

Betrachtungen zu einer Studie über die Steigerung der Überlebenszeit von zusätzlich homöopathisch behandelten Krebspatienten

Dr.-Ing. Norbert Aust

Gegenstand der Betrachtung ist die in 2014 veröffentlichte Arbeit von Gärtner et al. [1]. In Fig. 2 werden je nach Art der Krebserkrankung ganz außerordentliche Steigerungen der Überlebenszeiten dargestellt. Der Hauptkritikpunkt daran ist, dass es sich dabei vermutlich um statistische Artefakte handelt. Die Autoren geben in der Diskussion korrekt an, dass aus den Daten nicht auf eine Wirksamkeit der homöopathischen Behandlung geschlossen werden kann. Solche 'Warnhinweise' im Text werden aber gerne überlesen und ignoriert, zumal wenn diese, wie hier, in der Zusammenfassung nur in sehr verklausulierter Form erscheinen.

So wurde ich auf diese Arbeit aufmerksam, als die fragliche Grafik im November 2014 bei einem Vortrag eines Freiburger Mediziners, der sich auf die homöopathische Behandlung von Krebspatienten spezialisiert hat, als wissenschaftlicher Beweis für seine Aussagen gezeigt wurde. Sicher sind die Autoren nicht dafür verantwortlich, wie die Arbeiten zitiert werden, aber nach meiner Ansicht ist es nicht hinnehmbar, dass fehlerhafte Daten zu diesem Zweck missbraucht werden können.

Annahmen

Meine Analyse beruht auf der Annahme, dass sich die in der Arbeit angegebenen erwarteten und erreichten Überlebenszeiten auf den Zeitraum ab vorliegender Erstdiagnose (ED) beziehen, eine Sichtweise, die im Vortrag in Berlin bestätigt wurde. Einzelne Patientendaten sind auch nur auf diese Weise verständlich (z.B. Patient 21). Dies ist aber nicht unbedingt eindeutig, wie z.B. Patient 19 zeigt: Er hätte nach diesen Angaben die Erstdiagnose um 52 Monate überlebt, jedoch erst nach 97 Monaten mit der homöopathischen Behandlung begonnen, mithin erst 45 Monate nach seinem Ableben. Ähnliches gilt für Patient 18 und Patient 24.

Begründung

Aus Tabelle 3 kann man errechnen, dass die betrachteten Patienten im Mittel (Median) erst 6,5 Monate nach ED mit der homöopathischen Behandlung begonnen hatten. Im Text wird angegeben, dass zwischen den homöopathischen Konsultationen ein Zeitraum von jeweils zwei bis drei Monaten lag. Nach den Einschlusskriterien mussten die Patienten mindestens drei Sitzungen in der homöopathischen Ambulanz absolviert haben. Mithin sind in die Studie nur Patienten aufgenommen worden, die die Erstdiagnose im Mittel um 11,5 Monate überlebt hatten.

In den zum Vergleich herangezogenen Studiendaten wird hingegen jeweils das gesamte Kollektiv ab Beginn der konventionellen Krebstherapie betrachtet, was abhängig von der Art der betrachteten Therapie ein wesentlich früherer Zeitpunkt ist. Bildlich gesprochen: Wenn ein Patient auf dem Operationstisch stirbt, dann ist er in den Vergleichsdaten enthalten, in den von Gärtner et al. betrachteten Daten aber nicht. Daher wäre eine Anpassung der Vergleichsdaten hinsichtlich des Beginns der Betrachtung erforderlich, anderenfalls sind die Kollektive nicht vergleichbar. Die betrachtete Studie beginnt überhaupt erst zu einem Zeitpunkt, zu dem für die meisten Patienten die mittlere erwartete Überlebenszeit weitgehend abgelaufen bzw. schon überschritten ist.

Dass eine solche Anpassung nicht stattgefunden hat, kann man anhand der referenzierten Vergleichsstudien überprüfen, z. B. die Arbeit von Stupp et al. [2] zur Behandlung von Glioblastomen. Der Tabelle 2 dieser Arbeit sind die durchschnittlichen Überlebenszeiten (14,6 Monate) sowie die Überlebensraten nach zwei und drei Jahren zu entnehmen (27,2 % und 16,0%). Die Überlebensrate nach einem Jahr kann der Fig. 2 entnommen werden (60%). Diese Daten finden sich bei Gärtner unverändert in Tabelle 4 und Fig. 2.

In dem bei Gärtner betrachteten Patientenkollektiv sind darüber hinaus 15 Patienten enthalten, die überhaupt erst deutlich nach der in Tabelle 3 angegebenen prognostizierten Überlebensdauer mit der homöopathischen Therapie begonnen haben (z. B. Patienten 12, 14, 15, 18, 19, etc.). Mithin kann es nicht die Homöopathie sein, die dafür ursächlich ist. Es macht schlicht keinen Sinn, einem Patienten, der beispielsweise erst 81 Monate nach ED mit der Homöopathie beginnt, eine erwartete Überlebenszeit von 12 Monaten nach ED gegenüberzustellen (Patient 21).

Von den genannten Patienten haben 10 erst später als drei Jahre nach der Erstdiagnose mit der homöopathischen Behandlung begonnen. Weitere 6 Patienten taten dies erst ein Jahr nach ED oder später aber vor Ablauf von drei Jahren. Es kann nicht richtig sein, diese in die berichteten jährlichen Überlebensraten mit einzubeziehen, denn je nach betrachtetem Zeitpunkt spielte die Homöopathie noch gar keine Rolle, da noch nicht angewandt.

Der Vergleich der Überlebensdaten aus Wien zu den Vergleichsdaten aus der Literatur passt folglich aus zwei Gründen nicht. In den Wiener Daten sind die Patienten mit kurzen Überlebenszeiten bedingt durch die Einschlusskriterien in hohem Maße unterrepräsentiert, was bei den Vergleichsdaten hätte berücksichtigt werden müssen. Vergleichsweise viele Patienten aus Wien sind zu Unrecht in die

Betrachtung eingeflossen, weil ihr Überleben zumindest für die berichteten Zeitpunkte nicht von der Homöopathie beeinflusst sein kann.

Einschlusskriterien

Nach Tabelle 1 wurden 113 Patienten erfasst, die an den in der Studie betrachteten Krebsformen litten und die erste homöopathische Konsultation durchgeführt hatten. 76 davon hatten mindestens drei Sitzungen absolviert, mithin sind in der Zwischenzeit 37 ausgeschieden. Da die Zeitdauer einer homöopathischen Behandlung bis zur Findung des richtigen Mittels ein Risiko der Homöopathie ist, kann es nicht richtig sein, diese Patienten einfach nicht in die Betrachtung einzubeziehen.

Der Einfluss all dieser Betrachtungsfehler ist schwer zu schätzen. Wenn man annimmt, dass die 37 Patienten zwischen der ersten und der dritten Homöopathiesitzung verstorben sind, die 22 Patienten, die aus welchen Gründen auch immer danach nicht weiter betrachtet wurden, ignoriert und die Patienten, die erst sehr spät mit der Homöopathie begannen, herausrechnet, kann man abschätzen, dass die erreichten Überlebenszeiten etwa im Bereich der erwarteten liegen. Auf keinen Fall sind die berichteten zum Teil sehr hohen Überlebenszeiten real als Folge der homöopathischen Behandlung zu sehen.

Vergleichsbasis

Man fragt sich, warum nicht Daten aus der Uniklinik in Wien zum Vergleich herangezogen wurden. Ist die Zusammenarbeit wirklich so schlecht, dass man an die Daten von verstorbenen Patienten nicht herankommt? Der Vorteil wäre, dass wenigstens sicher wäre, dass bei den zum Vergleich herangezogenen Patienten die konventionellen Therapien nach den gleichen Grundsätzen erfolgt wären.

Man hätte ebenfalls die erwartete Überlebenszeit anhand der Eintrittsdaten in die Studie festlegen können. Diese hätte sich wie folgt ermitteln lassen: Patient 21 hat 81 Monate nach ED mit der homöopathischen Behandlung begonnen, mithin war die dritte Sitzung 86 Monate nach ED. Man hätte dann aus den Vergleichsdaten den Durchschnitt / Median der weiteren Überlebenszeit aller Patienten ermitteln können, die mindestens 86 Monate überlebt hatten und diesen Wert als Vergleichsbasis verwenden können. Dies wäre auf jeden Fall zutreffender gewesen, als dem Patienten vom ersten Tag nach Einschluss in das Studienkollektiv an eine absolvierte Überlebenszeit von 74 Monaten über Prognose zuzuordnen.

Da man zum Vergleich aber nicht generell Daten aus Wien herangezogen hat, gibt es durchaus verschiedene Ursachen, die zu Verschiebungen in der Betrachtung führen könnten, selbst wenn man die obige Auswertung mit den Originaldaten der Vergleichsstudien durchführt:

- Die Patienten in Wien waren im Mittel in besserer Verfassung als es dem Durchschnitt im Vergleichskollektiv entspricht.
- Die Qualität der Prognose war zu schlecht, entweder weil sich die Zuordnung der Patienten zu den verschiedenen Krebsstadien zwischen den verschiedenen Häusern unterschied oder die Überlebenszeit den Stadien nicht richtig zugeordnet wurde.
- Die konventionelle Behandlung der Patienten war in Wien besser und erfolgreicher als in den anderen Häusern.

Formal haben die Autoren korrekt darauf hingewiesen, dass die Schlussfolgerung auf die Wirksamkeit der Homöopathie noch verifiziert werden muss - nur, wie gesagt, dies wird von den Anwendern und erst Recht von den Vermarktern der Homöopathie gerne überlesen.

Zusammenfassung

Die dargestellten Ergebnisse sind falsch bzw. sind falsch zugeordnet. Dies führt den unkritischen Leser dazu, sich oder seinen Patienten ungerechtfertigte Hoffnungen auf eine längere Überlebenszeit zu machen. Dass dies bereits geschieht, ist daraus ersichtlich, dass die Ergebnisgrafik in öffentlichen Vorträgen zur homöopathischen Krebsbehandlung Verwendung findet.

Sofern diese Analyse zutrifft, wäre eine Korrektur oder gar ein Zurückziehen des Papers angezeigt.

Literatur:

[1] Gaertner K, Müllner M, Friehs H, Schuster E, Marosi C, Muchitsch I, Frass M, Kaye AD: Additive homeopathy in cancer patients: Retrospective survival data from a homeopathic outpatient unit at the Medical University of Vienna, *Complementary Therapies in Medicine* (2014) 22, 320-332

[2] Stupp R, Hegi EM, Mason WP, et al.: Effects of radiotherapy with concomitant and adjuvant temozolomide versus radiotherapy alone on survival in glioblastoma in a randomised phase III study: 5-year analysis of the EORTC-NCIC trial. *The Lancet oncology* 10.5 (2009): 459-466.

Dr. Norbert Aust / 18.02.2015