

# Evolution, Geschlechter - beziehung, Gesundheit - was gemeinhin nicht mitbedacht und angesprochen wird

Welcher Krebs ist überhaupt vorsorgbar? Was ist von der Mammographie zu halten? Wie verantwortungsbewußt wird mit den verschiedenen Methoden ärztlicher Behandlung umgegangen? Was hat sich in den letzten Jahren da verändert? Frau Dr. Michaela Rosenberg antwortet als praktische Ärztin, die ihre Erfahrung besonders in den Dienst von Krebspatientinnen stellt. Auf ihr kritisches Umgehen mit der Schulmedizin angesprochen, sagt sie daß sie froh ist, ihre Ausbildung als Medizinerin durch ihre Kinder erst so spät begonnen zu haben – dafür aber mit einem „biographischen Vorteil“, aufgrund dessen sie sich erfahren genug wußte, um nicht alles „fressen“ zu müssen. Sie versteht den Tod nicht als Krankheit und die Krankheit nicht als etwas vom Leben Isoliertes. Leiden überhaupt sieht sie als eine Aufgabe an, nicht nur als ärztliche Aufgabe, sondern gleichermaßen als Aufgabe der einzelnen Patientin. Darüber hinaus beschäftigt sie seit einiger Zeit zunehmend die Frage der gesellschaftlichen Situation der Frauen; sie beschreibt diese Situation „als einen Markt“, auf dem Frauen quasi gekauft und verkauft werden, und sieht auch einen Zusammenhang mit der gesundheitlichen Verfassung von Frauen, bis hin zum Krebs.

Wie kommt es, daß bei Frauen primär die Brüste und die Gebärmutter bzw. Gebärmutterhals befallen werden? Kann es sein, daß das etwas mit der Geschlechterrolle zu tun hat, z. B. mit der Annahme oder Ablehnung der sogenannten Frauenrolle?

Das sind natürlich Gedanken, die ich mir auch gemacht habe. Ich denke, daß der Evolutionsschritt, den die Frauen in diesem Jahrhundert gemacht haben, kolossal ist. Daß der Krebs etwas damit zu tun hat, ist sehr gut möglich. Aber das sind Spekulationen. Frauenrolle würde ich dazu nicht sagen. Aber ich denke, daß die relative Kinderlosigkeit bzw. die Geburtenregelung doch gravierende Eingriffe in unsere Psychologie und Physiologie sind. Vor allem weil die Geburtenregelung ja primär hormonell stattfindet. Viele gynäkologische Tumore wachsen hormonabhängig, was ja dann auch in der Therapie ausgenutzt wird.

Die Frage, ob beispielsweise der Muttermund-Krebs mit der Geschlechterbeziehung zu tun hat, würde ich eindeutig bejahen.

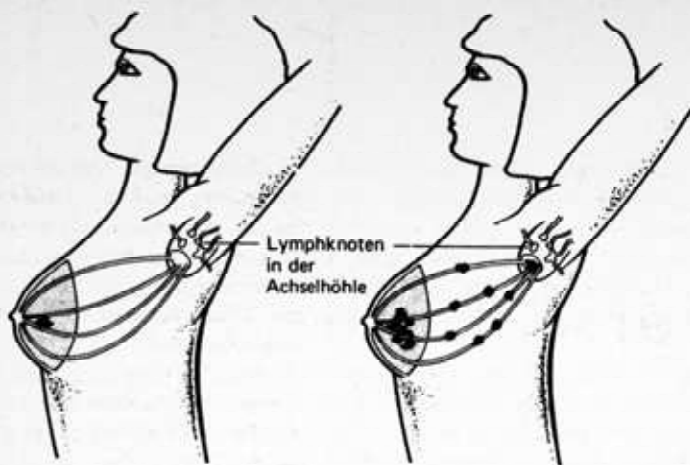
In der medizinischen Literatur findet man die Behauptung, daß dieser Krebs durch häufig wechselnden Geschlechtsverkehr entsteht. Das erscheint mir unsinnig. Mir kommt es so vor, als wolle man damit einfach diejenigen beruhigen, die seltener den Partner wechseln.

Der eigentliche Zusammenhang wird damit nur in den Hintergrund gedrängt, nämlich der häufige Geschlechtsverkehr überhaupt.

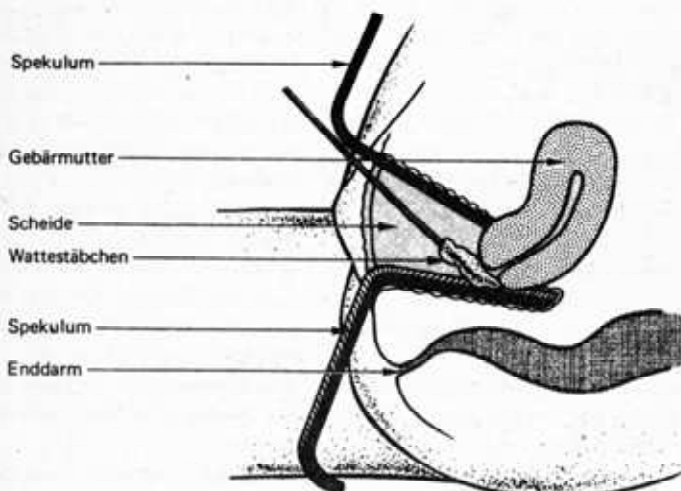
Ich glaube, daß der Geschlechtsverkehr in unserem Jahrhundert ganz andere Ausmaße angenommen hat. Das steht natürlich wiederum in einem Zusammenhang mit der Geburtenregelung. – Mehr Geschlechtsverkehr – das heißt mehr Geburtenregelung wird notwendig. Mehr Geburtenregelung – das heißt mehr Geschlechtsverkehr wird möglich, aber auch üblich. Und nicht nur üblich, sondern auch zum Problem. Zu einem Problem für die Frauen, die – nicht nur – das gesundheitliche Risiko tragen.

Der Muttermund-Krebs entsteht aufgrund einer ständigen Reizung, so wie sich bei den Trompetenbläsern (und wahrscheinlich auch bei den Pfeifenrauchern) die ständige Lippenreizung als Lippenkrebs niederschlagen kann – ein Krebs, der ansonsten so gut wie nicht vorkommt. Die dauernde Reizung kann eine Entartung der Zellen bewirken.

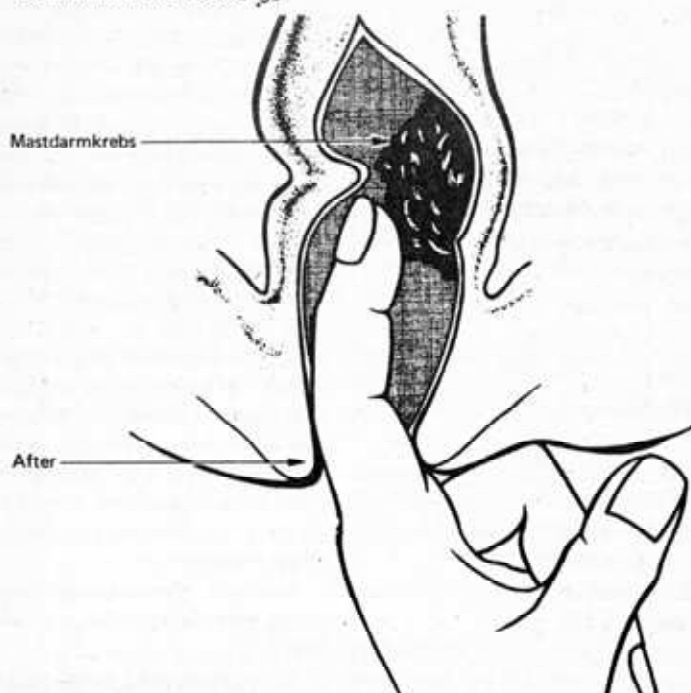
Selbstverständlich sehe ich die Vorteile der Geburtenregelung. Genauso deut-



Ein wichtiges Ziel der Brustkrebsvorsorge: Krebsknoten sollen entdeckt werden, noch bevor sie Absiedlungen gebildet haben. Ein bevorzugter Weg solcher Absiedlungen läuft entlang der Lymphbahnen in die Achselhöhle. Dort können sie dann als Knoten getastet werden. Links: Ein Brustkrebs, der noch auf die Brustdrüse begrenzt ist. Rechts: Absiedlungen entlang der Lymphstraßen bis zur Achselhöhle.



Abstrich vom Gebärmuttermund und -hals. Die Scheide wird mit einem Instrument, dem Spekulum, eröffnet. Dann streicht der Arzt mit einem Wattestäbchen über den sichtbaren Teil der Gebärmutter, einmal über den Gebärmuttermund, dann über den -hals. An der Watte bleiben dabei Zellen hängen, die auf Krebszellen untersucht werden. Eine kurze und schmerzlose Untersuchung.



Etwa acht Zentimeter reicht der Untersuchungsfinger des Arztes in den Mastdarm. Auf diese Weise können tiefsitzende Krebsformen ertastet werden.

lich sehe ich allerdings auch die negativen Begleiterscheinungen. Es handelt sich um einen starken Eingriff in die psychische und physische Existenz der Frau. Ausmaß und Bedeutung dieses Eingriffs werden allgemein weit unterschätzt. Ich würde sagen: Wir können in die biologischen Abläufe nicht so weitreichend eingreifen, jedenfalls nicht ungestraft. Ich gehe auch in meinen Beobachtungen und Deutungen so weit, daß ich den Bogen des Zusammenhanges der Häufigkeit gynäkologischer Tumore bis hin zur Problematik der relativen Kinderlosigkeit spannen würde. Damit will ich der einzelnen Frau keineswegs ihr Recht auf ein Leben ohne Kinder bestreiten. Das liegt mir fern. Was ich allerdings als ein Problem benennen will, ist die Tatsache, daß ein Zusammenleben mit ein, zwei Kindern – und das ist ja die derzeit angestrebte Norm – noch keinen sozialen Organismus bildet. Ich habe selbst zwei Kinder und weiß aus eigener Anschauung, wovon ich rede.

Es erscheint mir schwierig, in diesem Zusammenhang Vermutungen – selbst so offensichtlich naheliegende wie die angedeuteten – auszusprechen, ohne mißverstanden zu werden.

Es kommt mir so vor, als wenn wir hier mitbedenken müssen, was gemeinhin nicht mitbedacht, geschweige denn angesprochen wird.

**Was halten Sie von Vorsorge-Untersuchungen? Können die gegebenenfalls etwas verhindern?**

Ja. Man darf nur nicht denken, daß es eine generelle Krebsvorsorge gibt. Die weibliche Krebsvorsorge betrifft nur den Gebärmuttermund und -hals, den Enddarm, soweit der Finger reicht, und die Brust sehr mit Fragezeichen, – weil in der Vorsorge nicht mammographiert wird, was ich auch nicht befürworten würde. Aber der ärztliche Tastbefund ist ausgesprochen unsicher. Ich möchte sagen: 90 % meiner Brustkrebspatientinnen haben ihn selbst getastet und entdeckt. Brustkrebs wird in der Vorsorge selten erkannt. Aber der Gebärmutterhalskrebs wird per Abstrich erfaßt. Und wenn dann eine Konus-Operation gemacht wird – das ist eine kleine Operation –, dann könnte man einer Weiterentwicklung dieses Krebses tatsächlich zuvorkommen. Dieser Gebärmutterhalskrebs ist insofern furchtbar, der metastasiert zwar nicht, aber der wächst unter Umständen ständig. Sie wachsen von unten zu. Das ist grauenhaft. Da sind dann die Lymphabwege zu, die Harnwege werden umwachsen. Ich gehe selbst jedes

Jahr zur Vorsorge, in dem Bewußtsein, daß ich wirklich nur diesen einen Tumor vorsorge. Die anderen Krebse sind nicht vorsorgbar.

**Und wenn nun Krebs im Anfangsstadium festgestellt wird, muß dann wirklich die ganze Gebärmutter rausoperiert werden?**

Nein, man macht einen sogenannten Konus, da wird ein konusförmiges Stück Gebärmuttermund entfernt und currettiert. Das Material schickt man zur Befundung ein und sieht dann, wie weit der Krebs ist. Für mich als Ärztin wäre allerdings schon ein Konus eine Belastung, da ist mal was gewesen, das ist einfach eine bleibende Gefährdung. Kinderkriegen ist damit auch problematischer, weil der Gebärmutterhals dadurch verkürzt wird und eine Schwangerschaft problematisch werden kann.

**Wird denn Ihrer Erfahrung nach zu schnell zu einer Totaloperation geraten?**

Totaloperation ist ohnehin ein falscher Begriff. Die Eierstöcke werden ja belassen. Das hormonelle Geschehen bleibt daher intakt.

Bei den Myomen wird ja sehr oft die Gebärmutter herausgenommen, und ich habe nicht das Gefühl, daß die Frauen das beklagen. Das hängt natürlich auch damit zusammen, daß das nun mal eine Sicherheit vor der Empfängnis gewährt, was ja oft als ein Vorteil gewertet wird.

Ich glaube, daß die Gebärmutter in der Psyche der Frauen in dieser Hinsicht keine so große Rolle spielt wie die Brust.

**Wird bei gynäkologischen Tumoren im Vergleich zu denen, die auch Männer haben können, schneller geschnitten?**

Ich glaube nicht, daß man das so sagen kann. Vergleichbar zu gynäkologischen Tumoren sind nur Prostata-Karzinome. Da wird genauso schnell operiert. Das häufigste Karzinom beim Mann ist aber das Bronchial-Karzinom. Das wird nicht so schnell operiert. Aber nicht, weil es den Mann betrifft, sondern weil es meistens erst in einem inoperablen Zustand erkannt wird. Und die Lunge ist ja viel schwieriger zu operieren als die Brust, die sozusagen außen vor ist.

Operieren ja oder nein — das ist immer eine sehr schwere Entscheidung. So ein Tumor liegt ja nicht wie eine Murmel in der Brust. Er ist nicht gut von dem umgebenden Gewebe abgegrenzt. Beim Schneiden sieht man nicht irgendeine andere Farbe oder Konsistenz. Das heißt, daß es nicht einfach ist, das krebsartige Gewebe herauszuschneiden. Man sieht's zwar im Röntgenbild, aber beim Operie-

ren ist es eher eine Sache des Tastens. Und bei den feinen Verästelungen des Gewebes ist es bei den meisten Tumoren fast unmöglich, nur den Tumor zu entfernen. Daher muß oft die ganze Brust abgenommen werden, der Sicherheit wegen.

Natürlich wünschen sich gerade jüngere Frauen, daß man nur den Tumor herausoperiert, aber der ist oft gar nicht lokalisierbar. Wenn ich selbst betroffen wäre, würde ich mir, wenn eine Operation sein müßte, immer die ganze Brust abnehmen lassen.

**Würden Sie sagen, daß die Mehrzahl der Brustamputationen gerechtfertigt ist?**

Ja. Aber ich bin natürlich auch von der herrschenden Meinung geprägt. Und die Gegenprobe habe ich nicht gemacht. Ich kann ja nicht sagen, ich habe Hunderte Frauen gesehen, die nicht operiert worden sind. Viele Frauen halten auch die psychische Belastung nicht aus. Die können mit dem Gefühl, daß da was „Böses“ drin sitzt, nicht leben. Die Sorge, das psychische Derangement könne ja auch in Wechselwirkung zu der Krankheit bestehen, ist nicht von der Hand zu weisen.

Ich habe in meiner Praxis zwei Patientinnen erlebt, die nicht operiert werden wollten. Die eine hat sogar eine Mammographie abgelehnt, obwohl mein Tastbefund mehr als suspekt war. Sie ist nie wieder zu mir gekommen, obwohl ich sehr behutsam mit ihr darüber gesprochen habe. Sie wollte es nicht wissen. Und jetzt habe ich vor ein paar Tagen eine junge Frau erlebt, die beobachtet ich schon eine ganze Weile. Jetzt habe ich einen kleinen Lymphknoten in ihrer Achsel getastet und gesagt, jetzt ist allmählich Alarmstufe eins. Sie wollte auch nicht mammographieren lassen. Sie sagt, sie weiß, warum sie's hat und was sie tun muß. Herausschneiden steht also gar nicht zur Diskussion. Das sind die beiden einzigen Patientinnen, die ich kenne, die sich nicht operieren lassen wollten.

Aber so wie diese beiden werden sich der Erfahrung nach die wenigsten entscheiden. Die allermeisten wollen's los sein.

Es wird ja meistens erst entdeckt, wenn schon Lymphknoten befallen sind, d. h. wenn die erste Metastasierungssituation schon positiv ist.

**Heißt das, daß jeder Lymphknoten schon verdächtig ist?**

Ja, jeder vergrößerte Lymphknoten gilt als metastasenverdächtig. Sie haben

Lymphstationen am ganzen Körper — neben der großen Schlagader, am Hals, in der Achsel und viele andere. Die tastet man normalerweise nicht. Nur dann, wenn man eine entzündliche Reaktion hat, dann sind sie dicker, oder bei Krebs. Die Lymphknoten sind ja Filter- bzw. Auffangstationen für die absiedelnden Zellen. Die können dann aber in den Knoten anfangen zu wachsen.

**Wann würden Sie die Mammographie einsetzen?**

Zu häufiges Mammographieren lehne ich ab. Aber sie ist nun mal die sicherste Diagnosemethode, allerdings nur bei sehr strenger Indikation, das heißt bei großem Krebsverdacht.

**In den USA wird Mammographie als Vorsorgemethode empfohlen, jedes Jahr.**

Nein, das ist ja Wahnsinn, und zusätzlich auch eine große psychische Belastung, eine totale Verunsicherung. Das weise ich weit von mir.

**Gibt es denn eine Alternative zur Mammographie?**

Ja, die Thermographie ist weiterentwickelt worden. Wer ein solches Gerät besitzt und die Befunde gut interpretieren kann, kann damit sehr viel anfangen. Die Methode ist vollkommen harmlos. Da werden nur Wärmedifferenzen abgegriffen.

**Kann man von bevorzugten Therapien sprechen?**

Es gibt natürlich Schulen. Aber in der Regel sagt man, wenn der Tumor operierbar ist — operieren. Noch vor fünf Jahren hat man jedes Mamma-Karzinom nachbestrahlt. Davon kommt man heute ab, zugunsten der Chemotherapie. Allerdings abhängig vom Risiko der Patientin. Das Risiko ergibt sich aus dem Alter der Patientin, dem Tumorstadium und der Zellart des Tumors. Eine junge Frau, die z. B. schon 80 % befallene Lymphknoten der ersten Station hat, und bei der in der Brust mehrere Stellen befallen sind, die hat ein hohes Risiko und würde heute mit einer sogenannten adjuvanten Chemotherapie (d. h. einer vorsorgenden und begleitenden) behandelt. Man macht ganz selten nur noch Monotherapie, sondern wendet eine Polychemotherapie an, also mehrere Medikamente, weil man durch die gegenseitige Steigerung und Ergänzung verschiedener Chemikalien insgesamt den Organismus weniger belastet.

**Ist Ihrer Meinung nach die Misteltherapie eine Alternative zur Chemotherapie?**

Zur adjuvanten Chemotherapie — ja.

Aber bei Operabilität sollte man trotzdem operieren. Aber nicht nachbestrahlen. Und Chemotherapie nur in einzelnen Fällen.

Kann ich aus Ihren Antworten entnehmen, daß Sie eine Gegnerin der Strahlen- und Chemotherapie sind?

Nein, ich bin keine Gegnerin, ich würde sie nur anders anwenden, d. h. in anderer Gewichtung von Nutzen und Risiko. Im Falle einer Metastasierung würde ich mir das z. B. sehr überlegen. Es gibt strahlenempfindliche Tumore, z. B. der M. Hodgkin, der spricht gut auf Strahlen an. Leider wird Strahlen- und auch Chemotherapie viel zu oft aus Ratlosigkeit eingesetzt, wenn der Arzt der Patientin nicht sagen will, daß es keinen Sinn mehr macht. Wir nennen das „ut aliquid fiat“, d. h. damit irgendetwas getan wird. Die Patientin stirbt dann eher an der Chemotherapie, weil sie bis zur Erschöpfung mit Chemie vollgepumpt wurde. So etwas würde ich auf keinen Fall machen, sondern mit der Patientin einen Weg finden.

Ich will noch einmal auf das Operieren zurückkommen. Sie würden also Ihre Kollegen so einschätzen, daß sie mit dieser Methode so behutsam wie möglich umgehen?

Vor zehn Jahren noch wären Ihre Bedenken richtig gewesen. Heute, würde ich sagen, geht in der Regel der Trend dahin, möglichst eingeschränkt zu operieren. Dafür wird mit der Chemotherapie viel zu radikal umgegangen.

Interview: Hildegard Behrendt

# Ohne Stahl, Strahl, Chemie

Überall werde ich mit dem Krebsproblem konfrontiert: in meiner Familie, unter Freundinnen und Freunden, im Bekanntenkreis.

Meine Freundinnen tasten ihre Brust nach Knoten ab oder bemerken Schwellungen am Hals: die einen Gebilde werden als „gutartig“ definiert, die anderen sind „bösartig“; meistens werden beide Arten wegoperiert.

Ich beobachte mich selbst: meine vielen Leberflecke und das Auftauchen neuer: Ist das schon ein Zeichen? Wird sich ihre Oberfläche verändern und sie damit entarten?

Ich lebe zwar gesundheitsbewußt, — aber, genügt das? Bringt das schon Sicherheit vor Krebs?

In dem Buch von Issels habe ich Antworten für viele meiner Fragen gefunden. Auf einige Schwerpunkte gehe ich hier ein:

Dr. Issels weist in seinem Buch auf den verhängnisvollen Irrtum der Schulmedizin hin, den Krebs als rein lokales Geschehen zu betrachten und ihn demzufolge nur mit Stahl, Strahl und Chemotherapeutika zu bekämpfen.

Er sieht ihn als eine Allgemeinerkrankung des gesamten Organismus an und weiß das ausführlich zu begründen.

Besonders eindrucksvoll sind seine großen Übersichtsschemata, die er „Hypothesen über die Krebsentstehung“ nennt: über „Kausalfaktoren“ kommt es zu „Zweitschäden“, die über „Tumormilieu“ und „Abwehrschwäche“ erst die „Tumorbildung“ möglich machen und die mit den „Tumorsymptomen“ dann in Erscheinung treten. Der Tumor selbst ist also nur die Spitze des Eisberges, dem jahrelang Stadien vorausgehen, die von der offiziellen Medizin kaum beachtet werden.

Krebs ist eine „alte“ Krankheit: Issels erwähnt die bisher ältesten Dokumente chinesischen und sumerischen Ursprungs aus dem 3. Jahrtausend vor Christus.

Alle alten Ärzte und Therapeuten sahen die Krebskrankheit als den ganzen Menschen betreffend an bis zu Virchow (der sogar in einigen Phasen auch noch ganzheitliche Betrachtungen aufweist), als auf „einer komplexen Stoffwechselstörung beruhend, verbunden mit dem Unvermögen des Körpers, die laufend anfallenden Gifte auszuschleiden“

Die rein lokale Betrachtungsweise ist erst eine „Errungenschaft“ der letzten 100 Jahre.

Issels prangert die „barmherzige Lüge“ an. Unter dem Deckmantel der Nächstenliebe betrügt sie die Krebskranken um eine aktive Mitarbeit an ihrer Gesundheit, die durch eine ganzheitliche Behandlung erreicht werden könnte. Denn auch die Radikaloperation bietet keine absolute Sicherheit, wenn die Abwehrlage der Patientin geschwächt ist. Er schreibt: „Es stimmt einfach nicht, daß ein Krebskranker zwangsläufig seelisch zerbricht, sobald er von seiner Krankheit erfahren hat. Wir haben in unserer Klinik Tausende von Patienten aufklären müssen, ohne einen derartigen Zusammenbruch zu erleben. Allerdings hatten wir dem Kranken auch eine Möglichkeit der Behandlung und damit auch die Hoffnung auf Lebensverlängerung zu bieten. Wir haben außerdem die lebensbejahenden Kräfte des Kranken aufgerufen, indem wir ihm sagten, daß die Chance einer günstigen Beeinflussung seines Leidens erfahrungsgemäß umso größer sein würde, je aktiver, je disziplinierter er durch positive Mitarbeit dazu beitragen würde.“

Issels beschreibt weiter, wie wichtig „Herdsanierung“, Ernährung, Darmflora und Biosphäre sind und bezieht auch die Psyche mit ein.

Alles in allem empfehle ich das Buch allen Leserinnen, die sich eingehend mit dem Krebsproblem beschäftigen wollen, und über allgemeine Dinge hinaus ein gezieltes Wissen anstreben.

Hildegard Landgraf

„Mehr Heilungen von Krebs“ von Dr. med. Josef Issels. Helfer-Verlag E. Schwabe, Bad Homburg v. d. H.

Hildegard Landgraf, 57 Jahre alt, begann mit 49 Jahren eine Ausbildung zur Heilpraktikerin an einer Fachschule in Hamburg. Seit 1979 arbeitet sie in ihrer eigenen Praxis, auf dem Land in Ostenfeld bei Husum. Sie ist Mutter von acht - mittlerweile erwachsenen - Kindern.