

Welchen Nutzen haben sogenannte "Krebsdiäten" ?

Günter Ollenschläger

Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

Der informierte Arzt - Gazette Médicale 1996; 17: 213-220

Zusammenfassung

Sogenannte "Krebsdiäten", d. h. unkonventionelle Ernährungsformen ohne wissenschaftlich belegten Einfluß auf den Krankheitsverlauf, werden von einem Großteil der Krebskranken verwendet. Die Anwendung kann möglicherweise zu Fehlernährung führen. Zum Teil werden wirksame Betreuungsmethoden auf Kosten unkonventioneller Ernährungsweise abgebrochen. Außenseitermethoden sind in Anbetracht ihres fraglichen Nutzens unverhältnismäßig teuer und unwirtschaftlich. Die Alternative zu unkonventionellen Ernährungsformen ist die umfassende Ernährungsbetreuung des Tumorkranken durch Arzt und Ernährungsberatungsfachkraft mit folgenden Zielen: Prophylaxe und Therapie lebensbedrohlicher Mangel- und Fehlernährung; Verbesserung bzw. Erhalt des Ernährungsstandes zur Stärkung des körperlichen und psychischen Allgemeinbefindens, hierdurch Verbesserung oder Bewahrung der körperlichen und geistigen Mobilität; möglichst geringe Störung der sozialen Bindungen.

Stellenwert unkonventioneller Methoden in der Onkologie

Die Faszination unkonventioneller Heilmethoden ist in der Bevölkerung ungebrochen. Wurde der Anteil von Tumorpatienten nicht-konventionell behandelter Krebspatienten an der Gesamtzahl von Krebskranken in den achtziger Jahren mit etwa 30 bis 40 % angegeben, gehen jüngere Übersichten davon aus, daß etwa jeder zweite Tumorpatient zu "alternativen" Behandlungsmethoden greift (1). Die Hälfte dieser Kranken soll diätetische Verfahren, Vitamintherapien und "entgiftende" Maßnahmen nützen.

Tab. 1: Der Anteil nicht-konventionell behandelter Krebspatienten an der Gesamtzahl von Krebskranken (nach 1)

Autor	Jahr	Ort	Anteil (%)
Hauser	1981	Zürich, St. Gallen	23,5
Redler-Hasford	1985	Deutschland	66
Obrecht	1986	Basel	32
Berger	1989	Basel	44
Morant	1991	St.Gallen	52
Döller	1991	Österreich	60

Was unterscheidet die sogenannten "alternativen" Behandlungsmethoden von den Therapieformen der sogenannten "Schulmedizin" ? Wesentliches Charakteristikum dieser Methoden ist ihre - nach den Kriterien des heutigen Wissenschaftsverständnisses - **unbewiesene Wirksamkeit**, das heißt es fehlen in aller Regel Ergebnisse kontrollierter Studien mit größeren Patientenkollektiven.

Die Bezeichnung "Alternativmedizin" macht deutlich, daß hier eine Alternative zur universitären "Schulmedizin" offeriert werden will. Der ebenfalls häufig gebrauchte Ausdruck "Erfahrungsmethoden" will darauf hinweisen, daß im Gegensatz zur modernen Schulmedizin eine teilweise jahrhundertelange Erfahrung die Grundlage bildet. Diese Betrachtungsweise, die dem Nutzer Sicherheit vermitteln will, verkennt allerdings gezielt die Tatsache, daß die heutige naturwissenschaftlich orientierte Medizin diagnostische und therapeutische Maßnahmen nur dann anwendet, wenn deren Wert durch statistisch untermauerte **Erfahrung** erwiesen ist. Somit ist die sogenannte "Schulmedizin" die eigentliche "Erfahrungsmethoden", und alle anderen Formen sind allesamt unbewiesene Methoden der Krebsbehandlung (2).

Methoden ohne nachgewiesene therapeutische Wirkung

Es gibt kaum eine andere Krankheitsgruppe neben den Krebserkrankungen, für die so viele Therapiemethoden mit unbewiesener Wirksamkeit angeboten werden.

Nahezu 150 verschiedene Verfahren und Mittel werden in der Literatur angegeben (3). Dabei handelt es sich um Therapieempfehlungen auf der Basis autonomer medizinischer Konzepte (z.B. anthroposophisch-orientierte Medizin, Homöopathie, Makrobiotik), um parapsychologische Behandlungen (z.B. Autosuggestion, Geistheilung), um geopathogene Standortprobleme und Strahlungen (z.B. terrestrische, atmosphärische animalische Strahlungen), um Mittel zur Abwehrsteigerung (z.B. Frischzellen-Therapie, Serum-Therapie, Extrakte aus Warmblüterorganen: Nabelschnur / Thymus / Milz / Leber / ganze Feten). Weiterhin werden empfohlen: Maßnahmen zur Stimulierung der aeroben Phosphorylierung der Krebszellen (z.B. Sauerstofftherapie, Ozontherapie u.ä.), Phytopharmaka (Extrakte aus Ananas, Weizenkeimlingen, Meeresalgen, Misteln, Rote Beete), Vitamin-/Elektrolyt-Zubereitungen (z.B. Vitamin C-Megadosen, Selen, Zink) und Ernährungsrichtlinien (1).

Therapeutische Zielsetzungen bei Verwendung unkonventioneller Methoden

Mangelndes Vertrauen in die Schulmedizin oder Mißerfolge konventioneller Behandlung haben bei der Entscheidung Krebskranker für unkonventionelle Verfahren häufig nur untergeordnete Bedeutung, Hauptgründe der Anwendung sind oft die Verbesserung der Abwehrkräfte, die Ergänzung der herkömmlichen Behandlung, das Verlangen nach psychischer Unterstützung, körperlicher Stärkung, sowie der Wunsch nach aktiver Mitarbeit an der Therapie (4). Nur wenige Patienten glauben offensichtlich an die Möglichkeit einer Heilung durch die jeweilige alternative Therapie. Trotzdem wird in der Öffentlichkeit - und häufig von prominenten Mitbürgern - immer wieder unkritisch über spektakuläre Erfolge unkonventioneller Therapieverfahren berichtet, wodurch bei Menschen mit Krebsangst unbegründete Hoffnungen auf Krebsprävention oder auf Heilung geweckt werden kann.

Tab. 2: Beweggründe für die Anwendung unkonventioneller Therapiemethoden - Befragung von 71 Anwendern (nach 4)

Gründe	Rang
Stärkung der Abwehrkräfte	1
Ergänzung der Therapie	2
Psychische, physische Unterstützung	3 / 4
Aktive Beteiligung	5
Verhinderung der Progression	7
Minderung der Nebenwirkungen	8
Heilung	10
Mangelndes Vertrauen in konventionelle Therapie	11

Krebsdiäten: Unkonventionelle Ernährungsempfehlungen für den Krebskranken

Die sogenannten Krebsdiäten gehören zu den am häufigsten verwendeten unkonventionellen Therapieformen. Berger, Obrist und Obrecht berichteten 1989, daß diätetische Verfahren und Vitamintherapien mehr als 50 % der alternativen Behandlungsmethoden ausmachen (4).

Was ist unter Krebsdiäten zu verstehen? Grundsätzlich handelt es sich dabei nicht um Ernährungsempfehlungen zur Krebsprävention (5), sondern um Ernährungsempfehlungen für Krebskranke, deren Berücksichtigung den Verlauf der Erkrankung günstig beeinflussen sollen (6,7,8,2). Teilweise versprechen die Befürworter Heilung und verleiten die Betroffenen dazu, auf medizinische Behandlung zu verzichten.

Tab. 3: Postulierte Wirkungsmechanismen von Krebsdiäten (nach 8)

A. Schutz des Tumorwirtes

"Abbau von Tumortoxinen"

"Aktivierung der gestörten Zellatmung"

"Entgiftung des Organismus"

"Schutz der Leber"

"Stimulation der Immunabwehr"

"Wiederherstellen des metabolischen Gleichgewichtes"

"Wiederherstellen guter Gedanken und des richtigen Lebensstils"

B. Hemmung des Tumorwachstums

"Aushungern des Tumors"

"Erhöhung der Vulnerabilität von Tumorzellen"

"Tumorhemmung durch" (z. B. gesteigerte Mineralokortikoidsekretion, Radikalfänger, mehrfach ungesättigten Fettsäuren)

Die postulierten Wirkmechanismen von Krebsdiäten, die vielfach als Argumentation für ihre Verwendung herangezogen werden, sind vielfältig (s. Tab. 3). Generell soll die spezielle Zusammensetzung der Nährstoffe das metabolische Milieu des Tumors oder des tumortragenden Wirtes so beeinflussen, daß das Wachstum des Tumors beeinträchtigt oder die Abwehrkräfte des Wirtes gestärkt werden.

Dabei gibt es für die Thesen zum Einfluß von Nährstoffen auf ein bereits klinisch manifestes Malignom keinerlei wissenschaftlich fundierte Begründung. Sofern solche Vorstellungen überhaupt durch Untersuchungsergebnisse belegt werden, handelt es sich meist um Fallberichte ohne weitere statistische Absicherung oder häufig um Analogschlüsse aus tierexperimentellen oder an

Zellkulturen durchgeführten Studien (8, 9). Ob die derzeit vieldiskutierte Hypothese über den Einfluß von Radikalfängern (10) auf den Tumorverlauf therapeutisch relevant wird, muß wissenschaftlich geprüft werden. Die Ergebnisse laufender Studien zu dieser Problematik sind zum Teil entmutigend (11).

Nutzen-Risiko-Abschätzung unkonventioneller Ernährungsformen

Welchen Rat soll vor diesem wissenschaftlichen Hintergrund einem Tumorkranken gegeben werden, wenn er die Frage nach unkonventionellen Therapiemethoden stellt? Der Betreuer sollte neutral und informativ Auskunft geben können. Das Ziel dieser Beratung ist, dem Patienten und seinen Angehörigen zu helfen, eine gute, überlegte Entscheidung zu treffen.

Dem Tumorpatienten sollte Verständnis entgegengebracht werden, wenn er unkonventionelle Behandlungsweisen in Betracht zieht.

Dabei ist jeder Therapeut / jede Therapeutin dazu verpflichtet, diejenigen Maßnahmen anzuwenden bzw. zu empfehlen, die im konkreten Fall nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft die größte Aussicht auf Erfolg bieten (Sieber, Narr, zitiert bei 12).

Vor diesem Hintergrund kann die Anwendung unkonventioneller Ernährungsformen im Einzelfall - auch im Sinne einer gezielten Placebothherapie (13) - vertretbar sein. Dies ist der Fall, wenn der Krebspatient von der unbewiesenen Wirkung einer "Krebsdiät" unbeeindruckt ist und sein persönliches Wohlbefinden von der Anwendung abhängig macht (14) .

In jedem Fall muß ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten über den Stellenwert und die 2 Risiken der von ihm gewünschten "alternativen" Behandlungsmethode geführt werden.

Der Betreuer hat den Patienten so zu beraten, daß dessen Zustand durch die gewählte Diät nicht verschlechtert wird. Aus diesem Grund müssen unkonventionelle Ernährungsformen einer kritischen Betrachtung ihrer Nutzen-Kosten-Relation unterzogen werden (12).

Zwei Ziele haben bei der Beratung Vorrang:

- Einerseits muß der Patient davon abgebracht werden, die konventionelle - möglicherweise wirksame - Therapie zugunsten der unkonventionellen - wahrscheinlich unwirksamen - Behandlung abubrechen (15,16).
- Andererseits muß vermieden werden, daß als Folge der Verwendung von "Krebsdiäten" der Ernährungszustand des Tumorpatienten beeinträchtigt wird.

Tab. 4: Als "Krebsdiäten" propagierte Ernährungs- und Therapieempfehlungen - Auswahl (nach 2,6,7,8)

<u>Autor</u>	<u>Empfehlung</u>
Breuss	42 Tage Kräutertee und 1 l Saft aus Kartoffeln, Rüben, Sellerie, Rettich
Gerson	Extrem kochsalzarme vegetarische Ernährung , Kaffee-Einläufe inkl. Rizinusöl, Kalium, Gallensalze, Leber- und Schilddrüsenextrakte, Lugolsche Lösung
Kousmine	Kombination aus Saftkuren, vegetarischer Ernährung, Einläufen aus Kamillentee und Sonnenblumenöl
Kuhl	laktovegetabile "Milchsäurekost"
Leupold	Verbot kohlenhydrathaltiger Nahrungsmittel mit Ausnahme von Zitronen
Moerman	Vegetarische Ernährung, tägl. Aufnahme der angeblich für Brieftaube und Menschenunentbehrlichen Stoffe (Vitamine A, E, D, B; Zitronensäure, Jod, Schwefel, Eisen
Seeger	"Rote Beete-Kur" (täglich 1-2 kg, 300-600 ml Saft oder 100 g Trockenextrakt)
Verschiedene:	
Braker	("Vitalstoffreiche Vollwertkost")
Budwig	("Öl-Eiweißkost")
Hay	("Trennkost")
Steiner	(anthroposophische Ernährung)
Ohsawa	(Makrobiotik)

Risiko der Fehl- und Mangelernährung durch Krebsdiäten

Die Anwendung unkonventioneller Ernährungsformen ist mit einem hohen Risiko der Fehl- und Mangelernährung verbunden. Immer wieder wird darauf hingewiesen, daß es eines großen Ernährungswissens bedarf, um mit dem häufig begrenzten Angebot an erlaubten Lebensmitteln eine vollwertige Kost zu gestalten (12,17). Die unkonventionellen Ernährungsempfehlungen für Krebspatienten (s. Tab. 4) sind aber teilweise derart unphysiologisch, daß Fehlernährung bei längerer Anwendung dieser Diäten nicht zu vermeiden ist.

Eine zusätzliche Gefährdung ergibt sich bei den Krebskranken, die bereits vor der Anwendung von Krebsdiäten fehl- oder mangelernährt sind. Dabei gehören Ernährungsstörungen mit zu den häufigsten Komplikationen onkologischer Erkrankungen. Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust

(bzw. fehlendes Wachstum bei Kindern) werden als Leitsymptome konsumierender Prozesse angesehen (18).

Sie können in allen Krankheitsstadien auftreten und werden bei 40 bis 50 % aller Tumorpatienten - bei gastroenterologischen Malignomen in bis zu 90 % der Fälle, diagnostiziert. Konsequenzen der Tumorassoziierten Mangelernährung sind eingeschränkte Lebensqualität, erhöhte Morbidität (z. B. Pneumonie, Harnwegsinfekte, Abszesse, Wundheilungsstörungen) sowie möglicherweise erhöhte Mortalität. Das Ausmaß der Tumorkachexie korreliert dabei direkt mit dem Schweregrad einer Tumorerkrankung: Kachexie wird neben der Sepsis als die häufigste Todesursache bei Krebs angesehen.

Ziele der Ernährungsbetreuung in der Onkologie

Die ungestörte Ernährung ist von wesentlicher Bedeutung für das physische, psychische und soziale Wohlbefinden des Tumorpatienten. So haben Störungen des Appetits und damit der spontanen Nahrungsaufnahme einen nahezu gleichhohen Stellenwert wie die Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Darüber hinaus gibt es mittlerweile Erkenntnisse, daß subjektives Wohlbefinden (die sog. "Lebensqualität") und ausreichende Nahrungsaufnahme in direkter Beziehung stehen (19). Hingegen haben sich die ursprünglichen Vorstellungen nicht bestätigt, nach denen beim Tumorpatienten die Lebenserwartung durch intensive Ernährungstherapie verbessert werden kann. Der Verlauf einer bösartigen Erkrankung wird nicht durch den Ernährungszustand sondern durch die Ansprechbarkeit des Malignoms auf die tumor-spezifische Therapie beeinflußt. Dementsprechend hat die Anwendung ernährungstherapeutischer Maßnahmen in der Onkologie unter folgenden Zielvorstellungen zu erfolgen:

- Verbesserung des Ernährungszustandes zur Stärkung des körperlichen und psychischen Allgemeinbefindens;
- hierdurch Erhalt der körperlichen und geistigen Mobilität;
- möglichst geringe Störung der sozialen Bindungen;
- das Lebensende in der heimischen Umgebung zu erleben anstatt im Krankenhaus.

Insbesondere sollte die gezielte Aufklärung und Schulung der Krebspatienten, ihrer Angehörigen und ihrer Betreuer über die mit der Tumorerkrankung verbundenen Ernährungsprobleme dazu führen, daß kein Krebskranker - wie früher häufig geschehen - nur um der Ernährung willen im Krankenhaus bleiben muß.

Die Beratung über eine physiologische, d. h. bedarfsgerechte Ernährung, über die möglichen Gefahren unphysiologisch zusammengesetzter "Krebsdiäten" und über die gezielte Ernährungstherapie bei Gefahr oder Nachweis der Malnutrition sind integraler Bestandteil der supportiven Behandlungsmaßnahmen onkologischer Patienten.

Nährstoff-Bedarf des Tumorpatienten

Der Nährstoff-Bedarf des Krebspatienten wird durch den Ernährungszustand, den Zustand der nährstoffverwertenden Organe, die Art des Tumors bzw. der Tumorthherapie und die allgemeine Stoffwechselsituation bestimmt.

Dabei sollte die Nährstoff-Zusammensetzung des Tumorkranken den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) zur Zusammensetzung einer gesunden Ernährung (Eiweiß bis zu 10 Energie-Prozent, Kohlenhydrate 50-60 Energie-%, Fett 25-30 Energie-%) entsprechen.

Energiebedarf: Der Energiebedarf Krebskranker unterscheidet sich im allgemeinen nicht vom demjenigen Gesunder: In einer Längsschnitt-Analyse des Ernährungsverhaltens internistischer Tumorpatienten betrug die tägliche Nährstoff-Aufnahme im Mittel

- bei Gewichtsverlust: 23 kcal / kg KG,
- bei Gewichtskonstanz: 31 kcal / kg KG,
- bei Gewichtszunahme: 39 kcal / kg KG (19).

Ist eine erfolgreiche Ernährungsversorgung auf der Basis dieser Anhaltswerte nicht möglich, besteht die Indikation zur ausführlichen Ernährungsdiagnostik und Ernährungstherapie durch Arzt und/oder ernährungsmedizinische Beratungsfachkraft. Eventuell wird die Verwendung künstlicher Ernährungsformen (enterale bzw. parenterale Ernährung) notwendig.

Literatur

1. Bundesärztekammer (1993) Memorandum "Arzneibehandlung im Rahmen besonderer Therapierichtlinien, 2. überarbeitete Auflage. Köln: Deutscher Ärzteverlag
2. Martz G (1994) Unbewiesene Methoden in der Tumorthherapie. In: Margulies A et al (Hrsg) Onkologische Krankenpflege. Berlin: Springer-Verlag, S. 200-213
3. Hauser SP (1993) Unproved methods in cancer treatment. Curr Opin Oncol 5: 646-654
4. Berger DP, Obrist R, Obrecht JP (1989) Tumorpatient und Paramedizin. Versuch einer Charakterisierung von Anwendern unkonventioneller Therapieverfahren in der Onkologie. Dtsch med Wschr 114: 323-330
5. Kasper H, Bartram P, Scheppach W (1992) Tumorentstehung - hemmende und fördernde Effekte von Ernährungsfaktoren. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg) Ernährungsbericht 1992. Frankfurt: Eigenverlag, S. 251-286
6. Dötsch R (1994) Die Bewertung von Außenseitermethoden ("Krebsdiäten") in der Onkologie. Akt Ernähr-Med 19: 322

7. Jungi WF (1986) Krebsdiäten. In: Jungi WF, Senn HJ (Hrsg) Krebs und Alternativmedizin. Aktuelle Onkologie, Bd. 32. München: Zuckschwerdt Verlag, S: 284-294
8. Kasper H (1991) Tumordiät - Fakt oder Phantasie. In: Schauder P (Hrsg) Ernährung und Tumorerkrankungen. Basel: Karger, S. 440-453
9. Nagel GA, Schmähl D, Hossfeld DK (1989) Krebsmedikamente mit fraglicher Wirkung. München: Zuckschwerdt Verlag Ergebnisse vorklinischer und klinischer Prüfungen. Aktuelle Onkologie, Bd. 49 München: Zuckschwerdt Verlag
10. Halliwell B (1994) Free radicals, antioxidants and human disease: curiosity, cause, or consequence. Lancet 344: 721-724
11. Bürger B, Ollenschläger G (1995) Präklinische Untersuchungen zum Einfluß von Selen auf das Wachstum neoplastischer Zellen. In Vorbereitung
12. Bitsch R, Sinnhuber, Oberritter H, Großklaus R, Müller MJ, Wolfram G (1994) Alternative Diäten - Wunderdiäten? Akt Ernähr-Med 19: 195-211
13. Chaput de Saintonge DM, Herxheimer A (1994) Harnessing placebo effects in health care. Lancet 344: 995-998
14. Hurny C, Heusser P, Bernhard J, Catiglione M, Cerny T(1994) Verbessern nicht-konventionelle Zusatztherapien die Lebensqualität von Krebspatienten? Eine methodenkritische Literaturübersicht. Schweiz Med Wochenschr 62 (Suppl) 55-63
15. Birkhan B (1993) Unkonventionelle Konzepte in der Diätetik. In: Oepen I (Hrsg) Unkonventionelle medizinische Verfahren. Stuttgart: Gustav Fischer, S. 221-241
16. Bostroem H, Roessner S (1990) Quality of alternative medicine - complications and avoidable death. Qual Assur Health Care 2:111-117
17. Strube H (1995) Außenseiterdiäten. In: Biesalski HK et al (Hrsg) Ernährungsmedizin. Stuttgart: Thieme, S. 483-493
18. Ollenschläger G, Jost JO, Paust H: Prinzipien der Ernährungstherapie. In: Krück F, Kaufmann W, Bünte H, Gladtko E, Tölle R (Hrsg) Therapiehandbuch 4. Auflg. Urban und Schwarzenberg, München: 1992, A 12, 1-29
19. Ollenschläger G, Thomas W, Konkol K, Diehl V, Roth E (1992) Nutritional behaviour and quality of life during oncological polychemotherapy: Results of a prospective study on the efficacy of oral nutrition therapy in patients with acute leukaemia. Eur J Clin Invest 22: 1992, 546-553

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr. med. G. Ollenschläger

Internist

Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

c/o Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung

Herbert-Lewin-Str. 3

D-50931 Köln