam schnell Optimismus, kam Hoffnung auf. Ich war in meinem Leben niemals ernsthaft erkrankt gewesen, war, was Krankheiten, Medizin und die Ärzteschaft in diesem unserem Lande betrifft, ein eher unter-durchschnittlich informierter Zeitgenosse, hatte ich doch allenfalls alle 1,2 Jahre eine (Zahnarzt)-Praxis von innen gesehen. Ohne mich mit dem deutschen Gesundheitswesen oder mit Krankheiten jemals auch nur ansatzweise beschäftigt zu haben, war ich seltsamerweise fest überzeugt davon, dass die moderne Medizin vieles, ja beinahe alles heilen kann und dass gerade unsere Ärzte in Deutschland mit die besten auf der Welt sind. Dass sie alle Therapien und Medikamente kennen, dass sie unerschütterlich an der Seite des Patienten um Heilung kämpfen und ihn empathisch und engagiert unterstützen.

So groß meine Zuversicht war, so schwer traf mich die Erkenntnis, dass dem nicht so ist.

Als ich zum wiederholten Male beinahe fassungslos von einem Arzttermin nach Hause kam und einmal mehr das

kurze Zeit vorher Erlebte nur schwer ver-arbeiten und noch weniger nachvollziehen konnte, reifte in mir der Gedanke, über meine Erlebnisse ein Buch zu schreiben.

Ein Buch, das diejenigen Patienten, die ähnliche Erfahrungen machten, trösten mag: Weder liegt es an Ihnen, noch handelt es sich um einen Einzelfall, wenn Sie sich von Ihren Ärzten allenfalls mangel-haft unterstützt sehen.

Ein Buch, das einen Eindruck darüber vermittelt, wie sich das deutsche Arzneimittelrecht und das Verhalten der Akteure im medizinischen Bereich aus Sicht des Krebspatienten darstellen, welche ad-ministrative Barrieren ihm auf dem Weg zur Hei-lung in den Weg gelegt werden.

Vor allem aber ein Buch, das Betroffenen Hoffnung machen soll: Es werden vielfältige Alternativen zur schulleitlinienkonformen Krebstherapie aufgezeigt und diskutiert.

Zudem wird ausführlich darauf eingegangen, was der Patient selbst beitragen kann, um einen Hei-lungsprozess zu begünstigen.

Ein Buch also, das dem Patienten Wissen vermittelt und ihn gleichzeitig moralisch unterstützt.

Wird man mit einer Krebsdiagnose konfrontiert, führt der erste Weg vom Hausarzt hin zu Spezia-listen, zu Fachärzten. Dort angekommen musste ich leider schnell feststellen, dass die schulmedizini-schen Therapieangebote früher als von mir ange-nommen an ihre Grenze kommen.

Aber mir wurde auch klar: Die Schulmedizin ist nicht der Weisheit letzter Schluss. Es gibt vielver-sprechende ganzheitliche Therapieoptionen und Medikamente, die sich positiv auf eine Krebser-krankung auswirken können. Außerdem existieren zahlreiche Ansatzpunkte, derer sich der Krebspa-tient in Eigenregie widmen kann, um eine mögliche Heilung zu begünstigen.

Eine der Hauptbotschaften des Buches lautet denn auch: Eigeninitiative ist gefragt! Im Internet-Zeit-alter ist es leicht, immer auf dem neuesten Stand der medizinischen Entwicklung zu sein, sich über alter-native Therapien zu erkundigen. Verlässt sich der Patient hingegen nur auf die Schulmedizin und ihre Protagonisten, entgehen ihm womöglich Methoden und Wirkstoffe, die den Krankheitsverlauf durchaus günstig beeinflussen oder gar zum er-sehnten Ziel, Heilung, führen können.

Und es gibt durchaus Hoffnung, den angestrebten Wunschzustand zu erreichen: Während man noch vor 30 Jahren praktisch ausschließlich auf die Schul-medizin angewiesen war, gibt es heutzutage durch-aus viele Ansatzpunkte, die schulmedizinische Be-handlung zumindest zu unterstützen, in Einzelfäl-len vielleicht auch zu ersetzen. Diese werden in die-sem Buch ausführlich betrachtet.

Zahlreiche belegte Einzelfälle zeigen: Tatsächlich ist ein Stillstand von Krebserkrankungen, ja sind sogar Spontanremissionen möglich.

Es gibt oftmals einen Weg zur Heilung. Entschei-dend ist, ganzheitlich zu denken und nicht auf-zuhören, danach zu suchen.

Noch ein Wort zu den kursiv gehaltenen Arzt-Pa-tienten-Erlebnissen am Ende eines jeden Kapitels: Meine Intention ist es keinesfalls, dieses Buch für eine Abrechnung mit den mich behandelnden Ärz-ten zu missbrauchen, ich war sorgsam darauf be-dacht, meine gemachten Erfahrungen in deutschen Arztpraxen so objektiv wie eben möglich zu schil-dern.

So sind die von mir am Ende eines jeden Kapitels beschriebenen „Arztfälle“ auch nicht alle negativ.

Leider ist es in meinem Fall nun einmal so, dass die negativen, dass die kritikwürdigen Begegnungen mit den Vertretern der ärztlichen Zunft eindeutig überwiegen, andere Patienten mögen durchaus deutlich positivere

Erfahrungen gemacht haben, ich gönne es ihnen von Herzen!

Auch, wenn meine Intention keinesfalls darin besteht, anzuklagen: Sollten sich einige der Mediziner, deren Behandlung ich genießen durfte, in den entsprechenden Anekdoten wiederfinden, könnte es sicher nicht schaden. Würde es doch eventuell dazu führen, dass sie ihr Verhalten Patienten gegenüber überdenken und ihrer Kundschaft künftig ein wenig mehr Interesse und Empathie entgegenbringen.

Köln, im Januar 2020  
Peter Wolff

# **Schulmedizinische Krebstherapien**

*„Arzneimittel sind das Teufelszeug, mit dem so mancher  
von uns schneller in den Himmel kommt“*

*(Erwin Koch, \*1932, deutscher Aphoristiker)*

# 01 Arzneimittelrecht und Patientenrechte

Obwohl als Ursprung des europäischen Arzneimittelrechts oft das Edikt von Salerno von 1231 genannt wird, ist das Arzneimittelrecht weitgehend erst im 20. Jahrhundert entwickelt worden. Dabei waren die Ablösung der Apothekenzubereitung von Arzneimitteln durch industrielle Fertigung sowie verschiedene Arzneimittelskandale entscheidende Einflussfaktoren.

Den Kern des deutschen Arzneimittelrechts bildet das Arzneimittelgesetz von 1976. Daneben gibt es eine Reihe von Verordnungen und Verwaltungsvorschriften wie beispielsweise die Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung, diverse Arzneimittelprüfrichtlinien, eine sogenannte Arzneimittelverschreibungsverordnung und die GCP-Verordnung zur klinischen Prüfung.

Das Arzneimittelrecht ist in erster Linie dem Verwaltungsrecht zuzuordnen. Es regelt die Herstellung, Abgabe und klinische Prüfung von Arzneimitteln und soll garantieren, dass nur sichere und wirksame Arzneimittel zum Einsatz kommen, und dass mit Arzneimitteln kein Missbrauch getrieben wird. Deshalb sind die Herstellung und Abgabe von Arzneimitteln streng reglementiert und an enge Voraussetzungen geknüpft.

Pharmaunternehmen benötigen eine Herstellungserlaubnis, für die eine geeignete Produktionseinrichtung sowie Sachkunde und Zuverlässigkeit nachgewiesen werden muss. Die Arzneimittelherstellung muss in Übereinstimmung mit der Good Manufacturing Practice erfolgen. Dies bedeutet, dass Richtlinien zur Qualitätssicherung der Produktionsabläufe und -umgebung in der Produktion von Arzneimitteln gefordert sind. Analog dazu wird beim Import von Arzneimitteln in der Regel eine

Importerlaubnis verlangt. Apotheken benötigen in der Regel keine besondere Herstellungserlaubnis.

Eine Vielzahl von rechtlichen Vorschriften sind mit der Abgabe von Arzneimitteln befasst. In den meisten Ländern dürfen Fertigarzneimittel nur in den Verkehr gebracht werden, wenn sie von einer zuständigen Arzneimittelbehörde zugelassen wurden. Für Fertigarzneimittel gibt es detaillierte Vorschriften zur Kennzeichnung, zur Packungsbeilage und anderen Produktinformationen. Darüber hinaus gibt es für die Abgabe weitere spezielle Regelungen wie die Apothekenpflicht und die Verschreibungspflicht.

In der klinischen Prüfung werden die Sicherheit und Wirksamkeit eines Arzneimittels untersucht.

In der Europäischen Union sind große Teile des Arzneimittelrechts harmonisiert worden. Das Arzneimittelrecht der EU besteht aus EG-Richtlinien und Verordnungen. Richtlinien wenden sich an die Mitgliedsstaaten, die diese in nationale Gesetze umsetzen müssen, während Verordnungen unmittelbar in allen Mitgliedstaaten verbindlich sind.

Beispiel für eine Richtlinie ist die Richtlinie Nr. 2001/20/EG über die Anwendung der guten klinischen Praxis (GCP-Richtlinie) die die klinische Prüfung von Arzneimitteln regelt, eine exemplarische Verordnung ist die Verordnung (EG) Nr. 726/2004 über die Genehmigung und Überwachung von Arzneimitteln (02). Der Begriff Medizinrecht bezeichnet die rechtliche Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Patient sowie von Ärzten untereinander, daneben die öffentlichrechtlichen Regelungen zur Ausübung des ärztlichen Berufes und das Meldewesen meldepflichtiger Krankheiten.

Es umfasst unter anderem die Arzthaftung, also das haftungsrechtliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient, und das Recht der Honorierung bei Privatpatienten mittels der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Auch

arztspezifische Rechtsgebiete aus dem Sozialversicherungsrecht (Sozialgesetzbuch, vor allem SGB V), aus dem allgemeinen Berufsrecht (Approbation, ärztliche Berufsordnungen der je-weiligen Landesärztekammer), sowie spezielle Re-gelungen zur Ausübung des ärztlichen Berufs wie etwa die Röntgenverordnung sind im Medizinrecht geregelt (03).

Das Pharmarecht schließlich befasst sich im Wesent-lichen mit dem Arzneimittel- und dem Medizin-produkterecht. Es ist nicht allein einem der „klassi-schen“ Rechtsgebiete - Privatrecht, Verwaltungs-recht oder Strafrecht - zuzuordnen, sondern enthält je nach Regelungsmaterie Vorschriften aus allen drei Bereichen. Zum Bereich des Pharmarechts ge-hören unter anderem die folgenden Rechtsgebiete: Apothekenrecht, Arzneimittelhaftungsrecht, ferner Arzneimittelsicherheitsrecht, Arzneimittelstraf-recht, Arzneimittelzulassungsrecht, das Patentrecht und auch das Sozialrecht, hier vor allem SGB V. Im Sozialgesetzbuch (SGB), fünftes Buch (V), sind auch die Patientenrechte geregelt. Unter Patiententrech-ten versteht man die Rechte von Patienten gegen-über Heilbehandlern, insbesondere gegenüber Ärz-ten, sowie gegenüber Sozialleistungs- und anderen Leistungsträgern im Gesundheitswesen.

Gemäß §25,(2) SGB haben Versicherte ab dem 18. Lebensjahr Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

Darüber hinaus haben sie einen Anspruch auf Kran-kenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlim-merung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, §27, (1).

Versicherte haben zudem einen Anspruch auf Ver-sorgung mit Heilmitteln, §32, (1). Dabei ist der the-rapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen, §34, (1) (05).

Im Bürgerlichen Gesetzbuch sind in den §§ 630a bis 630h die Patientenrechte im Zusammenhang mit der

konkreten Behandlung durch den Arzt geregelt. Zu den wichtigsten Rechten gehören hier: Das Recht auf Selbstbestimmung. Die Durchführung einer medizinischen Maßnahme darf nur mit der Einwilligung des Patienten geschehen. Das Recht auf Information über die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung und die Therapie sowie deren Erfolgsaussichten, Nebenwirkungen, Risiken und Kosten. Das Recht auf freie Arzt-, Krankenhaus und Krankenkassenwahl und auf die Vertraulichkeit der Behandlung (ärztliche Schweigepflicht) (06).

Viele Befugnisse also für den Patienten, möchte man meinen. Bei näherer Betrachtung jedoch fällt auf, dass die postulierten Rechte vielfach nur sehr eingeschränkt wahrgenommen werden können.

So zum Beispiel das Recht auf Selbstbestimmung. Als Krebspatient hat man ein Recht auf die „3 Säulen“ der schulmedizinischen Krebstherapie, Operation, Strahlen- und Chemotherapie, im Falle von hormonabhängigem Krebs noch ergänzt durch die Hormonentzugstherapie.

Dort, wo man den Patienten allein auf den engen, leitlinienkonformen Korridor der Schulmedizin beschränkt und die vielfältigen Therapieangebote jenseits der evidenzbasierten Medizin kategorisch ausschließt, kann man nur schwerlich von Selbstbestimmung sprechen.

Gleiches gilt für die freie Arztwahl – hört sich erst einmal gut an, die Konsultation ganzheitlicher Therapeuten jedoch wird von den gesetzlichen Krankenkassen nicht unterstützt.

Krankenversicherte haben, wie weiter oben erwähnt, das Recht auf Untersuchungen, wenn sie notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen oder zu heilen. Warum ist es dann nicht selbstverständlich, dass stets das modernste, das aussagekräftigste Verfahren zur Anwendung kommt?

Beim metastasierten Prostatakarzinom wird eine Skelettszintigraphie, die nur größere Metastasen lokalisieren kann, erstattet, nicht immer jedoch eine

PSMA/PET-CT-Bildgebung, mittels derer sogar Mikrometastasen erkennbar sind.

Mag es hier noch um eher größere Beträge gehen, so verwundert es doch sehr, dass für die Früherkennung von Krebserkrankungen Tumormarker (PSA, LDH) oder für das Immunsystem relevante Blutwerte bisweilen nur auf Rechnung des Patienten bestimmt werden. Umso mehr, als es sich Beträge handelt, die das deutsche Gesundheitswesen nicht wirklich belasten können. Die Bestimmung des Serumwertes für das Spurenelement Selen schlägt mit 23,90€ zu Buche, will man im Blut den Zinkspiegel messen lassen, so kostet dies 5,25€.

Für Krebspatienten, die infolge ihrer Erkrankung oft nicht mehr in der Lage sind zu arbeiten, sind dies Beträge, die durchaus ins Gewicht fallen können.

Solcher Art Beschränkungen führen unweigerlich dazu, dass die therapeutische Vielfalt, der ja de jure Rechnung getragen werden soll, dem Patienten nur unzureichend zugutekommt.

Wenn im deutschen Gesundheitswesen schon bei bildgebenden Verfahren und Blutuntersuchungen eher restriktiv agiert wird, wie steht es dann wohl um die Therapie als solche?

Nun, es gibt durchaus Anlass zur Hoffnung; §2, (1) SBGV stellt immerhin fest, dass...“Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen...nicht ausgeschlossen“ sind und (1a) , dass der Patient „...abweichende Leistungen beanspruchen...“ kann, wenn „...eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Entwicklung auf den Krankheitsverlauf besteht“ (07).

Was dies im konkreten Fall bedeutet, werden ich in späteren Kapiteln erörtern.

***Der Einweiser***

*Einige Monate nach meiner Operation beginnt der PSA-Wert infolge der Metastasierung wieder leicht zu steigen. Ich frage in einem modernen Zentrum für Radiologie und Nuklearmedizin nach, ob es bereits Sinn macht, der Sache auf den Grund zu gehen, sprich: einen Versuch zu unternehmen, die Metastasen zu lokalisieren.*

*Freudig überrascht nehme ich zur Kenntnis, dass vor Ort seit Kurzem ein neues Verfahren etabliert ist, das bereits ab einem PSA-Wert von knapp über null Mikrometastasen erkennen kann.*

*Eine Positronen-Emissions-Tomografie (PET-CT) mit der schwach radioaktiven Substanz Gallium 68-PSMA. Ein neues, sehr genaues Verfahren, mit dem Tumoren und Metastasen gut sichtbar gemacht werden können.*

*Meine Freude indes währt nicht allzu lange, denn im Nachsatz der positiven Nachricht teilt man mir mit, dass das Prozedere noch kein Standard bei Krebserkrankungen ist und die Krankenkassen die Diagnostik, ein recht kostspieliges Verfahren, in der Regel nicht übernehmen.*

*Man bedeutet mir, ich müsse die Diagnostik selbst zahlen oder aber ich solle abwarten, bis die Metastasen groß genug sind, um mittels der herkömmlichen schulmedizinischen Verfahren sichtbar gemacht werden zu können. Ich brauche nicht lange zu überlegen. Je früher, desto besser – sollte noch Aussicht bestehen, der fortschreitenden Metastasierung Herr zu werden, dann sicherlich in einem äußerst frühen Stadium. Die Krankenkasse lehnt meinen Antrag auf Kostenübernahme, wie zu erwarten war, ab.*

*Ich bin drauf und dran, in Eigeninitiative die Untersuchung durchführen zu lassen, als mir ein in einem Krankenhaus arbeitender Radiologe, den ich in einer anderen Angelegenheit konsultiere, den entscheidenden Tipp gibt. Die restriktive Haltung der Krankenkassen, was die gewünschte Untersuchung betrifft, beschränkt sich auf den ambulanten Bereich. Anders sieht es bei stationärer*

*Behandlung aus: Im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts muss der Patient die Kosten nicht selbst tragen. Eine Logik vermag ich in diesem Erstattungsverhalten nicht zu erkennen. Ein Verfahren, welches nachweislich bereits in früheren Krankheitsstadien als etablierte Untersuchungsmethoden dies können, eine exakte Lokalisierung der Krankheitsherde ermöglicht, hat eine immense Bedeutung für die nachfolgende Therapie und sollte unbedingt zum Standard des Leistungskataloges gesetzlicher Krankenkassen gehören. Unabhängig davon, ob es vielleicht ein wenig teurer ist als herkömmliche Untersuchungsmethoden.*

*Mein Urologe stellt mir eine Überweisung ins Krankenhaus aus. Dort verabreicht man mir die entsprechende Injektion, zwei Stunden später folgt das bildgebende Prozedere und ich kann die Klinik auch schon wieder verlassen. Ohne für die Untersuchung selbst aufkommen zu müssen.*

*„Ein guter Arzt ist, wer sichere Mittel gegen bestimmte Krankheiten hat oder, falls er sie nicht besitzt, denen, die sie haben, gestattet, seine Kranken zu heilen“  
(Jean de La Bruyère, 1645-1696, französischer Schriftsteller)*

## **02 Die evidenzbasierte Schulmedizin: Leitlinien, Therapien, Grenzen**

Die Zahl der Krebserkrankungen auf unserem Globus steigt stetig an, auch, weil die Lebenserwartung der Weltbevölkerung zunehmend grösser wird.

In Europa kommen 23,4% der weltweiten Krebsfälle vor, seit 1970 haben sich die Fälle von Krebsneuerkrankungen in der BRD verglichen mit dem heutigen Deutschland nahezu verdoppelt (08).

Die deutsche Bevölkerung hat ein relativ hohes Risiko, an Krebs zu erkranken: Auf das ganze Leben gerechnet liegt es für Männer wie für Frauen bei knapp 50 Prozent, schätzt das Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) in seinem Bericht „Krebs in Deutschland (09).

Was allen Betroffenen gemein ist, ist die Tatsache, dass sie nach der Diagnose einen Arzt aufsuchen und sich damit in der Regel den Behandlungsmethoden der Schulmedizin unterwerfen.

Diese basiert auf dem philosophischen Modell von Lebewesen, das auf der Naturwissenschaft des 18ten und 19ten Jahrhunderts aufbaut. Sie befasst sich nur mit Sichtbarem, Zählbarem und Messbarem. Damit setzt sie eine objektiv existierende Realität voraus, die es nur zu erkennen gilt. Die Denkmodelle sind dabei immer nur zweigliedrig: Auf die gleiche Ursache folgt stets die gleiche Wirkung (10).

Die evidenzbasierte Medizin wird ursprünglich definiert als der 'gewissenhafte, ausdrückliche und umsichtige Gebrauch der aktuell besten Beweise für Entscheidungen in der Versorgung eines individuellen Patienten'. Die Bezeichnung wurde Anfang der 1990er Jahre von Gordon Guyatt an der McMaster University, Hamilton, Kanada, geprägt. Im deutschen Sprachraum wurde über das Konzept erst-mals 1995 publiziert. Im Jahre 2000 wurden

'evidenzbasierte Leitlinien' in das deutsche Sozialgesetzbuch (§§ 137e, 137f, 137g, 266 SGB V, Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten) eingeführt.

Die Verbreitung der EbM ist im deutschsprachigen Bereich maßgeblich durch die Institutionalisierung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DN-EbM e.V.) befördert worden. Ziele dieser Fachgesellschaft sind die Weiterentwicklung und Verbreitung von Theorie und Praxis der evidenzbasierten Medizin. Sie ist eine jüngere Entwicklungsrichtung, die ausdrücklich die Forderung erhebt, dass bei einer medizinischen Behandlung Entscheidungen nach Möglichkeit auf der Basis von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit getroffen werden sollen. Evidenzbasierte Medizin beruht demnach auf dem jeweiligen aktuellen Stand der klinischen Medizin auf der Grundlage klinischer Studien und medizinischer Veröffentlichungen, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen – der sogenannten externen Evidenz.

Schulmedizin, universitäre Medizin, wissenschaftliche Medizin und Hochschulmedizin bezeichnen die an Universitäten und ihnen gleichgestellten wissenschaftlichen Hochschulen in aller Welt gelehrt und allgemein anerkannte Medizin als evidenzbasierte Medizin, denn hier erfolgen ärztliche Diagnose und Therapie nach wissenschaftlich anerkannten Methoden, wie sie an den medizinischen Hochschulen gelehrt werden.

Evidenzbasierte medizinische Leitlinien entspringen dieser evidenzbasierten Medizin und sind Entscheidungs- und Orientierungshilfen für die angemessene medizinische Versorgung bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie resultieren aus Auswertungen von wissenschaftlichen Erkenntnissen und helfen dem Arzt für seinen Patienten eine optimale Therapie zu finden (11).

Im Falle von Krebserkrankungen stützt sich die Schulmedizin auf die drei Säulen Operation, Strah-

lenthherapie und Chemotherapie, im Falle von hormonabhängigen Tumoren wie Brust- oder Prostatakrebs kommt die Hormontherapie als weitere Option hinzu.

Betrachten wir die Möglichkeiten der Schulmedizin in der Krebstherapie etwas genauer.

Bereits im Altertum haben Heilkundige oberflächliche Geschwüre chirurgisch entfernt. Tiefer liegende Tumoren wurden damals nicht operiert, weil die Patienten solche Eingriffe kaum überlebten. Ab dem frühen 18ten Jahrhundert lassen sich in Lehrbüchern Anleitungen für Amputationen finden. Schon früh wurde nämlich erkannt, dass ein Tumor komplett entfernt werden muss, um die Krebserkrankung besiegen zu können. Ab Anfang des 19ten Jahrhunderts wurden operative Eingriffe durch die Entdeckung von Narkosemitteln einfacher. Die Operation entwickelte sich zur Standardtherapie bei Tumorerkrankungen.

Bei fast allen soliden, also festen Tumoren wird operiert. Ziel ist die vollständige Entfernung des Tumors, die sogenannte tumorrestfreie Resektion. Manchmal liegt die Geschwulst aber so ungünstig, beispielsweise sehr nah an lebenswichtigen Organen, dass er nicht komplett und mit dem nötigen Sicherheitsrand entfernt werden kann. Nun wird zwar so viel wie möglich vom Tumor entfernt, aber es verbleiben Krebszellen im Körper. Die verbleibenden Zellen werden dann mit anderen, anschließenden Therapien behandelt.

Eine davon ist die Strahlentherapie. Die Entdeckung der Röntgenstrahlen im Jahr 1895 war ein großer Schritt vorwärts für die Krebsmedizin. Der Würzburger Physiker Conrad Röntgen hatte die unsichtbare Strahlung entdeckt. Radioaktive Elemente können elektromagnetische Strahlen abgeben, die lebende Zellen zerstören. Wichtigster Angriffsort der Strahlentherapie ist die Erbsubstanz. Sie wird durch die Bestrahlung so geschädigt, dass die Zellteilung verhindert wird und die bestrahlte

Zelle abstirbt. Dieser Prozess läuft aber nicht nur in den Krebszellen, sondern auch in den umliegenden gesunden Zellen ab, weshalb es zu Nebenwirkungen kommen kann. Patienten leiden unter Fatigue, einer chronischen Müdigkeit, sie fühlen sich entsprechend matt und erschöpft. Nicht selten treten Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und Hautreizungen auf. Ein Abfall der weißen Blutkörperchen, einhergehend mit einer Schwächung des Immunsystems, ist gleichfalls oft mit einem Bestrahlungszyklus verbunden. Auch können gesunde Organe, die im Strahlenfeld liegen, beschädigt werden. Durch möglichst genau Bestrahlungsplanungen versucht man heute, die gesunden Organe zu schonen. Dank zahlreicher technischer Weiterentwicklungen können die Strahlen mittlerweile sehr genau auf das gewünschte Zielgebiet gelenkt werden.

Die Entwicklung der Chemotherapie geht auf eine zufällige Entdeckung zurück. Am 2.12.1943 explodierte nach einer Bombardierung im Hafen von Bari, Italien, ein Schiff, das mit giftigem Senfgas beladen war. Bei der Untersuchung der Opfer stellte sich später heraus, dass die Zahl der Lymphozyten, sie gehören zu den weißen Blutkörperchen, stark zurückgegangen war. Diese Beobachtung brachte amerikanische Wissenschaftler auf die Idee, Senfgas gegen Tumorzellen einzusetzen. Ein anderer Meilenstein in der Entwicklung der Chemotherapie wurde in den 30er-Jahren gelegt. Die englische Wissenschaftlerin Lucy Wills fand bei Forschungen heraus, dass Folsäure für die Zellteilung benötigt wird. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse entwickelte der Mediziner Sidney Farber von der amerikanischen Harvard Medical School einen Folsäure-Gegenspieler, den Wirkstoff Aminopterin. Dieser Gegenspieler sorgte dafür, dass keine Folsäure zur Verfügung stand, und verhinderte dadurch die vermehrte Zellteilung, die das Krebswachstum ermöglicht. Im Gegensatz zur

Strahlentherapie oder Operation wirkt die Chemotherapie nicht nur lokal, also an einer Stelle des Körpers, sondern im ganzen Organismus. So kann die Chemotherapie auch verstreute Metastasen angreifen. Die Experten sprechen deshalb von einer 'systemischen Therapie'. Das zugrundeliegende Wirkprinzip ist eigentlich sehr einfach: Krebszellen teilen sich rasch und reagieren sehr empfindlich auf Wirkstoffe, die die Zellteilung hemmen, sogenannte Zytostatika. Weil sich gesunde Zellen meist weniger häufig teilen, sind sie gegenüber der Chemotherapie unempfindlicher. Ein weiterer Vorteil, den gesunde Zellen gegenüber Tumorzellen haben, ist der, dass sie Schäden in ihrem Inneren durch die Chemotherapie besser reparieren können als die Tumorzellen.

Trotzdem können mit der Chemotherapie zahlreiche Nebenwirkungen einhergehen. Haarausfall ist eine typische Begleiterscheinung, denn die Haare gehören zu den schnell wachsenden Zellen, die besonders auf Chemotherapeutika ansprechen. Übelkeit und Erbrechen zählen gleichfalls zu den häufigen Nebenwirkungen einer Chemotherapie. Es können Schleimhautentzündungen im Mund- und Rachenbereich sowie, da Magen und Darm ebenfalls mit Schleimhäuten ausgekleidet sind, Magen- und Darmbeschwerden auftreten. Die blutproduzierenden Zellen im Knochenmark werden durch eine Chemotherapie geschädigt, die Konzentration von weißen und roten Blutkörperchen sinkt, was dazu führt, dass sich der Patient abgeschlagen und müde fühlt und unter einer höheren Infektanfälligkeit leiden kann.

Zudem kann es zu Nervenschädigungen kommen. So treten Geschmacksveränderungen und Appetitlosigkeit auf, da die Nerven an den Geschmacksknospen angegriffen werden.

Strahlen- und Chemotherapie können neben den unmittelbaren Nebenwirkungen auch schwere

Langzeitfolgen haben. Es können therapiebedingte Zweitumoren auftreten: Manche Chemotherapeutika erhöhen nach Jahren und Jahrzehnten das Risiko für eine Leukämie. Bei Bestrahlungen ist das Risiko, dass sich im Bestrahlungsgebiet ein zweiter Tumor bildet ebenfalls etwas erhöht. Chronische Erschöpfung ist oft eine unmittelbare Nebenwirkung einer Strahlen- oder Chemotherapie, kann sich aber auch erst später, nach Abschluss der Behandlung, einstellen. Auch können Organschäden auftreten. Therapiebedingte Gewebeschäden können zu Erkrankungen an der Lunge oder den Nieren führen. Nicht zuletzt ist eine eingeschränkte Fruchtbarkeit nach Chemo- oder Strahlentherapie möglich.

Bei Tumoren, deren Wachstum durch Geschlechtshormone angeregt wird, erhalten die Betroffenen eine Hormonentzugstherapie. Sie sorgt dafür, dass die körpereigene Produktion dieser Sexualhormone unterdrückt wird. Auf diese Weise kann man das Fortschreiten der Tumorerkrankung aufhalten. Die Hormonentzugstherapie ist die Grundlage der Behandlung beim metastasierten Prostatakrebs, denn die männlichen Hormone (Androgene) können das Wachstum von Prostatakrebs begünstigen. Nach einer gewissen Zeit entwickeln die Krebszellen jedoch eine Hormonresistenz und sprechen nicht mehr auf die Therapie an. Als Nebenwirkungen der Hormonentzugstherapie treten typische Wechseljahresbeschwerden auf: So Hitzewallungen, Stimmungsschwankungen, Knochenschwund und Gewichtszunahme (12).

Was allen schulmedizinischen Therapieansätzen gemeinsam ist: Sie sind meist rein palliativ, können die Krebserkrankung nur in den seltensten Fällen stoppen und schon gar nicht heilen. Trotzdem sollen die Patienten sofort alle medizinisch möglichen Maßnahmen ergreifen. Das sei erprobter Standard. Leitlinie heißt beste Behandlung, so

wird es oft suggeriert. Wollen Patienten von der Standardtherapie abweichen, wird Druck gemacht. „Sie spielen Russisch Roulette“ – „Was Sie planen, ist brandgefährlich und unverantwortlich.“ Ein solches ärztliches Verhalten steigert die Unsicherheit bei Patienten. Darf ich eine leitlinienfixierte, präoperative Chemotherapie ablehnen? Kann ich die Leitlinientherapie durch eine biologische Behandlung ergänzen? Krebskranke stehen oft in dieser Spannung zwischen Selbstbestimmung und Leitliniendruck. Dass dieser seitens der Ärzte und Kliniken aufgebaut wird, hat einerseits wirtschaftliche Gründe: Zertifizierte Brustzentren zum Beispiel verpflichten sich nach Leitlinien („Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ und „Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung“) zu behandeln. Die Zentren müssen jährlich bestimmte Mindestzahlen nachweisen wie z. B. 150 Erstoperationen, 300 Mammografien oder auch jeweils 50 palliative und adjuvante Chemotherapien. Ein zweiter Grund ist, dass viele Ärzte wenig Kenntnis über die Wirkung und den Nutzen biologischer Krebstherapien haben – oder sie stehen ihnen sogar ablehnend gegenüber. Als Konsequenz erhalten krebserkrankte Menschen häufig nicht die bestmögliche Unterstützung. Was die Krebspatienten meist nicht erfahren: Die Leitlinien, nach denen sich die meisten Kliniken, Behandlungszentren und Onkologen in Deutschland richten, sind keine verbindlichen Vorschriften.

„Patienten dürfen jede in den Leitlinien fixierte Therapie ablehnen, ohne dass es mit rechtlichen Nachteilen verbunden ist – oder dass medizinische Leistungen verweigert werden dürfen“, so sagt es der Rechtsanwalt Dr. Frank Breitzkreutz, der im Auftrag der Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr (GfBK) e. V. eine rechtliche Expertise erstellt hat. Das heißt: Jeder Patient kann seinen Arzt oder Heilpraktiker grundsätzlich frei wählen. Dieses

Recht folgt aus der allgemeinen Handlungsfreiheit, die durch Art. 2 Abs. 1 des Grundgesetzes gewährt ist. Das verfassungsrechtlich garantierte Selbstbestimmungsrecht beinhaltet auch das Recht auf eine aus der Sicht von Schulmedizinern medizinisch unvernünftige Entscheidung (13).

Somit scheint es dringend geboten, unter gewissen Umständen von den in den Leitlinien vorgesehenen Therapieformen abzuweichen und alternative Behandlungsmethoden in Erwägung zu ziehen. Dies sollte immer dann geschehen, wenn eine neue Behandlungsmethode einen Stillstand der Erkrankung oder sogar Heilung verspricht, wenn der Patient schulmedizinisch austherapiert ist, wenn eine der Therapien bei einer bestimmten Krebsform erwiesenermaßen wirkungslos ist und auch dann, wenn alternative Methoden und Wirkstoffe bei gleichem oder ähnlichem Therapieerfolg weniger Nebenwirkungen produzieren.

Nehmen wir den Prostatakrebs als Beispiel: Was die Chemotherapie betrifft, sind insbesondere bei dieser Indikation Zweifel an der Wirksamkeit angebracht.

Es gibt sogar Fachleute, die der Ansicht sind, dass die Chemotherapie beim metastasierten Prostatakarzinom völlig nutzlos ist. Sie wird meist eingesetzt, wenn der Krebs schon weit fortgeschritten ist oder wenn ein Krebs nicht mehr auf die Hormonblockade reagiert. Bei nur 48% der Patienten kommt es durch Chemotherapie zu einem Stillstand der Erkrankung für sechs Monate. Eine dauerhafte Heilung lässt sich damit nicht erreichen, auch nicht in Kombinationsbehandlungen mit anderen Therapeutika (14).

Der Grund ist, dass die Chemotherapie auch in der Theorie nur dann wirken könnte, wenn sie Krebszellen angreift, die sich schnell teilen. Prostatakrebszellen teilen sich jedoch vergleichsweise langsam. 'Wenn die Chemotherapie in der Krebstherapie irgendeine

Berechtigung hat, dann sicher nicht beim Prostatakrebs“, argumentiert zum Beispiel Prof. Dr. Klaus Maar, Alternativmediziner aus Düsseldorf (15).

Worin besteht also der Sinn, beim metastasierten Prostatakarzinom bis zum bitteren Ende, der Chemotherapie, den in den S3-Leitlinien zum Prostatakarzinom vorgezeichneten Behandlungsweg zu verfolgen?

Keine Frage, niemand kann auch nur zu einem einzigen Krankheitsbild seines Fachgebietes alle Veröffentlichungen kennen. Darum ist es sinnvoll, immer wieder einen Konsens über den 'state of art' bei der Behandlung einer Erkrankung zu suchen, auch in Form von Leitlinien.

Es gilt jedoch zu beachten, dass die Wirksamkeit von Heilmethoden und Medikamenten im Einzelfall höchst unterschiedlich sein kann. Leitlinien der evidenzbasierten Medizin sollten daher ausreichend Spielraum lassen, um den jeweiligen Einzelfall mit all' seinen Facetten zu berücksichtigen, um zu differenzieren. Heilkunst ist ein individueller Vorgang. Nicht Krankheiten gilt es zu behandeln, sondern Kranke. Das individuelle Krankheitsbild und auch psychosoziale Faktoren müssen berücksichtigt werden. Leitlinien sollten lediglich mögliche Therapieoptionen aufzeigen, aber nicht bindend sein. Sonst besteht die Gefahr, dass sie im Spannungsfeld zwischen Humanmedizin und Gesundheitspolitik als modernes Instrument der Nivellierung des Subjektiven fungieren, ihre Hilfsmittelfunktion verlieren und zur Vorschrift erstarren.

Auch ist dafür Sorge zu tragen, dass die Humanmedizin nicht zu einem profitorientierten Industriezweig mutiert. Leitlinien werden von 'Experten' erstellt, die im Rahmen der universitären Forschung oft auf untrennbare Weise mit der Pharmaindustrie und den Herstellern medizinischer Geräte verbunden sind. Wissenschaftler, akademische Gremien oder medizinische Experten sind als Entscheidungsträger Zielobjekte von Einflussnahmen.