

2

VORSICHTIGE SKEPSIS - ÄRZTINNEN ÜBER VORSORGE, OPERATION UND MEDIKAMENTE

Courage veröffentlicht hier ein Gespräch mit der Frauenärztin Regina Lutterbeck, 34 Jahre, die seit etwa fünf Jahren „auf der Gyn“ des Berliner Virchow-Krankenhauses beschäftigt ist, zum Thema Krebsvorsorge

Foto: Catherine Cremieu



Dr. Regina Lutterbeck

Ich plädiere immer für Vorsorge. Ich mache es selbst auch, weil ich zuviel Schiß davor habe, Krebs zu kriegen. Aber es gibt auch Vorsorgeversager und Situationen, wo du ein Jahr vorher einen guten Abstrich gehabt hast, und im nächsten Jahr bist du schon vor einem fertigen Karzinom (Krebs).

Der Vorsorge am zugänglichsten ist das Zervixkarzinom, der Gebärmutterhalskrebs, wo durch den direkten Zugang zur Portio für den Abstrich ideale Bedingungen gegeben sind. Man kommt ziemlich genau ran ohne das Gewebe zu verletzen und kann Zellen entnehmen. Das ist ein alt eingeführtes Gebiet, wo sehr viele Erfahrungen da sind. Es ist das bestdokumentierte und sicher auch ein erfolgreiches Gebiet.

Beim Zervixkarzinom existieren Vorstufen, die nach einer Zeit – man weiß nicht in welcher Zeit – in tatsächlichen Krebs einmünden. Es kann manchmal schnell umschlagen, du kannst ein Jahr vorher einen guten Abstrich haben, und im nächsten Jahr hast du schon Karzinomzellen. Das kann daher kommen, daß tatsächlich nichts da war. Es kann aber auch durch Fehler bedingt sein. Woher immer diese Fehler kommen, sie sind im Verhältnis selten.

Es sind Fehler in der Entnahmetechnik, Fehler in der Färbetechnik, Fehler in der Beurteilung, daß du schlicht was übersiehst, z. B. wenn bei der Begutachtung Zellverbände nicht richtig eingeordnet werden. Insofern sind hier bei einer an sich idealen Vorsorge auch Fehler möglich, die einfach technisch bedingt sind.

Nach einer bestimmten Färbemethode, die ursprünglich von Papanikolaou beschrieben worden ist, färben sich Zellkern und Zelleib unterschiedlich an. Wenn das Zellpräparat nicht richtig behandelt oder überfärbt worden ist, kannst du Färbefehler haben.

Und dann gibt es Entnahmefehler. Wenn du nur von der Muttermundoberfläche abnimmst und nicht weit genug in den Zervixkanal reingehst, kannst du Zellen nicht erwischen, die weiter hinten sitzen. Manchmal hast du Zellveränderungen um den Muttermund rum, die schon von außen sichtbar sind. Du kannst aber auch eine Situation haben, wo die Muttermundoberfläche ganz glatt ist und absolut unauffällige Zellen hat und weiter rein noch glatt ist. Und dann breitet sich weiter oben Krebs aus, ein sogenanntes Tonnenkarzinom zum Beispiel. Wenn du dann eine schlechte Entnahmetechnik hast, kannst du lange Zeit ungenügende Abstriche haben.

Krebs kann gerade bei einer jungen Frau so schnell wachsen, daß du nicht sagen kannst, das muß schon ein Jahr vorher da gewesen sein. Normalerweise stellt man nach Papanikolaou eine Reihe auf: die zytologische (zyto = Zelle) Klassifizierung der Zellabstriche von Pap I - V.

Pap I ist der völlig unverdächtige Abstrich und Pap V das fertige Karzinom. Dazwischen in der Reihe befinden sich die Dysplasien (dys = schlecht, plastein = bilden) — also schlecht gebildete Zellen und Zellanordnungen, die Übergänge darstellen von einem geordnet und regel-

Gynäkologische Krebsabstriche und ihre Bedeutungen: Pap I - V

Die Pap-Abstriche sind zytologische Beurteilungen, die immer noch was anderes sind als histologische (zellgewebliche) Beurteilungen. Bei diesen Abstrichen kriegst du immer nur Einzelzellen, keine Gewebsverbände.

Pap I ist unverdächtig, brauchst du nichts zu tun, als in normalen Abständen zu kontrollieren.

Bei Pap II heißt die Handlungsanweisung: da ist noch ein unverdächtiges Zellbild, aber wahrscheinlich bedingt durch Entzündungen. Da wird die Entzündung behandelt, dann ist alles vorbei.

Da gibt es die Stufe Pap III = zweifelhaft, und dort insbesondere die Klassifizierung Pap IIIc, die da heißt Kontrolle in kurzen Abständen und zwar vierteljährlich. Wenn Pap IIIc weiterhin bestehen bleibt, sollte eine histologische — gewebliche — Sicherung des Ganzen durchgeführt werden.

Dann gibt es die Stufe Pap IV, die unterteilt wird in Pap IVa und IVb, die eine Gewichtung nach Schweregrad beinhalten; in IVa befinden sich noch die sogenannten leichteren Dysplasien; bei der IVb sind schwere Dysplasien bis zum beginnenden Karzinom.

Und Zyto V heißt, hier liegt ein fertiges Karzinom vor.

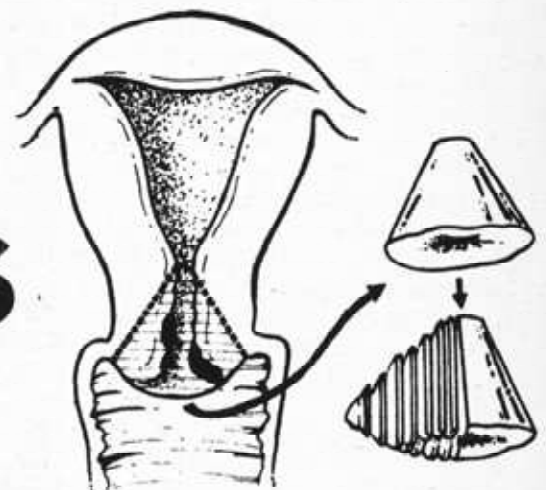
haft aufgebauten Gewebsverband zu einem immer ungeordneter werdenden hin zum tatsächlich entdifferenzierten Karzinom. Die allgemeine Weisung ist die, daß die zytologischen Klassifizierungen (siehe Kasten Pap-Abstriche) Handlungsanweisungen sind, also keine Diagnosen.

Bei leichten und schweren Dysplasien machen wir in der Regel einen Konus (siehe Abbildung). Dabei wird ein kegelförmiger Bereich aus dem Muttermund herausgeschnitten, zu welchem das sichtbar veränderte Gewebe der Muttermundoberfläche und das Gewebe des Gebärmutterhalskanals bis zum inneren Muttermund gehören, und das wird dann im Labor aufgearbeitet.

Damit hast du in vielen Fällen, wenn es sich um eine Dysplasie oder um ein beginnendes Karzinom handelt — das wir Carcinoma in situ nennen (CA in situ — ein auf den Ort beschränkter Krebs), sogar schon eine vollständige Therapie, weil du davon ausgehen kannst, daß das veränderte Gewebe mit dem darumliegenden gesunden Gewebe entfernt worden ist.

Einige Frauen vom Feministischen Frauengesundheitszentrum (FFGZ) empfehlen, nur eine Probeexzision zu machen. Bei einer Probeexzision wird ein kleines Stückchen Gewebe ohne Betäubung entnommen. Das ist grundfalsch, nach dem was wir in Mitteleuropa glauben und wissen. Das ist auch mit Zahlen aus Großstatistiken zu belegen. Da unterscheiden sich die Amerikaner von den Deutschen erheblich, sie ma-

KREBSVOR- SORGE - besser als nichts ?



chen es überwiegend aus Kostenersparnis- und Rationalisierungsgründen. Das wird von uns abgelehnt. Ich würde meiner besten Freundin niemals raten, das unterzubewerten.

Warum bist du so unbedingt dafür, die Konus-Operation sofort zu machen?

Ich habe jetzt einen veränderten Gewebsbezirk am Muttermund, den kann man mit der Jodprobe klar abgrenzen. Das färbst du mit einer Jodlösung an, und das gesunde Gewebe wird braun, während das veränderte Gewebe sich nicht braun anfärbt. Wenn ich aus diesem Gewebsbezirk etwas mit einer Probeexcision entferne, weiß ich noch lange nicht, was in der Tiefe los ist. Damit kann ich die erforderliche Radikalität, die davon ausgehen soll, daß ich das Ganze wirklich im Gesunden entferne, nicht erreichen.

Ich meine, wenn ich schon anfangs es zu behandeln, dann muß ich es richtig behandeln, bevor ich eine ungenügende Therapie mache.

Wir beobachten, daß pathologische Gebärmutterhalsbefunde bei immer jüngeren Frauen auftauchen. Ich weiß nicht, ob es daran liegt, daß die Frauen häufiger daran erkranken oder ob durch eine vermehrte Vorsorge Vorstufen frühzeitig entdeckt werden. Du hast nicht mehr die Garantie, wie man es früher gesagt hat, Zervixkarzinom Maximum bei 40, Korpuskarzinom (Korpus = Gebärmutterhöhle) Maximum bei 60. Heute gibt es alle Altersvarianten. Ich kann nicht sagen, wart' erst einmal ab, es wird schon noch eine Zeit dauern, bis Ende 30 oder so.

Ich hätte auch erst mal die Hoffnung, es ohne Operation wegzukriegen. Der Krebs kann ausbrechen, er muß nicht, lieber erst eine Probegewebsentnahme und sehen, was ist damit?

Ja, aber welche Garantien hast du denn? Du hast deinen veränderten Abstrich und nach dem, was man weiß, entwickelt sich eine Dysplasie zu einem Krebs. Die einzig bekannte Form eines Zellbefundes, wo sich das veränderte Gewebe zurückentwickelt hat (gesund wurde), ist der Pap III. Bei allen anderen – im Schweregrad höher liegenden – Befunden sind keine Rückbildungen beobachtet worden.

Der Boden, auf dem ein Karzinom entsteht, ist eine Präkanzerose, eine Vorstufe von Krebs. Ein Karzinom im Anfangsstadium tut nicht weh. Das Problem beim Zervixkarzinom ist, daß es keine subjektiv bemerkbaren Frühstadien hat. Du kannst nicht sagen, das

merke ich, da krieg ich Schmerzen oder Blutungen. Wenn du dein Karzinom bemerken solltest, da ist etwas nicht in Ordnung, dann ist es eigentlich so weit, daß du einen üblen Leidensweg vor dir hast.

Das subjektive Bemerkte ist plötzlich, und das objektive Entstehen ist früher. Da reicht es nicht, mit dem Selbsthalte-Spekulum deinen Muttermund anzugucken, wie sieht der aus. Ich habe heute eine Frau untersucht, die mit einer Einweisung kam, veränderte Portio, die hatte einen völlig glatten Muttermund. Wenn du nicht weißt, was auch sein kann, sagst du, na prima, sieht schick aus, das gucke ich mir im halben Jahr wieder an. Bei differenzierteren Untersuchungen, z. B. mit der Kolposkopie (kolpos = Scheide, skopein = Sehen), die die 15fache Vergrößerung des Muttermundes bringt, hast du ein ganz anderes Bild: hoppla, das sieht ja gar nicht mehr so glatt aus. Da wird es wohl stecken. Es reicht einfach nicht, nur reinzuzugucken, bzw. die beste Freundin zu bitten. Wir sind darauf angewiesen, daß es von möglichst gut ausgebildeten Leuten gut gemacht wird.

Wenn ein Konus gemacht wurde und festgestellt worden ist, daß sich der Krebs ausgedehnt hat, wie wird dann weiter behandelt?

Mit dem Konus allein können eine schwere Dysplasie, die man noch nicht als Krebs bezeichnen darf, oder das CA in situ, die beide in der Regel auf das Epithel (= oberste Zellschicht der Haut) beschränkt sind, völlig entfernt werden. Nach dem Konus wird weiter nicht behandelt. Es werden lediglich weitere zytologische Abstriche in zunächst recht häufigen Abständen empfohlen. Alle viertel Jahre, und dann werden die Abstände gestreckt, wenn weiter nichts aufgetreten ist. Wie es sich im Organ selbst ausbreitet, kann man im Grunde erst nach dem Konus sagen.

Das nächste Stadium ist die Zellwucherung, die in die tieferen Schichten miteindringt, das sind die sogenannten invasiv (= eindringend) wachsenden Karzinome. Bei nachgewiesener Invasivität, bei der der Konus nicht im Gesunden entfernt werden konnte, würde ich durchaus guten Gewissens empfehlen, die Gebärmutter rauszunehmen – auch bei einer jungen Frau. Wenn der Krebs damit im Gesunden entfernt worden ist, ohne Einbruch in die Lymphgefäße kannst du von einer hundertprozentigen Heilung sprechen. Wenn ein invasiv wachsendes Karzinom früh genug ent-

fernt worden ist, kannst du auch hier, wie beim CA in situ, eine hohe Heilungsquote erwarten.

Beim Wachstum in die Lymphspalten muß man eine weitergehende Operation machen, z. B. die Radikaloperation nach Wertheim, die die ganze Gebärmutter, einschließlich des oberen Teils der Scheide, und die Lymphgefäße von beiden Seiten betrifft. Dies ist wichtig für die Therapie und für die Prognostik. Wenn du sicher sagen kannst, daß es ein Gebärmutterhalskrebs im Anfangsstadium ist, brauchst du keine weitere Therapie. Hast du einen weiter fortgeschrittenen Krebs, sollte man einer Frau nach der Operation eine Bestrahlung geben. Beim noch weiter fortgeschrittenen Stadium wird heutzutage häufig nicht mehr operiert. Das ist mit Wachstum in die Gebärmutter hinein oder schon die Scheide betreffend. Das wird dann bestrahlt, entweder örtlich oder das kleine Becken.

Warum wird da nicht mehr operiert?

Weil der Operationserfolg in keinem Verhältnis zu den Operationsrisiken steht. Es kann zu unheimlich starken Blutungen kommen, und du kannst bei einem fortgeschrittenen Krebs davon ausgehen, daß das veränderte Gewebe nicht mehr entfernt worden ist.

Ich kenne leider Gottes viele Frauen, die sagen, warum soll ich denn zur Vorsorge. Es ist auch der häufigste Fall, daß die meisten Frauen bei der Vorsorgeuntersuchung nichts haben. Sie gehen nicht gern zu der unangenehmen schnellen gynäkologischen Untersuchung, was soll's denn, eigentlich bin ich doch gesund.

Die Vorsorge steht in dem Ruf, wenig effektiv zu sein, in dem Sinne, daß es schon zu spät ist, wenn etwas festgestellt wird.

Beim Gebärmutterhalskrebs, wo du die Vorstadien eindeutig sehen und erfassen kannst, kannst du von einer wirklich sinnvollen Vorsorge sprechen. Anders ist es beim Korpuskarzinom, Krebs in der Gebärmutterhöhle. Das muß man klinisch und von der Patientin her total anders sehen. Da ist ein Problem, mit dem Vorsorge-Abstrich ranzukommen. Du kannst am Gebärmutterhals einen guten Abstrich haben und oben in der Gebärmutterhöhle kann sich ein Krebs abspielen. Da gibt es Versuche, bessere Vorsorgemöglichkeiten auch für das Korpuskarzinom zu erfinden. Es wird irgendwann auch in die übliche Routine eingebaut werden.

Das Abtasten der Brust nach der monatlichen Regel wird allen Frauen geraten. Es verbreitet doch eher Furcht, weil einfach eine Unsicherheit darüber besteht, welcher Knubbel schon ein Knoten ist? Was ist die richtige Vorsorge für Brustkrebs?

Die einzige Früherkennung bei Brustkrebs ist durch eine Mammographie möglich, weil ein Tastbefund bereits einen ausgebildeten Krebs anzeigt. Ich hatte eine Frau auf der Station, sie kam mit einer suspekten Mammographie. In dem Mammographiebefund der einen Brust war an einer winzigen Stelle sogenannter Mikrokalk. Das ist eine Ansammlung von Kalkeinlagerungen im Gewebe. Das kannst du nicht tasten, nicht fühlen, nicht sehen. In der Mammographie sind sie als kleine Kalkspritzerchen erkennbar. Hinter dem Mikrokalk steckt in ganz vielen Fällen nichts, in manchen steckt ein Krebs dahinter. Oder eine Vorstufe von Krebs. Die Frau auf der Station war Anfang 40 und hatte routinemäßig Mammographie machen lassen. Ihre letzte Mammographie von vor zwei Jahren, mit der Empfehlung es operieren zu lassen. In ihrem Fall war es eine Vorstufe von Krebs, wo man – man weiß nicht, wie lange das andauert – davon ausgehen kann, daß dieses zu einem richtigen Brustkrebs wird. Das ist einer der seltenen und erfreulichen Fälle, wo ein Brustkrebs in einem Vorstadium erfaßt worden ist, der ohne eine Mammographie unentdeckt geblieben wäre. Sie hätte noch so lange tasten können, sie hätte ihn nicht bemerkt. Auch ich habe absolut nichts getastet bei der Frau. Das sind Beispiele, die mich dazu verführt haben, Mammographien zu empfehlen.

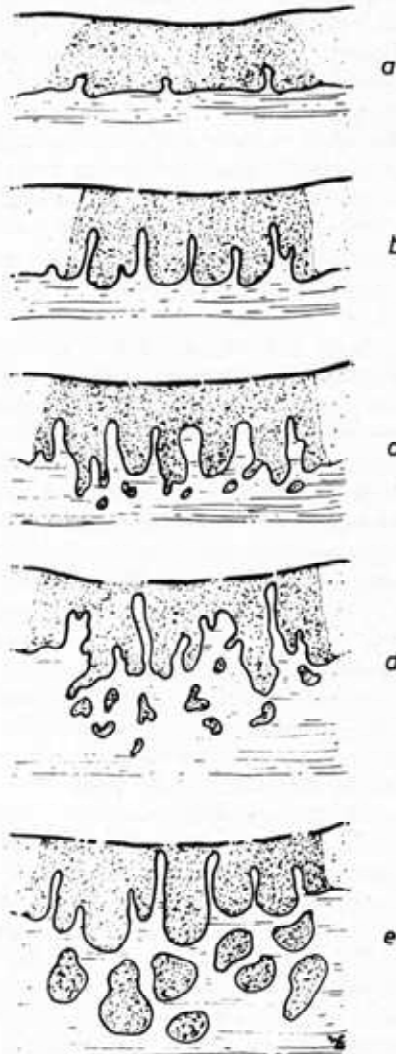
Die Mammographie ist insofern kritisiert worden, als sie eine Strahlenbelastung ist, und dadurch der Krebs erst zum Ausbruch kommen kann. Wie siehst du das?

Es gibt keine endgültigen Aussagen darüber. Weder solche noch andere. Es gibt bestimmte Risikogruppen, bei denen ich eine Basismammographie empfehlen würde. Das heißt, irgendwann, ohne daß eine bestimmte Indikation vorliegt, läßt du dir eine Mammographie machen. Damit hast du praktisch einen Vergleichswert. Wenn dann ein Tastbefund vorliegt, wird eine zweite Mammographie gemacht, die mit dem Vorbefund verglichen werden kann.

20 von hundert Frauen, die Krebs haben, haben ein Mammakarzinom. Das ist der höchste Anteil an Krebserkrankungen bei Frauen überhaupt. Es gibt

zwar noch weitere Untersuchungsmethoden, wie die Thermographie und Ultraschall. Diese werden z. Z. als unterstützende Methoden herangezogen, sie stellen jedoch noch keinen Ersatz für die Mammographie dar.

Mammographie-Experten raten daher zu einer Basismammographie bei Frauen über 30 und bei Risikogruppen zu einer regelmäßigen Vorsorge durch Mammographien im Abstand von einem Jahr. Zu den Risikogruppen gehören z. B. Frauen, die eine belastende Familienanamnese haben, d. h. wenn ein Mammakarzinom in der Familie aufgetreten war, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit von Brustkrebs bei dieser Frau.



Frühfälle des Zervixkarzinoms und ihre Wachstumsformen

Carcinome in situ: a einfacher Ersatz, b plumpes Vorwuchern, c frühe Stromainvasion, d netzige Infiltration, e plumpe Infiltration

Bei unverdächtigen Patientinnen wird die Mammographie in Abständen von drei Jahren empfohlen. Die Strahlenbelastung durch eine regelmäßige mammographische Untersuchung wird als gering eingeschätzt und variiert mit der Größe der Brust.

Bei der Mammographie werden sechs Aufnahmen gemacht, was insgesamt fünf Minuten dauert. Es gibt Frauen, die sagen, daß das Zusammenpressen der Brust sehr schmerzhaft ist, und andere fanden es nicht so schlimm. Ich persönlich fand es gar nicht so schmerzhaft.

Es gibt ein Medizin-Lehrbuch, in dem als Krebsvorsorge allen Ernstes geraten wird, die gesunden Brüste rechtzeitig abzunehmen. Ist das auch Praxis?

Man kann keine Irrsinnspröphylaxe treiben und sagen, o.k., wenn bei Frauen die biologische Fortpflanzungsfunktion aufgehört hat, beide Brüste ab, Uterus und Ovarien raus, so kann sie diese Krebse jedenfalls nicht mehr kriegen. Das kann man heutzutage nicht einmal mehr den Gynäkologen unterstellen, und das will schon was heißen.

Es ist gar nicht so lange her, daß bei Frauen um 40, bei denen eine Uterusentfernung gemacht wurde, die Ovarien gleich mit rausgenommen worden sind, weil sie den Bauch schon auf hatten. Eierstöcke braucht sie nicht mehr und eine Vorsorge beim Eierstockkrebs ist schwer zu machen, also lieber rausnehmen, dann habe ich das Problem nicht mehr. Das ist eine Richtlinie, nach der Frauen durchaus behandelt worden sind. Es gibt da zweifelsohne regionale Unterschiede. Ich habe vor sechs Jahren in einem Krankenhaus in Bonn gearbeitet, da wurde genauso argumentiert. Nur wenn die Frau explizit darauf bestanden hatte, wurden ihr die Ovarien drin gelassen. Das ist etwas, womit man heute hier und anderswo sehr viel vorsichtiger umgeht.

Was sagst du Frauen, die gegen eine Brustoperation sind und es lieber mit anderen Mitteln wegstreiten wollen?

Das Therapiekonzept bei jeder Art von Krebs ist: Je weniger Tumormasse du hast, je weniger kann es streuen. Und das Therapieprinzip ist, ob es jetzt ein Mammakarzinom oder Ovarialkarzinom ist, Tumorverkleinerung. Denn je weniger Ausgangsstellen, desto weniger Metastasen. Hätte ich jetzt einen Knoten, von dem ich weiß, der ist maligne (bösaartig), ich würde mir den Knoten – diesen Herd – auf jeden Fall herausnehmen lassen.

In Amerika haben sich die Teiloperationen bei Brustkrebs ziemlich durchgesetzt, wie wird das hier gehandhabt?

Das gibt's in Europa auch. Ich denke, daß die Patientinnen in Amerika noch stärker, noch selbstbewußter sind.

Die Teiloperationen an der Brust haben in Deutschland zuerst etwa Mitte bis Ende der Siebziger die Hamburger angefangen – an der Uniklinik Eppendorf.

Die Lehrmeinung in der BRD ist immer noch die, daß die radikale Operation, die totale Entfernung der Brust, die größte Sicherheit gibt. Denn es gibt eine Theorie der Entstehung von Brustkrebs, die Multizentrität: Du hast hier ein Karzinom, das ist groß, sichtbar, tastbar, und hier hast du noch ein kleines, das du noch nicht siehst und tastest. Dies ist zwar selten, aber nicht ausgeschlossen. Wenn du operierst und nur den Tumor entfernst, läßt du das andere drin. Das ist der Grundgedanke für die radikalen Operationen. Möglichst hundertprozentige Sicherheit. Das ist der Grund für die wirklich verstümmelnden Totaloperationen.

Andere machen bei Brustkrebs als minimale Form eine Herausnahme des Tumors plus einen Gewebsmantel aus gesundem Gewebe von 2 cm Durchmesser. Damit man sicher sagen kann, man hat den Tumor im Gesunden entfernt. Zusätzlich würde ich immer in einem solchen Fall noch einen Schnitt am Rand des Brustmuskels machen und von dort aus in der Achselhöhle Lymphknoten aufsuchen und entfernen. Nur die Knoten. Das ist nämlich der erste Metastasierungsort. Die häufigste Lokalisierung von Brustkrebs ist hier oben außen (Nähe der Achselhöhle). Und der erste Metastasierungsort ist in die Achselhöhle hinein.

Ich würde es einer Frau empfehlen, sich die Lymphknoten aus der Achselhöhle entfernen zu lassen. Man kann das so machen, daß nur die Lymphknoten entfernt werden, die Lymphbahnen und die Lymphgefäße aber erhalten bleiben, so daß der gefürchtete Lymphstau gar nicht erst passiert. Damit erreichst du eine weitgehende Entfernung des Knotens und du kannst sagen, es handelt sich um ein Tumorstadium so und soviel. Das heißt, du hast eine Prognose und eine Therapieempfehlung.

Durch die Totaloperation ist die mögliche Entwicklung von Streukrebs nicht einzudämmen, wie weit will man da den radikalen Schnitt ansetzen?

Da sind die Voruntersuchungen sinnvoll, um festzustellen, ob der Tumor schon metastasiert hat oder nicht. Das kann man nur grob feststellen. Lediglich Metastasen von geringer Größe sind feststellbar. Alles, was darunter ist, dafür gibt es noch keine feineren Raster. Selbst ein Computertomogramm (Spezialröntgenuntersuchung, um Weichteile sichtbar zu machen) liefert keine Aussage über die kleinen Metastasen. Hat die Frau nun ein Mammakarzinom, muß ich ihr nach heutigem Wissensstand eine Maximaloperation anempfehlen, wenn sie länger als fünf Jahre geheilt werden soll. Wir gehen aber mehr und mehr dazu über, die Entscheidung über das Ausmaß der Operation den Bedürfnissen der Frau anzupassen. Wobei es nicht selten vorkommt, daß Frauen die größtmögliche Sicherheit wichtiger ist als die Erhaltung der Brust.

Hat sie Metastasierungen, dann bringt eine maximale operative Therapie nichts. Da sollte ich mich darauf beschränken, den Primärherd zu entfernen und, was noch übrig ist, über andere Therapien zu behandeln. Bei Fernmetastasen kommt man mit Bestrahlung nicht mehr hin, man kann ja nicht den ganzen Körper bestrahlen. Fernmetastasen werden durch ein Knochenszintigramm festgestellt. D. h. radioaktive Stoffe werden gespritzt. Die haben eine kurze Halbwertszeit und werden schnell abgebaut. Dann wird eine Gesamtaufnahme des Körpers gemacht, und man kann sehen, ob sich der Stoff gleichmäßig im Knochen anlagert oder an bestimmten Stellen vermehrt. Wenn ich eine Anhäufung habe, kann ich sagen, das ist ein Ort, der ist verdächtig. Lebermetastasen kannst du über Ultraschall rauskriegen. Oder auch über ein Szintigramm, wo radioaktive Stoffe sich in der Leber einlagern und Strukturdefekte zeigen.

Es ist gar nicht so lange her, daß den Frauen gedroht wurde, wenn sie sich nicht radikal operieren lassen wollten. Es nicht radikal operieren lassen wollte. Es ist mittlerweile doch schon so, daß, wenn die Frau darauf besteht, nur den Knoten rauszunehmen und auf keinen Fall die ganze Brust ab, kein Mediziner sagen wird, dann operieren wir erst gar nicht.

Interview: Christa Müller

Die Krebstherapie gegen Brustkrebs dreht sich im Kreis. Für alle anderen (gynäkologischen) Tumoren ist man offenbar einem „allgemeingültigen Konzept“ näher als beim Mamma-Karzinom, für das sich die Heilungschancen in den letzten Jahren nicht verbessert haben, wie „radikal“ man auch immer operiert, bestrahlt oder mit Medikamenten traktiert. Das sagen heute (selbst-) kritische Schulmediziner/innen.

Der folgende Text ist die Zusammenfassung eines Gesprächs mit Frau Dr. Angela Besserer (37), die seit 1978 als Oberärztin in der Abteilung Strahlentherapie des Berliner Klinikums (Steglitz) Krebspatient/inn/en behandelt. – Davon sind übrigens ca. 2/3 Frauen, obwohl alle Krebsarten vertreten sind.

In dieser Einrichtung sind die Patient/inn/en nicht – wie man glauben könnte – anonym. Sie werden betreut von der Operation bis zum Tod und man nimmt sich mehr Zeit für Gespräche als manchmal der Hausarzt. Hier wird auch nicht mehr nur bestrahlt, sondern alle Typen der nachoperativen schulmedizinischen Therapien werden – je nach Bedarf – angewendet.