

Sonderdruck aus:

erfahrungs- heilkunde

ZEITSCHRIFT FÜR DIE ÄRZTLICHE PRAXIS

acta medica empirica

Hauptschriftleiter: Dr. med. Erich KRUG
Schriftleitung: Dr. med. Heinz GRUNEWALD

Wissenschaftlicher Beirat:

J. BISCHKO (Wien), U. DERBOLOWSKY (Homburg), W. DOGS
(Rinteln), J. P. DOSCH (München), K.-H. GEBHARDT (Karlsruhe),
R. GRUNER (Saulgau), E. KOJER (Wien), W. A. LAABS (Detmold),

W. LANG (Heidelberg), H. MÜLLER (Lichtenstein), P. NEUHÄUSSER
(München), D. REINSTORFF (Hamburg), H. SCHÄFER (Hagen),
R. SEITHEL (Speyer), H. STADTLÄENDER (Wolfsburg), E. W.
STIEFVATER (Freiburg), H. ZULLA (Konstanz)

Band 32 · Heft 3, März 1983 · KARL F. HAUG VERLAG GMBH & CO. · 6900 HEIDELBERG

Erfahrungen mit der Organo- und Immuntherapie bei inoperablen Tumoren und in der Nachsorge

Von H. W. Dörr

Erfahrungen mit der Organo- und Immuntherapie bei inoperablen Tumoren und in der Nachsorge*

Von H. W. Dörr

Eine neue wissenschaftliche Wahrheit pflegt sich nicht in der Weise durchzusetzen, daß ihre Gegner überzeugt werden und sich als belehrt erklären, sondern vielmehr dadurch, daß die Gegner allmählich aussterben.

Der römische Dichter *Vergil* hat im 11. Buch seiner „Aeneis“ den Satz geschrieben:

„Glaubt es dem, der es selbst erfuhrt!“

Ich glaube, daß ich auf dem schwierigen Feld der Krebstherapie ein Stück einer neuen Wahrheit gefunden habe, die im Interesse vieler – heute noch als unheilbar geltender – Patienten näher erforscht werden sollte.

Nach der Darstellung meiner Behandlungsmethode werde ich einige Fälle aus meiner Praxis vorstellen, um zu zeigen, wie wirkungsvoll eine biologische Krebstherapie für sich allein oder auch in Kombination mit Operation, Radiatio oder Zytostatika sein kann.

In allen von mir behandelten Fällen muß ich davon ausgehen, dem Immunsystem eine etwa 6monatige Chance zu geben, um seine Wirksamkeit zu entfalten. Das selektiert mein Krankengut für die Darstellung der Therapiewirksamkeit in keiner Weise, weil es sich in den meisten Fällen um Krebspatienten handelt, bei denen die klinische Therapie ausgereizt ist und manchmal gerade durch diese Therapie ein kompletter Zusammenbruch des Immunsystems herbeigeführt wurde.

In der Praxis ist in jedem Falle bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung die palliative Behandlung zur richtigen Zeit und mit adäquaten Mitteln einzusetzen, wobei die Folgen der Behandlung nicht gravierender sein dürfen als die Krankheit selber. Die mühevoll Belegung eines leidvollen Schlußakkordes durch den intensiven Einsatz von Zytostatika ist abzulehnen.

Nur um ein leidvolles Leben um einige Tage zu verlängern, sollte das medizinisch Machbare nicht eingesetzt werden.

Je nach der Art der Erkrankung greifen bis zu 60% aller Krebspatienten zumindest in der letzten Phase ihrer Krankheit zu den nichttoxischen Behandlungsmethoden. Wer die subjektiv empfundenen, nicht selten auch objektiv erkennbaren Erfolge der nichttoxischen Therapie bei Tumorpatienten beobachten konnte, weiß, daß diese Behandlungsmethode durchaus ihren Stellenwert in der Krebsbekämpfung besitzt.

Allgemeine Grundlagen der Therapie

Die makromolekulare Organtherapie ist die Basis meiner Behandlung seit 15 Jahren. Sie reduziert und hemmt das Wachstum von Tumorzellen und stimuliert das Wachstum der Normalzellen*. In all den Jahren kam es nur in einem einzigen Fall zu heftigen allergischen Reaktionen, auch wenn Organextrakte täglich injiziert wurden. Aber auch dieser Fall war keine Folge der Organtherapie; als Ursache wurde ein Bromelain-Medikament erkannt.

Nachsorge bei Krebspatienten ist das Thema meines Beitrags. Sie wird erleichtert, wenn der Patient nach kurzer Zeit verspürt, daß es ihm in allen Belangen der Verelendung besser geht. Die Rückkehr des krebserkrankten Patienten in seine Familie, vielleicht in seinen Beruf und damit in die Gesellschaft ist mit Problemen behaftet, auch wenn die Erkrankung eine fast vollständige Rehabilitation ermöglicht. Deshalb sind Wahrheit und Offenheit dem Kranken gegenüber in fast allen Fällen ein schmerzliches Hilfsmittel. Aber nur damit kann man bei dem Kranken auf Verständnis für die eingeleiteten Maßnahmen rechnen und seine Mitarbeit erwarten.

Allein schon die Ernährungsumstellung würde sonst kaum auf Verständnis stoßen. Verbote von

* Nach einem Vortrag gehalten anlässlich der 50. Tagung der Gesellschaft der Ärzte für Erfahrungsheilkunde in Baden-Baden vom 31. 10 bis 8. 11. 1981.

* NeyTumorin-Sol, vitOrgan Arzneimittel GmbH, 7302 Ostfildern 1.

Originalia

Fleisch, Tomaten, Kartoffeln und Genußmitteln werden erst durch die erzwungene Einsicht respektiert. Von den drei Hauptgruppen unserer Nahrungsstoffe – den Kohlenhydraten, den Fetten und dem Eiweiß – können die beiden letzteren zur Bildung von exogenen Noxen führen, Kohlenhydrate dagegen nicht. Jedoch werden bis heute die rasch resorbierbaren Kohlenhydrate wie etwa der Zucker als krebsfördernd angesehen. Dem liegt die Überlegung zugrunde, daß der Glukosebedarf der Krebszelle gegenüber der Normalzelle um ein Mehrfaches erhöht ist. Das ist zweifellos richtig. Da aber beide in erster Näherung gleichberechtigt sind, findet eine Begünstigung der Krebszelle nur statt, wenn das Angebot über den augenblicklichen Normalbedarf hinausgeht. Zucker ist daher nicht grundsätzlich zu verbieten, wohl aber Zuckerbelastungen.

Eine mäßige Fettzufuhr ist erwünscht, selbst wenn die Bilanz der essentiellen Fettsäuren und die der mit dem Fett assoziierten Vitamine auf andere Weise ausgeglichen wird. Fettdepots stellen dagegen eindeutige Risikofaktoren für den Krebs dar. Der Organismus hat die Tendenz, Fremdstoffen, für die ihm primär keine Abbauege zur Verfügung stehen, vorläufig in Fettdepots anzulegen. Übertriebene Abmagerungskuren sind Risikofaktoren für den Krebskranken.

Die Xanthinoxidase ist ein dringend notwendiges, exogenes Enzym für den Restitutionsstoffwechsel des Krebskranken und kann exogen durch Trinken roher Milch zugeführt werden.

Die wirksamen Bestandteile unserer Nahrung, die der Krebsabwehr dienen, sind die cyanogenen Glykoside vom Typ des Benzaldehydcyanhydrin-gluco-pyranosyl-gluco-pyranosids. Diese Glykoside sind bei sinngemäßer Anwendung vollkommen unschädlich und haben in Verbindung mit Thiamin eine potenzierte Wirkung. Von allen Pflanzen enthält Hirse die meisten cyanogenen Glykoside (Dhurrin); Mais und Hafer enthalten weniger.

Vom Strophanthin ist nachgewiesen, daß es in spezifischer Weise auf die gegenüber der Normalzelle veränderte, äußere Membran der Krebszelle einwirkt. Es führt bei gewissen Tumoren zu einem so starken Kaliumefflux, daß der Glukosemetabolismus der Zellen zum Erliegen kommt. Dazu enthält eine komplet-

tierte Tablette bei unserer Therapie: Xanthin, Natriummolybdat, basisches Kupfercarbonat, Methionin, Calciumpantothenat, Thiamindichlorid, Riboflavin, Riboflavinphosphat, Pyridoxalhydrochlorid, Nicotinsäureamid, Zinkacetat, Liponsäure, Biotin.

Eine zusätzliche Paraimmunstimulation erfolgt durch zwei Therapieschritte:

1. Durch Injektionen von NeyTumorin und Tuberculinum forte von Heel. Dadurch wird die humorale und zelluläre Immunreaktion angeregt. Gleichzeitig erhält die Tumorzelle einen Differenzierungsstimulus in Richtung Normalzelle.

2. Durch intermittierende Gaben von Dimethylamino-propanol-acetaminobenzoat plus Inosin, um die zelluläre Immunreaktion zu verbessern. Dadurch wird Proliferation und Aktivität von Lymphozyten und Makrophagen angeregt, und die sich dadurch vermehrenden Killerzellen, die direkt von den Stammzellen des Knochenmarks abstammen, greifen die Tumorzellen aggressiver an. Gleichzeitig kommt es zu einer vermehrten Bildung von Interferon. Leukozyten-Interferon und Fibroblasten-Interferon weisen in menschlichen Zellen eine ähnliche antitumorale Aktivität auf.

Makrophagen-Aktivität

Antigene werden von den Makrophagen aufgenommen und umgewandelt. Die umgewandelten Antigene lösen eine Lymphozyten-Proliferation aus. Lymphozyten werden ferner von Transferfaktoren der Makrophagen aktiviert.

Lymphozyten-Proliferation

Antigenreize führen zu Zellteilungen und morphologischen Veränderungen der Lymphozyten:

- Aus den B-Lymphozyten entstehen Plasmazellen, die freie Antikörper bilden.
- Aus den T-Lymphozyten bilden sich immunkompetente T-Lymphozyten mit zellgebundenen Antikörpern.

Funktion der T-Lymphozyten

Untergruppen der T-Lymphozyten, T-Helfer- und T-Suppressorzellen kooperieren mit den B-Lymphozyten und greifen regulierend in den Ablauf der Immunreaktion ein.

Differenzierung der Nullzellen

Die aus dem Knochenmark stammenden Nullzellen sind an dem Immunprozeß nicht beteiligt. Erst eine Differenzierung zu T-Zellen ermöglicht ein Eingreifen in den Immunablauf.

Funktionen der Lymphokine

Lymphokine werden von Killerzellen und zytotoxischen Lymphozyten – Abkömmlingen aus der T-Lymphozytenreihe – freigesetzt. Sie zerstören die Ziel-Zellen. Außerdem wirken sie als Transferfaktoren, die die Makrophagentätigkeit stimulieren.

Trotz Früherkennung und angeblich verbesserter Therapie nimmt die Mortalität und Morbidität an Krebs jährlich zu. Auch wenn die Heilungsquoten angeblich zunehmen, die Zahl der jährlichen Krebstoten nimmt ebenfalls zu.

Der Tumor, die Zellwucherung selbst, ist zunächst nur das Symptom der Krebskrankheit, das Symptom eines allerdings sehr weit fortgeschrittenen Stadiums.

Das Ausgangsstadium des Krebses liegt dagegen oft viele Jahre zurück; jenes Stadium nämlich, vor dem die ersten Zellen anfangen, sich regellos zu vermehren. Die wirklich neuen Erkenntnisse über den Krebs – die der letzten Jahre – kommen nicht aus der therapeutisch orientierten Krebsforschung, sondern aus der Molekularbiologie und der Immunologie, aus den Gebieten also, die sich mit den Abläufen in den normalen Zellen befaßt.

Damit befinden wir uns auf den Wegen, die weniger auf eine Zerstörung als auf eine Steuerung des Zelllebens hinzielen. Die Krebszelle ist aus der zentralen Steuerung herausgefallen und hat ihren eigenen Schaltplan. Sie ist also keine kranke Zelle im Sinne unseres orthodoxen Krankheitsbegriffes.

Diejenigen Proteine, die im Tierversuch das Wachstum von Tumoren verzögern – oder besser:

deren Wirkung – verfolgen wir mit Hilfe radioaktiv markierter Substanzen, um zu sehen, wie sie das machen. Die markierten Substanzen sind normale Zellprodukte, die sich jedoch unter der Einwirkung dieser Proteine völlig anders verhalten, anders umsetzen, anders abgebaut werden als normalerweise. Und da sie radioaktiv sind und somit überall aufspürbar, können wir ihr Schicksal genau verfolgen. Eines aber wissen wir schon, daß wenige Moleküle von diesen Proteinen – etwa ein Millionstel Gramm pro Kilogramm Tier – für eine Hemmwirkung ausreichen. Doch wenn so wenig Material für einen Effekt genügt, kann das eigentlich nur über eine Beeinflussung des Steuerprogramms einer Zelle funktionieren. Denn mit so geringen Mengen, mit so geringen Kräften, kann man relativ große Massen eben nicht mehr direkt, sondern nur durch Steuerung beeinflussen.

Die Chemotherapie und die Bestrahlungstherapie ist eine zytotoxische Therapie mit kanzerogenen Eigenschaften. Diese Therapiearten sollten deshalb stets begleitet werden von einer immunstimulierenden, zugleich regenerativen Therapie. Mit sulfatierten, heterologen Organpräparaten nach *Theurer** kann man dieses Ziel erreichen. Meine sehr günstige Erfolgsquote glaube ich jedoch auf die oben bereits genannten Zusatztherapien zurückführen zu dürfen, so daß sich auch bei infausten Fällen ein Leben mit dem Krebs realisieren läßt.

Kasuistik

Fall 1: Herr C. D., geb. 1913, wurde am 13. 10. 1978 in Periduralanästhesie die TUR der Prostata durchgeführt.

Diagnose: Teils hellzelliges, teils anaplastisches Prostatakarzinom, Stadium B, Verdacht auf Splenomegalie, absolute Arrhythmie, chronischer Leberzellschaden.

Der Patient lehnte die vorgeschlagene, zytostatische und radiologische Therapie ab und begab sich sofort in meine Behandlung, die bis zum heutigen Tag andauert.

Bei bisherigen Kontrolluntersuchungen: Gut funktionierendes Harnsystem, kein Anhalt für Rezidiv oder Metastasierung.

* NeyTumoren-Sol, vitOrgan Arzneimittel GmbH.

Originalia

Fall 2: Herr *D. E.*, geb. 1914, wurde am 12.1.1981 operiert.

Diagnose: Rezidiv eines urothelialen Karzinoms im Bereich der Harnblasenhinterwand mit Invasion des angrenzenden Stromas, jedoch ohne Anhalt für eine Okkupation der superfizialen Muskulatur. Papillom der rechten Blasenseitenwand ohne Zell- und Kernatypien.

Herr *D. E.* begab sich sofort in biologische Behandlung. Die am 13.7.1981 durchgeführte dritte Blasenkontrolluntersuchung ergab ein reizloses, gut abgeheiltes Operationsfeld ohne Hinweis auf eine Neubildung.

Fall 3: Frau *W. H.*, geb. 1913.

Diagnose und Auszug aus dem Befundbericht:

„Wie Sie wissen, liegt bei der Patientin ein intrapulmonaler Rundherd im dorsalen Anteil des rechten Lungenunterlappens vor, der im März 1979 entdeckt wurde. Der Rundherd hat in der Zwischenzeit langsam, kontinuierlich an Größe zugenommen. Im Vergleich zur letzten Untersuchung vom 26.8.1980 ist es zu einer weiteren, geringgradigen Größenzunahme gekommen. Der Durchmesser des Rundherdes beträgt jetzt 2,5 cm. Der übrige Thoraxbefund ist im Vergleich zu den Voruntersuchungen unverändert.“

Die Patientin trat im September 1980 in meine Behandlung. Die Röntgenuntersuchungen am 24.2.1981 ergaben nochmals eine geringe Größenzunahme des bekannten Rundherdes um 0,1 cm auf 2,6 cm.

Eine Probe-Thorakotomie wurde von der Patientin abgelehnt, ihr aber auch von der Universitätsklinik zur persönlichen Entscheidung anheimgestellt.

Die letzte Kontrolluntersuchung im August 1981 ergab erstmals einen sicheren Hinweis für Wachstumsstillstand. Das Allgemeinbefinden der Patientin hat sich in allen Bereichen normalisiert.

Fall 4: Frau *F. W.*, geb. 1904.

Operation: 24.4.1980 – $\frac{4}{5}$ Magenresektion

Diagnose: Großes, antrales Korpuskarzinom mit Lymphknotenmetastasierungen.

Histologie: Schleimbildendes Siegelringkarzinom mit entsprechender, invasiver Wachstumstendenz.

Die Patientin wird seither mit der beschriebenen Organtherapie unter Anwendung der Zusatzthera-

pien einschließlich Sauerstoffinsufflationen behandelt.

Der 77jährigen Patientin geht es jetzt besser als in den letzten 5 Jahren vor der Operation. Selbst die immer heftig geklagten Hüft- und Kniegelenkarthrosen, die Atembeschwerden infolge Lungenemphysem, die anginösen Herzbeschwerden mit Beinödemen sind bis auf geringfügige Details verschwunden.

Der subjektive Gesundheitszustand ist zur Zeit bemerkenswert erfreulich.

Fall 5: Frau *S. S.*, geb. 1921, wurde im September 1980 operiert.

Diagnose: Nierentumor rechts und Lungenmetastasen.

Therapie: Tumornephrektomie rechts mit Lymphadenektomie.

Histologisch ergab sich ein infiltrierend wachsendes, renales Adenokarzinom (Hypernephrom) ohne Anhalt für Infiltration der fibrösen Kapsel, ohne Einbruch in das Nierenbecken und ohne Gefäßeinbruch. Das mitgenommene Lymphgewebe ergab keinen Anhalt für eine Lymphknotenmetastase.

Anschließend Aufenthalt in einer bekannten Thoraxklinik, wo weder durch Bronchoskopie noch durch Mediastinoskopie ein Lungentumor nachgewiesen werden konnte.

Von Mitte Januar bis Ende Februar 1981 biologisch-immunologische Therapie, die dann doch wegen stationärer Aufnahme zur Lungenoperation abgebrochen wurde. Bei der Operation wurden mehrere Lungenmetastasen entfernt.

Röntgen – Thorax – vom 10.4.1981 (nach der Operation): Streifige Infiltrierung in den zentralen Partien beider Unterfelder mit begleitender Pleuritis. Venenkatheter links. Zwei intrapulmonale Katheterleitungen in beiden Mittelgeschossen.

Röntgen vom 13.4.1981: Rückgezogener rechter Katheter mit stärkerer, pneumonischer Infiltration im rechten Hilusbereich und kleiner, basaler Ergußbildung. Sonst unveränderte Lage der übrigen Katheter.

Röntgen vom 21.7.1981: Zustand nach Entfernung der Katheter. Dichte Infiltrierung im rechten Herzzwerchfellwinkel. Interlobäre Pleuritis mit einer *kirschgroßen Parenchymeinschmelzung*. Streifige Infiltrierung nach dem rechten Oberfeld zu.

Nach viermonatiger Unterbrechung der biologischen Therapie Wiederaufnahme derselben in einem Allgemeinzustand, der es der Patientin wegen sehr starker Thoraxschmerzen nicht ermöglichte, das Haus zu verlassen. Ein fast unstillbarer Dauerhusten und ein starker, blutiger Auswurf ließen die Prognose äußerst ungünstig erscheinen.

Nach 14 Tagen konnte die Patientin wieder die Praxis aufsuchen. Der hämorrhagische Auswurf war nach vier Wochen verschwunden.

Nach dreieinhalbmonatiger Behandlung lautet der **Röntgenbefund – Thorax – vom 13.10.1981:** Rückbildung der Parenchymeinschmelzung im rechten Mittelfeld sowie Abheilung der streifigen Infiltrierung. Es findet sich jetzt noch ein glatt begrenzter, rundlicher Tumorprozeß in den infrahilären Arealen rechts mit deutlicher Abgrenzung und *scheinbar deutlicher Rückbildungstendenz*.

Allgemeinbefinden: Gute Atemfunktion, kein Auswurf, schmerzfrei.

Fall 6: Frau L. M., geb. 1931, wurde am 18.2.1977 zur Gallensteinoperation eingewiesen. Eine vorausgegangene Untersuchung mit dem Neunhoeffler-Test – Organische Hydroxylaminverbindung, Rhodanase und Carcinochromreaktion –, die pathologisch ausfiel, veranlaßte mich, den operierenden Chirurgen darauf hinzuweisen, daß bei der Patientin ein malignes Wachstum irgendwo im Körper vorhanden sein müsse. Er möge vor und während der Operation eine gründliche Suchaktion starten.

Der telefonische Zwischenbericht nach der Operation konnte meinen Verdacht – hervorgerufen durch den pathologischen *Neunhoeffler*-Befund – nicht bestätigen.

Zwei Tage vor der Entlassung der Patientin bat ich den Chirurgen, ein erbsgroßes, chronisches Unterschenkelulkus, das mir suspekt erschien, zu exzidieren.

Der Arztbericht lautet: Bei der Exzision des chronischen Ulkus am Unterschenkel ergab sich überraschenderweise ein Basalzellkarzinom, so daß ich doch sehr erstaunt war, wie treffsicher Ihre präoperative Vermutungsdiagnose letztendlich sich dann doch bestätigte.

Sechs Wochen später traten um das gut abgeheilte Hautoperationsfeld fünf halblinsengroße Metastasen

auf, die durch biologische Therapie vollkommen verschwanden.

Seit vier Jahren kein Anhalt für erneute Rezidive.

Fall 7: Frau R. R., geb. 1931, wurde am 10.4.1977 rechts radikal mastektomiert unter Mitnahme des M. pectoralis und der Achsellymphknoten.

Diagnose: Infiltrierend wachsendes Milchgangkarzinom mit Metastasierung der Lymphknoten.

Therapie: Zehn Zytostatikastöße von je 70mg Adriblastin und 35mg Endoxan.

Am 19.7.1980 Entfernung einer Lymphknotenmetastase aus der rechten Axilla: Ein solid gebautes Karzinom, das in das umgebende Bindegewebe infiltrierte.

Die biologische Therapie beginnt am 1.8.1980, nachdem der Patientin gesagt wurde, daß sie austherapiert sei. Die Patientin steht bis zum heutigen Tage – seit 14 Monaten – unter biologischer Immuntherapie.

Das Knochen-Szintigramm vom 20.3.1981 zeigte keinen Anhalt für eine Metastasierung. In der jetzt laufenden Behandlungsperiode wurde zweimal eine Krebsmetastase reseziert, die von Bindegewebe abgekapselt war. Danach wurde zweimal ein kirschkerngroßer Tumor entfernt, bei dem kein Malignitätsnachweis mehr erhoben werden konnte. Am 14.7.1981 äußerte die Patientin wörtlich: „Es steht fest, so gut ist es mir in meinem ganzen Leben noch nicht gegangen.“

Fall 8: Frau M. J., geb. 1904, seit 1974 in Behandlung.

Eingangsdiagnose: Oberschenkelthrombophlebitis.

Untersuchungsbefund: Blutungen aus Darm und Scheide, kindskopfgroßer Unterleibstumor.

Klinische Diagnose: Adenokarzinom der Zervix und Adenoakanthom des Corpus uteri. Scheidenmetastase in der vorderen Vaginalwand und Ummantelung der Zervix.

Therapie: Hysterektomie mit beiden Adnexen; Radiumeinlage, anschließend Telekobaltbestrahlung.

Ein Jahr danach (1975): Überdoppelfaustgroßer Rezidivtumor. Beginn der Behandlung mit Organpräparaten und Zusatztherapien.

Abschließende Überlegungen

Wir können mit dieser onkologischen, biologischen Therapie nicht zum „Halali“ blasen. Ein Patentrezept haben auch wir nicht, und es wird nach den bisherigen Erkenntnissen auch keines geben. Wir wollen trotz der Erfolge bescheiden weiterarbeiten, weil es noch mehr zu tun gibt als bisher getan wurde. Wir brauchen die Zusammenarbeit mit Messer, Strahl und Chemotherapie; aber wir können heute schon durch unsere Erfolge verlangen, daß unsere biologische Krebstherapie gleichberechtigt eingegliedert wird, zusammen mit allen oder einzelnen oder auch allein.

Und wenn wir eines Tages – was aller Wunsch ist – über die Krebsvorsorge hinaus zur Früherkennung des Krebses gelangen, dann wird diese biologische Methode die Therapie der ersten Wahl sein.

Mit den eingangs zitierten Worten von *Vergil* möchte ich – etwas abgewandelt – schließen:

„Glaubt es denen, die dies erfahren durften.“

(Anschrift des Verfassers: Dr. med. Helmut Dörr,
Kaiser-Wilhelm-Straße 15, 6700 Ludwigshafen)