

Bachelorarbeit

Julia Taschwer

20.12.1988

Homöopathie im Vergleich zur Schulmedizin
am Beispiel der Krebstherapie

Medizinische Universität Graz

Lehrveranstaltungsleiterin Univ.-Prof. Dr. Anna Gries
Institut für Physiologie, Harrachgasse 21/V, 8010 Graz

Physiologie

Abgabedatum 26.02.2013

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz am 26. 02. 2013

Unterschrift

Julia Taschewer

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
1.1 Fragestellung und Zielsetzung	5
2. Grundlagen der Homöopathie	6
2.1 Geschichte und Entstehung	6/7
2.2 Grundlagen der Homöopathie	7
2.2.1 Arzneimittelprüfung und Arzneibild	
7/8	
2.2.2 Ähnlichkeitsprinzip	8/9
2.2.3 Individuelle Symptomatik	10
2.2.4 Potenzierung	10
3. Epidemiologie und Pathogenese von Krebserkrankungen	10
3.1 Einleitung	10/11
3.2 Krebs in der Geschichte	11
3.3 Epidemiologie	12
3.4 Ursachen und Entstehung von Krebs	13
4. Kanzerogenese	13
4.1 Initiation	14
4.1.1 Mechanismen	14/15
4.2 Promotion	15/16
4.2.1 Regression von Tumorvorstadien, Antipromotion	16/17
4.2.2 Mechanismen	17/18/19
4.3 Progression	19/20
4.3.1 Veränderungen der Genexpression	20
4.4 Chemische Kanzerogenese	20/21
5. Einteilung und Klassifikation	21/22
6. Schulmedizinische Therapie	22
6.1 Chemotherapie	22

6.1.1 Grundzüge der Chemotherapie	23
6.2 Strahlentherapie	24
6.2.1 Grundzüge der Strahlentherapie- Ionisierende Strahlung	24/25/26
6.3 Onkologische Chirurgie	26
6.3.1 Grundzüge der onkologischen Chirurgie	26/27
7. Basis der Homöopathischen Krebsbehandlung	27/28
7.1 Anamnese	28/29/30
7.2 Konstitutionsmittel und Akute Zwischenmittel	30
8. Homöopathische Behandlungsstrategien	31
8.1 Prävention	31/32
8.2 Begleitung von KrebspatientInnen	32
8.2.1 Maßnahmen vor der klinischen Therapie	32/33
8.2.2 Maßnahmen während der klinischen Therapie	33
8.3 Begleitung von Nebenwirkungen schulmedizinischer Therapien	34
8.3.1 Begleitung bei Operationen	34
8.3.2 Begleitung bei Chemotherapien	35/36
8.3.3 Akutmittel zur Behandlung chemotherapeutischer Nebenwirkungen	36/37
8.4 Begleitung bei Bestrahlungstherapie	37
8.4.1 Topische Behandlung	37/38
9. Gemeinsamkeiten und Unterschiede	38/39
10. Vorteile der Homöopathie	39/40
11. Grenzen der Homöopathie	40
12. Zusammenfassung	41/42/43
13. Konklusion	44
14. Literaturverzeichnis	45/46

1. Einleitung

Die Homöopathie gilt als eine der bekanntesten alternativen Behandlungsmethoden unserer Zeit. Das Interesse an dieser Therapieform wird immer größer und auch das Angebot an homöopathischen Leistungen steigt durch die Anzahl der praktizierenden ÄrztInnen. Jedoch wurde die Homöopathie lange nicht als medizinische Behandlung gesehen, da es keine wissenschaftlichen Belege zu Behandlungserfolgen gab. Erst im Jahr 2000 wurde die Homöopathie von der Weltgesundheitsorganisation folgendermaßen beschrieben: *„Die Mehrzahl der wissenschaftlichen Studien in den letzten 40 Jahren hat gezeigt, dass Homöopathie gegenüber Placebos überlegen ist und der konventionellen Medizin in Behandlung von Menschen und Tieren gleichgestellt werden kann“* (Wiesenauer M., Kirschner-Brouns S., 2007, S.9). Jedoch muss beachtet werden, dass bestimmte Erkrankungen erst durch schulmedizinische Untersuchungen diagnostiziert werden müssen, bevor die Homöopathie therapeutische Maßnahmen setzen kann. Genauso sind bestimmte Krankheitsbilder in erster Linie mit konventionellen Methoden und Arzneimitteln zu behandeln, diese können aber mit Homöopathie unterstützt werden. Die Homöopathie sollte nicht als Kontrahent der Schulmedizin betrachtet werden, eher stehen beide Disziplinen in einer wechselseitigen Beziehung zueinander, in der die Homöopathie als integrativer Ansatz fungiert (Wiesenauer M., Kirschner-Brouns S., 2007, S.12).

1.1 Fragestellung und Zielsetzung

In dieser Bachelorarbeit möchte ich die Homöopathie und die Schulmedizin in ihren Ansätzen und Methoden anhand des Beispiels der Krebstherapie erörtern. Mein Ziel ist es, beide Disziplinen gegenüberzustellen, vorhandene Gemeinsamkeiten herauszufinden sowie die Vorteile und Grenzen der Homöopathie aufzuzeigen. Um die unterschiedlichen Therapieansätze erläutern zu können, bedarf es zuerst einer Erklärung der Grundlagen homöopathischer Methoden sowie einer ausführlichen Beschreibung der Krebsentstehung. Im Anschluss werden zuerst die wichtigsten schulmedizinischen Ansätze, dann die homöopathische Therapie bei Krebserkrankungen angeführt.

2. Grundlagen der Homöopathie

2.1 Geschichte und Entstehung

Als Begründer der Homöopathie gilt Christian Friedrich Samuel Hahnemann, geboren 1755 in Meißen, gestorben 1853 in Paris. Der deutsche Arzt, Schriftsteller und Übersetzer beendete sein Medizinstudium 1779 und eröffnete in Leipzig eine eigene Praxis. Jedoch konnte sich Hahnemann den gängigen Theorien und Lehrmeinungen der damaligen Medizin nicht gänzlich anschließen. Behandlungen wie Aderlässe, Brech- und Abführkuren oder die Verabreichung von toxischen Mitteln wie Quecksilber standen nicht in Zusammenhang mit seinen Überlegungen und Überzeugungen (Wiesenaus M., Kirschner-Brouns S., 2007, S.13). Für ihn waren die praktizierten Behandlungsmethoden nicht geeignet, um Kranke gesund zu machen. Ebenso gab es nur vage Annahmen zur Epidemiologie der Krankheiten oder auch zur Wirkungsweise von Arzneimitteln. Hahnemann wusste, dass viele der Behandlungen den PatientInnen mehr Schaden zufügen würden, als die Erkrankung selbst. Diese Faktoren führten dazu, dass Hahnemann seine Praxis aufgab und zeitweise wieder als Übersetzer wissenschaftlicher Werke arbeitete. Dennoch wollte er ein Heilverfahren finden, welches ihm eine sichere Hilfe bei der Behandlung von Kranken gewährleistete. Er glaubte fest daran, dass es eine Möglichkeit geben müsse, um Krankheiten sicher, sanft und endgültig zu heilen. Als Hahnemann an der Übersetzung eines Arzneimittelbuches des Schotten Dr. William Cullen arbeitete, gab es für ihn zweifelhafte Schlussfolgerungen des Pharmakologen. Chinarinde wurde zu diesem Zeitpunkt zur Behandlung von Fieberzuständen erfolgreich eingesetzt, die Wirkungsweise war jedoch noch unklar und beruhte auf Vermutungen. So erklärte Dr. Cullen, dass die Wirkung von Chinarinde bei Malaria auf die Bitterkeit der Pflanze und die damit verbundene magenstärkende Wirkung zurückzuführen sei. Hahnemann jedoch glaubte, dass Chinarinde eine fiebererregende Wirkung habe. Um diese Hypothese zu bestätigen, führte er seinen ersten Selbstversuch durch. Nach der Einnahme der Chinarinde zeigten sich Symptome wie Herzklopfen, Schläfrigkeit, Zittern, Ängstlichkeit und Durst. Jene Symptome, die bei einer Fiebererkrankung auftreten würden, entstanden

also am gesunden Menschen durch die als heilsam geltende Arznei. Nach diesem Versuch stand für Hahnemann fest, dass Chinarinde Malaria heilt, weil sie bei einem gesunden Menschen die Symptome von Malaria auslöst. In den folgenden Jahren beschäftigte er sich eingehend mit diesem Thema, indem er eine Vielzahl an Versuchen an sich, seiner Familie und Freunden durchführte. Aus den Ergebnissen entwickelte Hahnemann das Ähnlichkeitsgesetz oder auch „similia similibus curentur“, Ähnliches soll durch Ähnliches geheilt werden. Das darauf gründende Heilverfahren nannte er Homöopathie. Der Name setzt sich aus den griechischen Wörtern „homios“ (ähnlich) und „pathos“ (Leiden) zusammen und bedeutet „ähnliches Leiden“. 1796 veröffentlichte Hahnemann seine Entdeckungen und nahm seine ärztlichen Tätigkeiten wieder auf (Wiesenauer, M., Kirschner-Brouns, 2007, S. 13). Seine sanften Behandlungsmethoden wurden begeistert angenommen, da sie eine Erlösung von den herkömmlichen Methoden bedeuteten. 1810 erschien Hahnemanns Hauptwerk, das „Organon der Heilkunst“, welches bis heute gültig ist. Nach dem Tod seiner ersten Frau 1830 zog er nach Paris, eröffnete eine homöopathische Praxis, die er bis zu seinem Tod erfolgreich führte (Wiesenauer, M., Kirschner-Brouns, 2007, S.14).

2.2 Grundlagen der Homöopathie

Die Homöopathie lässt sich heute aus gesamtmedizinischer Sicht als Regulationstherapie definieren. Das primäre Ziel ist die Steuerung der körpereigenen Regulationen durch eine Arznei, die jedem Kranken in seiner individuellen Reaktionsweise entspricht. Jede Arznei löst durch einen Reiz eine Erstwirkung aus, die vom Organismus in Form einer Nachwirkung, oder auch Heilwirkung, beantwortet wird. Die klassische Homöopathie beruht auf den Prinzipien der Arzneimittelprüfung, dem Ähnlichkeitsprinzip und der individuellen Symptomatik.

2.2.1 Arzneimittelprüfung und Arzneibild

Die erste Grundlage der Homöopathie ist die umfassende und sorgfältige Prüfung der Arzneimittel. Diese Arzneimittelprüfung soll am gesunden Menschen durchgeführt werden, um die reine Wirkung der Arzneien zu

erkennen. Bei kranken Menschen würde sich der Mitteleinfluss mit den Krankheitssymptomen vermischen und dadurch nicht mehr eindeutig nachvollziehbar werden. Ebenso ist es notwendig, mehrere Prüfungen mit verschiedenen Personen durchzuführen, da nicht alle Symptome einer Arznei beim ersten Versuch zum Vorschein kommen, bzw. nicht alle Symptome bei jedem Menschen gleich auftreten. Erst durch die vielfache Prüfung einer Arznei kann die Summe ihrer erzeugten Symptome erfasst und als Arzneimittelbild beschrieben werden. In Hahnemanns *Materia Medica*, einer Sammlung der reinen Wirkungen der Arzneistoffe, ist eine Vielzahl an geprüften Arzneien angeführt. Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich diese Liste immer wieder erweitert, was homöopathischen TherapeutInnen ein breites Spektrum an Arzneistoffen bietet (Wegener A., 2011, S.13f).

2.2.2 Ähnlichkeitsprinzip

Zu Zeiten Hahnemanns ging man davon aus, dass homöopathische Mittel die Lebenskräfte stärken. „Nach der Ähnlichkeitsregel heilt eine Arznei eine Person, deren Krankheit ähnliche Symptome aufweist wie sie die Arznei bei gesunden Personen auszulösen imstande ist“ (Köhler G., 2012, S.2). Dieser Grundsatz ist zwar noch immer gültig, jedoch geht man heute eher von einer Stärkung des Immunsystems aus und versucht, die Wirkmechanismen homöopathischer Mittel wissenschaftlich zu erforschen und zu hinterfragen. Die Fähigkeit homöopathischer Mittel Regelkreissysteme zu beeinflussen, ist einer der möglichen Wirkmechanismen. Regelkreise beschreiben Regulationsvorgänge im Organismus. Bei diesen Vorgängen werden variable Werte in einem bestimmten Rahmen gehalten, kommt es jedoch zu Abweichungen von einem Sollzustand müssen diese über Signale an ein Regulationssystem übermittelt werden. Dieses registriert die Veränderungen und leitet weitere Vorgänge ein, um den Sollzustand wiederherzustellen (Sommer S., 2011, S.73). Im Organismus gibt es zahllose dieser Regelkreissysteme, wie die Regulation des Blutdrucks, des Herz-Kreislaufs, der Atmung, des Blutzuckers oder des Hormonhaushaltes. Mit der Regulation eines bestimmten Regelkreises können auch andere Regelkreise beeinflusst bzw. kann direkt in sie eingegriffen werden. Für einen funktionsfähigen Regelkreis müssen bestimmte

Komponenten vorhanden sein. Dabei handelt es sich um anatomische und biochemische Wirkmechanismen die regulierbar und reversibel sind, wie zum Beispiel endokrine Drüsen oder Enzyme. Aber auch Rezeptoren und Signalmoleküle wie Hormone, Zytokine oder Neurotransmitter zählen zu diesen Komponenten. Eine besondere Rolle bei der Wirkung homöopathischer Mittel spielt die Rezeptordynamik. Viele Phänomene, wie zum Beispiel, dass ein Mittel bei unterschiedlichen Dosierungen unterschiedliche Wirkungen zeigt, oder dass zwei verschiedene Mittel dieselbe Wirkung zeigen können, bis hin zu dem Phänomen bei dem die Wirksamkeit eines Mittels je nach Zustand des Organismus variiert, könnten durch das Verhalten der Rezeptoren erklärt werden. Grundsätzlich gibt es drei Zustandsänderungen der Rezeptoren. Bei der Sensibilisierung führt eine kleine Dosis eines Signalstoffes zu einer Vermehrung der Rezeptoren, ohne dass die Zelle dabei aktiviert wird, jedoch ist sie sensibilisiert um jederzeit schnell zu reagieren. Die Aktivierung der Zelle wird durch eine stärkere oder normale Dosis eines Signalstoffes erreicht und führt zu einer Wirkung, wie zum Beispiel einer Muskelkontraktion oder Hormonbildung. Bei der Desensibilisierung führt eine sehr starke oder lang anhaltende Ausschüttung eines Signalstoffes zur Abnahme von Rezeptoren für dieses spezifische Signal. Des Weiteren kommt es in der Zelle zu einer Desensibilisierung, dies wird auch Gewöhnungseffekt genannt. Jedoch sind andere Rezeptoren noch immer in der Lage, auf Signale zu reagieren. Auf diesem dosierungsabhängigen Umkehreffekt baut auch das Ähnlichkeitsprinzip der Homöopathie auf (Sommer S., 2011, S.74 ff.). Es wird davon ausgegangen, dass die spezifischen Rezeptoren in einem kranken Organismus stark abnehmen und somit eine gesunde Selbststeuerung nicht mehr möglich ist. Rein hypothetisch stimuliert das homöopathische Mittel andere Rezeptoren, die eine vergleichbare, ebenfalls regulierende Reaktion hervorrufen. Durch die Komplexität der unterschiedlichen Regelkreissysteme kommt es zu einer individuellen Symptomatik, auf die intensiv eingegangen werden muss, um korrigierend eingreifen zu können (Sommer S., 2011, S.80 f.).

2.2.3 Individuelle Symptomatik

In der Homöopathie spielen die Symptome eine wesentliche Rolle. Sowohl die Beschwerden der PatientInnen, als auch die Ergebnisse der Arzneimittelprüfung äußern sich in Symptomen und werden als Krankheit selbst gesehen. Auch nach der klinischen Diagnosestellung behalten sie ihre zentrale Bedeutung, da sie die Indikatoren für das anzuwendende Mittel darstellen. Des Weiteren müssen die Symptome der Erkrankten mit denen der Arznei Übereinstimmen. Da jedoch für die Mittelfindung nicht alle Krankheitssymptome gleich bedeutsam sind, werden sie in mehrere Gruppen eingeteilt und bewertet. Dies nennt man Klassifikation und Gewichtung der Symptome. Prinzipiell werden die Symptome aufgrund ihrer Eigentümlichkeit und Auffälligkeit je nach Krankheitsfall bewertet (Wegener A., 2011, S.50).

2.2.4 Potenzierung

Ein homöopathisches Mittel gilt als umso wirkungsvoller, je stärker es verdünnt wird. Dieser aufwendige Verdünnungsprozess wird in Stufen vollzogen. Die einzelnen Verdünnungsstufen nennt man Potenzen. Eine Verdünnung geht immer von einer Urtinktur aus. Dabei handelt es sich um pflanzliche oder mineralische Ausgangssubstanzen, die für mehrere Wochen in Weingeist eingelegt werden. Bei der Potenzierung wird eine kleine Menge der Urtinktur mit der zur Potenzierungsstufe passenden Menge Weingeist verdünnt. Bei den D-Potenzen wird schrittweise immer wieder zehnfach verdünnt. So bedeutet D2-Potenz eine Verdünnung von 1:100. Zu den größeren Verdünnungsschritten gehören die C-Potenzen mit 100-fachen Verdünnungsschritten, die M-Potenzen mit 1000-facher Verdünnung, XM-Potenzen mit 10.000-facher Verdünnung, LM-Potenzen mit 50.000-facher Verdünnung und den CM-Potenzen mit 100.000-facher Verdünnung (<http://homoeopathie-liste.de/potenzen/index.htm>).

3. Epidemiologie und Pathogenese von Krebserkrankungen

3.1 Einleitung

Krebs ist der Überbegriff für eine Vielzahl verwandter Krankheiten, bei denen sich unkontrolliert wachsende Körperzellen verbreiten und umliegendes,

gesundes Gewebe zerstören. Beginnen diese Zellen nun zu wuchern, bilden sich Tumore, also Schwellung oder Geschwulste. Diese können sowohl gut- als auch bösartig auftreten. Benigne, also gutartige Tumore sind örtlich begrenzt, ähneln den Zellen des gesunden umliegenden Gewebes und stellen keine unmittelbare Gefahr dar. Maligne Tumore hingegen bilden sich aus unzähligen wuchernden Zellen, die alle aus der Teilung einer Ursprungszelle stammen. Diese Zellen können ihren Entstehungsort verlassen, benachbartes Gewebe befallen und sich durch das Blut- oder Lymphsystem im ganzen Körper verbreiten. Kommt es zu einer Ansiedlung an Organen, bilden sich Tochtergeschwulste, sogenannte Metastasen. Grundsätzlich werden Tumore in drei Hauptgruppen unterteilt, welche sich wiederum in viele weitere Klassen aufgliedern. Zu den Hauptgruppen zählen die Sarkome, Karzinome sowie Leukämie und Lymphome (<http://www.krebshilfe-wien.at/Was-ist-Krebs.98.0.html>).

3.2 Krebs in der Geschichte

Im Jahre 1931 entdeckte Gustav Riek bei einer archäologischen Ausgrabung den Schädel eines 32.500 Jahre alten Menschen. Dem Paläoanthropologen Alfred Czarnetzki gelang es 2002 nachzuweisen, dass dieser Mensch an einem Meningeom (Hirntumor) gestorben ist. Ebenso gibt es etliche Schilderungen bösartiger Erkrankungen aus der vorchristlichen ägyptischen und griechischen Kultur. Dies lässt annehmen, dass Krebs keine Erkrankung der Neuzeit ist, sondern die Menschheit seit ihrer Entstehung begleitet. Ebenso sind Krebserkrankungen nicht nur auf den Menschen begrenzt, sondern kommen im Zellgewebe aller Gruppen der vielzelligen Lebewesen vor. Die Bezeichnung „Krebs“ wurde von griechischen Ärzten geprägt. Die oberflächlich gestaute Vene bei einem Mammakarzinom erinnerte in ihrer Erscheinungsform an einen Krebs. Des Weiteren bildet die altgriechische Bezeichnung „karkinos“ die Wurzel für den heutigen Fachbegriff Karzinom (Hiddemann W., Huber H. Feuring-Buske M., Lindner L.H., Bartram C.R., 2004, S. 6).

3.3 Epidemiologie

Seit circa hundert Jahren hat sich die Zahl an Menschen, die an Krebs erkranken oder an bösartigen Tumoren versterben sehr stark erhöht (Hiddemann W., Huber H. Feuring-Buske M., Lindner L.H., Bartram C.R., 2004, S. 4). In Österreich sind im Jahr 2010 36.733 Menschen an Krebs erkrankt. Über 19.000 Menschen sind in diesem Jahr infolge einer Krebserkrankung verstorben. Dies macht etwa ein Viertel aller jährlichen Todesfälle in Österreich aus

(http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/krebsinzidenz_im_ueberblick/index.html). Zwar geht das Neuerkrankungsrisiko sowie das Sterblichkeitsrisiko tendenziell zurück, dennoch bilden Krebserkrankungen die zweithäufigste Todesursache nach Herz-Kreislaufkrankungen und werden nach Meinung der Autoren Hiddemann, Huber und Bartram (2004, S.4) sehr bald an erster Stelle der Mortalitätsursachen stehen. Grund für diese Annahme ist die Tatsache, dass die durch kardiale Erkrankungen bedingte Mortalitätsrate in den letzten 40 Jahren um 45 % gesunken ist, während ein Rückgang an krebsbedingten Todesfällen erst in den letzten Jahren gemessen wurde. Die Annahme, dass der Anstieg an Tumorerkrankungen durch schädliche Umwelteinflüsse bedingt ist, ist mit Ausnahme des Bronchialkarzinoms nicht richtig. Vielmehr ist der Anstieg darauf zurückzuführen, dass bösartige Tumore Erkrankungen des höheren Lebensalters sind, sowie der Anteil an älteren Menschen zunimmt. So treten mehr als zwei Drittel aller Krebserkrankungen bei Menschen ab dem 65. Lebensjahr auf. Der Anstieg der Krebserkrankungsrate mit zunehmendem Lebensalter führt einerseits zu der Annahme, dass bösartige Erkrankungen einen längeren Entstehungszeitraum haben, aber andererseits auch, dass der Organismus über ausgeprägte Mechanismen verfügt, um der Entstehung von malignen Tumoren lange Zeit entgegenzuwirken. Die Auslöser für das Versagen dieser körpereigenen Abwehrmechanismen sind derzeit weitgehend unbekannt, jedoch wird angenommen, dass dafür sowohl körpereigene als auch externe Faktoren verantwortlich sind (Hiddemann W., Huber H. Feuring-Buske M., Lindner L.H., Bartram C.R., 2004, S. 4).

3.4 Ursachen und Entstehung von Krebs

Bei Krebs handelt es sich um eine Erkrankung der zellulären Signalmechanismen, welche durch genetische Schäden ausgelöst wird. Durch Signale von inter- und intrazellulären Regelkreisen werden in normalen Zellen die Differenzierung und das Wachstum gesteuert. Die Funktion dieser Mechanismen ist, die Bedürfnisse des Organismus zu erfüllen sowie die Anpassung an wechselnde Umweltbedingungen zu ermöglichen. Dieser Prozess wird auch Homöostase genannt. In Krebszellen kommt es zu einer dauerhaften Störung dieser Regelkreise (Schulte-Hermann R., Parzefall W., 2004, S.194). Aufgrund von Mutationen und Veränderungen des DNA-Methylierungsmusters (Modifikationen nach der Replikation zum Schutz und der Regulation) im Zellgenom kommt es zu phänotypischen Veränderungen der Zelle. Dazu gehören die morphologischen (Form, Struktur und Gestalt) Veränderungen sowie Veränderungen der physiologischen Eigenschaft der Zelle. Diese Modifikationen führen zu genetischer Instabilität und zu einem fortschreitenden Verlust der Zelldifferenzierung. Des Weiteren kommt es bei transformierten Zellen zu einem Verlust der Kommunikationsfähigkeit mit anderen Zellen sowie zum Kontrollverlust ihres Wachstums. Sind Zellen nicht mehr in der Lage dem erhöhten Zellwachstum mittels Apoptose, also dem programmierten Zelltod, entgegenzuwirken, bilden sich Tumore. Diese wiederum bilden durch Angiogenese (Gefäßneubildung) ein eigenes Gefäßsystem um ihren hohen Stoffwechselbedarf decken zu können. Die meisten malignen Tumore sind monoklonalen Ursprungs. Das heißt, sie entwickeln sich aus einer einzelnen Zelle. Diese Entwicklung vollzieht sich in mehreren Phasen (Schmerzer P., 2006, S. 1).

4. Kanzerogenese

Unter Kanzerogenese versteht man die Entwicklung eines bösartigen Tumors, welche geprägt ist durch die Phasen der Initiation, Promotion und Progression (Schulte-Hermann R., Parzefall W., 2004, S. 194).

4.1 Initiation

Die Initiation ist der erste Schritt zu einer malignen Entartung. Sie bewirkt, dass die betroffene Zelle einen Überlebens- und Wachstumsvorteil gewinnt. Dieser Vorteil ist jedoch so gering, dass ein Wachstum entweder gar nicht, oder nur sehr langsam erfolgt, solange keine Tumorpromotion (siehe Punkt 4.2) stattfindet. Von der Initiation sind einzelne im Gewebe verstreut liegende proliferationsfähige, also wachstumsfähige Zellen betroffen. Durch die Initiation kommt es nur bedingt zu phänotypischen Veränderungen. Aus diesem Grund ist das Erkennen initiiertes Zellen sehr schwierig. In der Regel wird eine Initiation durch chemische Substanzen und physikalische Noxen wie Strahlen ausgelöst. Diese Stoffe sind genotoxisch, das heißt DNA schädigende Stoffe. Aber auch tumorerzeugende Viren können ähnliche Auswirkungen haben wie die Initiation chemischer Substanzen. Die ausgelöste Veränderung betrifft die sogenannten Signalgene. Diese sind im zellulären Regelkreis für den Zellzyklus, die Apoptose sowie die Differenzierung verantwortlich. Schon bei einmaliger, kurzfristiger genotoxischer Belastung kann eine Initiation ausgelöst werden, welche irreversibel ist und auch an Tochterzellen weitergegeben wird. So kann die Verabreichung von Promotoren noch Jahre nach der Initiation zu Tumoren führen. Jedoch können unter bestimmten Voraussetzungen initiierte Zellen durch Apoptose zerstört werden (Schulte-Hermann R., Parzefall W., 2004, S. 197 f).

4.1.1 Mechanismen

Bei der Initiation werden Gene dauerhaft verändert, deren Aufgabe die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts von Zellwachstum und Zelltod im Gewebe ist. Gene, die die Zellvermehrung stimulieren oder auch hemmen und den Zelltod bzw. das Zellüberleben steuern, nennt man (Proto)- Onkogene und Tumorsuppressorgene. In einem Tumor sind Mutationen in zahlreichen Tumorgenen erkennbar. Die Kenntnis dieser initialen Mutationen ist vor allem für die Früherkennung und Prävention von Tumoren von besonderer Bedeutung, da sie Hinweise zu den exogenen und genetischen Ursachen der Krebsentstehung liefern. Es existieren über 100 Onkogene und mehr als 30

Suppressorgene, wovon einige eine entscheidende Rolle bei der Initiation einnehmen. In etwa 50% der menschlichen Tumore befinden sich inaktivierende Mutationen des Tumorsuppressorgens p 53. Die Aufgabe dieses Gens ist die Kontrolle der Proliferation und es ist beteiligt an der DNA-Reparatur. Kommt es zu genotoxischen Schäden, wird p 53 aktiviert. Es hält den Zellzyklus an und ermöglicht eine Reparatur des vorhandenen Schadens um eine mögliche Mutation zu vermeiden. Kommt es zu extremen DNA-Schäden, kann p 53 den Zelltod durch Apoptose in Gang setzen. Ein Ausfall dieses Gens führt zu einer verstärkten Vermehrung der Zellen und verringert ihre genetische Stabilität. Ebenso können chemische Substanzen in verschiedenen ras- Genen aktivierende Punktmutationen erzeugen. Ras- Proteine sind Signalübermittler im Zytoplasma. Sie fungieren als Schalter in einer Signalkette und können zu einer erhöhten Genexpression führen. Aktive ras- Proteine bewirken alleine keinen ausreichenden Proliferationsvorteil, sondern erst in „Zusammenarbeit“ mit einem Tumorpromoter oder einer weiteren Mutation. Ein Beispiel für die initiiierende Rolle der ras- Mutationen ist der Bronchialkrebs, ausgelöst durch Kanzerogene im Tabakrauch (Schulte-Hermann R., Parzefall W., 2004, S. 198). Grundsätzlich ist bekannt, dass Gene, deren Mutation zu einer Initiation führt, von Organ zu Organ variieren können. Heute ist eine Vielzahl an Genmutationen bekannt, dennoch gibt es Lücken im Verständnis der Initiation in verschiedenen Organen. Aus Untersuchungen ergibt sich die Annahme, dass die Initiation aus mehreren Schritten besteht. Ererbte oder erworbene Mutationen, welche zu einer DNA-Instabilität sowie zu verringerter DNA-Reparatur führen, erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Initiation. Jedoch fördern sie alleine nur gering ein Zellwachstum (Schulte-Hermann R., Parzefall W., 2004, S. 199).

4.2 Promotion

Durch die Tumorpromotion kommt es zur Vermehrung initiiertter Zellen. Die Promotion löst zwar keine Mutationen mehr aus, ist aber im Gegensatz zu Initiation und Progression reversibel. Als Tumorpromotoren können viele exogene Substanzen, kalorische Überernährung und auch endogene Faktoren wie zum Beispiel Hormone wirken. Die Promotion ist nicht nur auf initiierte

Zellen beschränkt, sondern fördert auch das Wachstum fortgeschrittener Krebsvorstufen und maligner Tumore. Zu Beginn der Krebsforschung wurde angenommen, dass der Wachstumsvorteil initiiertes Zellen durch eine erhöhte Zellvermehrung besteht. Heute weiß man jedoch, dass der Zelltod, vor allem die Apoptose, eine wesentliche Bedeutung bei der Regulation der Zellzahl einnimmt und für Störungen der Homöostase mitverantwortlich ist. Ein Wachstumsvorteil kann also auch auf eine zu geringe Absterberate der Zellen zurückzuführen sein. Zwar kommt es in Tumorzellen zu Störungen der apoptischen Signalwege, dennoch haben diese Zellen ihre Apoptose-Fähigkeit nicht vollständig verloren (Schulte-Hermann R., Parzefall W., 2004, S. 199). Vielmehr wurde in Untersuchungen festgestellt, dass die Apoptoserate in initiierten Zellen häufig weit höher ist, als jene im gesunden Gewebe. Oftmals ist der Überschuss an Zellneubildung in Tumoren geringer als man durch die Replikationsrate erwarten würde. Ebenso wurden hohe Zellverlusten in schnell wachsenden Tumoren festgestellt. Somit ist der Zellumsatz vielfach erhöht, was eine wichtige Voraussetzung für die Progression darstellt. *„Der charakteristische Wachstumsvorteil von initiierten und malignen Zellen ist also als Störung des Gleichgewichts von Zellreplikation und Zelltod zugunsten der Zellvermehrung zu verstehen“* (Schulte-Hermann R., Parzefall W., 2004, S. 200). Initiierte Zellen reagieren während der Tumorpromotion stärker als normale Zellen auf die Wachstumsreize. So ist die Replikationsrate initiiertes Zellen stärker erhöht, während die Apoptoserate sinkt. In initiierten Zellpopulationen wird, im Gegensatz zu normalen Zellen, das Gleichgewicht zwischen Replikation und Tod nicht erreicht. Das führt dazu, dass während der Promotion ein ständiges klonales Wachstum erfolgt. Diese Reaktion initiiertes Zellen entsteht durch das Zusammenwirken der Regulationsstörung und der Aktivierung wachstumsstimulierender Signale durch die Tumorpromotoren (Schulte-Hermann R., Parzefall W., 2004, S. 200).

4.2.1 Regression von Tumorstadien, Antipromotion

Viele maligne Zellen besitzen eine erhöhte Apoptoseneigung. Diese Zellen sind in der Lage, auf apoptoseinduzierende Signale stärker als normale Zellen zu reagieren. So kann beispielsweise unter wachstumshemmenden Bedingungen

wie Hormonentzug der Wachstumsvorteil umgekehrt werden und eine Regression von Tumorstadien eintreten. In Untersuchungen mit Rauchern konnte festgestellt werden, dass die Beendigung des Tabakkonsums zu einer Rückbildung von Tumorstadien in der Bronchialschleimhaut führen kann. So zielt die Chemoprävention auf eine proapoptische und antiproliferative Wirkung mittels chemischer Substanzen ab. Auch zahlreiche Gemüse- und Obstinhaltsstoffe besitzen eine chemopräventive Wirkung. Die Antihormontherapie basiert auf dem Effekt, dass Antihormone eine Replikationshemmung und/oder eine Apoptosesteigerung bewirken. So lassen sich mit neuen Pharmaka wachstumsstimulierende Signale gezielt blockieren, um so den Wachstumsvorteil aufzuheben (Schulte-Hermann R., Parzefall W., 2004, S. 200).

4.2.2 Mechanismen

Durch tumorpromovierende Reize werden das Wachstum und die Differenzierung der Zielzellen beeinflusst. Spezifische Bindungen von Promotoren an Proteine der Signalwege sowie unspezifische Schädigungen durch zytotoxische Effekte bilden die molekulare Basis der Tumorpromotion. Wie schon im vorherigen Kapitel angesprochen, können diese Wirkungen reversibel sein. Auf der einen Seite, weil die Promotorbindungen umkehrbar sind, auf der anderen Seite können irreversibel veränderte Proteine abgebaut und neu synthetisiert werden. Zu den spezifischen Signalproteinen, welche mit tumorpromovierenden Substanzen reagieren zählen Wachstumsfaktorrezeptoren, Signaltransduktoren oder auch Transkriptionsfaktoren. Auf der Zellmembran oder im Zytosol (flüssige Bestandteile des Zytoplasmas) befinden sich die Rezeptoren. Als Liganden werden Stoffe bezeichnet, die einen Rezeptor besetzen und rezeptorvermittelt eine Wirkung auf die Zielzelle ausüben. So zählen zu den tumorpromovierenden Liganden bestimmte lipophile Hormone wie beispielsweise Sexualsteroid, Prostaglandine oder Leukotriene und auch langkettige Fettsäuren aus der Nahrung. Testosteron beispielsweise wird in der Prostata als Dihydrotestosteron an den Androgenrezeptor (AR) gebunden. Diese Bindung führt zur Transkription wachstumsstimulierender Gene. Bei

Untersuchungen konnte im Verlauf der Krebsentstehung in der Prostata eine erhöhte Genexpression des Androgenrezeptors beobachtet werden. Dies führt zu exzessiverem, unausgeglichenerem Wachstum der mutierten Zellen. Aber auch die Hemmung des Tumorwachstums wird durch den Androgenrezeptor mittels Antiandrogenen vermittelt. Aus unterschiedlichen Untersuchungen ist bekannt, dass Hormone in physiologischer Konzentration sowie exogene Wirkstoffe zu Tumorpromotoren und Wachstumsfaktoren werden können, sofern die Zielzellen Mutationen tragen. Tumorpromotoren können das Zellwachstum auf unterschiedliche Weise beeinflussen. So können sie eine toxische Wirkung haben, wie zum Beispiel Ethanol. Bei Konsum alkoholhaltiger Getränke werden sowohl die Leberzellen als auch die Epithelzellen im Mund und Hals stark gereizt und sterben zum Teil ab. Auf diesen Zelltod reagiert der Körper mit einer Erhöhung der Teilungsrate von Stammzellen, um den Zellverlust zu kompensieren. Diese Reaktion bietet initiierten Zellen die Möglichkeit zu expandieren. Des Weiteren können Promotoren eine zellteilungsfördernde, also mitogene Wirkung aufweisen. Dazu gehören beispielsweise Hormone wie Östrogen und Progesteron. Beide Hormone induzieren bei der Frau die Zellproliferation im Reproduktionsgewebe. Somit vollzieht sich im Menstruationszyklus eine proliferationsfördernde und eine hemmende Phase im Wachstum, unter anderem von den Epithelzellen der Brustdrüse. So konnte in Studien festgestellt werden, dass eine erhöhte Rate von Menstruationszyklen das Risiko für Brustkrebs steigen lässt. Grund dafür sind die bereits initiierten Epithelzellen der Brust, welchen dadurch die Möglichkeit gegeben wird zu expandieren (Schulte-Hermann R., Parzefall W., 2004, S. 201 f).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Tumorpromotion die Selektion initiierten Zellen beschleunigt. Aufgrund der erhöhten Reaktionsfähigkeit initiierten Zellen können Wachstumsfaktoren schon in physiologischer Konzentration das Tumorwachstum fördern. Zu den tumorpromovierenden Stoffen zählen viele körperfremde Substanzen, kalorische Überernährung, Hormone sowie bei Entzündungen freigesetzte Signalstoffe. Der Mechanismus der Tumorpromotion liegt in der Aktivierung wachstumsstimulierender Signalketten im Erfolgsorgan. Diese kooperieren mit dem Gendefekt der

initiierten Zellen, was zu einer erhöhten Zellreplikation und Unterdrückung der Apoptose führt. Das Wachstum von Tumorstadien und Tumoren ist grundsätzlich reversibel. Dazu benötigt es einen Promotor-Entzug oder antipromovierende Substanzen, welche einen Proliferationsstopp und Apoptose hervorrufen, was wiederum zu einer Regression führt (Schulte-Hermann R., Parzefall W., 2004, S. 235).

4.3 Progression

Bei der Tumorprogression treten Mutationen in mehreren Onkogenen und Tumorsuppressorgenen nebeneinander auf. Dies führt zu Störungen verschiedener zellulärer Signalwege und Funktionen. Kommt es nun zu einer Zusammenwirkung der gestörten Signalmechanismen, entsteht der maligne Phänotyp. Unter einem Phänotyp versteht man die Summe aller morphologischen, physiologischen und molekularen Merkmale eines Gewebes. Erst die synergistische Kooperation, also das Zusammenwirken zweier Stoffe mit gegenseitiger Förderung, führt zu einer Malignisierung der Zellen. Diese Erkenntnis konnte erstmals in Nagerzellen festgestellt werden. Jedoch ist heute aus Untersuchungen bekannt, dass auch in menschlichen Zellen eine Kooperation von mehr als zwei onkogenen Schäden erforderlich ist, um eine maligne Transformation auszulösen. Eine der wichtigsten Voraussetzungen zur Verhinderung der Krebsentwicklung ist die Abwehr von Mutationen. So sind komplexe Schutzmechanismen in unseren Zellen für die Überwachung des Genoms und die Reparatur von Schäden verantwortlich. Kommt es nun zu Schädigungen der DNA durch gentoxische Effekte, sind Mutationen eher selten. Die intakten Reparaturgene bilden einen effektiven Schutz gegen die Entstehung von Tumorstufen sowie ihrer Entartung. Werden sie nun inaktiviert, kommt es nicht unmittelbar zu einem Wachstumsvorteil, jedoch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Mutationen. Die meisten Tumore erwerben während ihrer Entstehung inaktivierende Mutationen von DNA-Reparaturgenen. Zellen deren Reparaturfähigkeit gestört ist, sind genetisch instabil und zeigen den sogenannten Mutatorphänotyp (Phänotyp, bei dem eine Erhöhung der Mutationsfrequenz im gesamten Genom vorliegt). Das führt zu einer erhöhten Empfindlichkeit gegenüber gentoxischen Noxen und zu

einer höheren Anzahl von Spontanmutationen aufgrund nicht mehr vollständig behobener Fehler der DNA-Replikation. Zusätzlich ist der Zellumsatz in den Tumorstufen sowie in Tumoren vielfach erhöht, daraus resultiert eine starke Zunahme der Mutationsrate und gleichzeitig eine größere Chance für die Entstehung von Mutationen mit einem Selektionsvorteil. Dies wird als wesentliche Ursache für die zunehmende Autonomie und Geschwindigkeit der Kanzerogenese in der Progressionsphase gesehen (Schulte-Hermann R., Parzefall W., 2004, S.202).

4.3.1 Veränderungen der Genexpression

Durch die Veränderung des Zellphänotyps während der Krebsentstehung kommt es zu einer Änderung der Expression tausender verschiedener Gene. In den meisten Fällen erfolgen diese Veränderungen, ohne dass die Gene selbst mutiert werden. Auch Suppressorgene und Protoonkogene zeigen erhöhte bzw. erniedrigte Expressionen in Tumoren, ohne dass Mutationen nachweisbar sind. Dies lässt sich durch die hierarchische Struktur der Signalkaskaden erklären. Das bedeutet, dass mutierte Gene die Expression von nachgeordneten Genen steuern. Diese Reprogrammierung der Genexpression ist ein wesentliches Charakteristikum der Tumorprogression (Schulte-Hermann R., Parzefall W., 2004, S.202 f).

4.4 Chemische Kanzerogenese

Für 80-90% der Krebserkrankungen gelten exogene Ursachen als Auslöser. Zu den häufigsten exogenen Krebsrisikofaktoren zählen chemische Substanzen wie Tabakrauch, Naturstoffe, radioaktive Elemente, chemotherapeutische Arzneistoffe oder Nahrungskontaminanten wie Schwermetalle. So werden kanzerogene Substanzen im Zellstoffwechsel zu reaktiven (reaktionsfreudigen) genotoxischen Produkten umgewandelt und an die DNA gebunden. Sie verändern somit die Erbinformation der Zellen. Das kann zu Basenmodifikationen, Einzel- und Doppelstrangbrüchen oder auch zu Chromosomentranslokationen führen. Grundsätzlich wird zwischen direkt wirkenden Kanzerogenen und indirekt wirkenden Kanzerogenen unterschieden. Direkt wirkende Kanzerogene reagieren unmittelbar mit der DNA, während

indirekt wirkende Kanzerogene durch Enzyme eines Fremdstoff- oder Arzneistoffwechsels aktiviert oder inaktiviert werden. Je nach individueller genetischer Ausstattung mit diesen Enzymen variiert das kanzerogene Risiko. Umwelteinflüsse wie Arzneimittel aber auch Ernährung, Genussmittel oder Krankheiten beeinflussen die chemischen Kanzerogene. So wird beispielsweise bei der Chemoprävention mit spezifischen Substanzen die Aktivierung von Kanzerogenen gehemmt oder ihre Inaktivierung begünstigt und es werden Tumorstadien beseitigt. Kommt es nun zu Schäden an der DNA, hemmt ein Kontrollsystem die DNA-Replikation, also Zellteilung. Dies verhindert das Weitergeben von Schäden an die Tochterzellen. Bei umfangreicheren Schäden wird die Apoptose ausgelöst. Kommt es jedoch zu einer unvollständigen oder fehlerhaften Reparatur in Kombination mit einer DNA-Replikation, führt dies zur Festschreibung des DNA-Schadens, d.h. zu einer Mutation (Schulte-Hermann R., Parzefall W., 2004, S.235 f).

5. Einteilung und Klassifikation

Die Klassifikation von Krebserkrankungen erfolgt mit dem Ziel, Tumore nach biologischen und klinisch therapeutischen Faktoren sinnvoll voneinander zu differenzieren. Die Entstehung von Tumoren beginnt gewöhnlich mit einem von der Tumorstammzelle ausgehenden Entartungsprozess. Dieser Prozess wird durch zell- und gewebsspezifische Merkmale beeinflusst, welche in einem mehrphasigen Verlauf auftreten. Dies führt zu einer klinisch manifesten Tumorerkrankung sowie zu Metastasen. So ist ein weiteres Ziel der Tumorklassifikation sowohl die Ermittlung des Tumorstadiums als auch die Berücksichtigung des individuellen tumorspezifischen Risikos. Aufgrund der großen Vielfalt an Tumorerkrankungen bzw. Tumorarten und ihrer biologischen Variabilität ist eine Definition nach diesen Kriterien nur annähernd zu erreichen. Daher erfolgen Tumordefinitionen nach empirischen und allgemein anerkannten Kriterien, wie beispielsweise den histologischen Kriterien nach der WHO oder der Stadieneinteilung nach dem TNM-System (Classification of Malignant Tumours). Diese Klassifikationen besitzen eine zeitlich begrenzte Gültigkeit und sind abhängig von den diagnostischen und therapeutischen Entwicklungen. So gibt es keine Definition, die auf jede Tumorart gleichermaßen zutrifft. Von

besonderer Bedeutung ist das pathologisch-morphologische Klassifikationssystem, welches eine große Vielfalt an biologisch und klinisch relevanten Faktoren beinhaltet. So bietet die Diagnose eines kleinzelligen undifferenzierten Lungenkarzinoms auf der einen Seite die Information, dass es sich um einen Tumor ausgehend vom Bronchialepithel handelt, auf der anderen Seite Informationen über wesentliche tumorspezifische Eigenschaften. Dazu gehören Aussagen zur Ursache, zum Verlauf, zum zu erwartenden Metastasierungsmodus, d.h. lymphogen oder hämatogen und auch Aussagen zur Wahrscheinlichkeit systematischer Komplikationen. Die Graduierung und die Stadieneinteilung bilden zwei weitere Klassifikationsmerkmale um den Malignitätsgrad zu bestimmen. Für alle Klassifikationssysteme sind die Kriterien tumorspezifisch definiert, das bedeutet, dass zuerst eine Tumordefinition stattfinden muss. So erfolgt beispielsweise eine Stadieneinteilung eines malignen Melanoms der Haut nach anderen Kriterien als die Stadieneinteilung eines Plattenepithelkarzinoms der Haut (Müller-Hermelink H.K., Papadopoulos T., 2004, S. 18 f).

6. Schulmedizinische Therapie

Heute gibt es eine Vielfalt an unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten von Krebserkrankungen. Diese reichen von Chemotherapien, Stammzellentransplantationen, Gentherapien bis hin zu zahlreichen komplementärmedizinischen Methoden. Ich möchte mich in meiner Arbeit auf die drei grundlegenden Therapieformen beschränken:

6.1 Chemotherapie

Die häufigste Form der Chemotherapie ist heute die Kombinationschemotherapie. Durch diese Therapie kann die Dosis der einzelnen toxischen Substanzen verringert und die Nebenwirkungen dadurch gesenkt werden. Ebenso wird die zerstörerische Wirkung auf die Tumorzellen erhöht. Durch genaue Planung der Dosierungen, des Zeitplans und der Mittelwiederholungen kann die chemotherapeutische Behandlung optimiert, jedoch können Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten nicht ausgeschlossen werden (Ködel R., 2009, S.4).

6.1.1 Grundzüge der Chemotherapie

Neben der Operation und der Strahlentherapie bildet die zytostatische Chemotherapie eine der drei wesentlichen Säulen der Krebstherapie. Zytostatika sind Substanzen, die das Zellwachstum hemmen und die Tumorzellen zum Absterben bringen. Dies geschieht durch die Beeinflussung der Funktionen von Proteinen. Zytostatika hemmen sowohl die Zellvermehrung als auch die Nekrose, Apoptose oder Differenzierung der Tumorzellen. Zytostatika wirken aber nicht nur auf maligne Zellen, sondern auch auf Normalzellen. Somit sind für die Wirksamkeit der Zytostatika vor allem das Wachstumsverhalten des Tumors, die pharmakokinetischen Eigenschaften der Zytostatika und die Durchblutungsverhältnisse im Bereich des Tumors von besonderer Bedeutung. Zytostatika wirken entweder zellphasenspezifisch- oder unspezifisch. Dies führt beispielsweise zu DNA-Vernetzungen, DNA-Strangbrüchen oder zur Hemmung bestimmter Enzyme. Je nach Wirkungsweise teilt man Zytostatika in verschiedene Substanzklassen ein. Dazu gehören Alkylanzien, Antimetabolite oder auch Taxane. Die Durchführung der zytostatischen Chemotherapie bedarf einer klaren Indikationsstellung unter Berücksichtigung möglicher Kontraindikationen sowie einer regelmäßigen Kontrolle der Wirkung und Nebenwirkungen. Kontraindikationen können ein schlechter Allgemeinzustand, eingeschränkte Organfunktionen oder auch eine Ablehnung der Therapie durch die PatientInnen sein. Je nach Zielsetzung unterscheidet man zwischen der kurativen Chemotherapie, deren primäres Ziel die Heilung ist und der palliativen Chemotherapie, die eine Linderung der tumorbedingten Symptome sowie eine Verbesserung der Lebensqualität verfolgt. Grundsätzlich erfolgt eine Chemotherapie in drei- bis vierwöchigen Zyklen als Monotherapie oder als Polychemotherapie mit zwei bis vier Zytostatika. Die Chemotherapie wird meist intravenös als Kurz- oder Dauerinfusion über Stunden bis mehrere Tage verabreicht. Da Zytostatika auch gesunde Zellen angreifen, können daraus Nebenwirkungen wie Schleimhauttoxizitäten, Alopezie (Haarausfall) oder Myelosuppression (Schädigung des Rückenmarks) resultieren (Pirker R., 2004, S. 421 f).

6.2 Strahlentherapie

Durch den Fortschritt der medizinischen Technologien haben sich auch die Möglichkeiten der Strahlentherapie deutlich verbessert. Die Radiotherapie gilt sowohl mit als auch ohne medikamentöse Begleittherapie, als Standardtherapie bei lokal fortgeschrittenen Tumoren der Kopf-Hals Region, bei Bronchialkarzinomen, bei Prostatakarzinomen, Vaginal-und Analkarzinomen sowie bei Tumoren des Auges. Auch bei manifesten Tumoren oder Lymphomen bildet die Strahlentherapie einen Bestandteil der multimodalen Therapie. Unter multimodaler Therapie versteht man das Zusammenwirken verschiedener Therapiemöglichkeiten. Dies beinhaltet sowohl operative Eingriffe, als auch medikamentöse Behandlungen. Die Vorteile der Strahlentherapie sind die lang anhaltenden Remissionsraten sowie die deutlich seltener auftretenden Nebenwirkungen. Auch die Radiotherapie lässt sich sowohl kurativ als auch palliativ anwenden (Pötter R., Georg D., Handl-Zeller L., Salamon J., Selzer E., 2004, S. 457).

6.2.1 Grundzüge der Strahlentherapie- Ionisierende Strahlung

In der Strahlentherapie ist es notwendig, neben den strahlenbiologischen Kenntnissen auch ein fundiertes Wissen über Strahlenphysik zu haben. Die ionisierende Strahlung löst bei Absorption aus den Atomen oder Molekülen ein Elektron heraus. Dieser Vorgang wird als Ionisierung bezeichnet. Das Produkt sind nun ein Elektron und ein positiv geladenes Restatom- oder Molekül. Das freigesetzte Elektron verliert kinetische Energie und gibt diese an das absorbierende Medium ab. Somit ist die Ionisation ein Prozess, bei dem die Strahlungsenergie auf eine Materie übertragen wird. Ionisierende Strahlung kann aus Teilchen mit Ruhemasse, also Korpuskeln, aber auch aus Teilchen ohne Ruhemasse, sogenannten Photonen (elektromagnetische Wellen) bestehen. Zur Photonenstrahlung gehört beispielsweise die Röntgenstrahlung, zur Korpuskularstrahlung zählt die beim radioaktiven Zerfall austretende α -Strahlung oder β -Strahlung. Für die Strahlentherapie können alle Arten der ionisierenden Strahlung in Betracht gezogen werden (Pötter R., Georg D., Handl-Zeller L., Salamon J., Selzer E., 2004, S. 426). Das Ziel der

Strahlentherapie ist es, eine maximale Tumorkontrolle bei einer minimalen Rate an Nebenwirkungen zu erreichen. Durch ionisierende Strahlen kommt es zu verschiedenen Schäden an der DNA, wie zum Beispiel Strangbrüchen, Basenmodifikationen oder Deletionen (Verlust an genetischem Material). Die entstehenden Schäden durch die Strahlen werden in drei Kategorien unterteilt:

- Letale Schäden sind irreparabel und irreversibel. Sie führen zum Zelltod.
- Subletale Schäden können innerhalb von Stunden repariert werden, solange es nicht zu einem erneuten subletalen Schaden kommt.
- Potentiell letale Schäden können durch physiologische Umgebungseinflüsse verändert werden (Pötter R., Georg D., Handl-Zeller L., Salamon J., Selzer E., 2004, S. 430 f).

„Gy“ ist die Energiedosis der absorbierten Energie bei der Strahlentherapie und wird in Gray gemessen. Ein Gray entspricht einer Energie von einem Joule pro kg. Grundsätzlich erfolgt die Strahlentherapie fünf Mal pro Woche mit einer Strahlendosis von 1,5-2 Gy. Die Gesamtdosis sollte bei einem soliden Tumor 50-80 Gy betragen, bei malignen Lymphomen oder pädiatrischen Malignomen 15-45 Gy. In Verbindung mit einer zytotoxischen Chemotherapie oder einer Hormonentzugs- Therapie kann zusätzlich eine deutlich verbesserte Heilungsrate erreicht werden. Diese Begleittherapien sollten jedoch so gewählt werden, dass die bekannten Nebenwirkungen der Radiotherapie nicht zusätzlich verstärkt werden. Die Nebenwirkungen der Strahlentherapie sind abhängig von der Gesamtdosis, der Dosis pro Verabreichung, der sogenannten Fraktion sowie dem bestrahlten Volumen. Auch die Gesamtbehandlungszeit ist bedeutend für die Bildung von akuten Reaktionen des Gewebes. In den meisten Fällen sind diese Reaktionen aber reversibel und betreffen vor allem rasch proliferierendes Gewebe wie Schleimhäute. An langsam proliferierenden Geweben wie Nervenzellen oder Gefäßendothel treten meist die späten Folgen der Strahlentherapie, wie Gefäßverengungen und Fibrosierung (Narbenbildung), auf. Durch die Supportivtherapien werden vor allem bei akut reagierenden Geweben die Nebenwirkungen gelindert. Wichtige Instrumente zur Therapieplanung sind die digitalen Schnittbilder sowie 3-D Aufnahmen. Zu den

verschiedenen Therapieformen der Strahlentherapie gehören die stereotaktische Radiotherapie, die Ganzkörperphotonentherapie oder auch die Brachytherapie. Die stereotaktische Radiotherapie ist eine Behandlungsmethode, bei der mittels bildgesteuerter und computerunterstützter Systeme eine exakte Lokalisation und Bestrahlung des Tumors möglich ist. Bei der Ganzkörperphotonentherapie werden durch gebündeltes Licht, also Photonen, die Zellen energetisch aktiviert und dadurch eine Regeneration von Gewebe und eine Aktivierung von Hormonen und des Immunsystems erzielt wird. Die Brachytherapie ist eine Strahlentherapie, bei der die Strahlenquelle direkt am Ort des Tumors platziert wird und sich somit im Körper befindet (Pötter R., Georg D., Handl-Zeller L., Salamon J., Selzer E., 2004, S. 458).

6.3 Onkologische Chirurgie

Das Ziel der onkologischen Chirurgie ist auf der einen Seite die Sicherung des Überlebens sowie eine Verbesserung der Prognose von PatientInnen im Vergleich zu nicht operativen Maßnahmen. Auf der anderen Seite soll damit eine bestmögliche Lebensqualität gewährleistet werden. Die onkologische Chirurgie arbeitet mit den anderen onkologischen Disziplinen sehr eng zusammen. Wichtige Entscheidungen über nicht operative, prä-, intra- oder postoperative Therapien werden im interdisziplinären Team besprochen und festgelegt. So können neoadjuvante Therapien das operative Vorgehen erleichtern. Unter einer neoadjuvanten Therapie versteht man Interventionen, welche mit dem Ziel verabreicht werden, den Tumor zu verkleinern, bevor er durch einen operativen Eingriff gänzlich entfernt wird. Diese Zusammenarbeit bietet die Möglichkeit, im Gegensatz zu allgemeinen Therapieleitlinien, anhand konkreter Befunde von PatientInnen eine individualisierte Tumorthherapie zu erstellen (Siewert J.R., Vogelsang H.E., 2004 S. 466).

6.3.1 Grundzüge der onkologischen Chirurgie

Je nach anatomischen Gegebenheiten können mehrere Arten von Resektionen, Entfernungen durchgeführt werden.

- R0-Resektion: Entfernung im Gesunden

- R1-Resektion: Mikroskopische Tumoranteile bleiben erhalten
- R2-Resektion: Makroskopische Tumoranteile bleiben erhalten
- En-bloc-Resektion: Entfernung mit benachbartem Gewebe

Vor einer Operation müssen Fragen nach dem Aufwand und dem Risiko, der Sinnhaftigkeit und den etwaigen prä- und postoperativen Behandlungsmaßen geklärt werden. In der onkologischen Chirurgie ist ein entscheidendes Operationsziel die Entfernung des Tumors im Gesunden in allen Ebenen (Siewert J.R., Vogelsang H.E., 2004 S. 466). Demnach ist nicht nur die Resektionsfläche zu entfernen, sondern auch das Tumorbett selbst. Zudem schließt die Resektion im Gesunden auch eine systematische Lymphadenektomie (Entfernung der Lymphknoten) ein. Der geforderte Sicherheitsabstand vom Primärtumor beträgt in der Regel zwischen 2 und 10 cm. Grundsätzlich strebt man eine En-bloc- Resektion des Lymphabflussgebietes und Primärtumors an, beginnend im zugehörigen peripheren Lymphabflussgebiet. Sind Nachbarorgane betroffen, sollte unter Berücksichtigung der zu erwartenden Prognose, der Lebensnotwendigkeit der beteiligten Organe und der zu erwartenden Einschränkung der Lebensqualität eine En-bloc- Resektion durchgeführt werden (Siewert J.R., Vogelsang H.E., 2004 S. 468). Nach der Operation werden die pathohistologischen Befunde ausgewertet und mit den anderen onkologischen Befunden zusammengefasst. Diese bilden gemeinsam die therapielevanten Prognosefaktoren. Durch den Fortschritt medizinischer Techniken sind heute eine differenzierte Diagnostik, prophylaktische Therapiemöglichkeiten sowie nicht operative Therapien möglich. Ebenso bieten minimal- invasive Operationstechniken (z.B.: Laparoskopie) neue diagnostische Ansätze, wodurch schwere operative Eingriffe in manchen Fällen nicht mehr zwingend notwendig sind (Siewert J.R., Vogelsang H.E., 2004 S. 476).

7. Basis der Homöopathischen Krebsbehandlung

Aus Sicht der Homöopathie handelt es sich bei Krebs nicht um eine lokale Erkrankung, sondern um eine Ausdrucksform einer länger andauernden

Störung der Lebenskraft. Der Tumor selbst ist nur der sichtbare Teil der Erkrankung. Die Entfernung der Geschwulst ist nur eine Teillösung, solange die inneren und äußeren Umstände, die zu einer Tumorentstehung geführt haben, nicht behandelt werden. An dieser Stelle setzen nun die homöopathischen Therapieverfahren an. Vor allem die begleitende und unterstützende Therapie fördert eine individuelle Stärkung der körpereigenen Heilkräfte. Um mit der Homöopathie erfolgreich behandeln zu können, ist es wichtig, mit der Schulmedizin zu kooperieren, sowie interdisziplinäre Konzepte zu entwickeln. Prinzipiell versuchen TherapeutInnen bei einer homöopathischen Behandlung den Körper mit Impulsen dazu anzuregen, eine Selbstheilung zu initiieren und die Lebenskraft zu stärken. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist der psychotherapeutische- und meditative Ansatz, indem den PatientInnen anregend geholfen wird, in den Mittelpunkt des Geschehens zu gelangen und sie durch Selbstachtsamkeit versuchen, den Verlauf der Krankheit zu kontrollieren. Bei einer vorliegenden Krebserkrankung kann die Homöopathie in mehreren Stadien eingesetzt werden. Einerseits zur Vorbereitung auf eine Operation oder Chemotherapie, andererseits begleitend, wie beispielsweise während der schulmedizinischen Behandlung oder im Rahmen einer Nachbehandlung. Ein wesentliches Ziel der Homöopathie liegt in der Stabilisierung der eigenen Abwehrkräfte und der psychischen Verfassung der PatientInnen. Zusätzlich können Nebenwirkungen und Schäden von Chemotherapien und Bestrahlungen gelindert werden, was zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt (Wachter K., Sarkady C., Sarkady L., 2008, S. 176 f).

7.1 Anamnese

Die Basis für eine erfolgreiche Krebsbehandlung bildet das homöopathische Erstgespräch. Eine wichtige Empfehlung Hahnemanns in seinem Organon ist, trotz der schweren Diagnose Krebs als Therapeut unbefangen und offen zu bleiben. Dies ist wesentlich, um unvoreingenommen nach dem Individuellen jedes KrebspatientInnen zu suchen. So können eigene Ängste vor der Diagnose einen objektiven, freien Blick auf den Betroffenen beeinflussen und eine gute Fallaufnahme erschweren (Ködel R., 2009, S. 10). Der erste Schritt

der Anamnese ist die freie Rede. Dabei wird den PatientInnen angeboten, frei über ihre Erkrankung zu sprechen. Manche der PatientInnen mit einer langen Krebsvorgeschichte neigen dazu, hauptsächlich über ihren schulmedizinischen Weg zu erzählen. Da jedoch Operationen und Beschreibungen der Therapien in manchen Fällen besser aus den Krankenberichten entnommen werden können, sollten Zwischenfragen zum Wohlbefinden während der Behandlungen gestellt werden, um die eigentlichen Beschwerden der PatientInnen zu erkennen (Ködel R., 2009, S. 11). Die Beobachtung, der zweite Schritt der Anamnese, erlaubt bereits mit dem ersten Kontakt eine individuelle Einschätzung. Sind die PatientInnen offen und gesprächig oder ziehen sie sich eher zurück und sind ängstlich. Wie ist der Eindruck ihrer körperlichen und psychischen Verfassung. Beginnen sie schon beim Eintreten zu sprechen, oder müssen sie erst aufgefordert werden (Ködel R., 2009, S. 11). Beim nächsten Schritt, der Untersuchung, wird eine Ganzkörperuntersuchung durchgeführt, um weitere körperliche Symptome zu erkennen. Ein besonderes Augenmerk liegt auf Hautveränderungen, Aussehen der Zunge, Augen und Narben sowie Wunden und Organveränderungen (Ködel R., 2009, S. 11). Um auch bei späterer Bearbeitung eine übersichtliche Dokumentation der oft mehrstündigen Gespräche zur Verfügung zu haben, ist es wichtig, diese Informationen richtig zu gestalten. Dabei sollte der Wortlaut der PatientInnen möglichst genau übernommen und die Symptome, die für den Erfolg der Behandlung wesentlich sein könnten, in Listenform dargestellt werden. Dabei handelt es sich vor allem um Beschwerden, die durch den Tumor oder dessen Behandlung entstanden sind, aber auch um Symptome, die nicht im direkten Zusammenhang mit der Krebserkrankung stehen. Durch die Erfassung weiterer Parameter wie Appetit, Gewicht, Energie oder Schlaf, kann ein erfolgreicher Verlauf der Behandlung unterstützt werden. Die Symptomliste sollte regelmäßig aktualisiert werden. Dies beinhaltet Symptome, die bei Folgeanamnesen hinzukommen, aber auch Beschwerden, welche die PatientInnen bislang nicht wahrgenommen haben und die für die Beurteilung des Therapieverlaufs hilfreich sind. Es ist wichtig festzuhalten, dass die Beschwerden durch Krebserkrankungen und -behandlungen oft so dominant sind, dass andere vorhandene Symptome nicht wahrgenommen werden. Haben die PatientInnen ihre Beschwerden vollständig

dargestellt werden, diese vom Therapeuten bis ins kleinste Detail hinterfragt. Das Ziel ist es, einen Zusammenhang zwischen der Haupterkrankung und den einzelnen Symptomen zu finden (Ködel R., 2009, S. 11f). Bei der vertieften Befragung wird das Gespräch intensiver und ausgedehnter. Jene Symptome die von den PatientInnen vergessen wurden oder zu peinlich sind liegen im Mittelpunkt. (Ködel R., 2009, S. 12). Fragen zur Psyche und den emotionalen Symptomen sind wesentlich für die Mittelfindung. Dabei wird über Ängste, Zorn, Verhalten gegenüber Mitmenschen oder Partnerschaft gesprochen (Ködel R., 2009, S. 12). Im Schritt der Fremdanamnese können entscheidende Hinweise von Freunden oder Familienmitgliedern geliefert werden (Ködel R., 2009, S. 12). Zur Vervollständigung der Anamnese werden weitere körperliche Symptome abgefragt. Zusätzlich können Fragen zur Krankenvorgeschichte und Familienanamnese gemacht werden, um Rückschlüsse auf familiäre Zusammenhänge ziehen zu können (Ködel R., 2009, S. 12).

7.2 Konstitutionsmittel und Akute Zwischenmittel

Mit einer ausführlichen Erstanamnese kann ein Konstitutionstyp ermittelt werden. Dabei handelt es sich um eine Arznei für den ganzen Menschen, die sein emotionales, geistiges und körperliches Spektrum vollständig abdeckt. Diese Arzneitypen stellen sozusagen Menschenbilder dar. Zu den wichtigen Konstitutionsmitteln zählen Kalium, Phosphor und Schwefel (Trapp C., 2003, S.70). Bei PatientInnen, die während einer Chemotherapie eine homöopathische Behandlung beginnen, wird gezielt nach der Akutsymptomatik gefragt. In vielen Fällen stimmt die ermittelte Arznei für die Akutsymptomatik mit dem später gebrauchten konstitutionellen Mittel überein. In den anderen Fällen wird zuerst das gefundene Akutmittel verabreicht, um später, nach Abklingen der akuten Beschwerden oder am Ende der Chemotherapie auf das dann ermittelte Grundmittel überzugehen. Diese Vorgehensweise ist deswegen von besonderer Bedeutung, da sie angewendet werden kann, wenn Tumore oder Metastasen plötzliche, massive Beschwerden verursachen, aber auch, wenn eine starke akute Erkrankung ausbricht, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang zur Krebserkrankung steht. Dennoch sind manche Symptome trotz gut gewählten Mittels nicht beeinflussbar (Ködel R., 2009, S. 13).

8. Homöopathische Behandlungsstrategien

8.1 Prävention

Eine wichtige Maßnahme zur Prävention bösartiger Erkrankungen ist die Früherkennung oder auch Krebsvorsorgeuntersuchung. Bei dieser Vorsorgeuntersuchung wird in erster Linie nach Zeichen von bösartigen Tumoren, aber auch nach Vorstufen von Krebserkrankungen gesucht. Dennoch bietet die Krebsvorsorgeuntersuchung keine tatsächliche Prävention, da bei einem positiven Befund bereits bösartige Zellen vorhanden sind (Ködel R., 2009, S. 18). Präventive Maßnahmen bestehen in der Aufklärung der Bevölkerung über krebserregende Stoffe. Die homöopathischen TherapeutInnen müssen in jeder Anamnese und im Therapieverlauf auf Zeichen achten, die auf eine Krebserkrankung hinweisen könnten. Das heißt frühzeitig Risikofaktoren zu erkennen und durch eine entsprechende Maßnahme die Ursachen zu beseitigen, sowie aktuelle Beschwerden in ihrer Gesamtheit zu erfassen und zu behandeln. Wie aus neuen Erkenntnissen der Schulmedizin bekannt ist, spielen genetische Faktoren eine Rolle bei der Entwicklung von Krebserkrankungen. So kann eine Familienanamnese Hinweise über ein erhöhtes Krebsrisiko liefern. Je öfter Tumorfälle auftraten und je direkter das Verwandtschaftsverhältnis zu den PatientInnen ist, umso größer ist auch das Risiko, ein Karzinom zu entwickeln. Demnach ist bei der Anamnese die genaue Krankengeschichte der Vorfahren zu berücksichtigen, um familiäre Miasmen zu erkennen, welche für die Mittelwahl der PatientInnen eine wesentliche Rolle spielen (Ködel R., 2009, S. 18). Geheilte KrebspatientInnen haben immer noch ein erhöhtes Rückfallrisiko. Je kürzer die Krankheit zurückliegt, umso höher ist die Gefahr, wieder zu erkranken. Ebenso ist ein erneutes Auftreten der gleichen Tumorart oder eines neuen Tumortyps auch noch nach Jahren bis Jahrzehnten möglich. Nach Ködel weisen jene Nebenwirkungen, die durch die Verabreichung schulmedizinischer Medikamente auftraten, ein krebserregendes Potenzial auf, das jedoch erst nach vielen Jahren zum Tragen kommt (Ködel R., 2009, S. 19). Kommt es zu einer fehlenden Heilreaktion, sollte in erster Linie die Mittelwahl überdacht werden. Bei PatientInnen mit zahlreichen verschiedenen Symptomen ist das

Ziel immer eine Linderung aller Beschwerden. Kommt es durch die homöopathische Therapie nur zu Teilerfolgen, ist nach einem homöopathischen Mittel zu suchen, das alle Symptome gleichermaßen in Richtung Genesung bewegt. So sollte ein in körperlichen, seelischen und emotionalen Bereichen erfolgreich wirkendes Einzelmittel den Ausbruch eines Tumors verhindern können. Bei PatientInnen ohne bestehende Tumorerkrankung ist es wichtig, auf Symptome zu achten, die auf eine mögliche maligne Entartung hinweisen. Zu diesen Zeichen einer Präkanzerose gehören beispielsweise matte, trübe und glanzlose Haut, rote Muttermale, venöses, auf der Haut sichtbares Netz, Schleimhautfissuren, harte, gerillte Nägel oder auch Verstopfungen. Hier ist wichtig festzuhalten, dass diese Symptome keinesfalls ein sicheres Zeichen für eine Krebserkrankung sind. Das Ziel ist es nicht, den PatientInnen mit diesen Symptomen Angst vor einer möglichen Krebserkrankung zu machen, sondern für diese Beschwerden geeignete Mittel zu finden und sie dadurch zu beseitigen (Ködel R., 2009, S. 19).

8.2 Begleitung von KrebspatientInnen

Zur Begleitung von KrebspatientInnen müssen TherapeutInnen ein fundiertes Wissen sowohl in der Homöopathie, als auch in der schulmedizinischen Tumorthherapie aufweisen. Kenntnisse über die jeweiligen Tumorerkrankungen, die medizinische Diagnostik und die Behandlungsstrategien sowie mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen sind Voraussetzungen zur homöopathischen Begleittherapie. Aber auch die persönliche emotionale Befassung mit diesem Thema ist unbedingt notwendig, um objektiv und unbefangen mit den PatientInnen eine erfolgreiche Therapie zu beginnen (Ködel R., 2009, S.20).

8.2.1 Maßnahmen vor der klinischen Therapie

Der Großteil der KrebspatientInnen sucht erst nach der Diagnose einen homöopathischen Arzt auf. Wenn bis dahin noch keine Therapie begonnen wurde, wird sofort eine Anamnese durchgeführt, da die Symptome aktuell sind und noch nicht durch andere Interventionen beeinflusst wurden. Oftmals lassen sich die Symptome nach dem schulmedizinischen Therapiebeginn nicht mehr

klar nachvollziehen. In jedem Zeitraum, auch innerhalb von ein paar Tagen bis zu einer Operation, Bestrahlung oder Chemotherapie, kann ein aktuell passendes homöopathisches Mittel verabreicht werden. Bei diesen Arzneien handelt es sich meistens um tief wirkende konstitutionelle Mittel. In manchen Fällen erfordern die Folgen des Schocks auf die Diagnose oder erste Tumorbeschwerden die Behandlung dieser akuten Symptome. Viele PatientInnen befinden sich nach der Diagnose in einem Schockzustand und wählen schnell den schulmedizinischen Therapieweg. Einige berichten im Nachhinein, dass sie sich gerne umfassender und intensiver mit der Diagnose und den bevorstehenden Behandlungen auseinander gesetzt hätten, um sich besser darauf vorbereiten zu können. Besteht die Möglichkeit, die PatientInnen vor Antritt einer schulmedizinischen Behandlung psychisch zu stabilisieren, ist dies unbedingt durchzuführen. Sofern es möglich ist, sollten die Erkrankten zur Ruhe kommen können, sich mehrere fachärztliche Meinungen einholen und sich ausführlich mit den Angehörigen austauschen. Sind diese Bedingungen erfüllt, können die folgenden Behandlungen entspannter durchgeführt werden und das zuvor verabreichte homöopathische Mittel kann schon positive Reaktionen gezeigt haben. Ebenso können sich die Familie und die Betroffenen besser auf die Situation einstellen und vorbereiten (Ködel R., 2009, S. 20).

8.2.2 Maßnahmen während der klinischen Therapie

Auch wenn viele der PatientInnen erst nach dem Beginn einer schulmedizinischen Behandlung homöopathische Therapien in Erwägung ziehen, kann sofort mit der Gabe eines tief wirkenden Konstitutionsmittels begonnen werden. In vielen Fällen bietet die Homöopathie einen Weg für PatientInnen, die aus schulmedizinischer Sicht nicht mehr kurativ therapierbar sind oder nur noch palliativ behandelt werden können. Jedoch muss festgehalten werden, dass in den meisten Fällen, unabhängig von der Prognose, von möglichen Nebenwirkungen oder Beschwerden in erster Linie der schulmedizinische Weg eingeschlagen wird, da er den PatientInnen am sichersten erscheint. Dennoch ist die Homöopathie in der Lage, den Gesundheitszustand zu stabilisieren sowie Schmerzen zu lindern und dadurch

die Lebensqualität, auch in fortgeschrittenen und palliativen Stadien, zu steigern (Ködel R., 2009, S. 21).

8.3 Begleitung von Nebenwirkungen schulmedizinischer Therapien

Schulmedizinische Behandlungen haben eine starke Wirkung auf unseren Organismus. Sie belasten den Menschen erheblich und machen es schwierig, die richtigen homöopathischen Mittel zu finden. Der optimale Zeitpunkt für die homöopathische Erstbehandlung von TumorpatientInnen ist vor Beginn der schulmedizinischen Therapien. Die Gründe dafür liegen auf der einen Seite an der Möglichkeit der PatientInnen, ihre Beschwerden deutlicher beschreiben zu können, auf der anderen Seite kann in der Anamnese über auslösende Faktoren und die Vorgeschichte durch die zeitliche Nähe genauer berichtet werden. Des Weiteren sind die PatientInnen in der Lage, ihre krankheitsbedingten Beschwerden von jenen der schulmedizinischen Behandlung zu differenzieren (Kodl R., 2009, S. 22).

8.3.1 Begleitung bei Operationen

Nach der schulmedizinischen Diagnose einer Krebserkrankung wird häufig mit der möglichst vollständigen Entfernung des Tumors begonnen. In der schulmedizinischen Therapie wird mittels einer neoadjuvanten Strahlen- oder Chemotherapie vor einer geplanten Operation behandelt. Zu den homöopathischen Begleitmitteln bei Operationen eignen sich *Arnica montana* und *Staphysagria* (Stephanskraut). So wird *Arnica* prä- und postoperativ auf Grund seiner schmerzstillenden und antibakteriellen Wirkung verabreicht, während das Stephanskraut für eine bessere Wundheilung eingesetzt wird. Gegen die häufig auftretende Übelkeit sowie das Erbrechen nach Operationen im Abdomen hat sich das *Bismuthum subnitricum*, gewonnen aus dem Mineralsalz „basisches Wismutnitrat“, bewährt. Des Weiteren kann *China officinalis* (Chinarinde) verabreicht werden, wenn es während der Operation einen starken Blutverlust gab und sich der Patient danach schlecht erholt, sowie an starken Schweißausbrüchen leidet. Nach ausführlicher Recherche kann der Therapeut aus einer Vielzahl an weiteren homöopathischen Mitteln wählen, die

je nach Komplikation und Symptomatik Anwendung finden (Ködel R., 2009, S. 23).

8.3.2 Begleitung bei Chemotherapien

Von allen vorgenommenen schulmedizinischen Behandlungen belastet die medikamentöse Therapie bei Tumorerkrankungen die PatientInnen psychisch und physisch am stärksten. Einige der Nebenwirkungen können durch homöopathische Mittel kaum beeinflusst werden. Zu diesen zählen Haarausfall, Geschmacksveränderungen sowie Parästhesien. Unter Parästhesien versteht man eine manchmal schmerzhaft Körperempfindung mit Kribbeln, Taubheit sowie Kälte- und Wärmewahrnehmungsstörungen, die nicht durch adäquate Reize ausgelöst werden. Viele dieser Nebenwirkungen treten sehr häufig, aber auch individuell auf. Manche PatientInnen vertragen eine Chemotherapie sehr gut. Sie leiden nur unter geringen körperlichen Beschwerden und können ihre alltäglichen Beschäftigungen ohne Einschränkungen durchführen. Andere müssen die Therapie auf Grund der zu starken Beschwerden abbrechen und auf ein anderes Therapieschema umgestellt werden. Wie hoch das Nebenwirkungspotenzial ausgeprägt ist, hängt sicher auch von den schulmedizinischen Mitteln, deren Kombination und der Dosierung ab. In manchen Fällen kann ein vorher verabreichtes Konstitutionsmittel, das aus dem Symptomenbild vor der Chemotherapie gefunden wurde, so wirksam sein, dass während der schulmedizinischen medikamentösen Behandlung kein weiteres homöopathisches Mittel gegeben werden muss. Mittel wie Arsenicum album, Phosphorus und Sulfur sind dafür bekannt, dass sie sowohl als Konstitutionsmittel bei Krebserkrankungen als auch als Begleitmittel bei Chemotherapien gute Wirksamkeit zeigen (Ködel R., 2009, S. 23). Kennzeichen für das Arsenicum album sind Unruhe, Angst vor dem Alleinsein, Durst, Erbrechen und Durchfall. Ein typisches Arsenicum Bild zeigt sich beispielsweise an stark geschwächten PatientInnen, der nicht mehr in der Lage sind aufzustehen, sich unruhig in ihren Betten wälzen und vor allem nach warmen Getränken fragen. Bekommen PatientInnen nun Medikamente wie Kortikoide

oder Psychopharmaka um die Nebenwirkungen der Chemotherapie zu minimieren, ist das vollständige Arsenicum Bild nicht mehr ersichtlich und eine adäquate homöopathische Behandlung nicht möglich (Ködel R., 2009, S. 24). Kommen PatientInnen während der Chemotherapie in homöopathische Behandlung ist es schwieriger, das richtige Mittel zu finden. Der erste Schritt ist auch hier eine Erstanamnese. Ein Problem ergibt sich jedoch aus den vorhandenen Nebenwirkungen der Chemotherapie, da diese die eigentlichen Beschwerden so stark überlagern, dass eine vollständige Symptomsammlung nur eingeschränkt möglich ist. Ein wesentlicher Punkt bei der begleitenden Behandlung bei Chemotherapien ist die ständige Überprüfung der Mittelgaben sowie die Anpassung der Mittel an neue Situationen. So können Akutmittel als Zwischengabe verabreicht und das gewählte Konstitutionsmittel für eine bestimmte Zeit ausgesetzt werden, um es zu einem späteren Zeitpunkt, wenn die Nebenwirkungen der Chemotherapie nachlassen, in Form einer Q-Potenz, also einer Verdünnung von 1 zu 50.000, erneut zu verabreichen. Die Akutmittel werden in tiefen Potenzen wie C12 oder C30 verabreicht, aber auch Q-Potenzen haben sich hier bewährt. Des Weiteren können Therapeuten, sofern die Nebenwirkungssymptomatik durch die Chemotherapie genau beschrieben wird, durch Verabreichung eines Akutmittels kurz vor Beginn des nächsten Chemotherapiezyklus die Beschwerden lindern (Ködel R., 2009, S. 24).

8.3.3 Akutmittel zur Behandlung chemotherapeutischer Nebenwirkungen

Zu den Akutmitteln die zur Behandlung der Nebenwirkungen von Chemotherapien eingesetzt werden und sich als erfolgreich präsentiert haben gehören zum Beispiel *Apis mellifica*, *Cadmium sulfuratum*, *China Officinalis*. *Apis mellifica* oder auch Honigbiene wird bei ödematösen Schwellungen der Haut und Schleimhäute eingesetzt. Das Symptombild äußert sich durch einen entzündeten Gaumen, ein aufgequollenes Gesicht sowie geschwollene Beine. Die PatientInnen verspüren ein starkes Hitzegefühl, sind manchmal durstlos und haben Nierenbeschwerden bis hin zur Insuffizienz. Die PatientInnen können sowohl apathisch als auch reizbar sein. Das Symptomenbild von *Cadmium sulfuratum* zeigt ein starkes Kältegefühl bei den Betroffenen sowie äußerst starke Brechneigung, bis hin zu orthostatischen Beschwerden mit

Kollapsneigung. Die PatientInnen verspüren Angst vor Bewegung, sie sind ruhebedürftig und brauchen viel Stille. China Officinalis oder auch Chinarinde zeigt starke Erschöpfung durch großen Blutverlust, Durchfall oder vermehrtes Schwitzen. Die PatientInnen zeigen rote, heiße Gesichter, kalte Extremitäten und eine ausgeprägte Empfindlichkeit der Haut (Ködel R., 2009, S. 25).

8.4 Begleitung bei Bestrahlungstherapie

Bei der homöopathischen Begleitung von Strahlentherapien benötigt ein gut wirkendes Konstitutionsmittel nicht zwingend ein akutes Zwischenmittel, sofern die Bestrahlung gut vertragen wird. Im Laufe der Behandlung wird es zu einer Zunahme der Nebenwirkungen kommen. Solange diese Symptome noch nicht nach einem Akutmittel verlangen, kann zum Beispiel das Konstitutionsmittel „Radium bromatum“ verabreicht werden. Die Einnahme wird mit einer C30 Potenz vor einem Bestrahlungszyklus gegeben (Ködel R., 2009, S. 26). Ein weiteres Mittel zur Behandlung von Nebenwirkungen einer Bestrahlung ist „Cadmium Jodatum“. Sein Arzneimittelbild zeigt Schwellungen der Drüsen (Hals, Tonsillen, Schilddrüse, Brust), große Hitze und Kälte verschlimmern die Beschwerden. „Fluoricum acium“ gilt als das heißeste Mittel der Materia Medica. Das Symptomenbild entspricht PatientInnen, die ihre Beine im Bett ausstrecken müssen, kalte Duschen benötigen sowie durch warme Getränke oder Anwendungen verstärkte Beschwerden verspüren. Auch „Phosphorus“ ist bei der Bestrahlung ein wichtiges Mittel um Beschwerden zu verringern. Bei einer akuten Symptomatik nach einer Bestrahlung kann Phosphorus eine schnelle Besserung erreichen. Es wird in Q-Potenzen verabreicht und erst gewechselt, sobald neue Symptome von Phosphorus nicht mehr abgedeckt werden. Zum Symptomenbild gehören brennende Schmerzen, Anämie, Durst auf kalte Getränke, Knochenschmerzen, Angstzustände oder Schwindel (Ködel R., 2009, S.26).

8.4.1 Topische Behandlung

Bei einer topischen Therapie wird im Gegensatz zur systemischen Therapie ein Medikament nur örtlich, in Form von Salben, Cremes oder Tropfen aufgetragen oder eingenommen (http://flexikon.doccheck.com/de/Topische_Therapie). Bei

dieser Behandlung sollen die PatientInnen noch vor dem Auftreten der ersten Hautreizungen die betroffenen Hautareale mit Calendulasalbe mehrmals täglich pflegen. Dies sollte aber unbedingt mit den StrahlentherapeutInnen abgesprochen werden. Bei der Bestrahlung von Brust und Hals sollen auch die Mundschleimhäute mit verdünnter Calendulatinktur prophylaktisch gespült werden. Calendula wirkt durch seine antiseptische Wirkung entzündungshemmend und vitalisiert das belastete Gewebe. Sind bereits Verbrennungen auf der Haut vorhanden, eignet sich Aloe-Vera besonders auf Grund seiner kühlenden und wundheilenden Wirkung. Aber auch die Zellbildung wird gefördert und durch die feuchtigkeitsspendende Wirkung wird eine weitere Austrocknung verhindert (Ködel R., 2009, S. 25).

9. Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Zwischen der Homöopathie und der Schulmedizin bestehen grundlegende Unterschiede. In Bezug auf die Behandlung und Therapie von Krebserkrankungen zeigen sich schon bei der Diagnose die ersten Differenzen. Wird Krebs in der Schulmedizin als eine Erkrankung zellulärer Signalmechanismen gesehen, so stellt es in der Homöopathie eine länger andauernde Störung der Lebenskraft dar. Wenn eine Geschwulst entfernt wird, ist dies nur eine Teillösung und bedarf weiterer Behandlung der inneren und äußeren Faktoren, die zur Krebsentstehung beigetragen haben. Ein weiterer bedeutender Unterschied liegt im Symptomenverständnis. Aus medizinischer Sicht ist ein Symptom eine Krankheitserscheinung, die auf eine Krankheit deutet, welche sich selbst nicht zeigt. Das Ziel ist es, die Ursache für die Symptome zu erforschen und zu behandeln. Sobald die Diagnose gestellt wird, verlieren die Symptome an Bedeutung, da sich die folgenden Therapien nach der Diagnose richten. In der Homöopathie werden die Symptome als Krankheit selbst gesehen und dementsprechend behandelt. Daraus ergibt sich der nächste große Unterschied in der Auswahl der Arzneimittel (Wegener A., 2011, S.51,52). In der Schulmedizin wird ein Medikament entsprechend einer Diagnose ausgewählt. Dieses Medikament ist vom Krankheitsprozess abhängig, der auch als Krankheitsverursacher angesehen wird. Daraus folgt, dass jeder Mensch mit einer Krankheit nun auch denselben Krankheitsprozess

als Ursache hat und somit alle PatientInnen mit der gleichen Krankheit das gleiche Medikament bekommen können. In der Homöopathie wird ein Arzneimittel nicht aufgrund einer Diagnose ausgesucht, sondern nach der Art der Symptome. Da die Symptome nicht bei jedem Menschen gleich auftreten, benötigen alle PatientInnen, trotz gleicher Diagnose, eine spezielle Arznei. Des Weiteren besteht ein Unterschied in der Herkunft der Medikamente. Die homöopathischen Mittel bestehen ausschließlich aus pflanzlichen, tierischen, und mineralischen Substanzen, welche in hoch verdünnter Form verabreicht werden. Bei pharmazeutischen Produkten der Schulmedizin handelt es sich überwiegend um chemische Grundsubstanzen (<http://www.hahnemann.at/unterschied.html>).

Die grundlegendste Gemeinsamkeit der Homöopathie und der Schulmedizin ist die Aufrechterhaltung der Gesundheit eines Menschen. Die frühzeitige Erkennung von Erkrankungen, die Verbesserung der Lebensqualität und die Heilung der PatientInnen sind Ziele beider Disziplinen. In Bezug auf die Krebstherapie beansprucht die Homöopathie nicht die alleinige Behandlung dieser schwerwiegenden Erkrankung. Sie sieht sich selbst als integrativer Ansatz, einerseits zur Behandlung schulmedizinischer Nebenwirkungen, andererseits um die eigentlichen Auslöser der Erkrankung zu behandeln. Beide Disziplinen setzen sich für die Früherkennung maligner Erkrankungen ein und versuchen, durch Aufklärung das Bewusstsein zu stärken.

10. Vorteile der Homöopathie

Die Homöopathie bietet mit ihren Arzneimitteln eine beinahe nebenwirkungsfreie Behandlung, auch bei einer Überdosierung. Daher kommt es zu keinen Beeinträchtigungen des Konzentrationsvermögens, es besteht keine Suchtgefahr und es gibt keine Wechselwirkungen mit schulmedizinischen Medikamenten. Ebenso ist eine Behandlung von Kleinkindern, Säuglingen und Schwangeren möglich. Ein weiterer Vorteil homöopathischer Arzneimittel ist die Prüfung am Menschen, die keine Tierversuche notwendig macht. Das Ziel ist es, die Selbstheilungskräfte des Organismus zu stärken und seine Abwehrkraft so anzuregen, dass er mit Erregern von außen selbst fertig werden kann. Der

Vorteil besteht nun darin, dass Menschen mit einem gestärkten Immunsystem auch in Zukunft besser geschützt sind. Des Weiteren wird der ganze Mensch berücksichtigt und nicht nur auf seine Krankheit reduziert. Somit können sehr oft chronische Krankheiten geheilt werden

(<http://www.hahnemann.at/vorteile.html>). In Bezug auf die Krebsbehandlung liegt einer der Vorteile der Homöopathie in der ausführlichen Anamnese. Diese erfolgt sowohl auf physischer, psychischer und sozialer Ebene. Dies ermöglicht eine Einschätzung der PatientInnen, unabhängig von seinen körperlichen Beschwerden. Ebenso stellen homöopathische TherapeutInnen eine Bezugs- und Beratungsperson dar, die nicht nur für medizinische Fragen zur Verfügung steht. Ein weiterer Vorteil liegt in der unterstützenden Wirkung der Arzneimittel, welche vor, während und nach einer schulmedizinischen Behandlung verabreicht werden können. (Ködel R., 2009, S.12f.)

11. Grenzen der Homöopathie

Eine Aktivierung der körpereigenen Steuerungsmechanismen um die Selbstheilung in Gang zu setzen ist nicht überall möglich. Somit werden Grenzen der Homöopathie erreicht. Dazu gehört zum Beispiel Diabetes Typ 1, da die körpereigene Insulinproduktion nicht mehr angeregt werden kann und Insulin von außen zugeführt werden muss. Ebenso sind mechanische Probleme wie Knochenbrüche nicht homöopathisch heilbar und müssen chirurgisch gelöst werden. Dennoch besteht die Möglichkeit der weiterführenden homöopathischen Therapie (<http://www.hahnemann.at/grenzen.html>). Weitere Grenzen können Reaktionsmangel oder eine Reaktionsunfähigkeit eines geschwächten Organismus, gesetzliche Vorschriften für schulmedizinische Behandlungen, Zeitmangel bei schnellem Verlauf einer Erkrankung, aber auch die Fähigkeiten der TherapeutInnen sein. So werden die Grenzen der Homöopathie auch durch die HomöopathInnen gesetzt, da diese aus Mangel an Wissen und Erfahrung, durch persönliche Aspekte oder durch Druck an ihre Grenzen stoßen. Dies trifft aber auch auf schulmedizinische ÄrztInnen zu (Spring B., 2009, S.68).

12. Zusammenfassung

Im 18. Jahrhundert veröffentlichte der deutsche Arzt und Schriftsteller Christian Friedrich Samuel Hahnemann seine Forschungsergebnisse zu dem von ihm gegründeten Heilverfahren der Homöopathie. Der Name bedeutet ähnliches Leiden und bezieht sich auf die Wirkungsweise der homöopathischen Arzneien. Nach Hahnemann können Krankheiten durch Arzneistoffe behandelt werden, die bei einem gesunden Menschen jene Symptome erzeugen, die bei der Erkrankung selbst auftreten. Darunter wird das Ähnlichkeitsprinzip verstanden. Das Ziel der Homöopathie ist die Steuerung der Regulationsmechanismen des Körpers durch bestimmte Arzneimittel sowie die Anregung der Selbstheilungskräfte. Die klassische Homöopathie beruht auf der Arzneimittelprüfung, dem Ähnlichkeitsprinzip und der individuellen Symptomatik. Ein besonderer Aspekt der Homöopathie ist die starke Wirkung der Arzneimittel trotz vielfacher Verdünnung bzw. Potenzierung.

Unter Krebs versteht man eine Erkrankung zellulärer Signalmechanismen. Dabei kommt es zu Schäden an jenen Regelkreisen, die für die Differenzierung und das Wachstum verantwortlich sind. Durch diesen Kontrollverlust sind die Zellen nicht mehr in der Lage, dem erhöhten Zellwachstum und somit einer Tumorbildung entgegenzuwirken. Diese Tumorbildung verläuft in Phasen, auch Kanzerogenese genannt. In der Phase der Initiation werden Gene dauerhaft verändert, deren Aufgabe die ausgeglichene Steuerung von Zellwachstum und Zelltod im Gewebe ist. Zu diesen Genen gehören die Protoonkogene und Tumorsuppressorgene. Bei der Tumorpromotion wird die Selektion initiiert Zellen beschleunigt. Initiierte Zellen haben eine erhöhte Reaktivität, aufgrund dessen bestimmte Wachstumsfaktoren schon bei physiologischer Konzentration das Tumorwachstum fördern. Zu den Tumorpromotoren gehören körperfremde Substanzen, kalorische Überernährung oder auch endogene Faktoren. Während der Tumorprogression häufen sich Mutationen unterschiedlicher Signalwege in Onkogenen und Tumorsuppressorgenen. Durch die

Kooperationen dieser gestörten Signalmechanismen entsteht der maligne Phänotyp. Für etwa 80-90% der Krebserkrankungen sind exogene Ursachen die Auslöser. Dazu gehören Tabakrauch, radioaktive Elemente, chemische Stoffe oder Nahrungskontaminanten. Um Tumorerkrankungen voneinander differenzieren zu können, ist es wichtig, diese nach biologischen und klinisch therapeutischen Faktoren zu unterteilen. Durch Klassifizierungen können Aussagen zu Ursachen, zur Prognose, zum Metastasierungsmodus aber auch zu möglichen Komplikationen gemacht werden. Die schulmedizinische Therapie bietet viele verschiedene Behandlungsstrategien bei Krebserkrankungen an. Die drei wichtigsten sind die Chemotherapie, die Strahlentherapie und die onkologische Chirurgie. Bei der Chemotherapie werden durch zytostatische Substanzen Tumorzellen zum Absterben gebracht. Mittels Inosierender Strahlung werden bei der Strahlentherapie Schäden an der DNA verursacht, die eine Tumorkontrolle ermöglichen. Bei der onkologischen Chirurgie ist das Ziel die vollständige Entfernung des Tumors sowie eine Lymphadenektomie. Die homöopathische Krebstherapie kann in verschiedenen Stadien einer Krebserkrankung eingesetzt werden. Sie wird sowohl zur Vorbereitung auf eine schulmedizinische Intervention, als Begleittherapie oder zur Nachbehandlung eingesetzt. Die Basis für eine Krebsbehandlung ist das homöopathische Erstgespräch. Zu den Maßnahmen vor einer schulmedizinischen Intervention gehören die Verabreichung eines Konstitutionsmittels sowie die Beratung und Vorbereitung der PatientInnen auf die folgenden Behandlungsmaßnahmen. Während einer klinischen Therapie wird ebenfalls mit einem tief wirkenden Konstitutionsmittel behandelt. Die Homöopathie kann sowohl bei Operationen, als auch Chemotherapien oder Bestrahlungstherapien eingesetzt werden, um die akuten Beschwerden zu lindern und die entstehenden Nebenwirkungen zu behandeln. In Bezug auf die Krebsbehandlung liegen die Unterschiede zwischen Homöopathie und Schulmedizin in erster Linie bei der Diagnose. Die Medizin betrachtet Krebs als reine Erkrankung der Zellen und deren Signalmechanismen. Aus Sicht der Homöopathie handelt es sich bei Krebs nicht um eine lokale Erkrankung, sondern um eine Ausdrucksform einer länger andauernden Störung der Lebenskraft. Der Tumor selbst ist nur der sichtbare Teil der Erkrankung. Auch beim Symptomenverständnis unterscheiden sich die

beiden Disziplinen. Während aus medizinischer Sicht die Symptome auf eine Krankheit hinweisen, sind diese in der Homöopathie die Krankheit selbst. Dementsprechend unterscheiden sich auch die Behandlungsarten. In der Schulmedizin wird die Diagnose mit Medikamenten behandelt, die vom Krankheitsprozess abhängig sind. Demnach können alle PatientInnen mit dem gleichen Krankheitsprozess auch die gleichen Medikamente bekommen. Die homöopathische Behandlung orientiert sich an den Symptomen. Diese sind ausschlaggebend für die Wahl eines Arzneimittels. Das heißt, je nach Symptom, aber nicht nach Diagnose, wird für alle PatientInnen eine spezielle Arznei verabreicht. Aber nicht nur der Einsatz der Arzneien, sondern auch deren Grundstoffe unterscheiden sich. Während die Homöopathie ihre Mittel aus tierischen, mineralischen und pflanzlichen Stoffen bezieht, besteht der Großteil medizinischer Medikamente aus chemischen Substanzen. Trotz dieser vorhandenen Unterschiede können auch Gemeinsamkeiten gefunden werden. Die bedeutendste Gemeinsamkeit liegt in der Zielsetzung beider Disziplinen. Sowohl die Medizin als auch die Homöopathie strebt eine Verbesserung der Gesundheit, die Aufrechterhaltung des Wohlbefindens, die Verbesserung der Lebensqualität und die Heilung eines Menschen an. Die Homöopathie kann integrativ eingesetzt werden und fördert somit auch den schulmedizinischen Erfolg. Des Weiteren setzen sich die Schulmedizin und die Homöopathie für Früherkennung und Aufklärung von Krebserkrankungen ein. Die Vorteile der Homöopathie liegen in der Behandlung mit fast nebenwirkungsfreien Arzneimitteln, der Behandlung von Säuglingen und Schwangeren und der stärkenden Wirkung auf das Immunsystem des Menschen. Auch Tierversuche sind, durch die Prüfung am Menschen, nicht notwendig. Die Arzneistoffe umfassen den ganzen Menschen und fördern seine Selbstheilungskräfte. Die homöopathische Krebstherapie bietet eine umfassende psychische, physische und soziale Anamnese, Begleitmittel zur Behandlung von Nebenwirkungen und TherapeutInnen mit unterstützender und beratender Funktion. Die Grenzen der Homöopathie werden durch mechanische Probleme oder körpereigene Steuermechanismen, in die nicht mehr eingegriffen werden kann, erreicht. Diese müssen erst schulmedizinisch behandelt werden. Ein geschwächter Organismus, gesetzliche Vorgaben oder die Fähigkeiten von TherapeutInnen

können einen Behandlungserfolg beeinflussen. Diese Grenzen betreffen sowohl homöopathische TherapeutInnen, wie auch ÄrztInnen.

13. Konklusion

Beide Disziplinen unterscheiden sich in ihren grundlegenden Ansichten. Die Homöopathie versucht durch Arzneimittel die Selbstheilungskräfte zu aktivieren, während das Ziel der Schulmedizin die Eliminierung schädlicher Noxen ist. Das zu erreichende Ziel ist sowohl bei der Schulmedizin als auch bei der Homöopathie die Wiederherstellung der Gesundheit der PatientInnen. Die medizinische Krebstherapie basiert auf wissenschaftlichen medizinischen Forschungen und bietet verschiedenste Behandlungsmöglichkeiten. Diese sind jedoch nicht ohne Komplikationen durchführbar. Obwohl dies bei den betroffenen PatientInnen bekannt ist, wird in erster Linie der schulmedizinische Weg eingeschlagen. Auch die Homöopathie hat in den letzten Jahrzehnten viele Forschungsergebnisse und Studien präsentiert, welche die erfolgreiche Wirkung der Arzneien bestätigen. Nach Dr. Jens Wurster (Die homöopathische Behandlung und Heilung von Krebs und metastasierender Tumore 2012) ist die Homöopathie in der Lage, die aus schulmedizinischer Sicht unkurierbaren PatientInnen zu heilen. Generell wird in der Vielzahl an Fachliteratur, wie zum Beispiel von Dr. Ködel (Homöopathie in der Krebstherapie) beschrieben, dass die Homöopathie vorwiegend als unterstützende Maßnahme während der schulmedizinischen Behandlung und auch palliativ eingesetzt wird. Grundsätzlich kann ein besserer Behandlungserfolg erzielt werden, je früher sich die PatientInnen in homöopathische Begleitbehandlung begeben. Die Homöopathie sieht sich selbst als Partner der Schulmedizin und versucht, diese Beziehung positiv zu nutzen. Aber auch die schulmedizinische Sicht gegenüber der Homöopathie hat sich geändert. So wird von Kaiser et al. (Die Onkologie, 2004) die homöopathische Behandlung von Krebserkrankungen mit einem geringen therapeutischen Risiko eingeschätzt. Wesentlich ist, dass die Homöopathie alleine nur in sehr seltenen Fällen in der Lage ist, eine Krebserkrankung zu heilen. In Zusammenarbeit mit der Schulmedizin können jedoch gute Erfolge erzielt werden.

14. Literaturverzeichnis

- Hiddemann, W., Huber, H., Feuring-Buske, M., Lindner, L.H., Bartram, C.R., Was ist Krebs. in: Hiddemann, W., Huber, H., Bartram, C., Die Onkologie. Springer Verlag, Berlin- Heidelberg, 2004, S.4, 6.
- Homöopathie: Grenzen 2008, Anton Rohrer, (<http://www.hahnemann.at/grenzen.html>), eingesehen am 04.02.2013.
- Homöopathie: Liste 2011, Eva Marbach Verlag (<http://homoeopathie-liste.de/potenzen/index.htm>), eingesehen am 04.02.2013.
- Homöopathie: Unterschied zur Schulmedizin 2008, Anton Rohrer, (<http://www.hahnemann.at/unterschied.html>), eingesehen am 04.02.2013.
- Homöopathie: Vorteile 2008, Anton Rohrer, (<http://www.hahnemann.at/vorteile.html>), eingesehen am 04.02.2013.
- Ködel, R., Homöopathie in der Krebstherapie. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 2009, S. 4, 10-13, 18-26.
- Köhler, G., Lehrbuch der Homöopathie. Haug Verlag, 10. Auflage, Stuttgart, 2012, S. 2.
- Müller-Hermelink, H.K., Papadopoulos, T., Einteilung und Klassifikation maligner Erkrankungen. in: Hiddemann, W., Huber, H., Bartram, C., Die Onkologie. Springer Verlag, Berlin- Heidelberg, 2004, S. 18 f.
- Pirker, R., Zytostatische Chemotherapie. in: Hiddemann, W., Huber, H., Bartram, C., Die Onkologie. Springer Verlag, Berlin- Heidelberg, 2004, S. 421f.
- Pötter, R., Georg, D., Handl-Zeller, L., Salamon, J., Selzer, E., Strahlentherapie. in: Hiddemann, W., Huber, H., Bartram, C., Die Onkologie. Springer Verlag, Berlin- Heidelberg, 2004, S. 426, 430 f., 457 f.

- Schmerzer, P., Krebsentstehung- Eine Einführung. in: Layer, G., Van Kaick, G., Delorme, S., Radiologische Diagnostik in der Onkologie. Springer Verlag, Berlin- Heidelberg, 2006, S. 1.
- Schulte-Hermann, R., Parzefall, W., Mehrstufenprozess der Kanzerogenese und chemische Kanzerogenese. in: Hiddemann, W., Huber, H., Bartram, C., Die Onkologie. Springer Verlag, Berlin- Heidelberg, 2004, S.194, 197-203, 235 f.
- Siewert, J.R., Vogelsang, H.E., Grundlagen der onkologischen Chirurgie. in: Hiddemann, W., Huber, H., Bartram, C., Die Onkologie. Springer Verlag, Berlin- Heidelberg, 2004, S. 466, 468, 476.
- Sommer, S., Homöopathie- warum und wie sie wirkt. Mankau Verlag, 1.Auflage, Murnau am Staffelsee, 2011, S.73-76, 80f.
- Spring, B., Verlaufsbeurteilung in der Homöopathie: Krankheitsdynamik und Patientenführung. Haug Verlag, Stuttgart, 2009, S.68.
- Statistik Austria 2012, Statistiken
(http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/krebs_inzidenz_im_ueberblick/index.html), eingesehen am 09.10.2012.
- Trapp, C., Homöopathie besser verstehen: Was sie ist. Wie sie wirkt. Wo sie hilft. Haug Verlag, Stuttgart, 2003, S.70.
- Wachter, K., Sarkady, C., Sarkady, L., Das große Buch der Homöopathie. Compact Verlag, München, 2008, S.176 f.
- Wegener, A., Allgemeine Arzneimittellehre. in: Genneper, T., Wegener, A., Lehrbuch der Homöopathie. Haug Verlag, 3. Auflage, Stuttgart, 2011, S. 13 f.
- Wegener, A. Homöopathische Symptomlehre. in: Genneper, T., Wegener, A., Lehrbuch der Homöopathie. Haug Verlag, 3. Auflage, Stuttgart, 2011, S.50 ff.
- Wiesenauer, M., Kirschner-Brouns, S., Homöopathie das große Handbuch. GU Verlag, München, 2007, S. 9, 12ff.

- Österreichische Krebshilfe 2012, Dr. Michael Micksche (<http://www.krebshilfe-wien.at/Was-ist-Krebs.98.0.html>), eingesehen am 09.10.2012.