Editorial

J.		Beuth
W.		Köstler

Köln, Wien

Editorial

«Die Onkologie bedarf neuer Impulse hinsichtlich therapeutischer Erweiterung und patientenorientierten Handelns», lautet das einleitende Postulat eines Positionspapiers der Deutschen und Österreichischen Gesellschaften für Onkologie. Das VIII. Stuttgarter Immuntherapie-Symposium «Onkologie im Aufbruch», welches im September 1994 unter der Obhut der Deutschen Gesellschaft für Onkologie e. V. stattfand, präsentierte neben neuen molekulargenetischen Aspekten der Tumorgenese und des programmierten Zelltodes (Apoptose) neue klinisch relevante und naturwissenschaftlich fundierte Therapieansätze, die als sinnvolle Erweiterung der konventionell-wissenschaftlichen (Schul-)Medizin/Onkologie zu betrachten sind. Die kritische Analyse der vorgestellten (Forschungs-/Therapie-)Daten bestätigt die Relevanz definierter (immun-)biologischer Therapieansätze, deren gezielte Anwendung das therapeutische Spektrum der Onkologie zum Wohle der Patienten erweitern könnte. Neben höchst aktuellen Konzepten der Gentherapie, der aktiv spezifischen Immuntherapie a) mit autologer (virus-)modifizierter Tumorstoffvakzine, b) mit synthetischer, an ein Trägerprotein gekoppelter Kohlenhydrat-Epitop-Vakzine wurden immunbiologische Therapiemöglichkeiten zur Rezidiv- und Metastasenprophylaxe vorgestellt, die derzeit in bundesweiten Multicenterstudien an universitären Instituten ausgetestet werden [unter anderem Leberlektinblockade mittels D-Galaktose; Immunmodulation durch Mistlektin-1 (ML-1)-normierte Mistelextrakte bzw. Keyhole Limpet Hemocyanin (KLH)]. Insbesondere die nachweisbare Immunstimulation, Lebensqualitätsverbesserung und Reduktion von Tumorrezidiv- bzw. Tumorprogressionsraten durch KLH und ML-1-normierte Mistelextrakte scheinen der Onkologie neue therapeutische Wege aufzuzeigen. Die nähere Zukunft wird zeigen, ob die vielversprechenden Daten aus klinischen Phase-II-Studien in großangelegten prospektiv-randomisierten Multicenterstudien bestätigt werden können. Damit wäre ein bescheidener, aber wichtiger erster Schritt hin zu einer erweiterten immunbiologischen Tumorthherapie vollzogen, der dann hoffentlich auch für andere komplementäre Therapieverfahren durchgeführt wird. Ein Beispiel für (natur-)wissenschaftlich adäquat durchgeführte klinische Studien scheint die Lebermetastasenprophylaxe durch Leberlektinblockade mittels D-Galaktose-Infusionen zu sein, die bei Patienten/innen mit kolorektalen Karzinomen bislang vielversprechende Ergebnisse zeitigte. Auch hier muß allerdings eine angemessene Nachbeobachtungsphase abgewartet werden, ehe definitive, statistisch auswertbare Daten publiziert werden können. Immerhin scheint ein positiver Trend erkennbar, der dann in einer Multicenterstudie zu bestätigen wäre. Auch die Tumorstoffvakzine (Synonym: aktiv spezifische Immuntherapie; dieser Begriff scheint insofern problematisch, als eine spezifische Immuntherapie gegen antigenegative Tumorzellen per definitionem nicht möglich ist) hat das

experimentelle, präklinische Stadium längst verlassen und wird derzeit in prospektiv-randomisierten Studien hinsichtlich klinischer Effektivität überprüft. Auch dieser therapeutische Ansatz scheint das derzeitige Behandlungskonzept der Onkologie erweitern zu können; allerdings ist der große produktionstechnische und finanzielle Aufwand zu bedenken, der die Herstellung bzw. Anwendung von autologen Tumorstellen limitieren könnte. Mit der Gentherapie scheint sich ein pharmakologischer Paradigmenwechsel zu vollziehen, da nicht mehr Proteine (unter anderem Enzyme, Hormone, Wachstumsfaktoren), sondern genetische Informationsträger das potentielle Ziel der pharmakologischen Intervention sind. Experimentelle gentherapeutische Konzepte in der Onkologie umfassen unter anderem Insertion von Zytokinen (Steigerung von Abwehrmechanismen) bzw. Suizidgenen (selektive Abtötung von Tumorzellen), Einsatz bzw. Entwicklung von Antisense-Oligodesoxyribonukleotiden und genspezifischen Ribozymen. Obwohl die somatische Gentherapie (als Substitutionstherapie) zur Korrektur definierter Erbkrankheiten bereits Anwendung findet, scheinen die derzeitigen Erkenntnisse noch nicht ausreichend, um der Gentherapie eine therapeutische Relevanz in der Onkologie beizumessen. Trotz der Vielzahl (natur-)wissenschaftlich fundierter neuer Therapiekonzepte bedarf die Onkologie der Innovation und Erweiterung. Die Deutsche Gesellschaft für Onkologie e. V. verfolgt unter anderem das Ziel, therapeutisch sinnvolle komplementäre Behandlungskonzepte zu fördern, was aus nachfolgender Positionsbeschreibung hervorgeht.

Deutsche Gesellschaft für Onkologie e. V.

PD Dr. J. Beuth, Präsident

Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene
der Universität zu Köln

Goldenerstraße 19-21, D-50935 Köln (Deutschland)

Österreichische Gesellschaft für Onkologie

Prof. Dr. W. Köstler, Präsident

Hetzendorfer Straße 100/6/3, A-1120 Wien (Österreich)

© 1995 S. Karger GmbH, Freiburg

Gesellschaft für Onkologie e.V. und der

fortgeschrittenen Tumoren, ist von großer Bedeutung und sollte Eingang in den
Bewertungskatalog finden.

Die Mehrheit der Patienten wünscht eine Erweiterung der konventionellen medizinischen Therapie um komplementärmedizinische Behandlungsmethoden. Viele Patienten wenden sie bereits an. Der Zugang zu diesen Therapieformen wird den Patienten jedoch oft erschwert bzw. verwehrt.

Von der «konventionellen wissenschaftlichen Onkologie» (Schulmedizin) werden komplementärmedizinisch erweiterte Behandlungsmethoden oft unreflektiert und pauschal als «unbewiesen» oder «unwirksam» abgelehnt. Das kann zu erheblichen Konsequenzen für Patienten und Therapeuten führen:

Gestützt auf die negativen Urteile der (Schul-)Medizin lehnen gesetzliche Krankenkassen die Kostenerstattung häufig ab, während private Kassen die Kosten übernehmen. Ärzte werden regreßpflichtig gemacht.

Die Patienten werden verunsichert. Ihr Bemühen um eigene Aktivitäten der Krankheitsbewältigung wird gelähmt.

Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird gestört. Bei ablehnender Haltung des nachsorgenden Arztes suchen sich Patienten für die komplementärmedizinische Versorgung oft andere Therapeuten.

5. Die Notwendigkeit einer Innovation der Tumorthherapie ergibt sich unter anderem auch aus folgendem Tatbestand:

Die Überlebenszeiten von Tumorpatienten konnten in den letzten Jahren aufgrund neuer Therapiekonzepte in Einzelfällen erheblich verlängert werden, oft aber auf Kosten einer reduzierten Lebensqualität.

Krebs ist für viele Patienten eine chronische Krankheit geworden, die der ständigen Überwachung und Therapie bedarf. Bei den meisten fortgeschrittenen Karzinomen ist eine aggressive tumordestruktive Therapie (z.B. Chemotherapie) im asymptomatischen Zustand in der Regel nicht indiziert, da damit keine Lebenszeitverlängerung erreicht werden kann. Diese «therapeutische Lücke» könnte mit komplementärmedizinischen Therapien ausgefüllt werden. Für die Akutbehandlung bösartiger Tumoren, Metastasen oder Rezidive gibt es leistungsfähige Therapieeinrichtungen. Bedrohliche Krankheitssituationen können in der Regel adäquat bewältigt werden. Derart optimale Behandlungsmöglichkeiten fehlen hingegen meist bei krankheits-/therapieinduzierten Beschwerden, die Patienten im chronischen Stadium oft körperlich und psychisch belasten. Die konventionell-wissenschaftliche Onkologie ist überwiegend auf die Tumordestruktion ausgerichtet und hat zur Behandlung krankheits-/therapieassoziierter Beschwerden eher begrenzte Mittel und Möglichkeiten. Hier sollte der nachsorgende (Haus-)Arzt zukünftig verstärkt in die Behandlung einbezogen werden. Mit der unreflektierten Ablehnung

Gemeinsames Positionspapier der Deutschen Österreichischen Gesellschaft für Onkologie

1. Die Onkologie bedarf neuer Impulse hinsichtlich therapeutischer Erweiterung und patientenorientierten Handelns. Eine adäquate medizinische und menschliche Betreuung der Patienten wird des öfteren durch argumentativ nicht nachvollziehbare Bedenken, Vorurteile und Bestimmungen erschwert. Erstrebenswert wären unter anderem:

die Überwindung von Gegensätzen zwischen konventionell-wissenschaftlicher (Schul-)Medizin und wissenschaftlich-komplementärmedizinisch erweiterter (Schul-)Medizin;
die Aufnahme komplementärer (adjuvanter) medizinischer Therapeutika und Therapiemaßnahmen mit gesicherter Wirksamkeit in den Leistungskatalog der Krankenkassen;
die Erarbeitung eines umfassenden Konzeptes zur adäquaten Tumorthherapie und -nachsorge, inklusive Rezidiv- und Metastasenprophylaxe, Erhaltung der Lebensqualität, Schmerztherapie, palliativmedizinischer und psychoonkologischer Maßnahmen.

Die Deutsche Gesellschaft für Onkologie e.V. und die Österreichische Gesellschaft für Onkologie sind zu Gesprächen und zur Kooperation mit allen beteiligten Institutionen und Gremien bereit.

2. Es ist an der Zeit, die hochspezialisierte Akut- und Rezidiv-/Metastasentherapie durch praxisorientierte komplementärmedizinisch erweiterte Therapiekonzepte zu ergänzen. Mehr als bisher muß der Patient und seine individuelle Konstitution berücksichtigt werden. Aus der weitgehend diagnostisch orientierten, passiven Nachsorge muß eine aktive

Nachbehandlung des Patienten werden. Um dieses Ziel zu erreichen, sollte(n)

die (Schul-)Medizin sich um therapeutisch sinnvolle Ansätze der naturwissenschaftlich orientierten Komplementärmedizin erweitern, ohne die Basis wissenschaftlich begründeten Handelns preiszugeben;

das «Timing» onkologisch-therapeutischer Maßnahmen optimiert werden; dementsprechend sollten die konventionellen tumordestruktiven Maßnahmen (Operation, Chemo-/Strahlentherapie) um zeitlich adäquate komplementärmedizinische Behandlungskonzepte erweitert werden;

Therapeutika und Medikationsverfahren in die Onkologie einbezogen werden, die einerseits tumordestruktiv sind, andererseits aber die körpereigene Abwehr erhalten bzw. stärken; neue erfolgversprechende Verfahren (nach angemessener wissenschaftlicher Prüfung) in die klinische Therapie übernommen werden. Dabei sollte insbesondere die administrative Überprüfungszeit verkürzt werden, zumindest dann, wenn keine Nebenwirkungen zu erwarten sind;

zur Beurteilung der Wirksamkeit einer Behandlungsmethode nicht ausschließlich Remissionsraten, Überlebenszeiten, rezidiv-/metastasenfreie Intervalle herangezogen werden. Auch die Verbesserung der Lebensqualität, insbesondere bei

2

Positionspapier

komplementärmedizinischer Therapieansätze werden diese therapeutischen Möglichkeiten allerdings stark eingeschränkt. 6. Die undifferenzierte Ablehnung komplementärmedizinischer (Arznei-)Mittel und Behandlungsmethoden ist nicht gerechtfertigt. Für definierte Therapeutika liegen Studien vor, die ihre Wirksamkeit bei bestimmten Indikationen belegen. Andere Therapieverfahren befinden sich derzeit in prospektiv-randomisierten klinischen (Multicenter-)Studien. Bei der Beurteilung komplementärmedizinischer Verfahren sollten stets auch die bereits vorliegenden Erfahrungen von Ärzten und Patienten berücksichtigt werden, deren anschließende (naturwissenschaftliche) Überprüfung und Bestätigung ein Garant medizinischen Fortschritts sein könnte.

Als gesichert kann derzeit die Wirksamkeit definierter Phyto- und Organotherapeutika sowie bestimmter Vitamine und Spurenelemente angesehen werden bei Minderung krankheitsbezogener Beschwerden, Minderung von Nebenwirkungen tumordestruktiver Therapien, Verbesserung der Lebensqualität.

Für die adjuvante und palliative Tumorthherapie, besonders bei der Nachbetreuung durch (Haus-)Ärzte, scheinen definierte komplementärmedizinische Therapeutika unentbehrlich. Die genannten Mittel sind wirtschaftlich. 7. Eine verstärkte Lehre und Forschungsförderung komplementärmedizinischer Therapieansätze sind dringend erforderlich.

3 1995;018:1