



Dr. med. Achim Schuppert
 Facharzt für Allgemeinmedizin,
 Naturheilverfahren

Brustkrebs ganzheitlich behandeln

- Eine Studie -

Mehr als 90 Prozent überlebten die ersten fünf Jahre

Ausgangssituation

Bei der Aufnahme in die Behandlung waren 208 Patientinnen nach einer Krebsoperation tumorfrei, bei 64 hatten sich bereits Fernmetastasen gebildet, bei 2 Patientinnen fehlten hierzu die Angaben.

mes Tumorwachstum (G1-G2), bei den metastasierten war in 55% der Fälle eine hohe Zellteilungsrate (G3-G4) bei der Operation festgestellt worden.

Operation

Fast alle Patientinnen (98%) hatten sich einer Operation unterzogen.

Tumorgroße, Alter

Bei 90% der Frauen war der Tumor bei der Operation unter 5 cm groß gewesen. Das Durchschnittsalter der behandelten Frauen lag bei der Diagnosestellung bei 51 Jahren.

Chemotherapie, Strahlentherapie

a) Patientinnen ohne Metastasierung bei Therapiebeginn
 Von den Patientinnen, die tumorfrei zu uns kamen, hatten sich, wenn sie einen kleinen Tumor (unter 5 cm) gehabt hatten, 62% einer Chemotherapie und 67% einer Strahlentherapie unterzogen, den übrigen Patientinnen war eine solche Behandlung nicht angeraten worden oder sie hatten sie abgelehnt. War der Tumor größer gewesen, hatten sich von diesen Patientinnen 70% einer Chemotherapie und 56% einer Strahlentherapie unterworfen gehabt.

b) Patientinnen mit Metastasenbildung bei Therapiebeginn
 Patientinnen, die uns nach Metastasierung des Tumors aufsuchten, hatten bei kleinem Ausgangstumor zu 92% eine Chemotherapie und zu 73% eine Bestrahlung über sich ergehen lassen. Bei großem Ausgangstumor waren 100% chemotherapiert und 88% bestrahlt worden.

Statistische Nachbereitung der Behandlungsdaten von 274 Patientinnen mit Brustkrebs unter komplementärer naturheilkundlich-onkologischer Behandlung

Patientenauswahl

Im Zeitraum 1991 bis 2003 wurden in unserem Haus insgesamt 780 Patientinnen mit Brustkrebs (Mamma-Karzinom) beraten und behandelt.

Um die Therapieergebnisse auswerten zu können, mussten aus diesen diejenigen Patientinnen ausgewählt werden, die wenigstens über 6 Monate in der Praxisklinik in Behandlung gewesen waren, und über die auch ausreichend Daten über die Krankheitsvorgeschichte vorlagen. Diese Daten waren bei vielen Patientinnen unvollständig, da deren Erhebung im Praxisablauf nicht mit dem Ziel vorgenommen worden war, eine Studie zu erstellen. Somit blieben 274 Patientinnen übrig, die in die Auswertung einbezogen wurden.

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte dankenswerterweise durch die Veronika und Carl-Carstens-Stiftung in Essen.

Therapiebeginn

Die Patientinnen, die uns ohne das Vorliegen von Metastasen aufsuchten, taten dies im Allgemeinen im 1. oder 2. Jahr nach der Diagnosestellung. Bei den bereits metastasierten Patientinnen lag der Operationstermin im Mittel 3 bis 4 Jahre zurück.

Lymphknoten

Bei der Hälfte aller Patientinnen waren die Lymphknoten in der Achselhöhle im Operationszeitpunkt bereits befallen gewesen, umso häufiger, je größer der Tumor war.

Hormonrezeptorstatus

Bei etwa 75 % aller Patientinnen hatten sich positive Hormonrezeptoren im Tumorgewebe gefunden, bei 71% wurde eine hormonblockierende Behandlung durchgeführt.

Wachstumsgeschwindigkeit (sog. Grading)

Von den tumorfrei zu uns gekommenen Patientinnen hatten 65% ein langsa-

Komplementäre Therapien (Auszug)

	Bei % der Patientinnen
Ozon-Sauerstoff	70 %
Enzymtherapie	80 %
Selenbehandlung	70 %
Thymustherapie	55 %
Misteltherapie	55 %
Lokale Tiefen-Hyperthermie je nach Tumorstadium	10-35 %

(Die Zahlen für die Hyperthermie sind relativ niedrig, da wir das Gerät erst seit 3 Jahren im Einsatz haben)

Chemotherapien kamen bei diesen Patientinnen nicht zum Einsatz, strahlentherapeutische Maßnahmen nur in Einzelfällen, wenn eine Schmerzbestrahlung bei Knochenmetastasen erforderlich war.

Laborkontrollen

Entgegen der oft vertretenen Ansicht, auf Laborkontrollen könne in der Nachbehandlung verzichtet werden, wurden diese regelmäßig alle 3 Monate bei uns durchgeführt und sind wichtige Parameter, um die gesundheitliche Entwicklung der Patientinnen verfolgen zu können. Bei deutlichen Änderungen gegenüber den vorherigen Werten sprechen wir vom Entstehen von "Unruhe im System". Über eine gezielte radiologische Diagnostik suchen wir dann nach z.B. einer entstehenden Metastase und sind dann oft noch in der Lage, diese in diesem frühen Stadium chirurgisch entfernen zu lassen. Die Patientin ist dann wieder tumorfrei

Zeit und Zuwendung

Ängste und unbeantwortete Fragen belasten viele Krebspatientinnen, rauben den Schlaf, führen zu Spannungen und belasten damit die Aktivität der Abwehrlage. Spätestens alle 3 Monate, nach den Laborkontrollen, aber auch während den Therapien, widmeten wir den Patientinnen die Zeit, die sie benötigten, um alle ihre Fragen los zu werden. Oft erfolgte auch die Zusammenarbeit mit einer Psychotherapeutin, um alte seelische Traumata, die möglicherweise das Entstehen der Erkrankung begünstigt hatten und noch fortwirkten, verarbeiten zu helfen.

Die Nichtbeachtung der Psyche scheint mir ein wesentlicher Grund von schlechten Therapieergebnissen zu sein.

Ergebnisse

Von den 274 über den Zeitraum von 12 Jahren in die Auswertung aufgenommenen Frauen lebten im Dezember 2003 noch 234 Patientinnen.

Von den 208 metastasenfrei aufgenommenen Patientinnen waren zum Beobachtungsende noch 173 frei von Tumorabsiedlungen.

Von den 192 Frauen, die nach einem Tumor von unter 5 cm ohne erfolgte Metastasierung in unsere Behandlung gekommen waren, lebten zum Ende des Beobachtungszeitraums noch 178 Patientinnen. 158 waren tumorfrei, 20 lebten mit Metastasen.

Weitere 16 Patientinnen hatten eine Tumorgröße von über 5 cm gehabt. Hier von leben noch 15, tumorfrei waren 8, mit Metastasen lebten 7, eine war verstorben.

Von den 59 nach bereits erfolgter Metastasenbildung aufgenommenen Patientinnen lebten noch 37. Erneut metastasenfrei 5, 32 mit Metastasen.

Aus den vorliegenden Daten wurde durch die Statistiker der Carstens-Stiftung folgendes errechnet:

Die 5-Jahres-Überlebensrate betrug bei metastasenfrei nach Tumor-Operation in unsere Behandlung gekommenen Patientinnen 91 Prozent.

Bei bereits metastasierten Patientinnen lag sie bei 68 Prozent.

Vergleich mit den Therapieverläufen unter rein konventioneller Behandlung

Im Lehrbuch "Gynäkologische Onkologie" (6. Auflage, Stand Frühjahr 2000, Verlag Schattauer) heißt es: "Die Heilungsrate des Mamma-Karzinoms liegt global zur Zeit immer noch bei nur 35-45 % (5-Jahres-Überlebensraten ca. 50 %, 10-Jahres-Überlebensraten ca. 30 %)"

Es wird dort die Ansicht vertreten, nur durch eine Verbesserung der Früherkennung könne sich an diesen schlechten Zahlen etwas ändern.

Ich dagegen vertrete die Ansicht, dass die schlechten Ergebnisse einerseits in einer zu intensiven nebenwirkungsreichen Therapie (s.o. die Zahlen unter Chemotherapie und Strahlentherapie), andererseits in einer unzureichenden, nicht alle Möglichkeiten nutzenden und nicht an den individuellen Krebsursachen orientierten Nachbehandlung nach der Operation mit dem Ziel der Metastasenverhinderung liegt.

Leider ist es den Krankenkassen durch politische Vorgaben bis heute verwehrt, gesetzlich versicherten Patientinnen die (im Vergleich zu anderen Maßnahmen) relativ geringen Kosten für eine ambulante komplementäre Therapie zu erstatten.

Viele unserer pflichtversicherten Brustkrebs-Patientinnen haben daher die Kosten für die Behandlungen und die nicht erstattungsfähigen Medikamente nicht tragen können. Sie haben die empfohlene Behandlungen aus Kostengründen abbrechen oder reduzieren müssen, wonach in mehreren Fällen Metastasierungen beobachtet wurden. Ohne diese Beeinträchtigungen der Behandlung hätten die vorgelegten Zahlen möglicherweise noch besser ausgesehen.

Ich wäre glücklich, durch diese Arbeit dazu beitragen zu können, dass sich die Behinderung einer effektiveren Behandlung über den Weg der Verweigerung der Kostenerstattung durch den Gesetzgeber ändert.

Es scheint mir eine fragwürdige Bevormundung zu sein, mündigen Patienten vorzuschreiben, sich als nicht-standardisierte Individuen standardisierten und nebenwirkungsreichen Therapien zu unterwerfen, deren individueller Nutzen bei hohen Kosten häufig fragwürdig ist.

Unser Ziel sollte es sein zu erreichen, dass keine Frau mehr an Brustkrebs stirbt. Nach den bisher bereits gewonnenen Erkenntnissen halte ich dieses Ziel für durchaus realistisch.

Dr. Achim Schuppert



Dr. med. Achim Schuppert

Facharzt für Allgemeinmedizin,
Naturheilverfahren, ganzheitliche Krebstherapie

Friedrich-Ebert-Allee 61-63 · 53113 Bonn
Tel. 0 22 8 96 95 73 · Fax 0 22 8 69 67 54
e-mail: info@praxisklinikbonn.de
www.praxisklinikbonn.de