DIE NACHSORGENDE BEHANDLUNG DES KREBSKRANKEN,

BEGRÜNDUNG, WESEN UND WIRKSAMKEIT DERSELBEN

G U T A C H T E N

in Sachen Bauer / Dr. Pauli

Dem Auftrag zur Erstellung des vorliegenden Gutachtens liegt folgender Sachverhalt zugrunde:

Frau Käthe B a u e r , damals 69 Jahre alt, wurde im Juni 1971 im Krankenhaus Elim, Hamburg, durch Herrn ChA Privatdozent Dr.H.K. P a u l i operiert, wobei die Gebärmutter und beide Eierstöcke entfernt wurden. Es handelte sich um eine mit den Nachbarorganen verwachsene Eierstockzyste, deren mikroskopische Untersuchung Krebs ergab.

Sowohl der Patientin als auch deren Gatten, Herrn Johannes B a u e r , wurde diese Diagnose verschwiegeng obwohl letzterer wiederholt, nämlich nach der Operation, bei Entlassung der Patientin aus dem Krankenhaus und gelegentlich der ersten Nachuntersuchung, ausdrücklich danach gefragt hatte. Die Antwort lautete jedesmal dem Sinn nach "harmloses Gewebe", "nichts Schlimmes", "alles in bester Ordnung". In einem Schreiben vom 9.1.1975 bestätigte Dr. P. nachträglich, dass er der Patientin und ihrem Gatten die Wahrheit absichtlich vorenthalten habe, mit der Begründung: "Wenn man von einer Erkrankung geheilt ist, hilft niemandem die Diagnose Krebs, die macht nur zusätzliche Kümmernisse.“

Ausser dem Hinweis auf die regelmässig wahrzunehmenden Nachuntersuchungen erhielt Frau B. bei ihrer Entlassung keinerlei Verhaltungsmassregeln. Weder sie noch ihr Gatte wurde über die Möglichkeiten und Vorteile einer systematischen Nachbehandlung in Form sog. Sicherungskuren aufgeklärt, wie sie während der letzten Jahre auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen von medizinischen Organisationen und Kostenträgern - auch im Bereich Hamburg - in zunehmendem Maß empfohlen und durchgeführt werden.

Nach 3 Jahren des Wohlbefindens traten 1974 bei Frau B. alarmierende Krankheitserscheinungen seitens des zentralen Nervensystems auf. Nach der anfänglichen Vermutungsdiagnose "cerebrale Durchblutungsstörungen“ wurde schliesslich im Dezember 1974 ein inoperabler Gehirntumor festgestellt, an dem die Patientin am 16.1.1975 verstarb. Die Obduktion ergab einen umfangreichen neuen Tumor, der mit dem früheren, operativ entfernten Unterleibstumor keinen Zusammenhang hatte, also keine Tochtergeschwulst (Metastase) desselben darstellte.

Erst im November 1974 erfuhr Herr B., daß bei der Operation 1971 eine bösartige Geschwulst entfernt worden war. Er macht jetzt dem Operateur den Vorwurf, daß dieser weder ihm noch der Patientin damals die Wahrheit gesagt habe und steht auf dem Standpunkt, dass ihm dadurch die Möglichkeit entgangen sei, seiner Gattin durch eine gezielte Langzeit- und Nachsorgebehandlung die Chance eines verbesserten Schutzes vor dem erneuten Geschwulstleiden und einer damit verbundenen Lebensverlängerung zu verschaffen.

Zu diesem Vorgang ist vom heute geltenden ärztlich-wissenschaftlichen Standpunkt folgendes zu bemerken:

Die der Klage des Herrn B. gegen Herrn Dr. P. zugrundeliegende Meinungsverschiedenheit führt uns mitten in eine alte, für die Deutung des Krebsproblems wie für dessen Lösung gleichermassen wichtige Auseinandersetzung,

Zu allen Zeiten gab es eine beachtliche Zahl ernstzunehmender Forscher und Ärzte, die entgegen der seit V i r c h o w (1821 - 1902) von der wissenschaftlichen Medizin und den fachärztlichen Disziplinen weltweit vertretenen Lehrmeinung, der Krebs sei ein örtlicher, mit der Geschwulst entstehender und von dieser ausgehender Krankheitsvorgang, der Überzeugung waren und sind, es handle sich in allen Stadien des Krebsleidens um ein Krankheitsgeschehen des gesamten Organismus, dessen Produkt und Endstufe erst die Geschwulst sei. Die örtliche Krebsbekämpfung mit Stahl und Strahl, zu der neuerdings auch die Chemotherapie zu zählen ist, sei deshalb ungenügend und konsequenterweise durch ein ganzheitlich wirksames Behandlungsverfahren zu ergänzen, das alle wissenschaftlich erkannten, aber auch hypothetischen krebsverursachenden bzw. krebsbegünstigenden Faktoren ebenso wie alle körpereigenen Abwehrvorgänge berücksichtigen müsse und der orthodox-klinischen, gegen die Geschwulst allein gerichteten Therapie parallel zu laufen oder ihr wenigstens nachzufolgen habe.

S c h w e n i n g e r (51), der Leibarzt Bismarcks, äußerte schon um die Jahrhundertwende, L i e k und B r a u c h 1 e in den 30er Jahren die Überzeugung, daß Krebs keine örtliche Krankheit sei. Bei L i e k (37) lesen wir: "Alles spricht dafür, daß der Krebs kein örtliches, sondern ein konstitutionelles Leiden ist. Jahre- und jahrzehntelange Veränderungen gehen voraus, der örtliche Krebs ist schliesslich nur das letzte Glied einer langen Entwicklung."

An anderer Stelle: "Da wir den Krebs als konstitutionelles Leiden erkannt haben, muss der Arzt gerade beim Krebs den ganzen Menschen behandeln."

B r a u c h 1 e (10) schreibt zum gleichen Thema: "Der Krebs wird zwar als örtliche Gewebswucherung zuerst bemerkbar, diese selbst aber ist nur sichtbarer Ausdruck einer seit langem bestehenden Störung des gesamten Stoffwechsels, die Folge einer Zurückhaltung von Stoffwechselschlacken in den Geweben, einer Überschwemmung des Körpers mit Darmgiften und anderen Schädlichkeiten. Der Krebs ist also niemals ein örtliches, sondern immer ein allgemeines Leiden. Örtliche Entfernung einer Krebsgeschwulst bedeutet deshalb in keinem Fall Behebung der allgemeinen Krebsbereitschaft. Beschränkt sich der Arzt auf die operative Herausnahme einer Krebsgeschwulst, versäumt er aber die Umstellung des Stoffwechsels durch völlige Änderung der Lebensweise, dann hat er seine Aufgabe nur zur Hälfte gelöst. Eine Bereitschaft des Körpers, an der Operationsstelle oder an anderen Orten neue Krebse zu bilden, bleibt dann bestehen."

Zu dieser Auffassung haben sich während der letzten Jahrzehnte immer mehr Ärzte und Kliniker auch aus dem lehrmedizinischen Lager bekannt. Die dem lokalistischen Dogma widersprechende Anschauung und Therapie wird nur deshalb von der orthodoxen Richtung kritisch bis ablehnend beurteilt, weil sie sich z.T. natürlicher und erfahrungsheilkundlicher Massnahmen und Medikamente bedient, deren Wirkungsnachweis mit den analytisch-mathematischen Methoden der Schule nicht immer gelingt.

Zum Verständnis der therapeutischen Streitfragen ist es erforderlich, von der heutigen Situation des Krebsproblems auszugehen.

Mit etwa 19 % stehen die Opfer der Geschwulstleiden in der Statistik der Todesursachen nahezu in gleicher Höhe wie die der Herz- und Gefässerkrankungen. Trotz des Einsatzes aller

Propaganda für Früherkennung und eines ausgefeilten Systems hochentwickelter operativer wie radiologischer Technik überlebt - unter Berücksichtigung aller Geschwulstarten und -stadien - nur jeder 5. Krebskranke das 5. Jahr nach Beginn seiner Behandlung. Die Heilungsaussicht dieser Leiden steht und fällt mit ihrer diagnostischen Früherfassung und Frühbehandlung, ließ sich jedoch insgesamt während der letzten Jahrzehnte kaum mehr verbessern. Dazu kommt, dass wegen der in den Frühstadien der Krebserkrankungen häufig fehlenden oder fehlgedeuteten Symptome für 2/3 der davon Betroffenen eine wirksame Therapie zu spät kommt. Nach B e c k e r (8) waren gemäß einer Operationsstatistik der Chirurgischen Universitätsklinik Jena nur 28 % der Patienten operabel, 72 % inoperabel, was bei der großen Mehrzahl derselben identisch ist mit inkurabel (unheilbar).

Zusätzlich belastend wirkt sich auf die Statistik der Krebstodesfälle der Umstand aus, daß auch bei Einhaltung des heute erfüllbaren Optimums an Frühzeitigkeit und Radikalität des therapeutischen Vorgehens die Quote der Dauerheilungen - allgemein, jedoch nicht ganz exakt mit der Fünfjahres-Überlebensquote gleichgesetzt - äußerst unbefriedigend ist. Sie wird von B a u e r (6) für alle Geschwulstarten und -stadien und nach Einsatz aller klinisch üblichen, hochentwickelten Behandlungsformen mit 17,8 % angegeben, wobei allerdings eine grosse Streubreite auf Grund der Heterogenität des statistisch ausgewerteten Materials in Kauf genommen werden muss. Die primär nicht mehr operablen Krebsfälle sind in dieser Statistik nicht enthalten. An diesem Ergebnis hat sich - abgesehen von geringfügigen Verbesserungen auf dem einen oder anderen Teilgebiet - während der letzten 2 - 3 Jahrzehnte nichts Wesentliches verändert. Für die bei Frau B. operierte bösartige Eierstockzyste wird in der Literatur eine Sterbequote von 76 % angegeben. Obwohl diese Geschwulstart nur 17 % der Tumoren des weiblichen Genitaltraktes ausmacht, übertrifft sie die Letalität des Gebärmutterkrebses. Der Eierstockkrebs zählt somit zu den relativ gefährlichsten und therapieresistentesten Tumorarten mit besonders schlechter Prognose.

Ein Mensch, der einmal an Krebs erkrankt war, ist auch dann, wenn die Krebsgeschwulst, also das Krankheitsprodukt, frühzeitig und radikal entfernt werden konnte, immer als Risikopatient anzusehen. Dabei sind die Begriffe "frühzeitig" und "radikal" durchaus relativ, denn schon zur Diagnosestellung muss der Tumor eine gewisse Größe aufweisen, die aus biologischer Sicht als "Spätstadium" zu gelten hat. Andererseits kann auch der gewissenhafteste Chirurg bei noch so gründlichem Vorgehen nie beschwören, ob er alle mikroskopisch feinen Ausläufer oder verstreuten Krebszellen in der Umgebung der Geschwulst mitentfernen konnte oder ob er nicht gerade durch die diagnostische Betastung, vollends aber durch den operativen Eingriff mit seinen vielfältigen Manipulationen, wobei auch Blut- und Lymphbahnen eröffnet werden, sehr wesentlich zur erwähnten Streuung und Keimverschleppung beigetragen hat. Außerdem vertreten manche Onkologen die Auffassung, daß schon relativ kleine Tumoren im Zeitpunkt ihrer Erkennung und operativen Entfernung bereits zu einer Streuung geführt haben, so dass also wesentlich häufiger als allgemein angenommen die Radikalität der chirurgischen Tumorentfernung angezweifelt werden darf.

D i c k (13) äußert sich dazu folgendermaßen: "Erstens läßt die Tatsache, daß der Operierte an einem Karzinom erkranken konnte, eine innere Bereitschaft zur Bildung eines malignen Tumors vermuten. Diese wird durch den chirurgischen Eingriff kaum beseitigt, und eine Nachsorge im Sinne einer Bekämpfung der Geschwulstdisposition ist daher trotzdem angezeigt. Zweitens weiß jeder erfahrene Chirurg, dass bei vielen Operationen, bei denen er meint, die Geschwulst gänzlich ausgeschnitten zu haben, doch Krebsreste zurückbleiben, denn die Grenzen der Geschwulstausbreitung lassen sich bei der Operation leider nicht sicher erkennen, und darum ist die Bezeichnung „Radikaloperation“ oft irreführend.“

Bei B e c h e r und F i s c h e d i c k (7) lesen wir: "Nur Brustkrebse unter 1 cm Durchmesser scheinen keine regionären Metastasen zu setzen."

Bei B a r t e 1 h e i m e r und M a u r e r: "Ein bösartiger Tumor streut bereits bei seiner Entstehung, bei seinem Wachstum und auch bei der Manipulation infolge der Operation Krebszellen über die Lymph- und Blutbahn aus."

F i n n e y (15) kommt vollends zu der Überzeugung: "Es gibt keine Radikaloperation des Mammakarzinoms."

Aus diesem Grund mußten alle Versuche scheitern, durch immer noch radikalere, ja, ultraradikale Eingriffe wie beispielsweise beim Brustkrebs durch Entfernung der gesamten, scheinbar gesunden Umgebung, aller Lymphdrüsen bis hin zur teilweisen oder totalen Wegnahme der Brustwand und des Schultergürtels usw. das Schicksal der Patientinnen zu verbessern. Im Gegenteil, je ausgedehnter die Operationen wurden, desto mehr verschlechterten sich die Langzeitergebnisse. Es erhoben sich schließlich seitens der Lehrmedizin selbst Einwände gegen solchen chirurgischen Heroismus, der schwer verstümmelte Patienten hinterließ, denen ein größerer psychischer und physischer Schaden zugefügt als gesundheitlicher Nutzen gebracht wurde. Für das operative Vorgehen bei Geschwulstarten gilt heute der Grundsatz "So gründlich wie nötig, aber so schonend wie möglich". Man hat erkannt, daß jedes Zuviel - und das gilt in gleicher Weise für die radiologischen und chemotherapeutischen Krebsbehandlungsmethoden - den Gesamtorganismus und damit das körpereigene Abwehr- und Regenerationsvermögen schädigt. Jenseits des eben noch überwindbaren therapeutischen Traumas schlägt der Nutzen in den Schaden um, das Geschwulstleiden wird gefördert statt aufgehalten.

Wenn der Krebspatient nach Abschluß der operativen oder radiologischen Maßnahmen aus der Klinik entlassen wird, befindet er sich aus den angegebenen Gründen auch günstigstenfalles immer in einem mehr oder weniger beeinträchtigten Gesundheitszustand. Er fühlt sich infolge der chirurgischen Gewebs- oder Organentnahme oft erheblich verstümmelt, minderwertig und benachteiligt. Durch den wochen- oder monatelangen Klinikaufenthalt ist er seiner Umgebung und seinem Arbeitskreis entwöhnt. Es kann zu familiären oder partnerschaftlichen Schwierigkeiten kommen. Die Ungewissheit über das weitere Schicksal und die Unsicherheit infolge der meist unterbliebenen oder mangelhaften Aufklärung über das Krankheitsgeschehen verursachen mannigfache psychische und physische Konflikte. Dazu kommt die je nach Geschwulstart prozentual verschieden hohe, aber immer vorhandene Gefahr des Fortschreitens, des Wiederauftretens oder der metastatischen Streuung des Tumors. Oft liegen in der Fortsetzung der Bestrahlungen oder auch nur in den beunruhigenden klinischen Kontrolluntersuchungen Momente weiterer Belastung. In dieser Phase der Erkrankung bedarf der davon Betroffene der seelischen FÜhrung, der verständnisvollen Wiedereingliederung in Familie und Beruf, der körperlichen Nachsorge und auch des medizinischen Schutzes vor Komplikationen, kurz, einer umfassenden Rehabilitation und Betreuung. Dieser Teil der Krebstherapie wurde seit jeher stark vernachlässigt. In chronologischer Reihenfolge seien hier mahnende Stimmen aus der einschlägigen Literatur wiedergegeben.

1958, Prof.Dr.W. D i c k, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Tübingen (13): "Die Nachsorge (oder nachgehende Fürsorge) für unsere Krebskranken nach Abschluss einer operativen Behandlung läßt ... noch recht viele Wünsche offen, obwohl auch diese Kranken einer solchen dringend bedürfen ... Es will uns scheinen, als könnten durch eine gewissenhafte Nachsorge die leider noch recht unbefriedigenden Behandlungserfolge verbessert werden;

vielleicht könnte sogar der eine oder andere Kranke vor dem traurigen Schicksal eines Krebsückfalles bewahrt werden. Selbst wenn es uns gelänge, eine längerdauernde Beschwerde- und Rezidivfreiheit zu erreichen, so wäre auch das schon ein beachtlicher Gewinn."

An anderer Stelle: "Allerdings ist es bisweilen auch so, dass einzelne Ärzte und Chirurgen nach Abschluß der Wundheilung nach einer Krebsoperation mit dem Kranken nicht viel anzufangen wissen; manchmal ist das Interesse mit der Operation erloschen, und der Kranke wird sich selbst überlassen."

An anderer Stelle: "Wir wissen nie, ob unser operativer Eingriff auch wirklich alles Krebsgewebe eliminiert hat; wir müssen daher i n j e d e m F a 1 1 - auch wenn die Verhältnisse bei der Operation noch so günstig zu liegen scheinen - mit dem Zurückbleiben von Krebsgewebe rechnen und daher alle Operierten in unsere Nachsorge einschliessen, weil wir eine Auswahl nach wirklich radikal Operierten nicht treffen können.

Bei den Kranken, die trotz Operation Krebsträger geblieben sind, haben die nachsorgerischen Massnahmen den Charakter einer zusätzlichen Krebs t h e r a p i e, bei den durch die Operation von ihrem Krebs restlos Befreiten hingegen den Charakter einer reinen Krebs- P r o p h y 1 a x e .“

An anderer Stelle: "Diese Hoffnungen knüpfen sich an Erfahrungen, die wir in der operativen Tuberkulosebehandlung gewonnen haben. Die operative Ausräumung eines Tuberkuloseherdes führte früher sehr häufig zu einer tuberkulösen Aussaat, zur Miliartuberkulose. Diese Gefahr ist durch eine prä-, intra- und postoperative Behandlung mit Tuberkulostatika heute weitgehend gebannt. Bei Krebsoperationen müssen wir manchmal erleben, dass einem Ausrottungsversuch mit dem Messer eine wilde Metastasierung folgt, so daß man sich des Eindruckes nicht erwehren kann, durch die Operation Anlass zu einer Tumorstreuung gegeben zu haben."

An anderer Stelle: "Sie (Spätmetastasen und Spätrezidive) zeigen uns, daß der Betroffene trotz Operation Krebsträger geblieben war. "

An anderer Stelle: "Zweck meiner Ausführungen war, mich selbst und meine engeren Fachkollegen daran zu erinnern, daß mit der abgeschlossenen Krebsoperation noch lange nicht die Behandlung abgeschlossen ist; daß ein Zusammenarbeiten mit dem Strahlentherapeuten und dem praktischen Arzt erforderlich ist, um das Beste aus dem bisher Möglichen für unsere Kranken herauszuholen.

Es wäre wirklichkeitsfremd, wenn wir uns nun von einer intensiven postoperativen Betreuung unserer an Krebs operierten Patienten eine umwälzende Verbesserung der Behandlungserfolge versprechen würden; der Kampf geht heute nicht um Prozente, sondern um Bruchteile von Prozenten. Wenn es jedem von uns gelänge, in seinem langen Chirurgenleben auch nur einen Krebsrückfall zu verhüten oder bei einem anderen das eingetretene Rezidiv zu beseitigen, bei wenigen den Eintritt des Rezidivs hinauszuschieben, bei einigen die Überlebenszeit zu verlängern und bei etlichen Unheilbaren palliative Hilfe, Linderung von Schmerz und seelischer Not durch unsere nachsorgende Betreuung gebracht zu haben, dann hätte sich die aufgewendete Mühe gelohnt !"

1958, Prof. Dr. H. J. S c h m e r m u n d , Direktor der Universitätsfrauenklinik Hamburg-Eppendorf (49): „Die Beobachtung jedoch, daß eine verhältnismässig große Anzahl der

Karzinome schließlich klinisch dennoch ausheilen, läßt den Schluß zu, daß es dem Organismus im Laufe der Ausheilungsvorgänge gelingt, mit den verbleibenden Karzinomzellen fertig zu werden. Diese reparatorische Leistung betrifft sowohl den Gesamtorganismus als auch das Gewebe in der Geschwulstumgebung. Die Nachbehandlung der Karzinomkranken in dieser Regenerationsphase bedeutet damit gerade nach Durchführung der auf die Ausschaltung des Geschwulstprozesses gerichteten eingreifenden Maßnahmen eine ganz besondere ärztliche Aufgabe. Wie wir heute auf Grund der allgemeinen Erfahrungen mit Sicherheit sagen können, ist eine sorgfältige Nachbehandlung operierter oder bestrahlter Patienten nahezu ebenso wichtig wie die Behandlung des Geschwulstprozesses selbst.

Nach den allgemeinen klinischen Erfahrungen steht die Kräftigung des Allgemeinzustandes des durch das Karzinom und durch die Noxe der Behandlung geschwächten Organismus bei der Nachbehandlung im Vordergrund. Wie die Erfahrung immer wieder zeigt, nehmen die Erholungs- und Ausheilungsvorgänge Wochen und Monate in Anspruch."

1960, Prof. Dr. G. M a u r e r , Direktor der 2. Chirurgischen Universitätsklinik München (40): "Weit verbreitet ist leider die Ansicht, dass ein Patient nach radikaler Krebsoperation von seinem Leiden befreit sei und somit besonderer ärztlicher Überwachung nicht mehr bedürfe. Nicht selten begegnet man ferner der Meinung, daß alle Behandlungsmaßnahmen vergeblich seien, wenn es nicht gelang, ein Malignom radikal zu entfernen und der Patient seinem Schicksal überlassen werden muß.

Beide Überlegungen sind falsch! Wer vermöchte zusagen, daß eine "Radikaloperation" imstande war, die Krebsgeschwulst restlos auszurotten? Welcher Arzt wäre nicht bestrebt, alles an Massnahmen aufzubieten, um das Schicksal derjenigen Krebskranken günstig zu beeinflussen, die keinem Eingriff mit Aussicht auf Dauerheilung mehr zugeführt werden konnten?

Ausserhalb Operation und Bestrahlung, die an der ö r t 1 i c h e n Krebsgeschwulst angreifen, steht uns heute ein umfangreiches Programm der Nachsorge zur Verfügung, das zum großen Teil a 1 1 g e m e i n e Behandlungsmaßnahmen umfaßt.“

An anderer Stelle: "Vergessen wir nicht: Die Krebsgeschwulst ist mit Operation und Strahlenbehandlung ö r t 1 i c h zu bekämpfen, die Krebskrankheit stellt ein a 1 1 g e m e i n e s Therapieprogramm dar. ”

1962, B a r t e 1 h e i m e r , M a u r e r und Mitarbeiter (5): "Eine Geschwulstbehandlung endet nicht mit der operativen Entfernung einer Geschwulst oder deren Bestrahlung bzw. kombinierten Behandlung, sondern sie erfordert auch eine sehr gründliche Nachsorge. Hierunter verstehen wir nicht allein die in regelmäßigen Abständen vorzunehmenden Kontrolluntersuchungen, sondern auch die Fürsorge für den behandelten Patienten. Die Führung des Krebskranken muß in enger Fühlungnahme zwischen dem Hausarzt und dem ihn beratenden Arzt, der die entscheidende Therapie durchgeführt hat, stattfinden."
An anderer Stelle: "Nachuntersuchungen behandelter Genitalkarzinome sollen gleichzeitig Vorsorgeuntersuchungen hinsichtlich anderer maligner Tumoren sein."

1966/68/69, H o 1 d e r , M e y t h a 1 e r und d u M e s n i 1 d e R o c h e m o n t (24): "Durch die sinnvolle Ausschöpfung aller therapeutischer Möglichkeiten läßt sich also in vielen Fällen der Krebstod verhindern, bei manchen anderen Kranken um Monate und sogar Jahre hinausschieben, ein Erfolg, der bei manchen anderen, viel weniger als schicksalhaft

empfundenen Leiden, wie Herz- und Gefäßerkrankungen, nicht mit gleicher Konsequenz zu erzielen ist."

An anderer Stelle: "Den Abwehrkräften des Körpers kommt bei der endgültigen Vernichtung der geschädigten, aber nicht zerstörten Krebszellen eine wesentliche Bedeutung zu. Wir halten deshalb die Allgemeinbehandlung des Krebskranken mit dem Ziel, diese Abwehrkräfte zu stärken, für außerordentlich wichtig und möchten der immer noch nicht ausgerotteten Auffassung, mit der Operation und der Bestrahlung sei der Tumor überwunden und der Organismus brauche nur noch die dabei gesetzten Schädigungen zu reparieren, energisch widersprechen. Man muss sich immer wieder vergegenwärtigen , daß trotz zureichender Behandlung lebensfähige Krebszellen im Körper zurückbleiben, denn die operative Behandlung ist nicht in der Lage, die weitere Umgebung des Tumors und die Metastasenbahnen restlos zu säubern. Deshalb ist die Nachbehandlung ebenso wichtig wie die Operations- und Bestrahlungsmassnahmen, denn sie dient dazu, dem Körper die notwendigen Abwehrleistungen zu ermöglichen."

An anderer Stelle: "Bei der Behandlung bösartiger Geschwulstleiden muß einmal versucht werden, die Geschwulst selbst zu bekämpfen, zum anderen soll angestrebt werden, eigene Abwehrkräfte des Körpers gegen das Geschwulstgeschehen zu stützen oder zu mobilisieren. Zu allen Zeiten ist auf die Bedeutung einer solchen Zusatztherapie hingewiesen worden (vgl. Bauer, Herberger u.a.). Der Wert einer Zusatztherapie ist allgemein anerkannt, obwohl ihre, die körpereigenen Abwehrkräfte stützenden oder steigernden Effekte nicht immer wissenschaftlich exakt zu definieren sind."

1968, Prof. Dr. K. K a r r e r , Institut für Krebsforschung der Universität Wien (30): "Mit anderen Worten: Auch der "radikal" operierte Patient ist weiterhin u n b e d i n g t als Tumorträger aufzufassen und dementsprechend zu behandeln. Wenn von den heutigen Medikamenten kaum zu erwarten ist, daß mit ihnen eine völlige Zerstörung aller soliden Tumorzellherde im Sinne einer "Therapia magna sterilisans“ zu erreichen ist, müßen wir folgerichtig eine Langzeittherapie ins Auge fassen.

Geht man von der Auffassung aus, daß eine Operation oder eine Strahlentherapie Patienten mit Tumoren nur in einem relativ kleinen Prozentsatz von ihrem Tumorleiden wirklich befreien kann, so bleibt für den überwiegend großen Rest der Befallenen die Notwendigkeit einer ständigen ärztlichen Betreuung und entsprechenden Behandlung des derzeit nicht völlig heilbaren Leidens. Es käme danach vor allem darauf an, durch optimale Therapie das Leben des Patienten mit seinem Tumorleiden möglichst erträglich zu gestalten und das Ende so weit wie möglich hinauszuschieben."

An anderer Stelle: "Von dieser Unterstützung hängt es ab, mit welcher Geduld die Patienten zu einer langdauernden Behandlung bereit sind. Solange der Patient anscheinend völlig gesund ist und die seinerzeitige Tumoroperation überstanden hat, wird die Bereitschaft zu einer solchen Behandlung nur auf das Vertrauen zum Arzt gestützt sein. Die Überzeugungskraft des Arztes wird aber wesentlich davon bestimmt, wie weit dieser selbst von der Zweckmässigkeit seines Vorgehens überzeugt ist. Dieser Umstand hängt aber nicht nur vom Studiengang und der klinischen Ausbildung, sondern auch vom Grad der ärztlichen Fortbildung ab."

1970, S c h m ä h 1 (47): "Die Operation und die Bestrahlung stellen ihrem Wesen nach lokale oder höchstens regionale Eingriffe dar, die wohl den Primärtumor beeinflussen können, aber nicht die Metastasen."

An anderer Stelle: "Die hier vorgetragenen Befunde weisen darauf hin, daß es ein "Abwehrvermögen" des Körpers gegen Krebs geben muß, dessen Zusammenbruch möglicherweise erst die Voraussetzung zur Entwicklung der Geschwulst schafft."
An anderer Stelle: "Die vorgetragenen Befunde haben übereinstimmend mit den Erfahrungen der Klinik, der Pathologie und dem Experiment gezeigt, daß es ein "Abwehrvermögen" des Körpers gegen Krebszellen geben muß. Diese Abwehrfunktionen können sowohl als eine Leistung des gesamten Organismus gedeutet werden, als auch einen organtypischen Charakter tragen.

Wenn wir auch den Begriffen wie "Abwehrkräfte des Körpers" oder „Milieubedingungen“ noch keine substanziell fassbaren Korrelate zuordnen oder gar sie lenken können, so wissen wir doch heute vor allem aus den experimentellen Erfahrungen, daß diese Dinge existent sind und beim Krebs- und Metastasenwachstum eine wichtige Rolle spielen."

An anderer Stelle: "Denn der beste Arzt und Therapeut ist auch heute noch derjenige, der es versteht, die natürlichen Abwehrreaktionen des Körpers gegen eine Krankheit zu erkennen und sie durch therapeutische Eingriffe zu unterstützen oder nachzuahmen. Solange uns aber ein wissenschaftliches Verstehen der erkennbaren Phänomene und der Bedingungen des Krebswachstums fehlt, so lange müßen wir uns mit den heute gebräuchlichen, relativ groben therapeutischen Maßnahmen vertraut machen, diese weiter studieren, zu vervollkommnen und zu verbessern, um den Patienten helfen zu können."

1972, H ö h n e (23): "Eine große Zahl von Hilfsmethoden stellt - in geeigneter Kombination - einen Hauptpfeiler der heute weit verbreiteten nachgehenden Krebskrankenfürsorge in Form einer sog. "Zusatztherapie“ oder "Ergänzungsbehandlung" dar. Diese Maßnahmen kommen schon während der eigentlichen Krebsbehandlung zur Anwendung und werden posttherapeutisch konsequent über viele Monate, gelegentlich bis zu einigen Jahren weitergeführt. Bei allen Krebserkrankungen der Frau hat eine derartige Metaphylaxe eine erhebliche Ausweitung erfahren, und sie wird von Kirchhoff und vielen anderen Gynäkologen mit Recht als eine d r i t t e W a f f e im Kampf gegen den Krebs bezeichnet.

Solche Maßnahmen haben ihre prinzipielle Berechtigung in der nicht zu leugnenden ärztlichen Erfahrung, daß das Schicksal eines Krebskranken keinesfalls immer nach Abschluß der operativen- oder Strahlenbehandlung entschieden sein muß, sondern offensichtlich in einem gewissen, wenn auch nicht zahlenmässig belegbaren Ausmaß von günstigen inneren und äußeren Bedingungen und manchen bekannten oder unbekannten Faktoren mitbestimmt werden kann. Schnelle und voreilige Resignation des Arztes angesichts einer wahrscheinlich ungünstigen Prognose einer Krebserkrankung wäre andererseits das Schlechteste, was gegen den Krebs unternommen werden kann.“

1973 erklärte Prof. Dr. E. G r u n d m a n n, Pathologisches Institut der Universitätsklinik Münster, auf dem Internistenkongress in Wiesbaden, daß das Schicksal der Krebskranken - unabhängig von der Effizienz vorausgehender operativer oder radiologischer Maßnahmen - vorwiegend von der "zwischen der körpereigenen Resistenz und der Virulenz des Tumors sich abspielenden Bilanz" abhinge.

1974 schreibt Dr. A. L e o n h a r d t, Gynäkologisch-onkologische Klinik Bad Trissl (35): "An der Spitze der Therapie des weiblichen Unterleibs- und Brustdrüsenkrebses stehen nach wie vor Operation und Bestrahlung. Eine optimale Betreuung und Behandlung der Krebspatientin ist hiermit allerdings noch lange nicht beendet. Weitere diagnostische und

therapeutische Maßnahmen, die wir unter dem Begriff der Nachbehandlung zusammenfassen, sind zur Aufrechterhaltung des primär erzielten Behandlungserfolges unerlässlich. Aufgabe einer solchen Nachbehandlung ist es, den durch Operation oder Bestrahlung errungenen, lokal begrenzten Effekt abzusichern, ihn auf den Gesamtorganismus auszudehnen und die oft unvermeidbaren therapiebedingten Nachteile und Begleiterscheinungen so gering wie möglich zu halten bzw. auszuheilen.

Eine optimale gynäkologische Tumornachbehandlung gliedert sich in einen stationär-klinischen und einen ambulanten Teil. Der stationäre Teil schliesst sich als Weiterbehandlung unmittelbar an die Operation und Bestrahlung an. jetzt gilt es, den durch die grossen Eingriffe erheblich in Mitleidenschaft gezogenen Allgemeinzustand der Patientin zu bessern, therapiebedingte Organ- und Funktionsausfälle oder Veränderungen zu erkennen und optimal auszugleichen sowie durch geeignete Massnahmen das Rückfallrisiko zu mindern. Nach einer kürzeren oder längeren Pause schließt sich daran die Intervall-Nachbehandlung an. Diese sollte, sofern kein erhöhtes Krebsrisiko oder ein Verdacht auf ein Rezidiv besteht, zumindest am Ende des ersten, des zweiten und des dritten Jahres nach Behandlungsbeginn erfolgen, da erfahrungsgemäss 80 – 90 % aller Rezidive gynäkologischer Geschwulsterkrankungen innerhalb dieses Zeitraumes auftreten."

S o e r g e 1 (54) gibt die Zahl der während der ersten 2 Jahre nach Abschluss der klinischen Behandlung entstehenden Rückfälle mit 85,7 % an, S c h r i m p f (50) mit 74,1 % im ersten, mit 12,7 % im zweiten, mit 6,7 % im dritten postoperativen Jahr.

Hierher zählt auch das Auftreten der sogenannten Zweit-Tumoren, also von bösartigen Geschwülsten, die keinen Zusammenhang mit dem Erst-Tumor haben. L I E K (37) schreibt: "Gelegentlich (in 1 - 1 ½ % der Krebserkrankungen) treten gleichzeitig mehrere primäre Krebse auf. GÖTZE beobachtete bei einem Menschen sieben Primärkrebse. Diese multiplen Krebse können den gleichen, aber auch verschiedenen histologischen Aufbau zeigen. Sehr auffallend ist auch die Tatsache, daß bei Menschen, die eine zunächst erfolgreiche Krebsoperation bzw. Krebsbestrahlung durchgemacht haben, nach Jahren Krebse anderer Organe und von ganz anderem histologischen Aufbau sich einstellen. Solche Beobachtungen macht jeder beschäftigte Arzt. Ein Krebsausbruch ist beseitigt, es dauert Monate, es dauert Jahre, selten Jahrzehnte, und an irgendeiner Stelle des Körpers tritt wieder Krebs auf. Ich sage, jeder praktische Arzt sieht es, nur der Wissenschaftlerg der auf ein Dogma schwört, hier auf die VIRCHOWsche Lehre von der örtlichen Natur des Krebses, geht an diesen Krankengeschichten vorüber." H a g e m a n n (21) fand unter 285 obduzierten Karzinomträgern 140 = 4,31 % (???) Doppel-Malignome und 7 = 0,52 % Dreifach-Malignome. T r ü b (57) berichtet Über 1,3 % Träger sekundärer Tumore unter 14 236 Nachkur-Patienten. Von den Patientinnen mit Genitaltumoren allein waren es 1,2 %. Eine Untersuchung von Leonhardt und von Beaufort (36) ergab bei 836 Mamma-Karzinom-Patientinnen während der Nachbehandlung 50 = 5,89 % Zweittumoren, wobei allerdings nur solche im Genitalbereich berücksichtigt wurden. Die Verfasser stellen deshalb fest: "Bei Patientinnen mit einem Mammakarzinom besteht ein signifikant erhöhtes Risiko, an einem Zweittumor zu erkranken." K a r r e r (30) ist der Meinung, „daß ein Krebskranker, auch wenn er ein erstes Karzinom überstanden hat, ein Risikopatient für die Entstehung eines zweiten, neuen Karzinoms ist. Man muß aus den bisherigen Unterlagen annehmen, dass die Häufigkeit von Zweitkarzinomen bei seinerzeit Krebskranken, die geheilt wurden, signifikant größer ist als die der Allgemeinbevölkerung. Daraus geht hervor, daß ein einmal krebserkrankter Patient mit einer g r ö ß e r e n I n t e n s i t ä t und einer g r ö ß e r e n F r e q u e n z auf das Auftreten eines Zweitkarzinoms kontrolliert werden soll."

Die generelle Anfälligkeit des Krebs-Rekonvaleszenten zeigt sich schon in der Häufigkeit anderweitiger, nicht bösartiger Zweit-Krankheiten, die ungewöhnlich hoch liegt.

T r ü b (57) gibt sie mit 45,8 % an, L e o n h a r d t (35) bei 442 Kollumkarzinom-Patientinnen mit 47,7%, wobei die Harnwegbefunde besonders häufig waren.

L e o n h a r d t (35) äußert sich hinsichtlich der Krebs-Nachbehandlung weiterhin wie folgt: "Um die kontinuierliche Überwachung und Betreuung der Tumorpatienten sicherzustellen, hat zwischen den (stationären) Intervall-Nachbehandlungen die gleichrangige ambulante Nachbehandlung durch den Haus- oder Facharzt stattzufinden. Sie besteht in den regelmässigen kurzfristigen Kontrollen und der spezifischen Behandlung sowie in den anfangs vierteljährlichen, später selteneren Nachuntersuchungen durch die primär behandelnde Klinik.

Sicherlich ist für eine operierte oder bestrahlte Patientin ein (beliebiger) Kuraufenthalt besser als gar nichts.

Nur entspricht diese Form der Nachsorge weder den heutigen Erkenntnissen noch den medizinischen Erfordernissen. Vielmehr bedarf eine solche Patientin einer ausgiebigen Diagnostik und konsequenten Therapie. Insbesondere ist während der Zeit des erhöhten Risikos dem permanenten Ausschluß oder aber dem frühzeitigen Nachweis eines Rezidivs oder einer Metastasierung größte Aufmerksamkeit zu schenken. In beiden Fällen gilt der gleiche Grundsatz wie bei jedem Krebs: Je früher die Diagnose, desto besser die Prognose. In den Bereich der Nachbehandlung gehört somit auch die Weichenstellung zur Einleitung evtl. notwendig werdender erneuter operativer oder radiologischer Maßnahmen, chemotherapeutischer oder hormonaler Behandlungsformen. Generell jedoch muß der A 1 1 g e m e i n z u s t a n d verbessert werden, wodurch indirekt auch die k ö r p e r e i g e n e A b w e h r gestärkt wird. Die bereits erwähnten Nebenwirkungen der Primärtherapie gilt es zu überwachen und zu beheben, außerdem Zweitkrankheiten nicht karzinomatöser Art zu behandeln, weil diese auf lange Sicht die Widerstandskraft schwächen und damit krebsbegünstigend wirken können."

In seiner Eröffnungsrede des Deutschen Krebskongresses in München führte 1974 Prof. Dr. C. G. S c h m i d t, Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft, u.a. aus, daß man die Erstbehandlung des Geschwulstkranken zwar "im Griff habe, daß die Schwierigkeiten jedoch in der Nachbehandlung zu suchen seien und daß " e i n e a u s g e s p r o c h e n e U n t e r v e r s o r g u n g“ dieser Patienten in den ärztlichen Praxen vorliege. Ein ähnliches Echo hinterliess der Chirurgenkongress 1975, auf dem ebenfalls der Ruf nach einer verbesserten interdisziplinären Zusammenarbeit laut wurde. Unter dem gleichen Motto stand die in Nr.27/1975 "Deutsches Ärzteblatt" veröffentlichte Denkschrift von S c h m i d t und S c h e r e r "Zur Situation der Onkologie in Deutschland". Hier wird ausdrücklich der Ausbau der bisher vernachlässigten konservativen Fächer im Rahmen der klinischen Tumorheilkunde gefordert, mit dem Eingeständnis, daß die nachklinische Betreuung des Krebskranken bisher in nicht verantwortbarer Weise "von Resignation bestimmt und belastet" war. Prof. Dr. E. S e w e r i n g, Präsident der Bundesdeutschen Ärztekammer, fügte dieser Denkschrift einen Anhang über die wünschenswerte Zusammenarbeit zwischen freipraktizierenden und klinischen Onkologen bei, in dem er die während des nachklinischen Stadiums erforderliche ambulante Behandlungsphase als "für das Schicksal des Krebspatienten in psychischer und physischer Hinsicht ü b e r a u s w i c h t i g“ bezeichnet und hierfür "eine systematische Planung auf lange Sicht" fordert.

Die auf eine ergänzende Tumortherapie gerichteten Forderungen fanden schon seit 25 Jahren ihren Niederschlag in vielfältigen Bemühungen um die Verwirklichung einer verbesserten Nachbehandlung.

1951 wurde unter besonderer Befürwortung durch Prof. Dr. W. FLASKAMP in der Abteilung für Gesundheit des damaligen Sozialministeriums in Düsseldorf die Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten Nordrhein-Westfalen gegründet, abgekürzt GBK. Sie machte sich zur Aufgabe die Aktivierung der Laienaufklärung, der Prophylaxe und der Früherkennung, vor allem jedoch die praktische Durchführung der metaphylaktischen Nachbehandlung der aus klinischer Obhut entlassenen Krebskranken in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern. 1954 folgte auf Veranlassung von Prof. Dr. H. M a r t i u s die Gründung der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen, Sitz Bochum, abgekürzt Arge. Ihr gehören einstweilen 17 Versicherungsträger und Krankenkassen an. Es entstanden nach und nach über 20 "Außenstationen", technisch und personell zweckentsprechend ausgestattete, klimatisch günstig gelegene Sanatorien in allen Gegenden der Bundesrepublik, die 1956 ihre Arbeit aufnahmen.

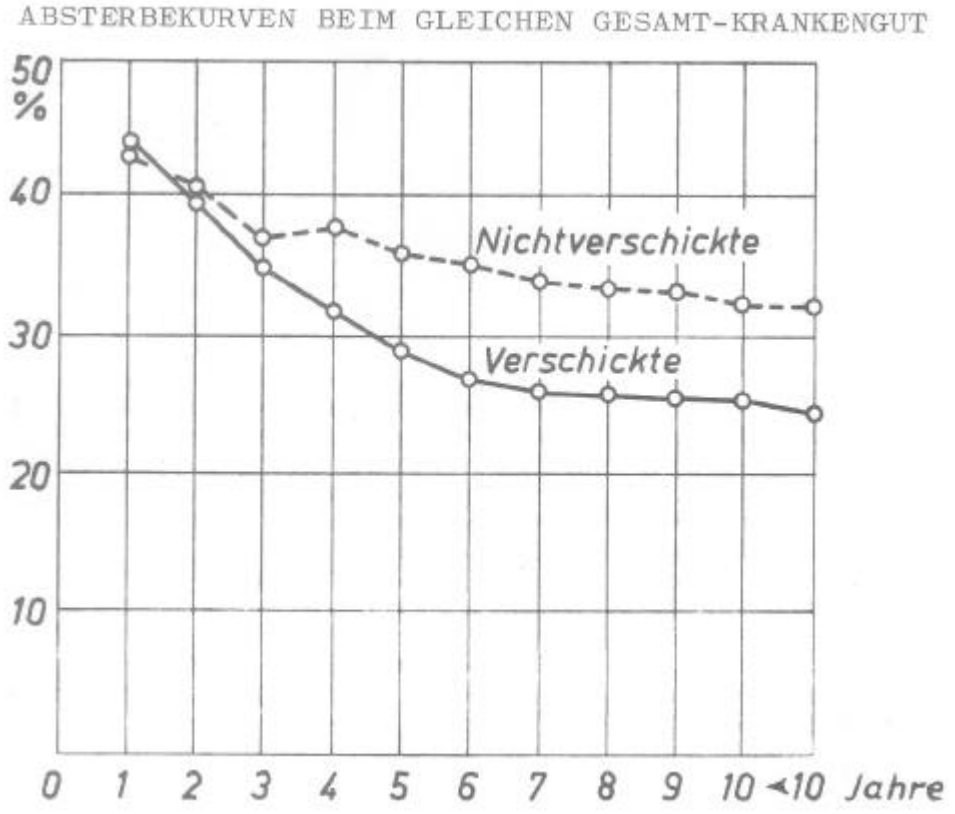
Die Durchführung eines systematischen Nachsorgeprogramms erfordert eine gute diagnostisch-therapeutische Ausstattung der in Frage kommenden Anstalten. Insbesondere sollte eine entsprechende psychosomatische (leib-seelische) Führung der Nachkurpatienten gewährleistet sein. Die während einer Nachbehandlungsperiode empfehlenswerte "Basistherapie" umfasst nach L e o n h a r d t (35) "körperliche Schonung, Frischluftbehandlung und leichte, eiweißreiche Kost. Medikamentös erhalten die Patientinnen in Bad Trissl einmal ein Präparat zur Verbesserung der Eiweißbilanz, Gammaglobuline zum Ausgleich fehlender Antikörper (Abwehrstoffe), eine Enzymkombination zur Unterstützung der Verdauungsvorgänge sowie das Milchsäurepräparat Hylak zur Normalisierung der Darmflora. Hinzu kommt die Behandlung evtl. vorhandener, nicht krebsbedingter Zweitkrankheiten." (vgl.S. 16) In einer diesen Grundsätzen ähnlichen Weise wird auch in den Nachkurheimen der Arge eine dem Einzelfall individuell angepasste Behandlung durchgeführt. Sie besteht aus diätetischen Massnahmen, Freiluftbehandlung, Bewegungstherapie, Atemgymnastik, Kneippschen Anwendungen, Liegekuren, Verabfolgung von Vitaminen, Hormonen, eiweißaufbauenden Stoffen, unspezifischen,das Mesenchym (Bindegewebe) aktivierenden Medikamenten, Leberschutzbehandlung, im Bedarfsfall Bluttransfusionen und Chemotherapie. Bei M e r t e n und R u p p r e c h t (41) lesen wir: "Als Nachkuren im Anschluß an Operation oder Strahlenbehandlung einer Krebsgeschwulst genügen die Maßnahmen vom Typ der üblichen Erholungskuren nicht. Sie müssen vielmehr die Voraussetzung für eine planmässige Nachbehandlung unter ärztlicher Leitung erfüllen. Man nennt sie deshalb Sicherungskuren. Sie umfassen diätetische und medikamentöse Verordnungeng vor allem auch die Chemotherapie und die Anwendung von mesenchymaktivierenden Medikamenten, Hormonen und Vitaminen. Die Sicherungskur wird nach einem bestimmten Zeitablauf wiederholt, um den Kurerfolg zu sichern. Für die Sicherungskuren kommen nur erfolgreich (chirurgisch und radiologisch) behandelte Patienten in Frage. Erfolg bedeutet hierbei auch schon Stillstand der Krebserkrankung. Grundsätzlich sollen nur kur- und reisefähige Patienten zur Nachkur verschickt werden. Pflegebedürftige und bettlägerige Patienten sind hierzu keinesfalls geeignet. Für den Nachkurerfolg ist der Zustand des Gebisses und die vorherige S a n i e r u n g anderer fokaler (herdbedingter) Erkrankungen (z.B, der Mandeln, der Nebenhöhlen etc.) von Bedeutung. Die Kurdauer richtet sich nach dem einzelnen Krankheitsfall und beträgt in der Regel vier bis sechs Wochen."

Als neuer Gesichtspunkt erscheint hier der Hinweis auf die Wichtigkeit der Entherdung bzw. Sanierung als Vorbedingung einer wirksamen Nachbehandlung. Leider finden diesbezügliche diagnostische und therapeutische Massnahmen bei der Mehrzahl der Krebskranken und Krebsgefährdeten weder prä- noch postoperativ die nötige Beachtung, obwohl erwiesen ist, daß aus kranken, nicht voll lebensfähigen oder toten, also abgetöteten, wurzelgefüllten oder mit Stiften versehenen Zähnen lebenslänglich Toxine (Zersetzungsprodukte) in den Organismus gelangen, die über das zentrale Stammhirn und die vegetativen Nervenfasern schwere Regulationsstörungen der kapillaren Endstrombahn und des Lymphkreislaufes, ausserdem Schäden der enzymatischen Sauerstoffversorgung in der Zellwand verursachen. All diese Veränderungen haben unter ungünstigen weiteren Umständen als Krebsvorstufe (Präkanzerose) zu gelten. Die Unterlassung herddiagnostischer und herdbeseitigender Maßnahmen im Verlauf der klinischen und nachklinischen Tumortherapie muß nach den heute vorliegenden Erkenntnissen als schwerwiegende Benachteiligung, ja, Gefährdung des Patienten angesehen werden. Da dieser Umstand nicht Gegenstand des vorliegenden Gutachtens ist, sei er nur am Rande erwähnt und auf die wichtigsten Autoren dieses Spezialgebietes (ohne nähere Literaturangabe) verwiesen: P r ö 1 1 , P i s c h i n g e r , A 1 t m a n n , A i g i n g e r , Z a b e 1 u. a.

Die Beurteilung des generellen Erfolges einer wie immer gearteten Nachsorgebehandlung ist deshalb schwierig, weil eine Gegenüberstellung vergleichbarer Gruppen nachbehandelter und nicht nachbehandelter Krebspatienten in größerem Umfang vorerst noch nicht möglich ist. Eine solche vergleichende Beurteilung setzt eine Registrierung gleichartiger Geschwulstverläufe voraus, die jedoch mangels allgemeiner Meldepflicht und statistischer Erfassung der Krebserkrankungen, wie sie für viele Infektionskrankheiten üblich ist, auf Bundesebene vorerst noch fehlt. Ausserdem liegen noch keine vergleichbaren Erfahrungen vor über die unterschiedliche Auswirkung klimatischer, ortsgebundener, ernährungsmäßiger Genesungsfaktoren und sonstiger variabler Milieubedingungen vor. Hierzu äußern sich T r ü b und H u m p e r d i n c k (58): "Eine mathematisch gesicherte, statistisch verwertbare Nachkur-Erfolgsstatistik hat das Vorhandensein eines "Krebsregisters“, und dieses wiederum die Meldepflicht jedes Erkrankungsfalles zur Voraussetzung. Erst dadurch wäre die Grundlage für eine medizinische Dokumentation und erfolgsstatistische Auswertung der gesamten ambulanten und stationären nachsorgenden Maßnahmen möglich." An anderer Stelle lesen wir jedoch beim gleichen Autor: "Die Quote der Überlebenden Nachkurpatienten mit weiblichem Unterleibs- und Brustdrüsenkrebs w ä c h s t mit der Zahl der Nachkuren .... unter R ü c k g a n g d e r T o d e s q u o t e“. Bei 14 233 Nachkurpatienten der Arge wurde laut sanatoriumsärztlichem Urteil in 70,3 % hinsichtlich des Allgemeinbefindens eine Besserung erzielt, 19,9 % blieben unbeeinflusst, bei 2,2 % verschlechterte sich das Befinden, bei 11 % schritt das Krebsgeschehen weiter. Die durch die Arge veranlassten Genesungskuren lassen ausserdem eine mit der Häufigkeit ihrer Wiederholung zunehmend günstige Beeinflussung der zeitweiligen oder dauernden Erwerbs- und Arbeitsunfähigkeit sowie Minderung der späterhin erforderlich werdenden temporären Arbeitsausfälle erkennen. Auch K i r c h h o f f (32) bezeichnet an Hand einer Gegenüberstellung von 294 nachbehandelten Frauen mit Gebärmutterhalskrebs und 484 ebensolchen, die ohne Nachbehandlung blieben, dieses als "Weg zur Verbesserung der Heilungsergebnisse.“

Am augenfälligsten und beweiskräftigsten bieten sich die Erfolge der Nachkurbehandlung jedoch an jener Stelle, die als einzige in der Bundesrepublik sowohl über ein Krebs-Melderegister als auch über eine seit 1954 laufende Rehabilitations- und Nachsorge-Organisation verfügt. Führte D i c k (13) 1958 noch Bruchteile von Erfolgs-Prozenten als Argument für den Wert der Nachbehandlung ins Treffen, so lesen wir 1970 bei H e y d e , Tumorbehandlungsabteilung des Landes Hamburg (22): "Infolge dieser intensiven Nachsorge

war es möglich, a) die Heilungsziffer um 7% zu verbessern, wie die statistische Auswertung von 5557 Kranken mit dreifacher Signifikanz ergab, b) bei anderen Kranken eine Verlängerung der geschwulstfreien Zeit um durchschnittlich 1 Jahr zu erreichen, und c) eine größere Zahl von Kranken vor einer ständigen Erwerbsunfähigkeit zu bewahren."
Der Wichtigkeit dieser Erfolgsquote sei Rechnung getragen durch ihre graphische Wiedergabe:



Dem Beispiel von Hamburg und Nordrhein-Westfalen folgte die Landesärztekammer von Bayern, indem sie gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern 1968 die gynäkologisch-onkologische Klinik für Vor-, Weiter- und Nachbehandlung in Bad Trissl-Oberaudorf und 1969 die Schlossbergklinik in Oberstaufen, Klinik zur Behandlung von Tumorkranken, eröffnete. Im Februar 1967 wurde vom Sozialministerium der Regierung Niedersachsen ein Erweiterungsbau des Nachbehandlungs-Krankenhauses für Geschwulstkranke "Deisterhorst" in Bad Münder eröffnet.

Krebs-Melderegister bestehen außer in Hamburg im Saarland, in Süd-Württemberg, in der DDR, in Österreich, England, Schweden, Norwegen und in der UdSSR, doch liegen aus diesen Ländern keine Meldungen über Nachkuren Krebskranker und statistische Auswertungen derselben vor.

Was das Recht des Patienten auf die Mitteilung seiner Diagnose bzw. die Mitteilungsfplicht des Arztes betrifft, so liegen eindeutige Entscheidungen des Bundesgerichtshofs vor. Hierüber bei A d a m , Universitäts-Hautklinik Tübingen (1): "Der Bundesgerichtshof stellte fest (Entscheidung des Bundesgerichtshofes VI ZR 179/57 vom 16.1-1959), daß die Frage, ob der Kranke aufgeklärt werden müsse, nicht in das Ermessen des Arztes gegeben sei, sondern "eine vom Richter nachzuprüfende Rechtsfrage“ darstelle. Nur bei der Frage, w i e der Kranke

zu unterrichten sei, „könnten sich Sachkenntnis und Einfühlungsvermögen des Arztes auswirken." Gelegentlich der ZDF-Sendung "Gesundheitsmagazin Praxis" am 2.2.1976 wurde dies durch Dr. jur. R. H e s s erneut bestätigt. Trotzdem bestehen auch hierüberg besonders hinsichtlich bösartiger oder unheilbarer Leiden, in Laien- und Fachkreisen weitgehend divergierende Auffassungen. Von gewissen psychologisch begründeten Ausnahmen abgesehen, neigt die moderne Medizin dazu, dem Kranken in verständlicher Weise Einblick in sein Leiden und in die für ihn wissenswerten Einzelheiten seiner Behandlung zu geben. Kann sich der Operateur und Radiologe während der relativ kurzen Zeit seiner Tätigkeit noch einigermassen um die Wahrheit drücken, so erfordert doch gerade die langzeitige Nachsorge ein erhebliches Mass an Einsicht in und Verständnis für die therapeutischen Vorgänge und aktive Mitarbeit des Kranken. Ein nicht aufgeklärter Patient läuft Gefahr, vieles für seine Genesung Wichtige zu unterlassen oder zu unterschätzen. Eine wahrheitsgetreue, wenngleich schonende und mit den rechten Worten erfolgende Aufklärung durch den Arzt ist immer noch besser als durch die Nachbarin oder die Putzfrau. Früher oder später kommt der Patient meist doch hinter die Art seiner Erkrankung, wenn auch auf krumme Touren, und diese Weisen der Information sind nicht dazu angetan, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu stärken. Ausserdem kann die wahrheitswidrige Beantwortung diesbezüglicher Fragen zu schwerwiegenden Folgen wie im Fall der Frau B. führen, indem der Kranke - durch die Auskunft des Arztes beruhigt und überzeugt von seiner gefahrlosen Situation - die wichtigen, zusätzliche Sicherheit bietenden Wege der Nachsorge weder kennenlernt noch einschlägt. I l l i g e r und M a r t z (25) äußern sich zu diesem Thema folgendermaßen: "Die Frage, ob der Patient und seine Angehörigen über die Erkrankung aufgeklärt werden sollen, wird immer wieder diskutiert. Wir halten es für wichtig, den Patienten grundsätzlich n i c h t anzulügen. Wahrheit am Krankenbett heißt aber nicht immer, die Diagnose mitzuteilen, sondern verlangt eine ärztliche Haltung gegenüber dem Patienten, die gekennzeichnet ist durch die Fähigkeit, sich mit dem Schicksal des Patienten auseinanderzusetzen.“

Bei H o 1 d e r , M e y t h a 1 e r und d u M e s n i d e R o c h e m o n t (24) lesen wir: „Über allem zeitlichen und technischen Aufwand darf die ärztliche Führung des Patienten nicht vernachlässigt werden, denn dem heutigen, vielfach auch durch die Laienpresse aufgeklärten Menschen sind Ausflüchte und Lügen über die wahre Natur seiner Krankheit nicht nur nicht mehr zumutbar, sie zerstören sogar geradezu das Vertrauensverhältnis zu den behandelnden Ärzten. Damit soll nicht einer brutalen Aufklärung über die Diagnose „Krebs“ das Wort geredet, sondern vielmehr eindrücklich darauf hingewiesen werden, daß vor jeder Therapie eine Aufklärung über Sinn und Ablauf der geplanten Maßnahmen und das erstrebte Ziel zu setzen ist, die in Form eines ausführlichen ärztlichen Gespräches der Mentalität des Patienten angepaßt, seine Einsicht und seinen Willen zur Mitarbeit anregen soll. Eine solche ärztliche Führung erzeugt eine Vertrauensbasis, die dem Patienten hilft, die unvermeidbaren Nebenwirkungen besser zu ertragen, weil er von ihrer Notwendigkeit weiß. Wir haben in vielen derartigen Gesprächen immer nur positive Auswirkungen gesehen und auch in den Fällen, bei denen wir die Diagnose Krebs offenbarten, nie einen dadurch ausgelösten Zusammenbruch erlebt."

0 e 1 k e r s (43) schreibt: „Eine Krebsdiagnose, auch wenn sie mit einer günstigen Prognose verbunden ist, wird regelmäßig zunächst zu einer seelischen Erschütterung führen. Damit steht jedoch nicht von vorneherein fest, daß diese Beeinträchtigung sich bei jedem Menschen heilungssehädigend auswirken muß. Vielmehr überwinden viele Kranke diesen Zustand der Angst und Erschütterung und wirken dann in voller Erkenntnis der Lage an der Behandlung mit. So ist z.B. die Aufklärungspflicht auch über den Krebsbefund den Ärzten in den städtischen Kliniken Hamburgs durch eine Dienstanweisung soweit zur Pflicht gemacht, als sie von der Rechtssprechung des BGH gefordert wird. Der Verfasser weiß aus persönlicher

Erfahrung und aus Gesprächen mit Ärzten der Klinik, dass in der Frauenklinik Finkenau in Hamburg - der größten ihrer Art in Norddeutschland - die Krebsdiagnose dem Patienten grundsätzlich mitgeteilt wird, wenn sie auf Grund der histologischen Untersuchung einwandfrei festgestellt worden ist. Hierbei gehen die Klinikärzte natürlich möglichst schonend vor und richten sich so weit wie möglich nach der Persönlichkeit des Kranken. Das Wort "Krebs" wird jedoch ausgesprochen. Auch in der Rheinischen Landesfrauenklinik in Wuppertal-Barmen wird in ähnlicher Weise vorgegangen.

Die Diagnose Krebs ist heute angesichts der in den Massenmedien geführten, vielfach von namhaften Ärzten unterstützten und zum Teil sogar geleiteten Aufklärungsaktionen nicht mehr mit der Erschütterung verbunden, die vor etwa 10 Jahren noch die Regel gewesen sein mag."

Bei abschließender Würdigung der Frage, ob die unter den gegebenen Umständen unterbliebene Nachbehandlung von Frau B. zu einer Beeinträchtigung deren Lebenserwartung geführt hat, wäre die Behauptung, eine solche hätte die Entstehung des tödlichen Gehirntumors mit einiger Sicherheit verhindert, ebenso falsch, wie die gegenteilige Behauptung, eine Nachbehandlung wäre völlig belanglos gewesen für den schicksalhaften Verlauf und das tödliche Ende der Krankheit.

Entscheidend für eine sachgerechte Beantwortung dieser Frage erscheint vielmehr der Umstand, daß nach den vorliegenden gutachtlichen Argumenten jeder an einer bösartigen Geschwulst jemals erkrankte Mensch - ungeachtet der Art, der Behandlung und der Prognose dieser Geschwulst und auch nach anscheinend radikaler Entfernung derselben - weiterhin unbedingt als krebsgefährdet zu gelten hat und nach den heute vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen und den an tausenden Krebsgefährdeter gewonnenen Erfahrungen grundsätzlich der im Gutachten beschriebenen Nach- und Sicherheitsbehandlung zugeführt werden muß. Ob die Erfolgsaussichten einer solchen im einzelnen Fall als gut oder schlecht zu bewerten sind, ist dabei belanglos. Es gelten jedoch generell hierfür die auf S. 23 des Gutachtens zitierten statistischen Angaben.

Frau B. konnte die Chance, die jeder an Krebs operierten Krankenkassenpatientin durch die Tumorbehandlungsabteilung in Hamburg oder über die Arge in Bochum kostenlos geboten wird, infolge der unterbliebenen bzw. falschen Information ihres Gatten nicht wahrnehmen. Dies geht aus der Situation zum Zeitpunkt nach der Operation eindeutig hervor. Es ist als erwiesen anzusehen, daß durch diese Unterlassung Frau B. eine heute weitgehend anerkannte und bewährte Absicherung, für die sie oder ihr Gatte sich andernfalls eigenverantwortlich entschieden hätten, unterblieb, was einer möglichen Verkürzung der Lebenserwartung gleichkam. Gerade diese Entscheidungsfreiheit aber will der Gesetzgeber dem Patienten durch die für den Arzt geltende Mitteilungspflicht ermöglichen und sichern.

Die Unterlassung der Mitteilung einer Krebsdiagnose - besonders dem Kranken selbst gegenüber - kann unter bestimmten Umständen berechtigt sein. Im vorliegenden Fall war dies falsch, weil es für Frau B. Nachteile brachte.

Die im Schreiben des Herrn Dr. P. an Herrn B. vom 9.1.75 enthaltenen Einwände sind nicht stichhaltig, da sie mit den heute geltenden wissenschaftlichen Auffassungen und Erfahrungen zu widerlegen sind. Die ein ¾ Jahrhundert nach Bekanntwerden der Virchowschen Zellularpathologie geltende lokalistische Theorie und die darauf basierende einseitig örtliche Krebstherapie ist nach allem, was im vorliegenden Gutachten an gewichtigen Argumenten zusammengestellt wurde, nicht mehr vertretbar. Kein Chirurg oder Gynäkologe darf heute

mehr „sicher“ sein, eine Patientin durch die operative Wegnahme einer bösartigen Geschwulst "geheilt" zu haben. Dies gilt in besonderer Weise für den Eierstockkrebs, dessen schlechte Quote an Dauerheilungen - vgl. S. 5 des Gutachtens - jeden Operateur vor falscher Sicherheit warnen muss. Vielmehr besteht in jedem Fall das unsichtbare Krebsgeschehen postoperativ als "Tumormilieu" weiter und kann - nach noch so frühzeitigem und radikalem chirurgischen Eingriff (vgl. S.4-16 des Gutachtens) - jederzeit, selbst nach Jahren, als Geschwulstrückfall (Rezidiv) oder Geschwulststreuung (Metastasierung) wieder auftreten. Daran ändert nichts die Tatsache, daß Frau B. 2 ½ Jahre lang nach der Operation von solchen Komplikationen verschont blieb. Immerhin fanden sich bei der Obduktion 1975 verschiedenartige, wenn auch gutartige Geschwülste in der rechten Nierenrinde, in der linken Niere und im rechten Schilddrüsenlappen (dem Gutachter mitgeteilt durch Herrn B. mit Brief vom 21.1.76). Diese Geschwülste konnten auf der gleichen kausalen Ebene wie solche bösartigen Charakters - hier der Hirntumor entstanden sein. Die wissenschaftliche Literatur bringt zahlreiche Beispiele dafür, daß sich gutartige Tumoren jederzeit in bösartige verwandeln können oder da´ß sich verschiedenartige bösartige Formen, wie bei Frau B., gleichzeitig oder nacheinander entwickeln können (vgl .S.15 + S.16 des Gutachtens).

Am Verhalten des Herrn Dr. P. ist vom ärztlichen Standpunkt aus des weiteren zu beanstanden, dass er Herrn B. auf dessen wiederholte Fragen die Wahrheit über die Erkrankung dessen Gattin vorenthalten hat. Die gesetzliche Verpflichtung des Arztes zur Mitteilung der Diagnose wurde wiederholt durch bundesgerichtliche Entscheidungen bestätigt. Der Arzt darf sich nur dann von dieser Verpflichtung entbunden fühlen, wenn Gefahr besteht, daß seine Mitteilung für den Patienten psychische oder physische Nachteile nach sich ziehen könnte. Diese Gefahr bestand im vorliegenden Fall nicht, weil nur Herr B., nicht jedoch seine kranke Gattin die Wahrheit erfahren hätte. Daß die Diagnose - laut Mitteilung von Herrn B. - vom Operateur im Juni 1971, also kurz nach dem Eingriff, einer Verwandten (Frau Petra B.) gegenüber geäußert wurde, genügte der ärztlichen Aufklärungspflicht, die nur dem Kranken und dem Ehemann bzw. der Ehefrau gegenüber besteht, keineswegs, sondern stellte zusätzlich einen Bruch der ärztlichen Schweigepflicht dar. Warum Herr Dr. P. Frau Petra B. Mitteilung von der Krebserkrankung der Patientin machte, Herrn B. diese jedoch vorenthielt, geht aus den Ausführungen im erwähnten Brief von Herrn Dr. P. nicht eindeutig hervor.

Herr B. versichert glaubhaft, daß er bei wahrheitsgemäßer Information alles getan hätte, um seiner Frau eine bestmögliche Nachbehandlung angedeihen zu lassen. Die wissenschaftliche Begründung, die theoretische Bedeutung und der effektive Nutzen einer solchen wurde im vorliegenden Gutachten ausführlich dargelegt. Im Glauben an die ihm gegebene wahrheitswidrige, ärztliche Auskunft unterließ Herr B. alle Schritte zur Einleitung einer nachsorgenden (metaphylaktischen) Behandlung. Es sollte selbstverständlicher Rechtsgrundsatz sein, daß dem Kranken, insbesondere dem Krebskranken oder Krebsgefährdeten auch nach Abschluß der klinischen Behandlung jede - wenn auch noch so geringe - Möglichkeit der Verbesserung seiner Gesundheit vorbehalten bleibt. Eine ihm oder seinen Angehörigen gegebene, den wahren Sachverhalt verschleiernde oder den vorliegenden Erfahrungen widersprechende ärztliche Auskunft darf die Wahrnehmung dieser Möglichkeiten nicht behindern oder verunmöglichen.

Zu dieser persönlichen Behinderung von Herrn B. in der optimalen Nachbehandlung und metaphylaktischen Therapie seiner Frau kommt der Umstand, daß den in der Folge konsultierten Ärzten zwangsläufig eine nur unvollständige, wahrheitswidrige und daher irreführende Anamnese gegeben werden konnte. Dies betraf insbesondere die wegen der als Frühzeichen des Hirntumors zu bewertenden Augensymptome aufgesuchten Herren Prof. Dr.

S a u t e r von der Universitäts-Augenklinik Hamburg-Eppendorf (Mitte 1973), Herrn Prof. Dr. L e r c h e (September 1974) und Herrn Prof. Dr. J a n z e n von der Neurologischen Abteilung der gleichen Klinik (Oktober 1974). Die bei diesen Gelegenheiten gestellten Fragen nach vorausgegangenen Krebserkrankungen wurden von Frau und Herrn B. in gutem Glauben mit "Nein" beantwortet. Ein Hinweis auf das vorausgehende, operierte und von Dr. P. als bösartig erkannte Geschwulstleiden hätte jedoch zu einer anderen Präjudizierung und Bewertung der nachfolgenden Krankheitserscheinungen geführt. Die erforderlichen diagnostischen Verfahren wären mit größter Sicherheit eingeengt und verschärft und damit eine frühere Erkennung des Hirntumors ermöglicht worden, als dieser noch operabel war. Damit wäre für Frau B. eine weitere erhebliche Überlebenschance zu gewinnen gewesen.

NACHWORT

Erfahrungsgemäß halten sich die Gerichte bei ihren Entscheidungen an die momentan geltenden Regeln und Auffassungen der lehrbuchmäßigen, sogenannten exakt-wissenschaftlichen Medizin (die es in Wirklichkeit gar nicht gibt). Es wurde deshalb ganz bewußt verzichtet, im vorliegenden Gutachten Argumente, Äußerungen oder Erfahrungen von Vertretern der Außenseitermedizin wie Homöopathie, biologische Heilkunde, Anthroposophie, Ganzheitstherapie usw. ins Treffen zu führen. Hinzu kommt, daß der Wert dieser Behandlungsmethoden in der schwebenden Auseinandersetzung nicht zur Debatte steht und deshalb für die Urteilsfindung belanglos ist. Nur der Vollständigkeit halber sei erwähnt, daß von diesen, sehr vielseitigen Möglichkeiten der Tumorbehandlung bzw. -nachbehandlung - statistisch nachgewiesen - weitere Verbesserungen hinsichtlich Stillstand und Rückbildung der Geschwulstleiden sowie Schutz vor Rückfall oder Streuung des Tumors erwartet werden dürfen. Wenn schon die auf S.19 + 20 aufgezählteng denkbar einfachen Kurmaßnahmen eine in Prozenten ausdrückbare Besserung der 5- und 10-Jahresquoten an Lebenserwartung bewirken (vgl. S. 23), so ist von der Hinzunahme solcher bewährter, immunitätsfördernder, abwehrsteigernder und regulationsverbessernder therapeutischer Faktoren gewiß eine weitere Steigerung der durch den bisherigen Nachkurmodus erzielbaren Erfolge zu erwarten. Schon jetzt liegen zahlreiche Erfahrungen unvoreingenommener Nachprüfer über die Wirkungen dieser, vorerst wissenschaftlich noch nicht anerkannten Heilmittel und Behandlungsmethoden an Krebskranken und Krebsgefährdeten vor.

LITERATUR

Angabe der Seitenzahlen nur bei wörtlichen Zitaten

1. ADAM, W.: Zum Thema "Die barmherzige Lüge“. Die Medizinische, 25 (1959), S- 3 - 15

2. ANSOHN, E.: Die Wahrheit am Krankenbett. A.Pustet, Salzburg-München, 1969.

3. BADE, H.: Spätrezidive und Spätmetastasen. Strahlentherapie, Hrsg. Meyer, 76. Band, S.449 ff. Berlin 1947.

4. BARON, H., J. SCHMITZ: Klinische und experimentelle Aspekte für körpereigene Abwehr gegenüber bösartigen Tumoren. Fortschritte der Krebsforschung, Schmidt, Wetter, 1969.

5, BARTELHEINER, H., H. J. Maurer und Mitarbeiter: Diagnostik der Geschwulstkrankheiten. S. 60, 156, 159, 166. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1962.

6. BAUER, K.H.: Das Krebsproblem. J.Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1.Auflage 1949, 2.Auflage 1963.

7. BECHER, R., O. Fischedick: Die präoperative Bestrahlung des Mamma-Carcinoms. Kampf dem Krebs, herausgegeben von der Arge, Bochum, Heft 8, s.48, 1966.

8. BECKER, Th.: Der Landarzt 3, S.99 - 1081 4, S.375 - 387 (1967).

9. BOCK, H.F.: Die allgemein-internistische und cytostatische Therapie der malignen Tumoren beim Menschen. Der Internist 3 (1963) S. 77 ff

10. BRAUCHLE, A.: Lehrbuch der Naturheilkunde. S- 134, 241, 685, 686.

11. CRONEMEYER : Über die Metastasierung bösartiger Geschwülste. Archiv für Geschwulstforschung, Band IV, s. l06 ff (1952).

12. DAY, J.C.: The second primary malignant tumor in gynecology. Amer.Journ.Obstet. 75 (1958) S-976.

13. DICK, W.: Über die Nachsorge für operierte Krebskranke. Die Medizinische, 46 (1958), s. 1851 ff.

14. v. ELMENDORFF und Mitarbeiter: Rehabilitation nach Krebserkrankungen. Münchner Med.Wochenschr. 48 (1968), S.2795 ff.

15. FINNEY, G.G., W.C.MERKEL, D.B.Miller: Carcinoma of Breast. Ann. Surg, Philad. 125 (1947), s.673 ff. Ref. in Krebsarzt 3 (1948) S-278

16. FRIEDBERGXKÄSER und Mitarbeiter in: Lehrbuch der speziellen Gynäkologie, Band II, Georg Thieme Verlag Stuttgart 1972.

17. GRAF, H.: Das Problem der körpereigenen Abwehr beim Krebswachstum. Habilitationsschrift, Heidelberg 1969.

18. GUMMEL, H., G. P. Wildner: Die Beziehung der biologischen Wertigkeit maligner Geschwülste zur Überlebenszeit der Geschwulstträger. Der Chirurg 29 (1958), s. 14 ff.

19. HAMBSCH, K. und Mitarbeiter: Klin.Onkologie, Stuttgart 1971

20. HACKMANN, Chr.: Die Bedeutung einer spezifischen und unspezifischen Resistenzsteigerung des Organismus für das Tumorwachstum. Mitteilungsdienst der Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten Nordrhein-Westfalen, Heft 10 (1963) 9 S. 921 - 953

21. HAGEMANN, O.1.: Häufigkeit und Lokalisation klinisch unbekannter maligner Tumoren im Autopsiegut. Schweizerische Med. Wochenschr. 34 (1969).s.1213-1216.

22. HEYDE,W.: Rehabilitation Krebskranker.
Münchner Med.Wochenschr. 3 (1970), S- 115 ff

23. HÖHNE, G. In: FRIEDBERG/KÄSER und Mitarbeiter: Lehrbuch der speziellen Gynäkologie, Band III, S- 300 fft Kapitel Allgemeine Massnahmen, Umwelt, Diät (umfasst 21 Seiten und nimmt auf 101 Dokumentationen Bezug). Georg Thieme Verlag Stuttgart 1972.

24. HOLDER, E., F.Meythaler, R.du Mesnil de Rochemont (Herausgeber): Therapie maligner Tumoren. Band III, s. 29 3, 169. Ferd. Enke Verlag Stuttgart 1968.

25. ILLIGER, J., G. MARTZ: Grundsätze der internistischen Tumortherapie. Deutsches Ärzteblatt, 42 (1974),S-3005 ff.

26. JAHNKE, K.: Ernährungsfaktoren bei der Entstehung und Behandlung maligner Tumoren. Mitteilungsdienst der Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten Nordrhein-Westfalen, Heft 10 (1963), S. 972 - 994.

27. JAHNKE, K., C.L.P.Trüb: Geschwulstkrankheiten und Ernährung. Kampf dem Krebs, Nr.7, Arge, Bochum 1965

28. JANOVSKI, N., T.L.PARAMANANDHAN: Ovarian Tumors.Stuttgart 1973.

29. KALLENBACH, H.: Biologie der Krebsmetastase und ihre klinische Bedeutung. Med.Klinik 40 (1964),S.1569 rf.

30. KARRER, K.: Der derzeitige Stand der Rezidivprophylaxe maligner Tumorerkrankungen. Wiener Klin.Wochenschr. (1968), s. 117, 118. Ferner briefliche Mitteilung vom 7.1.76 an Herrn Bauer.

31. KELLNER, B.: Die Ausbreitung des Krebses. München-BerlinWien 1971,

32. KIRCHHOFF, H,: Nachgehende Fürsorge bei Krebskranken. Sonderbände zur Strahlentherapie "Krebsforschung und Krebsbekämpfung“, 3.Band VII S. 231 - 237, Wissenschaftliche Tagung des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung, Berlin 1965

33. KOENIG, H.: Maligne Doppeltumoren der Frau. Archiv f. Geschwulstforschung, 32/4 (1968), S- 380.

34. LANG, N,: Immunologie des Karzinoms als Grundlage therapeutischer Überlegungen. Münchner Med. Wochenschr. 1 (1964), s. 11 ff.

35. LEONHARDT, A.: Die klinische Nachbehandlung der operierten oder bestrahlten Genital- und Mammakarzinom-Patientin. Monatskurse für die ärztliche Fortbildung, 6 (1974), S. 239 - 243.

36. LEONHARDT, A., F.von BEAUFORT: Mammakarzinom und gynäkologischer Zweittumor. Münchner Med. Wochenschr. 37 (1973), S. 1554 - 1560.

37. LIEK, E.: Krebsverbreitung, Krebsbekämpfung, Krebsverhütung. J.F.Lehmanns Verlag, MÜnchen 1932, S-134, 241.

38. LIGDAS, E.: Über das Problem der hämytogenen Metastasierung beim Karzinom. Archiv f. Geschwulstforschung Band IV, Heft 4 (1952)9 S. 339 ff.

39. LIMBURG, H., U.HECKMANN: Die Chemotherapieresistenz bei der Behandlung von Ovarialkarzinomen. In: Fortschritte der Krebsforschung, Schmidt, Wetter 1969.

40. MAURER, G.: Postoperative Behandlungsmethoden für den Krebskranken. Langenbecks Archiv f. Klin. Chirurgie 295 (1960, s. 91 ff.

41. MERTEN, R.J., P.RUPPRECHT: Überörtliche Krankenhilfe, zusammengestellt aus Berichten und Rundschreiben der Landschaftsverbände. Mitteilungsdienst der Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten in NRW, Heft 5/6, Band 11, 1961.

42. MERTENS, H. J.: Urologische Kontrolluntersuchungen bei operierten und bestrahlten Genitalkarzinomen. Münchner Med.Wochenschr. 37 (1968)9 S. 2085 ff

43. OELKERS, H.: Grundlagen und Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht. Inauguraldissertation, Hamburg 1969.

44. OSTEN, W.: Gezielte Zusatztherapie. Deutsches Med.Journal, (1972)9 s. 479 ff

45. PROTZEN, H.: Untersuchungen von Fällen mit verschiedenen bösartigen Geschwülsten. Zentralbl.f.Gynäkologie, 89 (1967), S. 1016.

46. RIES, J. K., J.BREITNER: Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie, 133 (1950), S. 297 ff

47. SCHMÄHL, D.: Entstehung, Wachstum und Chemotherapie maligner Tumoren. Edito Cantor Verlg. Aulendorf 1970, S. 2001 2119 219, 384.

48. SCHMÄHL, D., W. KRISCHKE: Krebsentstehung und Krebswachstum. Der Internist, 3 (1963), S.71ff.

49. SCHMERMUND, H.J.: Die Nachbehandlung von Karzinomkranken. Die Medizinische, (1958), S. l063 ff.

50. SCHRIMPF, H.: Zentralblatt für Gynäkologie, 75 (1953), S- 500 ff

51. SCHWENINGER, E.: Zur Krebsfrage. S. Fischer Verlag, Berlin, 1914.

52. SEIDL, St.: Praktische Karzinom-Frühdiagnose der Gynäkologie. Der Gynäkologe Stuttgart 1974.

53. SIEBERTH, E.: Blutchemische Veränderungen im Verlauf der Karzinomkrankheiten. In: Fortschritte der Krebsforschung, Schmidt, Wetter 1969.

54. SOERGEL, W.: Zeitschr.f. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 22 (1962), s. 845 - 855

55. SÜSS, R., V.KINZEL: Krebs, Experimente und Denkmodelle. Berlin-Heidelberg-New York 1970.

56. STOLL, P.: Gynäkologische Karzinome. Möglichkeiten der Früherkennung bösartiger Geschwülste in der Praxis. Hippokrates Verlag, Stuttgart 1970, S. 52.

57. TRÜB, C.L.P.: Kurstatistischer Bericht über die bei Kranken mit bösartigen Neubildungen durch die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung, Bochum, durchgeführten Genesungskuren in der Zeit vom 1. Januar 1964 bis 31- März 1966. Kampf dem Krebs, Nr. 11, Arge, Bochum 1970, S. 141, 142, 226.

58. TRÜB, C.L.P.; C.HUMPERDINCK: Die Ergebnisse einer katamnestischen, morbiditäts- und mortalitätsstatistischen Erhebung über Nachkuren (Genesungskuren) bei bösartigen Neubildungen in den Jahren 1956 bis 1958 durch die Arge, Bochum, Kampf dem Krebs, Nr.8, Arge, Bochum 1966, s. 106, 116, 119.

59. WARBURG, O.: Über die letzte Ursache und die entfernten Ursachen des Krebses. Verlag Konrad Triltsch, Würzburg 1966, s. 14.

60. WOSBER, K.H.: Physikalische Massnahmen in der Nachbehandlung und als Zusatzbehandlung bei malignen Tumoren. Mitteilungsdienst der Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten Nordrhein-Westfalen, Heft 10 (1963), s. 954 - 971.

61. WOBBER, K.H.: Allgemeine Gesichtspunkte bei der Rehabilitation von Tumorkranken. In: Rehabilitation. Schriftenreihe der medizinisch-pharmazeutischen Studiengesellschaft 2/3, Umschau Verlagl Frankfurt 1965, S. 177.

An dieser Stelle möchte ich Herrn H. P. S c h w a r z , 2 Hamburg 60, Andreasstrasse 15, meinen verbindlichen Dank abstatten für seine fachkundige und ertragreiche Vorarbeit bei der Suche und Auswertung einschlägiger Literatur. Die Abfassung des vorliegenden Gutachtens wurde mir dadurch sehr erleichtert.

Dr. K. Windstosser, 4902 Bad Salzuflen, Moltkestr.13

Im März 1976

ERGÄNZUNG

des Gutachtens Dr.Windstosser vom März 1976, gleichzeitig ENTGEGNUNG auf das UKE-Gutachten vom August 1977.

In der Auseinandersetzung BAUER / Dr. Pauli liegt mir das Gutachten des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf (UKE) vom 19.8.1977 vor, unterschrieben von den Herren Prof. Dr. T h o m s e n und Prof. Dr. C z y g a n . Das Gutachten kommt hinsichtlich der prozessual relevanten Fragen zu folgenden Ergebnissen:

1. Nach dem Wissensstand von 1971 wäre der Tod von Frau B a u e r durch eine "Nachsorge-Vorsorge-Behandlung" im Anschluß an die 1971 erfolgte Unterleibsoperation nicht "mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit" zu verzögern gewesen. Diese Behauptung wird - in ganz abwegiger, den Prozessgegenstand ignorierender Weise - mit der Feststellung

begründet, daß die Operation wegen eines verkrebsten Eierstocktumors statt gefunden habe, der spätere Tod jedoch durch einen primären Hirntumor verursacht worden sei, ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Geschwulstleiden also mit Sicherheit nicht bestanden habe.

Sinngemäß bestreitet das UKE-Gutachten grundsätzlich die Wirksamkeit jeder vor- oder nachsorgenden Behandlung auf die Entstehung, den Rückfall oder die Streuung eines bösartigen Tumors, und dies mit dem ebenfalls unzutreffenden Hinweis, daß es in der wissenschaftlichen Literatur bisher keinen Beweis für die diesbezügliche Effizienz solcher therapeutischer Bemühungen gebe.

2. Das UKE-Gutachten hält es ferner für "unwahrscheinlich", daß der sich entwickelnde Hirntumor früher erkannt worden wäre, wenn der Patientin oder deren Ehemann und sodann den untersuchenden und behandelnden Ärzten die 1971 gestellte Diagnose bekannt gewesen wäre. Diese Meinung wird damit begründet, a) daß heute bei jeder unklaren Erkrankung ohnehin an einen Tumor gedacht werden müsse, b) daß die im September 1974 im UKE durchgeführten „aufwendigen und breit gefächerten“ Untersuchungen keinen Hirntumor erkennen habe lassen.