

Chemotherapie

Fluch oder letzte Rettung?

Von Lothar Hirneise

Das Thema Chemotherapie anzusprechen, ohne gleichzeitig in eine meist emotional geführte Diskussion zu kommen, ist im 21. Jahrhundert wohl nicht mehr möglich und die Antwort auf das Warum ist relativ einfach. Niemand weiß nämlich wirklich genau, bei welchen Menschen eine Chemotherapie helfen wird einen Tumor zu zerstören bzw. ob es besser wäre, diese nicht durchzuführen. Bis heute gibt es kein medizinisches Messinstrument, das uns zeigt, ob eine Chemotherapie bei diesem oder jenem Menschen helfen wird. Ich betone hierbei das Wort Menschen, denn noch weniger wissen wir, ob eine Chemotherapie bei diesen oder jenen Krebsarten hilft. Falls Sie sich noch nicht intensiv mit dem Thema Chemotherapie auseinandergesetzt haben, dann werden Sie jetzt vielleicht denken: „Aber die Ärzte müssen doch wissen, ob eine Chemotherapie bei mir helfen kann, bevor sie mir eine verordnen.“ Doch leider muss ich Sie enttäuschen. Wenn Sie sich wissenschaftlich und intensiv mit dem Thema auseinandersetzen, dann werden Sie sehr schnell feststellen, dass wir eigentlich erst am Anfang bzw. schon längst am Ende sind, zu verstehen, was Chemotherapie denn tatsächlich bewirkt. Sicher ist, wie der Arzt Peter Alexander schon 1944 beschrieb, dass das Knochenmark stark beschädigt wird und Menschen über kurz oder lang an einer „Erschöpfung des weißen Blutbildes“ sterben. Diese Tatsache wurde übrigens schon 1919! in einem Magazin beschrieben. Dr. Alexander untersuchte die Matrosen, die durch das Unglück im italienischen Hafen Bari im Dezember 1943 mit Gelbkreuz (Senfgas) in Verbindung kamen. Danach war der Siegeszug dieses eigentlich zum Töten feindlicher Soldaten gedachten Präparates nicht mehr aufzuhalten, und heute ist dieses Gift mit all seinen Abkömmlingen nicht mehr aus der „modernen“ Onkologie wegzudenken. Jetzt könnte man ja annehmen, dass wir sicherlich im neuen Jahrtausend enorme Fortschritte gemacht haben und man die heutigen Chemotherapien nicht mehr mit dem Senfgas im zweiten Weltkrieg vergleichen kann.

Doch lassen Sie uns einmal den Status quo etwas genauer betrachten. Wie Sie sicherlich noch vom Biologieunterricht aus der Schule wissen, teilen sich, bis auf wenige Ausnahmen, unsere Zellen immer wieder. Pro Sekunde erneuern sich in unserem Körper mehrere Millionen Zellen. Die Zellteilung läuft in festen Phasen ab. Biologen nennen diese Prophase, Metaphase, Anaphase und Telophase.

Viele neue Zellen müssen auch noch heranreifen. Den gesamten Vorgang einer Zellteilung und Zellreifung nennt man Zellzyklus und dieser komplette Zyklus wird unterteilt in G₀ Phase (Ruhephase), G₁ Phase (RNS und Proteinsynthese), S Phase (DNS Verdoppelung), G₂ Phase (Reparaturphase der DNS) und zuletzt die M-Phase, die eigentliche Zellteilung. Für Krebskranke ist dies nur deshalb wichtig, damit sie besser verstehen, wie eine Chemotherapie wirkt, da verschiedene Präparate auf verschiedene Teilungsphasen einen Einfluss haben. Während der Zellteilung sind Zellen leichter angreifbar. Zytostatika versuchen jetzt, diese Abwehrschwäche der Zellen auszunutzen, indem sie ganz bestimmte Stoffwechselvorgänge der Zelle stören. Das gewünschte Ergebnis ist hierbei der Zelltod. Ich möchte dies noch einmal betonen, der gewünschte Effekt ist der Zelltod und nicht die Umwandlung der Zelle in eine gesunde Zelle.

Da sich manche Tumorzellen sehr schnell teilen, sind diese natürlich noch empfindlicher auf solche Gifte und werden vermehrt zerstört. Wenn Sie die letzten Sätze aufmerksam gelesen haben, dann werden Sie sicherlich auch schon selbst das Problem dieser Zellgifte erkannt haben. Wenn sich Tumorzellen nicht schneller teilen als andere Zellen im Körper, was ist dann? Und wie erkennen diese Gifte eigentlich Tumorzellen?

Die erste Frage können Sie sicherlich selbst beantworten und die Antwort auf die zweite Frage wissen Sie zumindest teilweise.

Zytostatika erkennen Tumorzellen nämlich überhaupt nicht. Sie zerstören einfach alles, was schneller wächst (und noch vieles mehr). Daher auch die bekannten Nebenwirkungen aller Körpersysteme, deren Zellen sich in der Regel etwas schneller teilen:

- * unsere Epithelzellen z. B. im Mund, Magen oder Darm.
- * unser lymphatisches System, z. B. Zerstörung der Lymphozyten.
- * unsere Keimdrüsen, daher die vorübergehende bzw. oftmals für immer andauernde Sterilität nach einer Chemotherapie
- * unser Knochenmark, z. B. Zerstörung der Leukozyten, der Erythrozyten und der Thrombozyten.
- * Haut, Haare und auch Nägel.

Wenn Sie diese Hauptwirkungen kennen, und nicht Nebenwirkungen wie es immer so schön heißt, dann verstehen Sie auch sehr leicht, warum sich jeder dreimal überlegen sollte, ob er eine Chemotherapie machen sollte oder nicht. Vor allem die Einflüsse auf das Knochenmark und auf das lymphatische System sind so verheerend, dass viele Menschen sich zu Recht fragen, ob dies eigentlich nicht gerade das Gegenteil von dem ist, was sie benötigen, wenn Tumore im Körper sind. Wir alle wissen, dass wir unser Immunsystem dringend benötigen, wenn wir einen Tumor im Körper haben und trotzdem glauben wir, dass wir gerade dies auf viele Monate hin zerstören können, wenn wir Krebs haben.

Genau hier liegt das Dilemma mit Chemotherapie-Präparaten. Ihre komplette Zielrichtung ist auf das Zerstören von Zellen an- gelegt und nicht darauf, Zellstrukturen sozusagen wieder mitzuteilen, wie sie sich richtig teilen sollen. Ein weiteres Problem ist die Resistenz gegen diese Präparate. Nicht nur, dass sie Zellen, die sich langsam teilen oder gerade nicht teilen, erst gar nicht erkennen, nein, es kommt noch schlimmer und zwar in Form von Resistenzen. Manche Tumorzellen ignorieren von vornherein bestimmte Substanzen. Deshalb werden auch in der Regel „Cocktails“ mit verschiedenen Substanzen gegeben, in der Hoffnung, dass irgendeiner schon helfen wird. Dass mehrere Substanzen jedoch auch größere Nebenwirkungen haben, brauche ich wohl nicht zu erwähnen. Vielleicht interessiert es Sie auch, dass gleich bei mehreren Umfragen (Makillop/Hansen/ Moore/Tannock ...) Onkologen auf die Frage, ob sie denn bei sich selbst eine Chemotherapie machen würden, dies verneinten. In welcher Welt leben wir eigentlich, in der Ärzte Therapien verordnen, die sie bei sich selbst nie anwenden würden.

Einen Vorteil haben diese Cocktails aber auf jeden Fall. Pro Patient kann eine enorme Menge an Kosten verursacht werden, über die sich jeder Hersteller freut. Vielleicht kommt Ihnen dieser Satz jetzt überzogen, ironisch oder sogar unverschämt vor. Doch nichts von dem ändert diese Tatsache, die gerne vergessen wird. Sollten Sie gegen bestimmte Substanzen nicht resistent sein, so erhöht sich Ihre Chance, dass sie sehr bald gegen diese Substanz resistent sein werden, von Infusion zu Infusion und zwar viel schneller als sie dies z. B. von Antibiotika gewöhnt sind. Dies liegt daran, weil unser Körper erstaunlich intelligente Fähigkeiten besitzt, sich gegen Gifte zu wehren, wie z. B. die Durchlässigkeit der Zellwand zu verändern.

Des Weiteren erhöht sich die Chance einer Metastasierung, wie verschiedene Studien bewiesen haben. Untersuchungen deuten auch darauf hin, dass je größer die Tumormasse, desto größer ist die Anzahl der resistenten Zellen. Es wurde auch fest- gestellt, dass Tumorzellen mit der Zeit lernen, sich gegen jede Art von Zytostatika zu wehren. Das erklärt auch, warum der Wechsel auf eine andere Kombination von Zytostatika so oft versagt.

Vergessen wird auch gerne, dass Zellen nach einer Chemotherapie maligner (aggressiver) werden, wie nicht nur Wenzel-Seifert und Lentzen schon vor vielen Jahren feststellten. Solche Zellen haben auch ein erhöhtes „metastatisches Potenzial“, was nichts anderes bedeutet, als dass eine Chemotherapie die gefürchteten Metastasen erst entstehen lassen kann.

Je giftiger also eine Substanz ist, desto mehr wird Ihr Körper unternehmen, damit ihm diese Substanz das nächste Mal nicht so sehr schaden kann. Eine Resistenz gegen Medikamente ist also nichts anderes als ein Teil eines genialen Abwehrsystems namens Mensch, wobei wir wieder mal beim Thema wären: Die Evolution hat Recht.

Nachfolgend eine kurze Auflistung der geläufigsten Chemotherapie-Präparate und deren Einsatzgebiete:

Alkylantien

Dies ist eine Gruppe, die zumindest theoretisch gleich an mehreren Stellen mit der DNS reagiert und diese vernetzt (Crosslink). Etwas einfacher ausgedrückt bedeutet dies, dass Alkylantien unseren genetischen Code verändern, der dadurch nicht mehr gelesen werden kann. Ein alter Begriff hierfür ist auch Radiomimetika. Ein schönes Wort für etwas ziemlich Teuflisches, nämlich die Tatsache, dass die Zellen sich so teilen, wie wenn sie einer starken radioaktiven Strahlung ausgesetzt werden. Die Folgen hiervon sind wohl jedem bekannt.

Zu dieser Gruppe gehört übrigens auch Lost, jene Substanz, die man im ersten Weltkrieg noch Senfgas nannte und viele Tausende von Soldaten tötete. Das heutige Lost ist ein Stickstoff- Lost, jedoch mit nicht viel geringerer Wirkung. Es zerstört immer noch das Knochenmark und andere Gewebestrukturen. Weitere bekannte Präparate sind Chlorambucil (Leukeran) und Melphalan (Alkeran).

Eine Untergruppe von Stickstofflost sind die Vertreter der Ox- azaphosphorine wie Cyclophosphamid, dessen berühmtester Vertreter wohl Endoxan ist. Nicht viel weniger wird jedoch auch Ifosfamid (Holoxan) und Trofosfamid (Ixoten) eingesetzt. Bei Hirntumoren kommen außerdem „Verwandte“ des Stickstoff- Loss in Einsatz, da diese in der Theorie die Blut-Gehirn- Fotemustin (Muphoran), Carmustin (BCNU), Bendamustin (Ri- bomustin) und Lomustin (CCNU) im Einsatz.

Eine andere Gruppe der „Cross-Linker“ sind die sogenannten Platin-Verbindungen wie Cisplatin (Platinex) oder Carboplatin (Carboplat), welche wegen ihrer starken Nebenwirkungen von Patienten gefürchtet werden. Wie Sie langsam erkennen, gehen die Möglichkeiten von Untergruppierungen und weiteren Derivaten wahrscheinlich nie aus. Doch ich möchte Sie nicht noch länger langweilen mit weiteren Untergruppen wie Hydrazin-Derivaten oder Mitomycinen. Lassen Sie uns stattdessen die nächste Gruppe der Zellkiller betrachten, die

Antimetabolite

Die Theorie der Wirkungsweise dieser Gruppe geht davon aus, dass wenn man in den Stoffwechsel der Zelle bestimmte Verbindungen einbringt, die den DNS-Basen ähnlich sind, diese falschen Basen dann in den DNS Strang eingebaut werden und es hierdurch zu Strangbrüchen bzw. zum Tod der Zelle kommt. So richtig „frankensteinmäßig“ wird es bei dieser Therapieform vor allem dann, wenn man noch einen Schritt weiter geht und durch sogenannte Folsäureantagonisten gleich ganz verhindert, dass bestimmte Basen aufgebaut werden. Damit der Patient an dieser Behandlung nicht sehr schnell stirbt, gibt man dann hochdosiert ein Mittel wie 5FU und kurz darauf Folsäure (z. B. Leucovorin).

Etwas sehr Interessantes ist mir hierbei aufgefallen. Diese Kombination hat sich in Deutschland schon seit mehr als 20 Jahren als die Standardbehandlung für fortgeschrittenen Darmkrebs durchgesetzt, obwohl Deutschlands oberste Behörde für die Zulassung von Arzneimitteln, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, diese Kombination nie zugelassen hatte (siehe Brief vom 26.03.1999 – Abbildung nächste Seite), weil es sich gezeigt hat, dass diese Kombination für „therapiebedingte Todesfälle“ verantwortlich war. Auch die deutsche Regierung wusste hiervon.

Auch die meisten deutschen Ärzte wussten, was im Heft 31/32 am 08. August 1994 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurde. Ich zitiere wörtlich: „Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte weist die Fachkreise darauf hin, dass die Behandlung des fortgeschrittenen kolorektalen Karzinoms mit der Kombination von 5-FU und CF (Calciumfolinat wie Leucovorin, der Autor) nicht zugelassen wurde, sondern dass sie eine experimentelle Therapie darstellt. Da sie schon bisher verbreitet eingesetzt wird, wird auf die schwerwiegenden Risiken der Kombinationsbehandlung hingewiesen.“

In einem Schreiben an mich schreibt Herr Dr. Manfred Hoffmann vom BfArM, dass die Kombination von 5-FU und CF in- zwischen schon seit November 1999 zugelassen wäre. Interessant hierbei ist nur,

dass in einem Schreiben vom 23. Februar 2000, also 3 Monate NACH der angeblichen Zulassung, Herr Ulrich Heier vom BfArM schreibt: „Ein Zulassungsantrag zu 5-FU zur Kombinationsbehandlung mit Folsäure/Folinat liegt vor. Die Bewertung ist noch nicht abgeschlossen“. In diesem Schreiben wird sogar nochmals von Herrn Heier darauf hingewiesen, dass: „... die Anwendung außerhalb der zugelassenen Indikation und unter den besonderen Bedingungen einer klinischen Prüfung zulässig ist. Der behandelnde Arzt trägt die mögliche straf- und zivilrechtliche Verantwortung.“ Also war die Kombination im März 2000 noch nicht zugelassen, oder lügt Herr Heier etwa? Und falls ja, warum?

Auf mein monatelanges Drängen aufgrund welcher Studien denn jetzt die Kombination zugelassen worden wäre, erhielt ich am 06. Dezember 2004 von Herrn Dr. Hoffmann einen Brief und eine Liste von Studien, aufgrund derer die Kombination von 5-FU und CF zugelassen wurde. In dieser Liste werden dann z.B. die Studien aufgeführt, weswegen das BfArM noch 1994 mit folgenden Worten warnte: „Unsere Analyse der Daten ergab, dass mehr Patienten im Zusammenhang mit der Kombinationsbehandlung 5FU/CF starben, (2,3 %) als bei einer Behandlung mit 5-FU allein (0,5 %). Diese gleichen Daten werden mir jetzt Ende 2004 unter anderen als Liste vorgelegt als Beweis dafür, wie erfolgreich 5-FU/CF sein soll. Also ich sage es mal mit meinen Worten: „Nicht nur als Krebspatient kommt man sich hier richtig veräppelt vor.“ Für wie dumm halten uns die Mitarbeiter des BfArM eigentlich? Welche Gruppe von Menschen hat das Medikament am Ende zugelassen? Ist es denn überhaupt zugelassen und warum wird hier denn so drastisch gelogen?

Ich habe auch keine sicheren Antworten auf all diese Fragen, außer mal wieder, dass Krebs ein großes Geschäft ist und es für logisch denkende Menschen nicht immer einfach ist, diese Lügen so hinzunehmen. Es geht hier schließlich um Menschenleben und immerhin heißt es in vielen der von mir näher betrachteten 5FU-Studien immer wieder: „drug-related death occurred in each regimen“, auf Deutsch: „in allen Studienarmen gab es therapiebedingte Todesfälle“.

Man kann nur erahnen, wie klein die berühmte Spitze des Berges hier wirklich ist. Im Interesse von so vielen Krebskranken wäre eine Aufklärung hier dringend notwendig. Doch wie soll das geschehen? Mir fallen leider nur Lösungen ein, die entweder sehr teuer oder aber viel zu gefährlich sind.

Andererseits zeigt dieses „kleine 5-FU/CF Beispiel“, wie riskant es ist, blindlings anderen zu vertrauen, wenn man sich auf eine Therapie einlässt, die zum Tode führen kann bzw. ja schon oftmals zum Tod geführt hat. Sind wir doch mal ehrlich. Würden Ärzte Ihre Darmkrebspatienten ausführlich über die Vor- und Nachteile von 5-FU und Leucovorin aufklären, wie viele Patienten würden dann noch diese Therapie machen?

Und etwas anderes wird ebenfalls sehr deutlich. Theoretische Konstruktionen sind viel weiter weg von der Praxis, als sie auf dem Papier oder im Labor erscheinen. Weitere Vertreter dieser Gruppe sind: Cladribin (Leustatin), Pentostatin (Nipent), Fludarabinphosphat (Fludara), Cytarabin (Alexan), Fluorouracil, 5FU (Efudix) und Gemcitabin (Gemzar).

Gemzar ist ebenfalls ein interessantes Präparat, hat es sich in den letzten Jahren doch „heimlich“ als das Standardpräparat bei Pankreaskarzinomen (Bauchspeicheldrüse) durchgesetzt. Wenn man einmal von einem Pleuramesotheliom

(Brustfell/Lungenkrebs, meist durch Asbest) absieht, dann hat statistisch gesehen Pankreaskrebs die schlechteste Prognose aller Krebsarten. Dieses Jahr werden allein in der BRD ca. 12.000 Menschen an dieser Erkrankung sterben. In der Schulmedizin hat sich in den letzten Jahren entweder Resignation vor dieser Diagnose oder aber das Chemotherapie-Präparat Gemzar (Gemcitabin) durchgesetzt. Gemzar ist ein Mittel, welches die DNA-Synthese stört, genauer gesagt, Einfluss auf Cytosin hat.

Auch bei unseren eigenen intensiven Erforschungen konnten wir nur ganz wenige Heilungen oder Langzeitüberlebende bei Pankreaskopfkarzinomen finden (die übrigens fast ausnahmslos durch intensive Ernährungstherapien möglich waren wie z.B. Budwigs Öl-Eiweiß-Kost, NutriTherapy, Gersons Diät oder Dr. Gonzales Therapie). In der Literatur werden vor allem Studien aufgeführt, die Gemzar mit 5FU vergleichen. Also wieder einmal Studien, bei denen zwei oder mehr Chemotherapeutika miteinander verglichen werden, damit am Ende wenigstens ein Präparat positiv

bewertet werden kann. Bei der wohl am meisten genannten Studie mit 126 Patienten bekam die Hälfte der Patienten Gemzar und die andere Hälfte 5FU. Pharmafirmen und Ärzte zitieren diese Studie immer und immer wieder und teilen ihren Patienten mit, dass die Patienten, welche Gemzar bekamen, deutlich länger gelebt haben.

Doch was bedeutet eigentlich „deutlich länger“ für Menschen, die es gewohnt sind, jedes zehnte Wort lateinisch auszusprechen? Bei dieser Studie haben Patienten die 5FU erhielten durchschnittlich noch 4,2 Monate gelebt. Patienten die Gemzar erhielten lebten 5,7 Monate. Dieser Unterschied wird bis heute „kleiner Durchbruch in der Therapie von Pankreaskarzinomen“ genannt. Wieder einmal wurde „vergessen“ eine Gruppe in die Studie aufzunehmen, die entweder gar nichts oder aber biologische Therapien gemacht hatten.

Würden Sie als Patient wirklich eine Gemzar-Therapie machen, wenn Ihnen Ihr Arzt nicht sagen würde, dass Sie mit Gemzar „deutlich länger“ leben, sondern: „Lieber Herr Müller, Sie werden statistisch gesehen noch maximal 6 Monate leben. Ich kenne keine Therapie die Sie heilen kann. Was ich Ihnen jedoch anbieten könnte, wäre eine Chemotherapie mit all ihren Nebenwirkungen. Dadurch steigern Sie jedoch Ihre Überlebenszeit vielleicht um 6 Wochen im Vergleich zu einer anderen Chemotherapie, die ich Ihnen natürlich auch anbieten kann. Ob Sie dadurch im Vergleich länger oder kürzer leben werden, als wenn Sie gar nichts machen, kann ich Ihnen nicht sagen, da es darüber keine Studien gibt.“ Und jetzt frage ich Sie: „Würden Sie jetzt immer noch eine Chemotherapie mit Gemzar machen, wenn Ihnen Ihr Arzt die Wahrheit mit diesen Worten erzählen würde?“

Gemzar ist ein Musterbeispiel, wie sich Medikamente zu einem Goldstandard entwickeln können, ohne dass der verschreibende Arzt auch nur einen einzigen Beweis hat, dass sein Patient dadurch einen Tag länger leben wird. Wäre dies ein homöopathisches Medikament ohne Nebenwirkungen könnte man ja noch sagen: „Was solls.“

Bei Gemzar handelt es sich jedoch um ein Chemotherapeutikum, das Menschen in den letzten Wochen ihres Lebens gegeben wird und dadurch die Lebensqualität deutlich senkt. Über die Kosten für die Allgemeinheit möchte ich noch gar nicht reden. Gerade Ärzte sollten bei der Diagnose Pankreaskarzinom viel offener mit ihren Patienten umgehen und wenn sie sich nicht mit Therapien wie Gerson oder Kelley auskennen, die nachweislich langzeitüberlebende Pankreaskarzinom-Patienten therapierten, dann sollten sie vielleicht einmal etwas detaillierter darüber nachdenken, wie ein Mensch seine letzten Lebenswochen verbringen möchte.

Interkalanzien

Schon während des Zweiten Weltkrieges gewann man die ersten Actinomycine. Dieser aus Bakterien gewonnene Stoff gehört zur Gruppe der Interkalanzien. Eine Interkalantion ist nichts anderes, als dass sich ein Molekül zwischen 2 Basenpaare einlagert. Die wichtigeren Interkalanzien sind jedoch die Anthrazykline, oder anders ausgedrückt: Antibiotika – gewonnen aus Streptomycen. Diese Zellkiller wirken vor allem in der S-Phase der Zellteilung und werden deshalb bei Leukämien und Lymphomen eingesetzt. Obwohl man hiermit nicht nur den Herzmuskel dauerhaft schädigen kann, gibt es eine ganze Reihe dieser Präparate wie Adriamycin, Doxorubicin (Adriblastin) und das bekannte Epirubicin (Farmorubicin).

Taxane

Eine erst in den Neunzigern zugelassene Gruppe sind die Taxane, die aus der Rinde der Eibe produziert werden. Paclitaxel (Taxol) und Docetaxel (Taxotere) sind die bekanntesten. Obwohl die Umsatzzahlen beider Medikamente sich inzwischen in schwindelerregenden Höhen bewegen, fehlen bis heute harte Fakten. Bei Brustkrebs gab die beste Studie eine Verlängerung der Überlebenszeit von 14 auf 15 Monate her. Dies ist schon eine rein statistische Möglichkeit der Abweichung und muss absolut nichts mit dem Medikament zu tun haben. Dafür hatten jedoch 87 % aller Patienten zusätzliche Beschwerden (J Clin. Oncol. 1996; 14:58-65).

Auch der Einsatz bei Lungenkrebs (nicht-Kleinzeller) wird von den Herstellern in Hochglanzbroschüren vorgeschlagen wegen den „signifikanten Vorteilen“. Doch wo sind diese denn

wirklich? In einer Studie der M. D. Anderson-Klinik, immerhin die größte Krebsklinik der Welt, gab es keinen Unterschied zwischen der Plazebo-Gruppe und den beiden anderen Gruppen, die Taxotere in einer hohen bzw. in einer niedrigen Dosis erhielten (J Clin. Oncol. 2000; 18:2354-62). Wieder einmal nur ein Spiel mit Zahlen auf Kosten der Patienten?

Und jetzt?

Wenn Sie zum ersten Mal ein Buch über Zytostatika und deren Wirkungen auf Zellen bzw. die Zellteilung lesen, dann geht dies in der Regel nicht ohne 2–3 zusätzliche Wörterbücher. So richtig beeindruckend wird das Ganze jedoch spätestens, wenn man liest, wie viel die Wissenschaftler über Zellteilung, DNS und Gene im allgemeinen wissen. Was man hier alles über hybridierte und kohybridisierte Zellen, Plasmiden, Nucleotidsequenzen und Primärklone lesen kann, ist wirklich phantastisch. Doch irgendwann kommen einem global denkenden Menschen immer und immer wieder zwei Wörter in den Sinn: Und jetzt? Was nützt mir eigentlich all dieses Wissen? Und vor allem, wenn diese Wissenschaftler so viel wissen, und immer vorausgesetzt, es stimmt, was ich da gelesen habe, warum wirken dann all diese Stoffe nicht so, wie sie es auf dem Papier vorgeben zu tun? Kann es vielleicht sein, dass es kein anderes „wissenschaftliches“ Gebiet wie die Onkologie gibt, in der Theorie und Praxis so weit voneinander entfernt sind?

Je mehr ich mich mit der Theorie des Krebses beschäftige und je mehr krebskranke Menschen ich kennen lerne, desto weiter entferne ich mich von einer befriedigenden Antwort auf all diese Fragen. Es ist eine Tatsache, dass die Chemotherapie, so wie sie heute angewendet wird, in einer totalen Sackgasse steckt. Die Mauer, die am Ende der Straße steht, besteht aus großen, schweren Steinen, auf denen unbefriedigende oder falsche Antworten auf häufig gestellte Fragen stehen. Sicherlich haben Sie schon einmal gelesen, wie erfolgreich Chemotherapien bei Krebs sind. Diese Krebsarten sind vor allem Hodenkrebs, Leukämien und lymphatische Krebsarten. Wenn man sich die Geschichte der Medizin etwas näher anschaut, dann fällt einem auf, dass Krebsarten wie Leukämien schon seit Jahrhunderten von vielen Ärzten beschrieben werden, doch ausgerechnet diese „Krebsarten“ erst seit wenigen Jahrzehnten zur großen Gruppe „Krebs“ hinzugerechnet werden. Spätestens als man herausfand, dass Senfgas das Knochenmark zerstört, welches wiederum für die Produktion der bei diesen Krebsarten vermehrten Zellen verantwortlich ist, glaubte man, das Zaubermittel gegen diese „Krebsarten“ gefunden zu haben. Nur wenige Ärzte scheinen sich jedoch Gedanken zu machen, ob eine Leukämie überhaupt etwas gemeinsam hat mit einem Tumor in der Bauchspeicheldrüse. Ist ein „Krebs“ des lymphatischen Systems denn wirklich das Gleiche wie Lungenkrebs? Und noch wichtiger, ist eine Störung der Bildung von Blutkörperchen (Leukämie) eines Kindes, welches sich noch im Wachstum befindet, wirklich das Gleiche wie der Prostatakrebs eines Erwachsenen? Sicherlich nicht, werden Sie jetzt sagen. Gleichzeitig akzeptieren Sie jedoch, dass beide Erkrankungen mit dem gleichen Medikament behandelbar sein sollen. Wir können nicht unsere Augen vor der Geschichte der Chemotherapie verschließen, und diese zeigt uns nun einmal, dass man „Erfolge“ bei der Behandlung von Störungen des Knochenmarks hatte und deshalb Regierungen und Zulassungsstellen auf der ganzen Welt davon überzeugen konnte, diese Präparate auch für die Behandlung „anderer Krebsarten“ zuzulassen. Böse Zungen nennen dies noch heute einen Schachzug, der Milliarden einbrachte.

Bei meinen täglichen Unterhaltungen mit Krebskranken und mit Onkologen erlebe ich (mit Ausnahme bestimmter Leukämie- und Hodenkrebsarten junger Menschen) immer nur, dass eine Chemotherapie (und in viel schlimmerem Ausmaße die Bestrahlung) zwar manchmal Tumore aufhalten kann weiter zu wachsen, aber niemals Krebs zu heilen vermag. Zum gleichen Ergebnis kommen die wenigen kritischen Statistiken, die es geschafft haben, das Licht der Öffentlichkeit zu erblicken. Noch weniger erfährt die Öffentlichkeit davon, wie viele Menschen durch diese Behandlungen sterben. Ich erinnere mich sehr gut an ein Mitglied von Menschen gegen Krebs, das nach der ersten Dosis einer Chemotherapie starb, obwohl es außer einem noch sehr kleinen Tumor sehr gesund war. Oder der Fall einer 35-jährigen Mutter zweier kleiner Kinder, die in einer süddeutschen Klinik starb, weil man ihr erzählte, dass es für sie, mit ihrem Brustkrebs, am besten

wäre, wenn sie eine Hochdosis-Chemotherapie bekommen würde. Was man ihr nicht zum Lesen gab, waren die Studien, die aufzeigen, dass es absolut keinen Vorteil bringt, eine Hochdosis-Chemotherapie bei Brustkrebs zu machen, wie gleich mehrere Studien zeigen.

Ich weiß nicht wie es Ihnen geht, aber wenn ich im Fernsehen einen Bericht über Krebs sehe, dann handelt es meist über Leukämie und noch öfter von Kindern und Krebs. Wahrscheinlich deshalb, weil mit den damit erzeugten Emotionen leichter Spendengelder zu bekommen sind und weil man auch mal etwas Positives über Chemotherapien berichten kann. Dass diese Erkrankungen nicht einmal 0,6% aller Krebserkrankungen in Deutschland ausmachen, wird meistens nicht gesagt. Stellen Sie sich doch einmal vor, dass Sie auf dem Flughafen sind und draußen stehen 20 Flugzeuge, die Sie von München nach Hamburg bringen sollen. Sie wissen schon vorher, dass 19 hiervon abstürzen werden, und ein Pilot soll Sie davon überzeugen, trotzdem mitzufliegen. Mal ehrlich, würden Sie in eines der Flugzeuge einsteigen oder würden Sie sich nicht lieber nach einem „alternativen“ Transportweg zu Ihrem Ziel umsehen?

Sicherlich würde ich in keines der Flugzeuge einsteigen, werden Sie jetzt sagen, und trotzdem geschieht Ähnliches fast jeden Tag in deutschen Kliniken. Gerade mal 5% ist ihre Überlebenschance laut bester Statistik durch eine Chemotherapiebehandlung und trotzdem wird die Mehrheit der epithelialen Krebsarten immer noch mit Chemotherapien behandelt. Die große Frage nach dem Warum bleibt von der Schulmedizin jedoch unbeantwortet. Bitte überlegen Sie sich dies erneut. Obwohl selbst die besten Statistiken bei den großen Krebserkrankungen wie Brustkrebs, Lungenkrebs, Darmkrebs oder Prostatakrebs eindeutig aufzeigen, dass deren Einsatz nur sehr wenig oder gar nichts bringt, werden trotzdem täglich Tausende von Krebskranken mit Chemotherapeutika behandelt. Kein Schulmediziner scheint auf die Idee zu kommen, die ganze Prozedur in Frage zu stellen, egal wie viele Bücher Dr. Dr. Ulrich Abel noch schreiben wird (Dr. Abel ist Autor des Buches: Chemotherapie fortgeschrittener Karzinome, in welchem er als Mitarbeiter des Deutschen Krebsforschungszentrums ausführlich die meisten Chemotherapiestudien untersucht und dabei festgestellt hat, dass es eigentlich fast keine Studien gibt, die beweisen, dass Chemotherapien bei epithelialen Krebsarten dazu beitragen, dass Patienten länger leben.)