

# **SONDERHEFT** **COURAGE**

Nr. 10 6. Jahrgang DM 7,80

ÖS 65.00 Sfr. 8.00



**Was Frauen  
über  
Krebs  
zu sagen  
haben**

**Ist die Weib-  
lichkeit krank?**

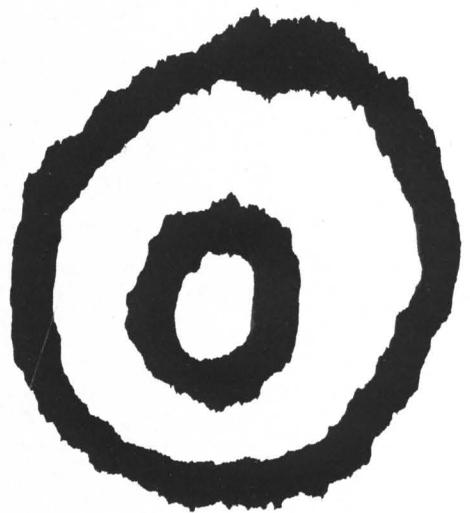
**Angehörige  
berichten**

**Leben mit  
dem Krebs**

**Geht es ohne  
Schulmedizin?**

# Inhalt

## COURAGE SONDERHEFT 10



**Einleitung** ..... 3

### **Brustkrebs – ist die Weiblichkeit krank?**

Bericht Frau N.  
Sie wollen mich lachen sehen wie früher ..... 4

Bericht Frau E.  
Die Schmerzen sind vorher da ..... 8

Nach 15 Jahren  
Warum gerade ich? ..... 11

Pfarrfrau, Mutter, Lehrerin  
Optimismus als Therapie ..... 13

Zu Krebs und Weiblichkeit  
Die Krankheit zum Widerstand nutzen ..... 16

### **Vorsichtige Skepsis-Ärztinnen über Vorsorge Operation und Medikamente**

Krebsvorsorge – besser als nichts? ..... 20

Behandlung nach der Operation?  
Heilungschancen kaum verbessert ..... 25

Evolution, Geschlechterbeziehung, Gesundheit  
Was gemeinhin nicht mitgedacht  
und angesprochen wird ..... 28

Buchbesprechung  
Ohne Stahl, Strahl und Chemie ..... 31

### **Die Zyste**

Wenn sie nun weiter wächst ..... 32

### **Angehörige berichten**

Deine Mutterrolle verlor sich ..... 38

Leukämie bei Til ..... 41

Krebstagebuch  
Angesichts des Todes ..... 44

Ehepaar  
Sein Krebs ist schlimmer ..... 47

### **Krebsauslöser-Vermutungen über Gifte, Strahlen, Hormone ...**

Krebs beim Fötus ..... 50

Genforschung  
Der erste Schritt liegt noch im Dunkeln ..... 52

### **Leben mit Krebs**

Plädoyer für Aufklärung  
Für viele Hilfen ist die „Prognose“  
Krebs notwendig ..... 54

Bilanz nach 5 Jahren  
Es gibt keine Regel ..... 57

### **Heil- oder Hilfsmittel**

Die Mistel  
Wenn die Chemie versagt ..... 63

Lymphdrainage  
Die Streichelbehandlung ..... 66

Literatur & Adressen ..... 67

Impressum ..... 51

**D**a sind mindestens zwei Dinge, die so manche Leserin in diesem Heft vermissen wird: Erstens eine heftige „Abrechnung“ mit der Schulmedizin – natürlich aus Frauensicht. Und zweitens einen programmatischen – oder wenigstens „grundsätzlichen“ – Beitrag zum Thema (Brust-) Krebs und Weiblichkeit.

Zugeben, beides wollten wir ursprünglich auch gerne. Aber wie sich herausstellte, haben gerade solche Themen, bei denen der Weg der Bearbeitung „auf der Hand“ zu liegen scheint, ihre Tücken: Da gerät bisweilen zur Frauenvertretung, was Aufklärung zum Wohle der Frauen oder der „Menschen“ zu sein beansprucht.

**A**ls die populärste Kritik der schulmedizinischen Krebstherapien gilt wohl der zuerst 1979 erschienene Bestseller „Ist Krebs eine Krankheit?“. Die beiden indischen Ärzte Mehta und Kothari versuchen eindringlich, dem Krebs seinen „Schrecken“ zu nehmen. Das war vielen von uns so sympathisch, daß wir drauf und dran waren, die fernöstlichen Anwälte des „Gattungsphänomen“ Krebs (nichts als ein Diener der natürlichen Gattungsterblichkeit) mit dem Abdruck eines Kapitels zu würdigen.

Ist denn die Betrachtung des Krebses als etwas nicht Äußerliches, sondern zutiefst Natürliches, – dem betroffenen Körper genauso zugehörig wie das gesunde Herz zum Beispiel – im Grunde nicht gar eine ausgesprochen „weibliche“?

Schließlich sollten wir gar mit dem Krebs selber Sympathie empfinden: „Hätte der Krebs Ohren und eine Zunge, dann würde er sich unser ganzes Klagen und Jammern anhören, um dann entschuldigend seine Unzuständigkeit zu erklären, da er im Leben selbst verwurzelt ist.“

**D**er Krebs ist „menschlich“ geworden, aber dafür wird von einer anderen Seite ein Teil der Menschheit „asozialisiert“, nämlich die Frauen. Der Eindruck

drängt sich jedenfalls auf, wenn man sich manche gängigen psychologischen Abhandlungen anschaut, die Krebs als eine „weibliche Krankheit“ zu analysieren versuchen – im Gegensatz zum Herzinfarkt zum Beispiel. Weit davon entfernt, „Krankheit als Metapher“ zu begreifen wie das vielzitierte gleichnamige Buch von Susan Sontag, wird die „Realität“ einer „Krebspersönlichkeit“ suggeriert, die unverkennbar „weibliche“ Züge trägt. Insbesondere die an Brustkrebs Erkrankte soll sich durch eine „Überanpassung“ an die „Frauenrolle“ auszeichnen.

**I**n der so verdienstvollen wie hilflosen Suche nach Erklärung, die nicht dem rein Stofflichen verhaftet bleibt, (mit der Seele beschäftigten wir uns vor-sichtshalber nicht, dafür umso mehr mit der Psyche) wird unversehens die Sünde wieder gesellschaftsfähig. So läßt die Populär-Psychosomatik eine Brustkrebs-Erkrankung als gerechte Strafe für verschiedene Vergehen an einer aufgeklärten, sozialen (und heterosexuellen) Lebensführung erscheinen: z.B. für eine „exzessiv, aufopfernde Haltung“, für die „Unfähigkeit zur Gestaltung eigener Wünsche“ und „Leugnung depressiver Charakteranteile“ („oberflächlicher Pseudooptimismus“), für Leistungsorientierung und Gewissenhaftigkeit als „zwanghafte Persönlichkeitszüge“ – und vor allem für eine „gestörte oder gehemmte Sexualität“.

„Ungelebtes Leben“ sagen die Psychologen – und leider auch Psychologinnen dazu – die Frage liegt nahe, ob solches Leben etwa nicht „wert“ ist, weitergelebt zu werden!

Androhung von Brustkrebs für die sogenannte Durchschnittsfrau und Strafe für Asexualität (Autonomie?) – ist es das, was die Popularität dieses Ansatzes in der linksfeministischen Szene ausmacht?

**W**ir haben es vorgezogen, zum Thema Brustkrebs und Weiblichkeit die Erfahrungen betroffener Frauen unmittelbar

vorzustellen. Der Beitrag „Die Krankheit zum Widerstand nutzen“ in diesem Kapitel ist allerdings ein Erfahrungsbericht anderer Art, der vorsichtig einige dieser Zuschreibungen der weiblichen „Krebspersönlichkeit“ für die therapeutische Praxis zu nutzen versucht. Er kann auch unter der Überschrift „Beratung und Betreuung“ gelesen werden. Die Kapitelüberschriften sind überhaupt nur grobe Orientierungshilfen. Mit Überschneidungen ist zu rechnen.

**Z**u einer eindeutigen Ablehnung schulmedizinischer Krebstherapien konnten wir uns als Redaktionsmeinung nicht durchringen. Der Beitrag „Die Zyste“ beschreibt ausführlich einen „alternativen“ Weg und mag – auch wenn es sich hier „nur“ um eine Zyste handelt – für die Eine oder Andere Anregung sein.

Immerhin sind auch praktizierende Ärztinnen sich der Wirksamkeit der gängigen Behandlungsmethoden nicht mehr so sicher, obwohl ihre Skepsis zurückhaltender wird, wenn es um Veröffentlichung geht (S. 20 ff). Ein interessantes Phänomen, dem man vielleicht einmal anderen Ortes nachgehen sollte: daß erklärt feministische Ärztinnen oft weniger Distanz gegenüber der Institution

Medizin aufbringen, als solche, die sich nicht der Frauenbewegung zurechnen würden...

**E**twas unzufrieden sind wir mit den Auskünften über die Wirksamkeit und Problematik der Früherkennungsmethoden bei Brustkrebs. Die Thermographie-methode scheint noch nicht richtig ernst genommen zu werden, obwohl ihre „Sicherheit“ inzwischen kaum geringer zu sein scheint als die Mammographie (S. 59.) Aber die Mammographie ist „genauer“, im Bild festhaltbar, deshalb vergleichbar und auch für Forschung zu verwenden. Die Gefährlichkeit dieser Methode – z. B. im Zusammenwirken mit anderer Strahlenbelastung – scheint demgegenüber zweitrangig zu sein. Da sind Wissenschaftlerinnen in den Laboren wieder skaptischer (S. 50 ff.).

**W**as die Beurteilung herkömmlicher oder „alternativer“, „aggressiver“ oder „weicher“ Therapien betrifft, so haben wir Respekt vor der erfahrungsgesättigten und differenzierten Haltung von Waltraut Ruf, die übrigens viel mehr als die liegenden Sonderheft beigetragen hat. Dafür danken wir ihr.

Irene Stoehr

# BRUST- KREBS- IST DIE WEIBLICH- KEIT KRANK?

# BERICHT *Frau N.*

**Frau N.:** Ich wußte ein halbes Jahr vorher davon. Ich habe Hackethal und alles gelesen und dachte, nein, Krebs, der kapselt sich ein. Ich habe also sechs Monate gewartet, bis es beinah so groß war wie eine Apfelsine, bis ich eines Abends den Arm nicht mehr hoch bekam. Da hat man Wasserzysten vermutet, weil es so groß war. Ich bin privat ins Krankenhaus zu dem bekannten Prof. Boschau im Virchow. Der hat nur einmal angefaßt und gesagt: „das ist Krebs bis vorne hin, was sollen wir lange drumrum reden“. Dann habe ich noch eine Röntgenaufnahme machen lassen, auch der Arzt teilte mir gleich mit „ausgebreiteter Brustkrebs“. Ich bin in die Firma gegangen mit meiner Tüte unterm Arm und dort zusammengebrochen. Ich habe mich aber wieder gefangen; die wollen das alle gar nicht sehen, wenn Sie heulen oder Kummer haben. Das können sie eine Viertelstunde ertragen, länger nicht, weil es sie nicht selber betrifft.

Als ich hörte, daß eventuell beide Brüste abgenommen werden müßten, dachte ich an Selbstmord. Die andere Brust war eigentlich immer meine Problembreust, weil hier auch Knoten drin sind. Deswegen bin ich alle Vierteljahre zur Untersuchung gegangen. Da war es immer Brustdrüsenverhärtung, das haben tausend Frauen. Aber genauso fing alles bei der rechten Brust an und der Frauenarzt sagte mir: „Mein liebes Kind, Krebs tut nicht weh!“ Obwohl ich immer über Schmerzen geklagt habe. Das zog hier in der Brust und der Arm tat immer weh.

Ich konnte vor Schmerzen kaum noch schreiben und den Arm nicht bewegen. Das strahlte aus bis in die Finger, die alle angeschwollen waren. Ich war ein Jahr zuvor im Martin-Luther-Krankenhaus,

ALS ich's  
wußte, hab  
ich den Kopf

dort hatte man mich auf Bronchitis behandelt, obwohl ich schon die selben Symptome und Schmerzen gehabt hatte. Meine Ärztin hatte mich ins Krankenhaus überwiesen mit den Worten: „Ihre Arme werden immer dicker, Sie werden immer aufgeschwollener, irgendwas stimmt doch mit Ihnen nicht!“ Dort haben sie mich wie einen Hypochonder nach Hause geschickt und da bin ich wieder zusammengeklappt.

Als ich das letzte Mal zur Vorsorge war, da hatte es mein Frauenarzt sehr eilig und hat obenrum die Untersuchung

**Frau N. ist Anfang 40 und arbeitet als Sachbearbeiterin bei der Deutschen Klassenlotterie. Ihr wurde vor gut einem Jahr die rechte Brust wegen Krebs abgenommen. Inzwischen nimmt sie wieder ihren Arbeitsplatz ein, doch durch die Krankheit ist sie eine andere geworden.**

# Sie wollen mich lachen sehen wie früher

vergessen. Und da es schon abends um Viertelacht war, wollte ich auch schnell nach Hause und habe nichts gesagt. Er hatte sich nur auf unten konzentriert, weil ich dauernd Blutungen habe, und oben saß es.

Mir ist auch noch passiert, daß mir die Ärztin den Arm in Gips einpacken wollte, weil sie glaubte, es sei eine Sehnen-scheidentzündung. Da ergriff ich die Initiative, machte kurzerhand mein Hemd hoch. Sie untersuchte meistens durch den Mantel. „Frau Doktor, fassen Sie doch mal hierhin! Ich glaube, ich habe etwas ganz anderes“. Da sagte sie mir: „Um Gotteswillen! Nun verzweifeln Sie nicht, ich habe sehr viele junge Leute mit Krebs. Das wird schon wieder“. Da habe ich an Krebs zu 50% gedacht. Bei dieser Ärztin war ich vier Jahre in Behandlung.

Die Geschwulstberatungsstelle im Virchow hatte mir geraten, nicht mit einer Zeitbombe im Körper herumzulaufen, ich sollte zur Operation. Meine Chefin hat geheult, sie war damals kurz vor der Rente und sagte zu mir, wenn du mich mit dem ganzen Mist sitzen läßt, dreh ich durch. Hätte ich sie mal lieber durchdrehen lassen, und ich wär ins Krankenhaus gegangen. Ob sie noch dran wär weiß ich nicht, aber ich hätte mir die verdammten Strahlen ersparen können. Wahrscheinlich hätte ich die Brust noch heute dran, wenn sie mich rechtzeitig richtig untersucht hätten. Als ichs wußte, habe ich ehrlich gesagt, den Kopf in den Sand gesteckt. Die Geschwulst war schon so groß, daß ich wußte, die Brust kommt ab. Und gedacht, dann kannst du auch noch ein halbes Jahr länger damit gehen und in Urlaub fahren. Aber das ist mir alles gar nicht mehr bekommen. Alkohol konnte ich überhaupt nicht mehr vertragen. Das Brustbein

in den  
Sand  
gesteckt

tat mir immer weh, und ich bin wieder zur Ärztin gegangen, als ich kaum noch krauchen konnte, „Frau Doktor ich krieg kaum noch Luft, das zerreißt mich hier alles“. Sie hat mich abgehört und nichts entdeckt. Es sei nicht die Lunge, das seien die Bronchien. Eine Woche später hatte ich auf der Röntgenplatte ein orangengroßes Ei. Der Krebs war so groß wie ein Osterei, er ist in vier Monaten wahnsinnig gewachsen.

Nach der Operation lag ich völlig hilflos und platt im Krankenhaus. Alle Leute kommen, glotzen einen an. Daß sie so glotzen, das wußte ich vorher. Ich hatte mir einen Verbandsstrumpf mit Watte ausgestopft und mit Sicherheitsnadeln

auf den Verband gesteckt. Das war so gut gemacht von einer jugoslawischen Krankenschwester, die handwerklich sehr geschickt war, daß man wirklich nichts sehen konnte. Die Kollegen und Lehrlinge versuchten mich mit Blicken zu durchbohren, wie ich nun aussehe.

Ich fühlte mich hundsmiserabel. Ich verfusselte mir sämtliche Sachen mit dem Wattezeug, ich brauchte unbedingt etwas um es in meinen BH zu stecken. Die Schwester war dagegen. Es ginge nicht, die Narbe tue noch so weh. Es sei mir egal; ich möchte nicht so rumliegen. Die Schwester hatte mir dann Frau Rost geschickt (sie leitet eine Selbsterfahrungsgruppe brustamputierter Frauen im Virchow-Krankenhaus und unterrichtet Schwesternschülerinnen). Frau Rost kam gleich mit einem Stoffstück in meiner Größe an. Ich guckte erstmal, was das sein sollte, weil es aussah wie ein Kartoffelpuffer, ein bißchen breiter. Das ist nur Stoff mit etwas Baumwolle, die hautverträglich ist. Als sie aus dem Zimmer raus war, sprang ich aus dem Bett sofort an den Kleiderschrank, machte meinen BH um und kriegte beinahe einen Nervenzusammenbruch, weil ich früher nur eine Halbschale getragen habe, und dieser Fetzen in Nullkommant nichts verrutschte und ganz oben saß. Ich bekam das große Heulen. Den Fetzen habe ich in den Schrank geschmissen und dachte, es muß etwas passieren. Ich fühlte mich ganz gut zu Fuß – jedenfalls im Zimmer – zog mich an und hab mich ausstopfen lassen. Da fragte mich die Schwester: „Wo wollen Sie denn hin?“ Ich wollte mir einen Prothesenhalter besorgen. Abendbrotzeit sei vorbei, in einer Stunde wäre ich wieder zurück hier, ich hätte sie nicht gesehen.

Im Geschäft habe ich der Verkäuferin das Ding gezeigt. „Ach und die Narbe ist noch so frisch!“ Ich sagte: „Haben Sie sich nicht so, bringen Sie Seidenpapier her“ und habe den BH probiert, der einen Reißverschluss und eine eingenähte Tasche hatte. Da habe ich den „Otto“ rein, den Reißverschluss zu, und ich fühlte mich um 180 Grad gedreht und wieder wohl. Ganz so saß es nicht, aber nicht mehr krumm und schief. Hatte Halt. Damit bin ich dann ins Krankenhaus gewandert. Die Schwester atmete erleichtert auf, als ich wieder dort war. Ich war völlig schwach, doch seltsam glücklich. Wenn jetzt der liebe Besuch kommt, siehst du wenigstens wieder einigermaßen normal aus. Das tat zwar furchtbar weh, das Hintenzuhaken, doch lieber das ertragen, als die Blicke.

Im Anschluß an die Operation bekam ich dreizehn oder vierzehn Bestrahlungen auf drei Felder: Brust, Achselhöhle und Schulter. Jede Woche einmal. Ich wurde müde und war teilweise verbrannt – unter dem Arm –. Wenn ich verbrannt war, mußte ich wieder aussetzen, es ging über drei, vier Monate. Es ist wie Sonnenbrand, es rötet sich und wässert. Ob die Bestrahlung gut angeschlagen hat, das kann man mir nicht sagen, das weiß ich erst in fünf Jahren, ob alles umsonst war oder nicht. Heute fühle ich mich müde, manchmal auch depressiv. Ich habe mich in meinem ganzen Lebensablauf ein bißchen geändert. Alles, was mir lästig ist, schiebe ich von mir weg. Ich habe früher für jeden Verständnis gehabt, stundenlang am Telefon zugehört. Ich kann es nicht mehr verkraften. Man wandelt sich auch, wenn man weiß, wieviel man für andere gemacht hat und als bei mir die Fenster zu putzen waren, wozu ich nach der Operation nicht fähig war, ist niemand auf die Idee gekommen, mir zu helfen. Da mußte ich andere Leute für bezahlen.

Der Arm wird wieder besser. Aber man sollte ihn eigentlich nicht belasten. Ich habe gedacht, siehst nicht nur aus wie ein Pferd, vielleicht bist du auch eines. Die Schmerzen sind auch danach. Jeder Mensch ist anders. Ich war nie verheiratet und habe eine Wohnung mit Kohlenheizung. Wenn ich den nicht heize, passiert eben nichts. Es ist also so, daß ich, wenn ich rechts nicht tragen kann, halt mit der linken Hand tragen muß.

Auf der Arbeit nehmen die Kollegen zwar ein bißchen Rücksicht, aber nur

# ich habe mich in meinem

die erste Woche. Nach einer Weile ist man die alte und kriegt die Brocken vor den Kopf gehauen. Ich hau dann aber zurück, ich sag: „noch ein Wort und du kriegst meinen Windbeutel aufs Maul“. Dann fangen sie an zu lachen; sie wissen ja nicht, wie ich es meine. Da lache ich auch, und es ist gut.

Ich kann meine Kollegen auch nicht so sehr belasten. Eine Kollegin ist mit den Nerven fertig, und mein Kollege war auch fünf Monate krank, da hat eine Kollegin das ganze Jahr für drei gearbeitet. Sie hat geweint und konnte nicht mehr. „Meine Wohnung sieht aus, ich kann nicht mehr“. Da habe ich gedacht, soweit wie möglich, fahre ich nicht zur Kur, das tue ich ihr nicht an. Sie hat ein Jahr für mich mitgearbeitet, nun bleibe ich.

Ich hatte das ganze Jahr ein schlechtes Gewissen. Immer, wenn ich anrief, fragten sie, wann ich wiederkäme, wie lange es noch dauern würde. Ich sagte nur: „Kinder, ich kann mir das doch nicht selber zuheften“.

Ich war elf Monate krank geschrieben, und die Müdigkeit nach der Bestrahlung geht erst ganz langsam weg. Ich hatte zu nichts Lust, weder mich sauber anzuziehen, noch Haarewaschen. Dazu mußte ich mich aufraffen, was früher überhaupt kein Problem war. Nur müde, müde, müde. Doch ich wurde von meinem Arzt

und vom Krankenhaus traktiert, weil ich laufend Termine hatte – Blutabnehmen, Urin abgeben, auf den Stuhl mußte und jedes Mal sechs Stunden sitzen. Das hielt meine Nerven nicht mehr aus. Ich wollte wieder arbeiten.

Die ersten 14 Tage waren gräßlich, der Arm wieder stark geschwollen. Ich ging jeden Tag zur Lymphdrainage, die nimmt die Schwere aus dem Arm raus. Ich konnte wieder schlafen. Und dann bin ich zu fett, jedes Gramm Fett ist zu viel. Das belastet. Und ich habe geschwollene Füße, die Therapeutin sagt immer, das Fett muß runter. Ich soll fasten, und das kann ich nicht, da krieg ich schlechte Laune.

Man muß eben weiter leben damit. Die anderen Leute hören sich das alles so an eine Weile und fragen, wie es dir geht. Sie wollen mich so wieder haben wie ich vorher war, ich soll lachen und meine Faxen in der Firma machen – genauso wie vorher. Von meiner Krankheit wollen sie gar nichts hören. Oder wenn, nur ganz Neugierige, die mir damit auf den Keks gehen. Vorige Woche treffe ich eine Kollegin, mittags als ich schon angezogen war, aber nicht um in den Außendienst zu gehen, sondern weil ich ins Krankenhaus zur Nachuntersuchung wollte. „Na, denn Tschüss und ich drück die Daumen!“

Am nächsten Morgen bin ich nicht mal ganz im Büro und hatte es selbst nicht verkraftet, was sie mir über die andere Brust sagten, da stürzt sie morgens in mein Zimmer und fragt: „Wie war es denn?“ Da habe ich gesagt „schön!“ Und als sie nicht ging, „ich möchte nicht darüber reden“. Ich würde nicht im Traum darauf kommen, jemanden auf nüchternen Magen so zu überfallen. Vielleicht hat sie es auch nicht böse gemeint und ich bin nur empfindlicher geworden. Man hat nicht mehr so eine dicke Haut wie früher. Ich habe früher auch alles überspielt. Meine Kollegen haben immer gesagt, wie siehst du schlecht aus. Die haben gefeiert nachts und ich sah miserabel aus. Da habe ich abends hundert Schecks geschrieben bis ich zu einem Kollegen sagte: „ich kann nicht mehr, mir fällt der Arm ab“. Bis zum letzten Tag. Ich wußte selbst nicht mehr, wie ich damit noch geschrieben habe. Ohne Schmerztabletten ging es gar nicht mehr.

*Mit Hilfe der Brustchirurgie lassen sich viele Frauen die Brüste „wiederaufbauen“. Die Gegnerinnen des Wiederaufbaus führen an, daß es keinen Unterschied macht, ob frau die Silikonprothese unter der Haut oder im BH trägt und*

# Tagesablauf ein bißchen geändert.

*ersparen sich damit eine weitere Tortur. Ich fragte Frau N, ob sie vorhat, sich die Brust wiederaufbauen zu lassen.*

Ich war schon zur Untersuchung, doch habe ich einen Lymphstau und Knoten und ich möchte damit warten, nicht, daß sie mir das Ganze wieder runterreißen. Der Wiederaufbau wird von der Krankenkasse übernommen. Es wird empfohlen, in jedem Fall abzuwarten bis drei Jahre nach der Operation. Es soll eine tierische Quälerei sein und Schwester U., die es machen ließ, warnte mich, daß es wahnsinnig weh täte. Also warte ich lieber zwei Jahre ab. In der ersten Not klammert man sich an alle Strohhalme, ich bin nach Hamburg-Ep-

pendorf gefahren zur Brustchirurgie. Dort haben sie natürlich gesagt, wir machen das, auch wenn die Frau achtzig ist, es lohnt sich immer. Und andere Ärzte haben gewarnt, so schnell nicht. Die Haut ist verstrahlt, vernarbt.

Ja, ich möchte das auch. Es ist ja so, wenn ich hier reinfasse, ist da jetzt ein Loch, und ich fange an, zu heulen. Ich kann auch nicht mehr ohne was sitzen, wenn ich gebadet habe. Also bloß schnell das Ding um, damit ich mich selber nicht sehen muß. Wenn ich an mir runter sehe und hier in dieses Loch gucke, kommen mir jedesmal die Tränen. Und wenn ich diese Plastikbrust dadrin habe, dann ist der Brustansatz wieder ganz normal. Die Brustwarze kriegen sie natürlich nicht mehr so gut hin. Aber ich könnte wieder ein dekolletiertes Kleid tragen. Bis jetzt gehe ich wie eine Nonne, bis oben hin zu.

Ich habe es mir bei einer Hamburger Kosmetikerin angeguckt, da sah es fantastisch aus. Sie hatte allerdings das große Glück, daß ihre Brustwarze nicht von Krebs befallen war. Und da sie selbständig ist, mußte sie die Operation selbst bezahlen (16.000 DM an den Chefarzt). Der hat ihr die Brustwarze abgenommen und in die Leiste genäht, und dort hat sie sie zwei Jahre getragen. Dann hat er ihr den Aufbau gemacht und ihre eigene Brustwarze wieder raufgesetzt. Das ist natürlich toll.

Sie konnte mich verstehen – ihr eigener Mann – ein Arzt – konnte das nicht sehen und hat sich eine andere Frau gesucht. Darüber war sie am meisten verbittert. Nicht wegen der Operation. Ich habe einen Brief von einer älteren Dame dabei, in dem steht, daß ihr Mann sich danach eine andere Frau gesucht hat. Er sei jetzt ausgezogen, und sie habe Angst davor jetzt – wie sie aussieht – einen Mann kennenzulernen. Mir gehts genauso, meiner ist auch abgehauen, fremd gegangen usw. Mein Geld kann ich selbst verdienen, da kann ich auch allein leben und brauche mich nicht zu ärgern, weil ich nicht weiß, aus welchem Bette er steigt. Das ertrage ich nicht, ich habe geglaubt, ich könnte es, doch ich kanns nicht.

*Eine Krebsberaterin hat mir erzählt, wenn es auseinandergeht danach, dann war die Beziehung vorher schon nicht in Ordnung, stimmt das?*

Ich habe auch so ein Gefühl, ich finde, wenn man einen Menschen 100%ig gerne hat, dann könnten sie ihm einen Arm abhacken, ich würde nicht weggehen.

wenn ich diese Plastikbrust  
dadrin habe, ist der Brust-  
ansatz wieder ganz normal.

# BERICHT Frau E.

**Frau E.:** Ich habe es nicht lange gewußt. Praktisch vier Wochen vorher hat man festgestellt, daß sich neben der Mamille eine kleine Delle gebildet hat. Das kam mir zwar komisch vor, doch muß ich dazu sagen, daß ich rechts schon immer eine eingezogene Mamille hatte, und so habe ich das nicht sehr beachtet. Die Gynäkologin hat mich zur Mammographie geschickt – auf meinen Verdacht hin. Tasten konnte sie auch nichts. Dann mußte ich gleich am selben Tag ein zweites Mal zur Mammographie. Eigentlich bekommt man das Ergebnis gleich mit, doch ich mußte warten. Sie hatte mich noch einmal reingeschickt, weil das Bild deutlicher sein mußte. Ich kam rein und die Ärztin sagte, „wir wollen gar nicht drumrum reden, morgen gehen Sie zum Professor, melden sich gleich an, lassen sich noch einmal untersuchen. Und dann so schnell wie möglich operieren, ich habe das Gefühl, daß da nicht mehr viel zu retten ist“. Das war im Gewebe drin und das ganze Gewebe war im Begriff sich aufzulösen. Kein Knoten, sondern Matsch hatte sich im Gewebe eingebettet. Das wirkte wie ein Hammer auf mich.

Ich bin während des Dienstes zur Mammographie gegangen und kam erst sehr viel später wieder. Die Schwestern hatten sich schon erkundigt, ob ich noch im Röntgenhaus wäre und zwei Kolleginnen haben vorn in der Schule auf mich gewartet. Um zehn Uhr ging ich weg und um 16 Uhr war ich wieder da. Ich habe es gerade bis zur Schule geschafft. Dann habe ich geweint, die Schleusentore geöffnet. Meine Kollegin hat mich so nicht mit der U-Bahn fahren lassen wollen und mich nach Hause begleitet. Mein Mann stand auf der Treppe und hat mir angesehen, daß ich nichts Gutes zu berichten hatte. Dann haben

sich im  
Gewebe  
eingebettet.

wir das besprochen, ich habe noch die Überweisung geholt für den Professor und der hat dann gesagt, Dienstag wird operiert. Das ging dann ruckzuck. Wenn es erst mal soweit ist, zaudern sie nicht.

Die Schmerzen waren schon vorher da. Das zog quer durch die Brust. Ich hatte was an der Schilddrüse, da zog das auch so quer durch den Brustkorb, doch

**Frau E. ist im vorigen November vor einem Jahr operiert worden. Die linke Brust wurde ganz abgenommen. Sie ist Anfang 40 und arbeitet im Virchowkrankenhaus als Sekretärin. Inzwischen ist sie wieder voll berufstätig.**

# Die Schmerzen sind vorher da

da sagte man immer, damit muß man leben. Das sind eben Schmerzen, die man hat. Da habe ich auf die Schmerzen auch nichts mehr gegeben. Nachher fragten sie mich, ob ich denn keine Schmerzen gehabt hätte, das müßte doch schon gezogen haben.

Meine Mutter hatte mich ins Krankenhaus zur Operation begleitet. Da ich in der Schwesternschule Mädchen für alles bin, also die einzige Verwaltungsangestellte, haben mich die Schwesternschülerinnen jeden Tag besucht. Ich habe drei Wochen im Krankenhaus gelegen, auf der Chirurgie. Bei mir gabs gar keine Diskussion darüber, mir wurde die Chemotherapie verordnet. Es bestand halt ein guter Draht zur Onkologie-Geschwulst-abteilung. Es gibt verschiedene Sorten von Chemotherapie. Man kann eine Infusion kriegen, dazu muß man ins Krankenhaus und dort 1-2 Tage bleiben. Ich habe eine Spritze bekommen und Tabletten. Das geht ambulant. Danach kann man zuhause sein.

Man kann alles kriegen, was es nur geben kann. Z.B. daß man das Wasser nicht halten kann, Ausschlag bekommt, Mundausschlag, die Haare ausfallen, den Stuhl nicht halten können. Da ist man kein schöner Anblick und bricht ununterbrochen. Ich konnte wenigstens schlafen. Andere sind so aufgedreht, daß sie überschnappen. Das war bei mir nicht. Ich habe geschlafen, bin zum Brechen aufgestanden, habe mich wieder hingelegt und weiter geschlafen. Schlafen hat mich schon immer gesund gemacht.

Sie geben sich große Mühe, einem die Symptome zu erleichtern, d.h. erst bekommt man die Standarddosis und je nach dem was sich meldet, bekommt man andere Medikamente. Während der Zeit muß man sich immer die Zähne ausspülen mit Heilkräutern. Man kann sa-

Kein Knoten,  
sondern  
Matsch hatte

gen, daß die Chemotherapie ein Alterungsprozeß ist. In dem einen Jahr bin ich um mehrere Jahre älter geworden.

Bei mir dauerte die Chemotherapie ein halbes Jahr – das ist je Krankheitsbild sehr unterschiedlich. Und das zieht sich dadurch in die Länge, weil sich das Blutbild so verändert, da verzögert sich die Injektion. Ich habe in der Zeit mal sieben Wochen Pause gemacht, weil es eben nicht weiterging. Ich habe mich schnell von der Chemotherapie erholt. Danach habe ich ein ganzes Jahr Cor-

tison gekriegt, das wird begleitend behandelt. Cortison ist auch ein Aufputzmittel. Das ist Augenwischerei, weil man so nicht bemerkt, daß das Skelett lädiert wird – das ist wie Rheumaschmerzen.

Mir haben sie gleich die Chemotherapie verordnet. Sie werden sogar aufgeklärt – so ist es ja nicht –, daß Ihnen die Haare ausfallen oder an der Blase etwas kommt. Doch in welchem Maße, das kann sich keiner vorstellen. Wenn einem nachher die Haare haarschopfweise ausfallen – und ich hatte ganz volles Haar –, sodaß die Badewanne voll war, hat man das Gefühl, sich in sämtliche Bestandteile, die man hat, aufzulösen.

Ich kam mir später vor, wie ein Ersatzteillager – Perücke, Prothese . . . . . hübsch, ein schöner Anblick.

Mein Mann hat da gesessen und mir den Eimer gehalten und gehofft, daß alles wieder vergeht. Als dann die ersten kleinen Haare wieder sprossen, habe ich mich riesig gefreut. Kommt ja wieder! Und dann fragten die anderen: „Das sind deine Haare?“ „Ja, ich hatte auch keine mehr auf dem Kopf. Jetzt sind sie wieder da“. „So wird das wieder?“ „Ja, so wird das wieder“.

Ich konnte von Anfang an den Arm schlecht bewegen. Mit dem elektrischen Schreiben geht es wieder, aber lange nicht so gut wie früher. Ich bekomme zweimal die Woche Lymphdrainage. Damit kann ich das überbrücken. Öfter kann ich es gar nicht machen, dann nörgelt mein Mann, ich sei gar nicht mehr zuhause. Die Belastung, wenn man den ganzen Tag arbeitet, ist eigentlich zu viel.

Der Gedanke, halbtags zu arbeiten ist mir auch schon gekommen. Mir wurde praktisch meine Stelle freigehalten. Sie haben jemanden mit Zeitvertrag für ein

Jahr eingestellt. Wenn ich jetzt halbtags arbeite, muß ich die Arbeit trotzdem schaffen, also bin ich wahrscheinlich genauso geschafft, wie wenn ich nach acht Stunden nach Hause gehe. Du hast die Hälfte Geld und mußt dieselbe Arbeit schaffen. Da haben sich die Kollegen aufgeregt und gesagt: „wie kannst du so etwas machen?“ So kann ich die Arbeit ein bißchen verteilen. Es kommt auch mal ein Tag, wo man mittags eine halbe Stunde alle gerade lassen kann. Wenn nicht, habe ich jetzt auch keine Hemmungen mehr zu sagen: „Ich kann nicht“.

Das habe ich vorher nicht gemacht. Ich habe eher mehr gemacht als zu wenig. Es sind 13 Schulschwestern, da kommt viel zusammen, für sie zu schreiben, Berichte, Arbeiten usw. Die Kolleginnen müssen sich darauf halt einstellen. Sie vergessen es genauso, wie es ein anderer vergißt, auch wenn sie alle Schulschwestern sind, und alle Krankenschwestern waren. Sie wissen zwar, daß die Menschen alle angeschlagen sind, aber sie haben erlebt, daß man nach einem Jahr wiederkommt.

„Jetzt haben Sie sich ein Jahr ausgeruht.“ Das hat Frau N. zu hören gekriegt. Es hat im Grunde genommen keiner eine Vorstellung davon, was man mitgemacht hat. Woher sollen sie auch! Meine Schulschwestern müssen das schon eher wissen. Wenn sie mir so etwas gesagt hätten, hätte ich wahrscheinlich auch entsprechend reagiert.

**Frau N.:** Ich schreie, wenn sie mir blöd kommen: „Laßt mich in Ruhe, ich bin angetötet“. Na, angetötet sind wir doch schon, wir brauchen doch nur noch drauf zu warten, bis es soweit ist. Wenn man diese Krankheit hat, muß man sich zwangsläufig mit dem Tod, dem Schluß beschäftigen. Ich habe mich vorher nie drum gekümmert.

Ich muß ehrlich sagen, bei meiner eigenen Mutter, die an Unterleibskrebs erkrankt ist, kann ich das Gejammer nicht mehr hören. Und da stelle ich mich auf die anderen ein, die mein Gejammer auch nicht hören können. Genau so wie meine Mutter mir damit auf die Nerven geht, gehe ich allen anderen auf die Nerven. Also verkneife ich es mir lieber. Es will niemand hören, sie wollen mich lachen sehen wie früher. Wenn sie zu mir rein kommen, soll ich sie mit einem netten Spruch aufmuntern. Ich war die seelische Mülltonne, weil ich alles so lachend abgetan habe.

# keine Diskussion: mir wurde Chemo- therapie verordnet.

Heute sag ich: „Die Mülltonne ist zu. Ich kann nicht mehr“. Ich muß mit meinem eigenen Krempel auch fertig werden, mir hilft im Moment auch niemand. Ich habe mich in dem Jahr auch verändert.

*Nach einer Krebsoperation wird empfohlen, innerhalb von einem Jahr eine Kur zu machen. Wenn man das Jahr verstreichen läßt, gibt es die Kur nicht mehr nach. Drei Kuren in den ersten drei Jahren stehen einem nach einer Krebsoperation zu – aber nur in der Zeit, was nicht jede Firma mitspielt. Frau U. und Frau E. waren zusammen auf Kur. Sie kannten sich schon von früher. Nach einer Weile stellte sich heraus, daß sie im selben Sportverein waren.*

**Frau N.:** Ich würde mich in einen reinen Krebsbunker nicht mehr verschicken lassen. Da war so viel Elend. Ich möchte nicht mehr nur mit kranken Leuten zusammen sein. Und das Kurhotel lag mitten im Wald.

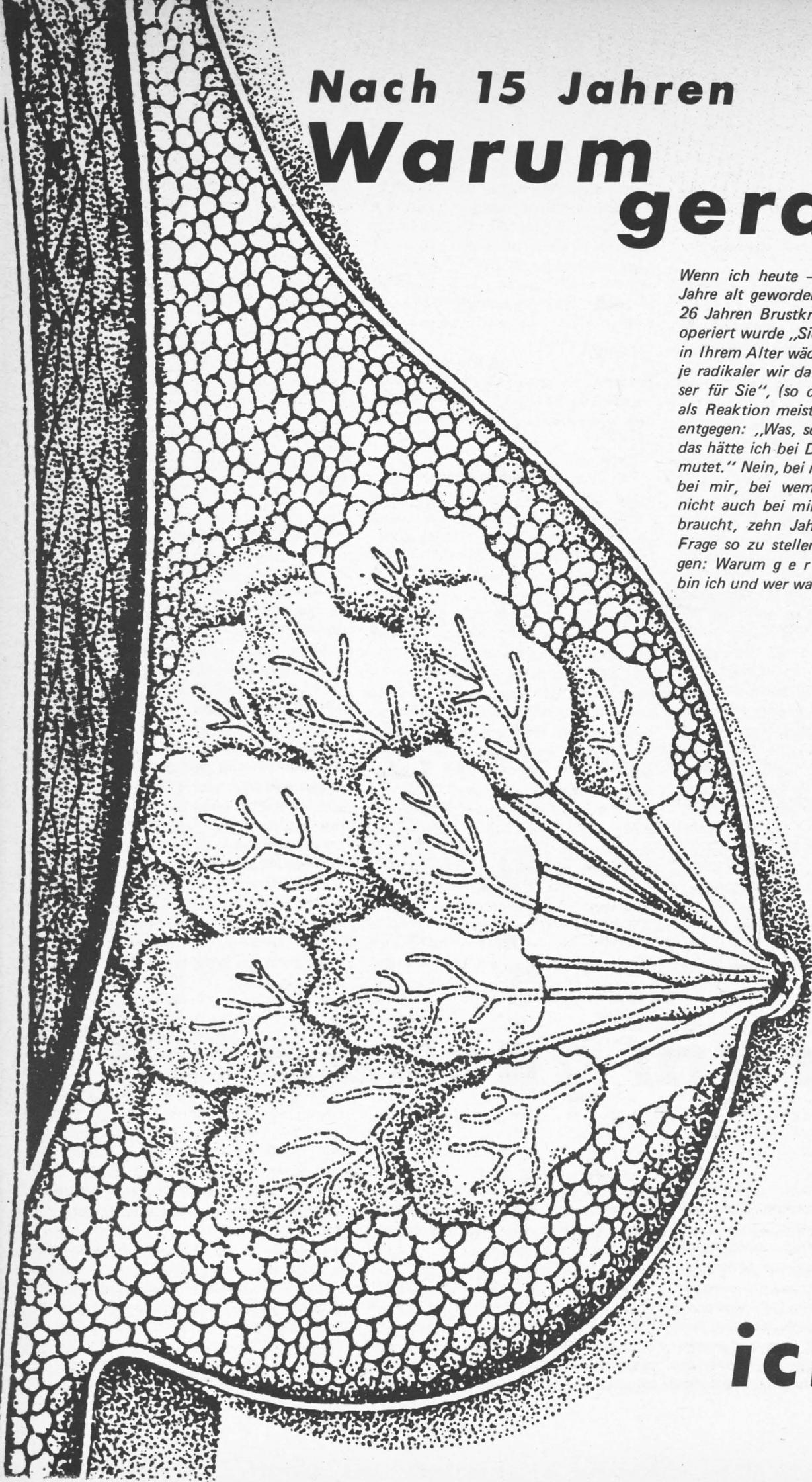
*„Eigentlich schön ruhig?“*

Ja, schon, aber wir kamen uns vor wie Aussätzige, daß sie uns extra weit ab von allen Gesunden untergebracht haben.

**Frau E.:** Ich habe es anfänglich nicht so empfunden, erst als einige auch ein bißchen Stadt haben wollten. Es waren 12 km bis zu einem größeren Ort. Wenn man raus kam, kam man nicht wieder rein. Viele waren davon überzeugt, daß sie uns mitten in den Wald stecken, als ob man nicht unter die Menschheit darf. Die Ärzte haben zwar gesagt, wir sähen das völlig falsch, es sei der Sauerstoff, den wir benötigten. Es hat uns ja auch gut getan. Doch ich wollte da so schnell wie möglich weg.

**Frau N.:** Wir hätten viel machen können. Doch es war alles zu anstrengend. Ich habe bei der Gymnastik meinen dicken Arm bekommen. Sie war zuviel für mich. Die erste Gymnastiklehrerin war fantastisch. Da hat mir auch nichts weh getan. Sie hatte sich toll auf die Kranken eingestellt. Sie wurde schwanger, bekam Blutungen und war weg. Zwei Tage passierte nichts. Alle knurrten, weil wir beschäftigt werden wollten, was anderes konnte man ringsum nicht machen. Und dann kam eine Lehrerin von einer Schönheitsfarm in der Nähe. Und diese Sportlehrerin hat uns genauso getriezt wie die Jungen. Da ist mir irgendwas passiert, ich konnte nicht mehr. Ich sollte eine Hamburger Frau Rücken an Rücken über den Rücken ziehen, da haben wir uns gewehrt, wir machten nicht mehr mit. Das soll man in keinem Fall tun, die Narbe geht vom Rücken bis zur Brust, quer rüber. Ich vergeß auch immer wieder, daß ich zusammengeheftet bin.

*Interview: Christa Müller*



# Nach 15 Jahren Warum gerade

*Wenn ich heute – inzwischen über 40 Jahre alt geworden – sage, daß ich mit 26 Jahren Brustkrebs hatte und radikal operiert wurde „Sie sind ja noch so jung, in Ihrem Alter wächst der Krebs schnell, je radikaler wir da vorgehen, um so besser für Sie“, (so der Arzt) kommt mir als Reaktion meist ungläubiges Staunen entgegen: „Was, so jung, in dem Alter, das hätte ich bei Dir wirklich nicht vermutet.“ Nein, bei mir nicht! Wenn nicht bei mir, bei wem dann? Und warum nicht auch bei mir? Lange habe ich gebraucht, zehn Jahre, länger, um diese Frage so zu stellen, nicht mehr zu fragen: Warum g e r a d e bei mir? Wer bin ich und wer war ich mit 26 Jahren?*

**ich ?**

**N**achfolgend habe ich versucht, die Dinge meiner Biografie zu entnehmen, über die ich ganz persönlich einen Zusammenhang zu meiner Erkrankung herstellen kann.

Ich war aus der Kleinstadt nach Berlin gekommen, aus einer Familie, in der vor mir noch nie ein Mädchen das Abitur machte, hatte ein Studium durchgesetzt, kurz und intensiv, denn Geld hatte ich keines. Ich hatte viele Sympathien bei den Männern meines Semesters, aber das Studium war mir wichtiger; um es nicht zu gefährden, wollte ich nicht die ganz festen Beziehungen. Das sollte erst nach dem Examen sein, dann wollte ich mich entscheiden, vor allem Kinder haben – ein Leben ohne Kinder, das konnte ich mir nicht vorstellen. In den politischen Gruppierungen, in denen ich engagiert war, galten die Normen der Männer und ich war akzeptiert, weil meine Beiträge und mein Engagement eben von guter, sprich männlicher Qualität waren. Ich hatte keine Schwierigkeiten, mit den Männern mitzuhalten, entsprechend wenig war mein Bewußtsein als Frau geprägt. Ich war zart, aber zäh, sensibel, introvertiert, die depressiven Komponenten meiner Persönlichkeitsstruktur waren zugedeckt durch meinen starken Willen, die Schwierigkeiten des sozialen Aufstiegens durchzustehen. Persönliche Freuden waren mit dem politischen Engagement schwer zu vereinbaren, ich litt – wie andere auch – an den Leiden der Gesellschaft.

Krank war ich wenig gewesen, mit Krebskranken hatte ich nie zu tun gehabt, über Krebs hatte ich nur im Zusammenhang mit einem Onkel gehört,

ersten Mal, verdrängte ihn, stand das Examen nur noch schlecht durch und fing dann an zu arbeiten, denn ich brauchte ja Geld zum Leben. Da die Arbeit nicht meinen politischen Vorstellungen entsprach, geriet ich in die Krise. Ich hatte psychosomatische Schwierigkeiten, sprach mit einem befreundeten Arzt, erzählte auch von dem Knoten, er schickte mich ins Krankenhaus, der Krebs wurde festgestellt. War die erste entscheidende Krise meines Lebens durch den Krebs ausgelöst oder er durch die Krise?

Vor der Operation wollte ich mich umbringen, das Leben, das ich gelebt hatte, schien mir zu wenig, das Leben, das mich meiner Meinung nach erwartete, gar nichts zu sein. Das Bewußtsein, die Pflichten getan, aber die Freuden nicht wirklich gehabt zu haben, erfüllte mich mit ohnmächtiger Sehnsucht. Ich hatte mich stark und mutig erlebt, mit dem Risiko „Krebs“ zu leben, traute ich mir schon zu, wenn ich damals auch noch nicht wissen konnte, daß der Operation noch Schlimmeres folgte: schwere Hautverbrennungen, schließlich sogar Nervenlähmungen als Folge der Bestrahlungen, durch die ich – nun für jedermann auch sichtbar – „stigmatisiert“ bin. Aber leben wollte ich damals nicht mehr, weil ich mit diesem unvollkommenen Körper nicht mehr sein konnte. Es war hart, es dauerte Jahre bis ich realisierte, daß die Trauer um den Verlust von Körperharmonie, damit auch von Schönheit, immer zu mir gehören wird. Es braucht Mut, auch heute noch, damit offen umzugehen, sich zu dieser

gestorben, ich wußte nun, wie Sterben für mich war. Und hinter dieses Wissen konnte ich nie mehr zurück. Immer habe ich die Sehnsucht gehabt, besonders in meinen Beziehungen, dieses Wissen mit anderen zu teilen, aber wahr bleibt wohl, daß das nur begrenzt möglich ist. Ich habe über die Jahre viel Sicherheit in mir entwickeln müssen, um die Einsamkeit solcher Erfahrungen aushalten zu können. Und ich denke, dies zu lernen, war/ist für mich die größte Schwierigkeit. Es hat viele Krisen dabei gegeben, meine depressiven Strukturen wurden sichtbarer, ich hatte zu kämpfen, um dies akzeptieren zu können.

Zwar mußte ich mir auch über meine Rolle als Frau klar werden, ich mußte mit meinem Kinderwunsch umgehen lernen, ich mußte mir eingestehen, daß die sinnlichen Erfahrungen des Lebens genauso existentiell und wichtig sind, wie die Auseinandersetzungen mit politischen und wissenschaftlichen Theorien, für mich sogar noch wichtiger – aber diese Probleme hatten andere Frauen, ohne meine Krankheit, auch. Mein Leben hat sich so radikal verändert, hier war meine „Jugend“ von Vorteil, die Chance einer Lebensumstellung größer, als wenn ich mit 50 Jahren erkrankt wäre. Dieses jedoch kann noch passieren: werde ich dann besser vorbereitet sein, ist mein Leben dann „gelebter“? Es wird anders sein: ich weiß heute mehr über die Hintergründe der Krankheit, das kann mir helfen, mich aber auch belasten; ich weiß mehr über den Medizinbereich und über Selbsthilfegruppen, und ich kenne andere erkrankte Menschen. Auch meine subjektive Betroffen-

# Warum gerade ich ?

dem zwei Frauen daran starben, was ihm von einem Teil der Familie offenbar als persönliche Lebensuntüchtigkeit ausgelegt wurde: „Bevor einer heiratet, hat er sich doch zu vergewissern, ob die Frau auch gesund ist.“ (Ich merkte eines Tages, wie auch mich diese Einschätzung geprägt hatte; sie wurde gewissermaßen die Basis für meine Vorurteile gegen mich selbst.) In der Examensphase bemerkte ich den Knoten in der Brust zum

Trauer zu bekennen. Ein Körper kann sich verändern, kann sich prägen durch Alter und Leid – das empfand ich stets als etwas Natürliches. Dieser Eingriff aber, dieses Abschneiden eines Teils meines Körpers war für mich Ausdruck brutaler Vergewaltigung. Medizinisch galt ich bald als geheilt, war nicht einmal mehr eine „Risikopatientin“, aber meine Seele blieb verwundet. Ein Teil meines Körpers war nicht mehr da, war

heit wird eine andere sein, mit ihr dann umzugehen, werde ich wieder neu lernen müssen

Über Jahre hat mich die Frage beschäftigt, ob ich an Krebs erkrankt wäre, hätte sich meine Biografie anders gewendet? Diese Auseinandersetzungen haben dazu geführt, daß ich angefangen habe, mein Leben neu zu begreifen, die Frage aber kann ich damit auch heute nicht beantworten. Anja

# Pfarrfrau, Mutter, Lehrerin

# Optimismus als Therapie

Foto: Carmen Gänßler



Barbara Seuffert

Die Autorin dieses Erfahrungsberichts praktiziert mehrere Berufe. Zum Beispiel ist sie Oberstudienrätin. Und Mutter von vier Kindern, den zehnjährigen – adoptierten – Zwillingen (ein Mädchen und ein Junge), und zweier Töchter von 13 und 17 Jahren. Nebenbei bearbeitet sie einen großen Garten mit Gemüse, Hund und Hühnern und ein entsprechendes Haus. Denn schließlich ist sie auch noch Pfarrersfrau, was für sich genommen schon ein „Fulltimejob“ ist. Darüber hat sie übrigens ein Buch geschrieben, was gerade erschienen ist und den Titel hat „Fröhlich soll die Pfarrfrau springen“ (bei GTB Siebenkorn). Schriftstellerin ist sie nämlich auch, wenn es die Zeit erlaubt. Sie fühlt sich „immer angespannt“ und braucht es sich nicht von Psychologen erzählen zu lassen, daß sie ein „Brustkrebs-Typ“ sei. Sie „weiß“ es selbst...

**A**m 13. Dezember 1982 schoß aus einer stillen Nebenstraße ein Auto auf mein altes 23-PS-Vehikel zu und verwandelte es in einen Schrotthaufen, dem ich leidlich unversehrt nebst einer Tüte frisch geschriebener Schulaufsätze entstieg. Damit war erst einmal ein Schlußstrich gezogen unter aufreibende Jahre voller Hektik, Trauer und Arbeit. Adieu Weihnachtsrummel, adieu Schulstreß, adieu blaue Ente...

Diese Vorgeschichte muß ich erzählen, weil ich sonst nie Gelegenheit gehabt habe, meinen Körper abzutasten, auf seine Warnsignale zu achten, mich bemitleiden zu lassen, mich zu wehren. Ich hatte immer so schön funktioniert! Seit der Geburt des zweiten Kindes, das ich lange stillte, hatte es keine Pause gegeben und bei der Adoption der Zwillinge keinen Tag schulfrei (die waren da Babies, eines noch dazu krank). Der Beruf meines Mannes schluckte nicht nur ihn, sondern vereinnahmte mich und die vier Kinder ebenfalls.

Am 20. Dezember entdeckte ich eine „Prellung“ an der rechten Brust, hart und groß wie ein Hühnerrei. Sicher kam das vom Aufprall beim Unfall oder vom Bügeln der 27 Chorröcke für die Weihnachtsaufführung. Der Hausarzt schickte mich sicherheitshalber zur Mammographie.

Der Radiologe, Skilehrertyp, witzelte arrogant angesichts meines Kummer-specks: „Ganz schön dicke Haut!“ Das tat mir mehr weh als die Röntgenaufnahmen, wo jede Brust einmal horizontal und dann vertikal zwischen zwei Platten gequetscht wird. Als der Arzt mich aus der Kabine holte – seit ich als Kind im Luftschutzbunker verschüttet war, ver-

gehe ich in dunklen Kabinen vor Angst —, war er wie umgewandelt und erregte mit seiner sanften Freundlichkeit höchsten Argwohn: Da sei nicht alles in Ordnung, aber „wir“ würden das schon machen, er besorge sofort einen Termin. „Ja, aber übermorgen ist Weihnachten. . .“, wandte ich ein. „Weihnachten hin, Weihnachten her!“ war auch sein energisches Argument, als die Krankenhäuser, die er anrief, alle ablehnten. Ob das dringend sei?? „Wie können Sie es wagen, meine Diagnose anzuzweifeln?“ Ach, ich genoß es sehr, daß sich jemand für mich echauffierte und daß ich so wichtig war! Ein Hospital wollte dann die Operation — selbst am Heiligen Abend — durchführen.

Bei diesem Gespräch fiel nie das Wort Brustkrebs, ich wußte aber genau, daß es das war. Es schockte mich nicht, ich befand mich in einer Art Trance, sah rote Autos auf mich zurasen und hörte Glas splintern. . .

**W**as „Brustkrebs“ bedeutete, hatte mich nie interessiert. Zur Krebsvorsorge bin ich nie gegangen. Meine Lieblingstante, an Krebs gestorben, habe ich herzlich beweint; auch eine blutjunge Freundin, die wenige Tage vor meinem Unfall beerdigt wurde, hatte Krebs gehabt. Ich dachte: Nun bringt dich also nicht die Arbeit um, sondern „es“ frißt dich von innen auf, eine Natter hegst du am Busen, — gut, schneiden wir „es“ weg.

Nachmittags schmückte ich den Weihnachtsbaum, erklärte den Hinterbliebenen, wo die Geschenke versteckt sind und wer beim Weihnachtsspiel wann was und wie zu sagen hat.

Am 23.12. früh um 7 Uhr bereitete der Chirurg mich auf die Operation vor: Zunächst werde ein Schnellschnitt gemacht, dieses Gewebe werde eingeschickt und die Operation bis zur telefonischen Bekanntgabe des Untersuchungsergebnisses unterbrochen. Wenn das Gewebe maligne, bösartig, sei, werde er die ganze Brust abnehmen. Ich nickte ergeben und müde. Im Krankenhaus war es sehr still und feierlich. Das Personal und die meisten Patienten waren in die Weihnachtsferien entlassen, ein paar liebe ältere Nonnen schwebten wie weiße Vögel durch meine Träume.

Als ich am nächsten Morgen meinen

Narkoserausch ausgeschlafen hatte und auf eigenen Beinen stehen mußte, war Weihnachten vorbei. Die Kinder hatten mit ihrem Vater eng umschlungen unter dem Baum gegessen, ohne die Geschenke zu beachten, und an ihre Mutti gedacht. Sie sagen, es sei ein schönes Fest gewesen. Trotzdem. Und bitte nicht weinen.

**N**ach zehn Tagen wurden die Fäden gezogen, und ich durfte gehen. Als ich mich mit meinem Riesenspaster im Spiegel sah — ganz flach —, zitterte mir das Kinn, und die Tränen liefen.

Ich machte mir Sorgen, ob nicht jedem sofort meine platte Brust auffällt. Leider kam niemand vom Sozialdienst des Hospitals vorbei, weil es halt die Woche zwischen Weihnachten und Neujahr war.

Einmal mußte ich mich aber bei der Nachtschwester ausweinen. Sie rief noch am Silvestertag eine Dame aus einem orthopädischen Geschäft herbei, die mir eine Erstversorgungsprothese verkaufte (eine Füllmasse für den BH) und mir eine „echte“ Prothese zeigte. Diese Silikon-Brüste sind ganz weich und seidig-warm, sie haben auch das richtige Gewicht. Ich durfte sie aber erst später tragen, als alles verheilt war.

Mit der Operation war ich „erfaßt“ und befand mich plötzlich in einem Prozeß, wie auf einem Fließband, an dessen Ende ich medizinisch heil dastehen sollte. Da wurden Untersuchungen und Röntgenaufnahmen gemacht (Knochen- und Leberszintigramm) und die Bestrahlungen festgelegt.

**E**inmal „sprang“ ich sozusagen vom Fließband und ließ mir alle Unterlagen zeigen, weil ich mir in dieser Maschinerie verraten und verkauft vorkam. „Bitte zeigen Sie mir genau den kritischen Bericht des Pathologischen Instituts, wo steht das Wort Karzinom? Ist das wirklich *mein* Excisat gewesen?“

Obwohl solche Auftritte ja entsetzlich stören, waren alle sehr geduldig und erklärten mir wie einem trotzigem Kind, wie es weitergeht: Also, die Bestrahlungen werden ganz individuell festgesetzt.

Die zu bestrahlende Stelle wird zunächst eingezeichnet, wobei genau der Winkel und die Strahlendosis errechnet werden. Ich trug nun vier Wochen lang schwarze, rote und grüne Vierecke und Linien auf der Haut.

Bei der ersten Bestrahlung einer Serie von 20 bekam ich einen „Strahlenkoller“, sowas wie eine Gallen-Leber-Nieren-Kolik. Alle schrien: „Das gibt es doch nicht!“ Es gibt es aber doch. Später lief alles ganz gut.

**W**ährend der Bestrahlungszeit darf man sich nicht duschen, nicht sonnenbräunen, nur pudern, weil die Haut so angegriffen ist. Nach den ersten zwanzig Bestrahlungen kam ein Monat Pause. Ich brauchte nicht zur Schule zu gehen, konnte aber im Haushalt auch nicht zupacken, weil durch die Entfernung der Lymphdrüsen der Arm schonend behandelt werden mußte, er schwoll oft an und muß durch eine bestimmte Gymnastik (Mamma-Gymnastik) erst wieder eingeübt werden.

Ich war in der ganzen Zeit sehr mißmutig, depressiv wie vorher immer, las viel über das Thema Krebs, trank auf Anraten einer Bekannten Rote-Bete-Saft und einen Hefeextrakt und quoll dementsprechend auf, ärgerte mich maßlos über die Krankenkasse, die sich weigerte, die Fahrten zur Strahlenklinik zu zahlen, und mußte mir täglich anhören, wer sonst noch eine Brustamputation hatte und damit 100 Jahre alt und glücklich geworden ist. Was die Leute so Trost nennen. . .

**M**anchmal erinnerten sich meine vier Kinder daran, daß sie mir immer Freude machen sollten, was aber immer ins Gegenteil umschlug. Auch von der Schule brachten sie mehr Fünfen mit denn je.

Da machte ich die Adresse der Dame von der „Frauenselbsthilfegruppe nach Krebs“ ausfindig und fand endlich Unterstützung, denn sie half mir, die Gelder von der Krankenkasse einzutreiben, beriet mich beim Kauf der Prothese und schlug einen Sanatoriumsaufenthalt vor. Davor hatte ich natürlich Horror, weil das mit viel Energie und Zeitaufwand

verbunden ist: Eingaben beim Schulamt, Gesundheitsamt, Suche nach einem Sanatorium, nach einer Hilfe in diesem wahnsinnig großen Haushalt mit einem zerstreuten Mann und vier Kindern und unübersehbarem Viehzeug. . .

Schließlich war es Juni, und ich war in einer Klinik und wollte nur noch meine Ruhe haben. Vierzehn Tage lang habe ich mit keinem gesprochen, stand auf dem Balkon und starrte tief unten das grüne Gras an. Ich war müde – sterbensmüde – lebensmüde.

Bei einer Veranstaltung sang neben mir eine Frau mit so klarer Stimme, daß ich auf sie aufmerksam wurde. Später entdeckte ich sie in derselben Klinik unter den 140 Patienten, sah sie im Speisesaal, redete mit ihr vor der Badeabteilung, aha, mein Jahrgang, auch Brustkrebs, mehrere Kinder, die Männer hatten den gleichen Beruf. Und sie wohnte sogar im Zimmer nebenan!

Von da an ging es mir gut. Wir gingen gemeinsam schwimmen, lachten uns schief, gingen zum Töpferkurs, der in der Klinik unter der Leitung einer zaubernden Werklehrerin stattfand, und töpfernten uns unsere Not vom Herzen: Ich schuf dämliche Gänse und ein grausiges Krokodil – mein Krebs –, der im Brennofen zersprang. In der Klinik waren Tanzabende, bei denen die Patienten so ausgelassen wie niemand anders sonst sind, besonders die Kehlkopfflosen sind ganz lustige Leute.

**W**ir gingen auch zum Gruppengespräch mit dem Klinikpsychologen und einer Ärztin, die uns fragend weiterhalfen. Ich hatte den Eindruck, als seien die anwesenden Frauen mit Brustkrebs sich sehr ähnlich im Wesen. Sie mußten alle erst lernen, sich nicht zu ducken, nicht immer Ja! zu sagen, aggressiv zu sein, sich zu wehren, ihren eigenen Bedürfnissen nachzugeben.

Ich träumte seit Jahren davon, einmal ein Fenster aufzumachen und über die Straße eine Publikumsbeschimpfung zu brüllen, wobei das Öffnen des Fensters sicher sehr symbolisch ist. Aber ich habe das natürlich nie gewagt, nur im Traum –, und allmählich wurde es ein richtiger Zwang. Es war sehr erleichternd, sich diese Geschichte in der Grup-

pe vom Herzen zu reden.

Das beste Anti-Krebs-Medikament gab mir der nette Chefarzt der Klinik. Er studierte den Schlußbericht, prüfte wortlos die Befunde, äußerte sich auch nicht über mein tolles Blutbild, er sagte nur: „Sie sind eine interessante Frau“. Auch wenn ich es nie gewesen wäre, in diesem Augenblick habe ich mich riesig interessant gefunden und sehr gefreut, weil *der* Kommentar eben hilfreicher für mich war als die Feststellung, daß andere mit Brustkrebs 100 Jahre alt und glücklich werden oder daß ich ja „nur“ Brustkrebs habe oder daß ich mich streng an eine Krebsdiät halten soll.

Obwohl ich mich einer gesunden Lebensweise befleißige und mir selbst das „wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte, daher nicht beihilfefähige“ Mittelpräparat spritze (das habe ich auch in der Klinik gelernt und wurde zum überzeugten Anhänger), ist für mich die beste Therapie: eine Aufgabe und eine große Hoffnung zu haben.

**M**eine Aufgabe ist die Arbeit in der Schule mit den vielen klugen und schwierigen und lustigen Schülern. Wir machen Gedichte und spielen Theater und denken uns tolle Sachen aus. Und ich mache manchmal das Fenster auf und schreie über den Schulhof: „Spinnt ihr da? Laß sofort die Tussi in Ruhe, du Lümmel!“ Hach, das tut gut.

Manchmal sagt auch ein Kollege, völlig unbeabsichtigt natürlich, etwas Belebendes: „Ach, ich wußte gar nicht, daß Sie Kinder haben. . .“ Mann, der hatte den hausbackenen Geruch nach Bratkartoffeln, Windeln, Läusepulver wirklich noch nicht wahrgenommen! Ich kam mir tagelang gepflegt, alleinstehend, begehrenswert – kurzum: interessant vor!

Diese Arbeit half mir auch, die zweite Tumoroperation vor zwei Monaten zu überstehen. Drei Ärzte hatten den Tumor am Bein als Melanom angesehen. Ich wußte, daß das ein ganz bösartiger Hautkrebs ist, aber ich wollte doch so gerne mit einer Klasse das Märchenspiel auf die Bühne bringen, und ein Verleger wollte meine Gedichte veröffentlichen im nächsten Jahr, ich freute mich so sehr darauf! Ich konnte jetzt kein Melanom brauchen.

Also ließ ich mich für eine Woche be-

urlauben, ließ mir in vertrauter Umgebung von dem vertrauten Chirurgen „das Ding“ herausschneiden und hörte mir fröhlich die in ungläubigem Staunen vorgetragenen Mitteilungen an: „Pathologisch-anatomische Begutachtung: . . . Kein Malignitätsverdacht.“

Na, siehste!

Barbara Seuffert

Nachtrag:

*Darüber befragt, ob sie ihr Leben geändert habe, sagt Barbara Seuffert zu nächst mal: Nein. Z. B. hat sie sich „nicht behaupten können“, mehr Zeit für sich herauszuschlagen. Dann aber stellt sich heraus, daß sie den äußerlich gleichgebliebenen Alltag doch anders lebt. Heiterer und ohne Depressionen wie vor der Krankheit. Warum? Weil ihr klargeworden sei, wie kurz das Leben wirklich ist. Daß es jederzeit zu Ende sein kann. Und dann fällt ihr ein, daß vor der Krankheit immer so viel Schlimmes passiert sei. Das Auto dauernd kaputt, auch Mißverständnisse und Kränche und dann das Hühnersterben. (Noch am Tage vor der Operation habe sie wieder einen Hahn begraben müssen.) Das habe sich nun alles geändert.*

*Verständliche Beschönigung oder Verstehen einer Bedeutung? Die Frage muß nicht entschieden werden.*

I. S.



Ich gehe davon aus, daß bei der Entstehung eines bösartigen Tumors Psyche und Körper zusammenwirken. Meine Kernaussage ist, daß psychische Konflikte, die verdrängt werden, zu einer physischen Abwehrschwäche führen können und so mit anderen Faktoren gemeinsam das Wachstum eines bösartigen Tumors auslösen können. Bei chronischen Erkrankungen, Sucht, Depressionen, Krebs u. a. finden ähnliche oder gleiche Prozesse statt. Die entsprechende Erkrankung stellt dann ein spezifisches Ventil für den Grundkonflikt dar.

Die Krebsentstehung wird begünstigt durch verschiedene Persönlichkeitsmerkmale. Zu diesen Merkmalen gehören u. a. Selbstzurückstellung, Harmoniestreben im Freundes- und Familienbereich, übergroße Lebendigkeit, Aggressions- und Depressionsunterdrückung, gehemmte Sexualität, große Leistungsorientierung und Gewissenhaftigkeit, Umgehen von Konflikten.

# Die Krankheit zum Widerstand nutzen

Diese Verhaltensweisen sind ein Ausdruck der Selbstverleugnung der eigenen Bedürfnisse. Gleichzeitig sind etliche dieser Eigenschaften Frauen von Mädchenbeinen an bekannt.

Sie sind ein wesentlicher Bestandteil weiblicher Sozialisation. Die Überanpassung an von Frauen gesellschaftlich geforderte Verhaltensweisen kann gemeinsam mit der frauenfeindlichen Lebensrealität deformierende, krankheitsauslösende Prozesse bedingen.

Sicherlich ist in solcher Erkrankung (oder Sucht) ein passiver Widerstand sichtbar, der die Frauen aber gleichzeitig zerstört.

Um die Geschlechtsspezifität der Krebserkrankung zu verdeutlichen, benenne ich einige Persönlichkeitsmerkmale, die an Herzinfarktpatienten zu beobachten sind. Sie beinhalten Verhaltensstrukturen wie Aggressivität, Aktivität, große Leistungs- und Wettbewerbsorientierung, zweckgebundenes Denken u. a. Diese Merkmale entsprechen dem Männlichkeitsideal der industriellen kapitalistischen Gesellschaft westlicher Kultur. Im Vergleich der Persönlichkeitsmerkmale von Erkrankten kann Krebs als weibliche und Herzinfarkt als männliche Krankheit bezeichnet werden. Dazu schreibt Magda Henle: „Durch diese Gegenüberstellung der Phänomene ‚Krankheit‘ und ‚geschlechtsspezifisches Verhaltensideal‘ wird der Entstehungszusammenhang des Krebsmythos von einer weiteren Seite beleuchtet: Die verschiedene Wertigkeit von Krankheiten, wie sie am Herzinfarkt und Krebs exemplarisch deutlich wird, spiegelt die in der patriarchalischen Kultur tradierte, unterschiedliche Bewertung der männlichen und weiblichen Geschlechterrolle wider.“ Die Geschlechtsspezifität bringt eine neue Dimension in die Diskussion um die psychosomatischen Faktoren in



*Christine Haße, 27 Jahre alt, ist Krankengymnastin und Heilpraktikerin und lebt seit einigen Jahren auf dem (niedersächsischen) Land. Sie bietet Gesprächstherapie- und Körperarbeit-Gruppen für Frauen an, die Krebs haben und solche, die Angst davor haben. Ihre Beobachtungen beziehen sich vor allem auf Brustkrebs.*

der Krebsentstehung.

Allerdings möchte ich auf die Problematik hinweisen, daß bei den meisten psychologischen Ansätzen, Persönlichkeitsprofile von Krebskranken zu erstellen, die persönliche Schuldzuweisung sehr durchklingt.

In der praktischen Arbeit erfahre ich von betroffenen Frauen häufig große Ungeduld gegen sich selbst und Schuldgefühle, wenn sie ein möglicherweise krankmachendes Verhalten bei sich erkannten. Einerseits besteht der Druck der Erkrankung, die Angst vor Tod und andererseits der ungeduldige Wunsch, intellektuell begriffenes Verhalten umzusetzen. Die Frauen haben meistens überhöhte Erwartungen an die Schnelligkeit der möglichen Veränderungen.

Die Basis meiner Selbsthilfearbeit ist das Grundkonzept der Selbsterfahrungsgruppen aus den Anfängen der Frauenbewegung: Gemeinsam mit anderen verbal und sinnlich die Unterdrückung als

gemeinsame Realität zu sehen, und so zu lernen, mit anderen Frauen zu handeln. Die individuelle und ausschließliche rationale Erkenntnis der eigenen Mechanismen, wie z. B. Konfliktscheuheit, provoziert neue Schuldgefühle, wenn nicht Handeln daraus entsteht. Das Handeln aber kann durch eine Gruppe sehr erleichtert werden.

Leider habe ich zum Teil festgestellt, daß ein großer Teil der Krebsselbsthilfegruppen auf sozial-caritativem Niveau dahinschleicht, ohne den Betroffenen wirkliche Hilfe zu geben und gemeinsam eine neue Realitätsbewältigung zu erkämpfen. So bleibt es dem Zufall überlassen, ob die einzelne Frau an ihre neuralgischen Punkte kommt und beginnt, ihren Alltag zu verändern.

Wenn ich davon ausgehe, daß Depressivität, überhöhte Anpassung und Passivität, gepaart mit Schuldgefühlen, einige Merkmale der Verhaltensstruktur von krebserkrankten Frauen sind, dann wird der Teufelskreis sich erst durchbrechen lassen in der Aufarbeitung der eigenen Situation und in der Erkenntnis, die Krankheit als Chance zum Widerstandsbeginn zu nutzen. Die Krankheit darf nicht die einzige Widerstandsform bleiben, die Veränderungen im Leben der Frauen müssen auch ohne Krankheitschübe möglich werden und erhalten bleiben.

Sophinette Beckers Überlegungen zum Mamma-Carcinom, in denen die Brust als Versorgungsorgan interpretiert wird, ziehen eine Verbindung zwischen gestörter Mutterbeziehung – frustrierten Versorgungswünschen – rücksichtslosem Umgang mit dem eigenen Körper und Brustkrebs.

Diese Negation des Körpers und der sinnlichen Bedürfnisse ist aber nicht nur psychoanalytisch in der Kindheit zu suchen, sondern wird am Arbeitsplatz, im familiären Bereich, in Beziehungen, von Frauen immer wieder gefordert. Die derzeitige ökonomische Situation mit sinkenden Krankmeldungen, die Mehrfachbelastung zu Hause und im Beruf fordert diese Selbstverleugnung alltäglich.

Rückenschmerzen, Kopfschmerzen z.

B. stellen für viele Frauen wiederkehrende Schmerzbelastungen dar. Sie werden unterdrückt, ertragen, betäubt, denn sie sind bereits der Ausdruck von Überbelastung und Selbstverleugnung. Es käme einer Revolution gleich, wenn alle Frauen ihre alltäglichen Schmerzsymptome ernstnehmen würden und etwas für sich täten, aus ihrem Alltag ausschere würden.

Zu der „gestörten Mutterbeziehung“ möchte ich anmerken, daß es in der Praxis nicht um eine Schuldzuweisung an die Mutter geht. Aus meiner eigenen Geschichte sehe ich, daß viele Konflikte in dieser frühen Lebensphase liegen. Wichtig ist die Aufarbeitung dieser Probleme.

Außerdem lassen sich die Brust und auch die Gebärmutter zusätzlich als Organe interpretieren, die die Funktionen der Weiblichkeit verkörpern. Die Brust ist auch ein optisches Zeichen. In unserer patriarchalischen Gesellschaft, die geprägt ist von Ignoranz und Zerstörung der weiblichen Identität, liegt ein Zusammenhang zwischen selbstzerstörerischer Krankheit und dem Alltagserleben nahe. Die Erfahrung, nur über Funktionen wahrgenommen – aber als Frau gesellschaftlich ignoriert zu werden, scheint mir ein wichtiger Faktor bei der Krankheitsentstehung. Die Erkrankung kann so zum passiven Widerstand und zur selbstzerstörerischen Verweigerung der eigenen Weiblichkeit werden.

Beckers Besetzung der Brust als Versorgungsorgan ist auch meinen Erfahrungen nach in vielen Biographien von Frauen als Teilaspekt wiederzufinden. Hinzu-fügen ist die weibliche Passivität gegenüber Konflikten und der Dauerstreß durch die frauenfeindliche Grundsituation in allen gesellschaftlichen Bereichen. Die übergreifenden Prozesse, die sich in Depression, Sucht und Krankheit zeigen, sind dabei zu beachten.

Ein weiterer zerstörerischer Faktor kann eine dauerhafte Unterforderung bzw. Überforderung in einzelnen Lebensbereichen sein. Frauen sind in Bereichen wie Emotionalität, Geben, die Bedürfnisse anderer erkennen und befriedigen, sehr geübt. Es ist eine Fähigkeit, solange wir es bewußt und in Abstimmung mit den eigenen Bedürfnissen tun. Als Grundverhalten verdrängt es die eigenen Wünsche, und es entsteht ein Dauerkonflikt zwischen sich und den anderen.

Weibliche Sozialisation ist eine Ansammlung von Entbehrungen von Liebe, Anerkennung, Identität und eine dauerhafte Unterforderung in intellektuellen wie technischen Fähigkeiten. Nehmen, geben, Liebe, Geist, sich selbst spü-

ren, gehören zusammen. Eine Über- bzw. Unterforderung in einem dieser Bereiche kann Krankheit – den Verlust des Gleichgewichts – bedeuten.

Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt bei der Untersuchung der Erkrankungsmechanismen sind die „Vorteile“ für die betroffene Frau. „Manche Menschen müssen sich immer wieder in einem schlimmen körperlichen Zustand befinden, um sich das Leben erträglich zu machen (die ständig in Unfälle Verwickelten); andere müssen lebenslang niedergeschlagen sein, um angesichts eines bei ihnen bestehenden Bedürfnisses nach mütterlicher Fürsorge, Zerstreuung oder Bestrafung – was immer es im Einzelfall sein mag – überleben zu können. Andere wiederum müssen einen Zustand von Zerbrechlichkeit kultivieren, um ihre Familie zu veranlassen, die von ihnen benötigte Beziehung aufrechtzuerhalten und werden dann erst wirklich krank, wenn sie von den jeweils anderen allzu schlecht bzw. allzu gut behandelt werden.“ Neben diesem Aspekt verweist Jeanne Liedloff auf die Unfähigkeit, Fürsorge ohne Erkrankung anzunehmen:

„Zu Zeiten besonderen emotionalen Bedürfnisses kann das Kontinuum es für uns einrichten, daß wir krank werden und die Fürsorge anderer benötigen – die Art Fürsorge, die wir als Erwachsene bei guter Gesundheit nur schwer bekommen. Das Bedürfnis nach Aufmerksamkeit kann sich an einen besonderen Menschen heften oder an einen Kreis von Familie und Freunden oder an das Krankenhaussystem. Ein Krankenhaus versetzt den Patienten tatsächlich in eine kindliche Rolle obwohl es unpersönlich scheint; und selbst bei Personalmangel und anderen Unzulänglichkeiten übernimmt es die Verantwortung, seine Ernährung und das Treffen aller Entscheidungen für ihn – eine Situation, die der Behandlung nicht unähnlich ist, die er als Kleinkind durch eine nachlässige Mutter erfahren haben mag. Obwohl das nicht unbedingt alles ist, was er braucht, könnte es doch das am nächsten Erreichbare sein.“

Erst, wenn Frauen gemeinsam mit anderen und alleine lernen, ihre Bedürfnisse einzufordern, Versorgung und Zärtlichkeit anzunehmen, verliert die Krankheit ihre Macht.

Was bedeuten diese Überlegungen für die praktische Arbeit? Im Rahmen des Frauengesundheitszentrums Bremen arbeite ich in einer Krebs Selbsthilfegruppe und mache Intensiv-Wochenenden für Frauen mit Krebs, Krebsangst und chronischen Erkrankungen. Ich habe für die

Intensiv-Wochenenden in Auseinandersetzung mit der Arbeit von Stephanie Matthew-Simonton ein Programm ausgearbeitet. Es enthält folgende Schwerpunkte:

Körperarbeit, Atmung,  
Visualisierungen,  
Zweier- und Gruppengespräche.

Krankheit ist für mich u. a. die körperliche Manifestation einer gesellschaftlichen Unterdrückung, die durch Angst und Verdrängung erlebt und nicht durch Widerstand angegangen wird. Dieser Aspekt, gemeinsam mit Umweltschäden, körperlichen Dispositionen, kann zu chronischen Erkrankungen, d. h. auch der Entstehung von bösartigen Tumoren, beitragen.

„Gesund-werden“ definiere ich als Prozeß der körperlichen und psychischen Selbsterfahrung. Dieser Prozeß beinhaltet die Umsetzung der neuen Erfahrung im Alltag und als Erleben neuer Lebensformen durch die anderen Frauen der Selbsthilfegruppe.

In der Körperarbeit und Atmung steht das Erleben des eigenen Körpers und das Erkennen von Blockaden, um daran zu arbeiten, im Vordergrund. Gleichzeitig kann darüber Entspannung und die Lösung von Blockaden eingeleitet werden. Oft sind Grenzen, Verspannungen in uns nicht anders als über Schmerz auszudrücken. Wir können und wollen die Ursachen nicht aussprechen.

Nach meinen Erfahrungen dienen die Körperübungen dem bewußteren Umgang mit körperlichem Gefühlsausdruck. Frauen öffnen sich so in Bereichen, die dem Wort alleine verschlossen bleiben.

Visualisierungen sind der Versuch, über Bilder das unbewußte, intuitive Wahrnehmen zu erschließen und so ein Vertrauen auf die eigenen Gefühle zu fördern.

In den Gesprächen wird der Versuch unternommen, bewußte und unbewußte Wahrnehmung zu verbinden und eine Umsetzung im Alltag zu ermöglichen.

Christine Haße

## Literatur

- Bahne-Bahnon, Claus: *Psychosomatische Dimensionen im Krebs*, 1977; *Psychodynamische Prozesse und Persönlichkeitsfaktoren bei Krebskranken*, Congress für Prophylactic Medicine, 1966
- Becker, Sophinette: *Brustkrebs und Weiblichkeit*, Forum für Medizin und Gesundheitspolitik, 2/81
- Haße, Christine: *Krebs als Ausdruck zerstörerischer Alltagswirklichkeit*, 1982, Dokumentation 1. Bremer Frauenwoche
- Henle, Magda: *Krebs – eine weibliche Krankheit?*, *Psychologie Heute*, 4/82
- Liedloff, Jeanne: *Auf der Suche nach dem verlorenen Glück*, 1977, Beck

# FRAUENBUCHLÄDEN

## Aachen

Frauenbuchladen  
Bergdriesch 14  
5100 Aachen  
Tel. 0241/244 15  
Mo-Fr 10.00-18.30  
Sa 10.00-14.00

## Berlin

Frauenbuchladen  
Labrys  
Hohenstauffenstr. 64  
1000 Berlin 30  
Tel. 030/215 25 00  
Mo-Fr 10.00-18.30  
Sa 10.00-14.00

## Frauenbuchladen

Lilith  
Knesebeckstr. 86-87  
1000 Berlin 12  
Tel. 030/312 31 02  
Mo-Fr 9.30-18.30  
Sa 9.30-14.00

## Frauenbuchladen

Miranda  
Nazarethkirchstr. 42  
1000 Berlin 65  
Tel. 030/465 79 05  
Di-Fr 11.00-18.00  
Sa 10.00-14.00

## Bielefeld

Frauenbuchladen GmbH  
Herforder Str. 64  
4800 Bielefeld 1  
Tel. 0521/684 61  
Mo-Fr 10.00-18.30  
Sa 10.00-13.00

## Bochum

Buchladen im  
Frauenzentrum  
Schmidtstr. 12  
4630 Bochum  
Tel.: 0234/68 31 94  
Mo-Fr 10.00-18.30  
Sa 10.00-14.00

## Bonn

Frauenbuchladen  
Nora e.V.  
Wolfstr. 30  
5300 Bonn 1  
Tel. 0228/65 47 67  
Mo-Fr 10.00-18.30  
Sa 9.00-14.00

## Braunschweig

Frauenbuchladen im  
Magniviertel GmbH  
Magnikirchstr. 4  
3300 Braunschweig  
Tel. 0531/407 44  
Mo-Fr 10.00-18.30  
Sa 10.00-13.00

## Bremen

Frauenbuchladen  
Friesenstr. 12  
2800 Bremen  
Tel. 0421/741 40  
Mo-Fr 10.00-18.00  
Sa 10.00-13.00

## Dortmund

Frauenbuchladen  
Zimpzicke e.V.  
Adlerstr. 30  
4600 Dortmund  
Tel. 0231/14 08 21  
Mo-Fr 10.00-13.00  
15.00-18.00  
Sa 10.00-13.00

## Düren

Frauenbuchladen  
Baba Jaga e.V.  
Kämergasse 29  
5160 Düren  
Tel. 02421/156 52  
Mo-Fr 10.00-13.00  
15.00-18.00  
Sa 10.00-13.00

## Düsseldorf

Frauen-Bücher-Zimmer  
Duisburgerstr. 50  
4000 Düsseldorf 30  
Tel. 0211/46 44 05  
Mo-Fr 10.00-13.00  
15.00-18.30  
Sa 10.00-14.00

## Frankfurt

Frauenbuchladen  
Kiesstr. 27  
6000 Frankfurt  
Tel. 0611/70 52 95  
Mo-Fr 10.00-18.30  
Sa 10.00-14.00

## Freiburg

Frauenbuchladen  
Brombergstr. 23  
7800 Freiburg  
Tel. 0761/781 50  
Mo-Fr 10.00-13.00  
15.00-18.00  
Sa 10.30-13.00

## Göttingen

Frauen-/Kinderbuch-  
laden  
Laura  
Burgstr. 3  
3400 Göttingen  
Tel. 0551/473 17  
Mo-Fr 10.00-18.00  
Sa 10.00-14.00

## Hamburg

Frauenbuchladen  
Bismarckstr. 98  
2000 Hamburg 20  
Tel. 040/491 47 48  
Mo-Fr 10.00-18.30  
Sa 10.00-14.00

## Hannover

Frauenbuchladen  
annabee  
Hartwigstr. 7  
3000 Hannover  
Tel. 0511/32 40 24  
Mo-Fr 10.00-18.30  
Sa 10.00-14.00

## Heidelberg

Frauenbuchladen GmbH  
Krämergasse 14  
6900 Heidelberg  
Tel. 06221/222 01  
Mo-Fr 10.00-18.30  
Sa 10.00-14.00

## Karlsruhe

Johanna mit Teepott e.V.  
Viktoriastr. 9  
7500 Karlsruhe 1  
Tel. 0721/254 46  
Mo-Fr 9.00-12.30  
14.30-18.30  
Sa 10.00-14.00

## Kassel

Frauenbuchladen  
Aradia e.V.  
Reginastr. 14  
3500 Kassel  
Tel. 0561/172 10  
Mo-Fr 10.00-18.30  
Sa 10.00-14.00

## Kempten/Allgäu

Frauenbuchladen  
„Die Funkenhex“  
Bäckerstr. 28  
8960 Kempten/Allgäu  
Tel. 0831/182 28  
Mo-Fr 9.00-12.00  
14.00-18.00  
Sa 9.00-13.00

## Köln

Frauenbuchladen  
Moltkestr. 66  
5000 Köln 1  
Tel. 0221/52 31 20  
Mo-Fr 10.00-18.30  
Sa 10.00-14.00

## Lindau

Frauenbuchladen  
Die Kleine Eule  
Unterer Schranneplatz 6  
8990 Lindau  
Tel. 08382/287 35

## Lüneburg

Buchladen, Café GmbH  
Hexenhaus  
Obere Schranngenstr. 8  
2120 Lüneburg  
Tel. 04131/478 93

## Mannheim

Frauenbuchladen  
Xanthippe  
T 3/4  
6800 Mannheim  
Tel. 0621/216 63  
Mo-Fr 10.00-18.30  
Sa 10.00-14.00

## Marburg

Frauenbuchladen  
Kollektiv  
Untergasse 7  
3550 Marburg  
Tel. 06421/127 42  
Mo-Fr 10.00-18.00  
Sa 10.00-13.00

## München

Frauenbuchladen  
Lillemor's  
Arcisstr. 57  
8000 München 40  
Tel. 089/272 12 05  
Mo-Fr 10.00-18.30  
Sa 10.00-14.00

## Münster

Frauenbuchladen  
Sophienstr. 14-16  
4400 Münster  
Tel. 0251/39 28 84  
Mo-Fr 10.00-18.00  
Sa 10.00-14.00

## Nürnberg

Frauenbuchladen  
Kleinreutherweg 28  
8500 Nürnberg  
Mo-Fr 10.00-18.00  
Sa 10.00-14.00  
0911/35 25 03

## Stade

Die Weide  
Neue Str. 10  
2160 Stade  
Tel. 04141/457 19  
Mo-Fr 10.00-11.30  
13.00-18.00  
Sa 10.00-13.00

## Tübingen

Frauenbuchladen  
Thalestris  
Bursagasse 2  
7400 Tübingen  
Tel. 07071/265 90  
Mo 14.00-18.00  
Di-Fr 10.00-18.00  
Sa 10.00-13.00

## Wiesbaden

Frauenbuchladen  
Sappho  
Frauenbuchversand  
Luxemburgstr. 2  
6200 Wiesbaden  
Tel. 06121/37 15 15  
Mo-Fr 10-18.30  
Sa 10.14.00

## Wuppertal

Frauenbuchladen und  
Café  
Dröppel(fe)mina  
Am Brögel 1  
Wuppertal-Unterb.  
Tel. 0202/877 07

## Österreich

Wien  
Frauenzimmer  
Buchcafé  
Lange Gasse 11  
1080 Wien  
Tel. 0222/43 86 78  
Mo-Fr 10.00-18.00  
Sa 10.00-13.00

## Schweiz

Zürich  
Frauenbuchladen  
Stockerstr. 37  
8002 Zürich  
Tel. 01/202 62 74  
Di-Fr 10.00-13.00  
14.30-18.30  
Sa 10.00-16.00

# 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.

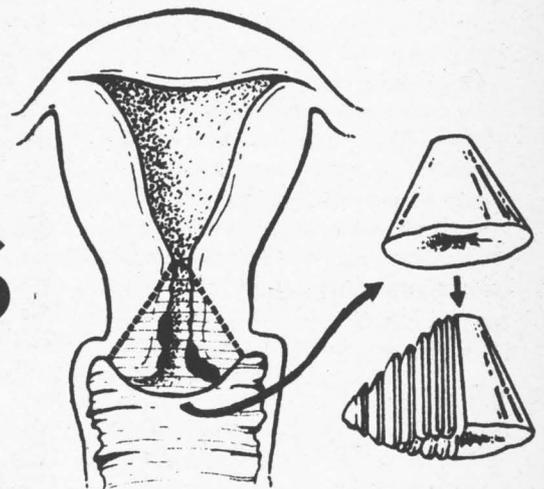
haft aufgebauten Gewebsverband zu einem immer ungeordneter werdenden hin zum tatsächlich entdifferenzierten Karzinom. Die allgemeine Weisung ist die, daß die zytologischen Klassifizierungen (siehe Kasten Pap-Abstriche) Handlungsanweisungen sind, also keine Diagnosen.

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 frühzeitiger entdeckt werden. Du hast nicht mehr die Garantie, wie man es früher gesagt hat, Zervixkarzinom Maximum bei 40, Korpuserkarzinom (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 Korpuserkarzinom, 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 Korpuserkarzinom 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.

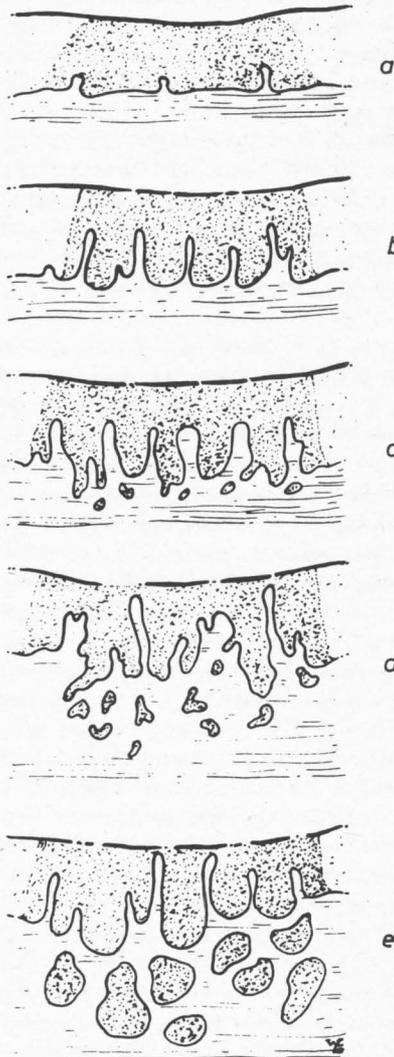
Die Mammographie ist insofern kritisiert worden, als sie eine Strahlenbelastung ist, und dadurch der Krebs erst zum Ausbruch kommen kann. Wie sieht das aus?

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 Irrsinn prophylaxe 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 drumrum. 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.

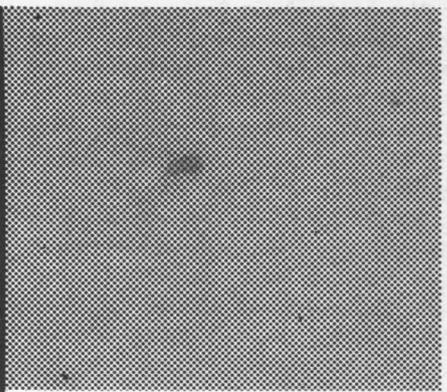
**Durch die Totaloperation ist die mögliche Entwicklung von Streukrebs nicht einzudämmen, wie weit will man da den radikalen Schnitt ansetzen?**

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.**

# Behandlungen nach der Operation . . .

## HEILUNGSCHANCEN KAUM VERBESSERT

Was gestern gesichertes Wissen zu sein schien, gilt heute nicht mehr. Ein Beispiel dafür ist die routinemäßige Bestrahlung bei Brustkrebs, von der man langsam abkommt. Welche Größe das Mamma-Karzinom auch hatte, von welcher Art und an welchem Ort es saß, von welchem Ausmaß die Operation gewesen ist; es wurde „radikal“ bestrahlt – die Operationsnarbe sowohl wie die drei Lymphknotenstationen (Achselhöhle, Schlüsselbeinrinne und hinterm Brustbein).

Inzwischen macht man da schon ein paar Unterschiede, wer wieviel Bestrahlung braucht (s. Kasten). Ähnliches gilt für die Operation und auch für den Einsatz der gefürchteten Chemotherapie, jener krebszellenzerstörenden Medikamente, die – weil sie eben nicht nur Krebszellen zerstören – das körpereigene Abwehrsystem angreifen und zu Haarverlust, Blutbildveränderungen und Knochenmarkschäden führen können. Sie wird nach der Operation meist alternativ zur Bestrahlung angewendet, wenn schon Metastasen da sind. Wenn also klar ist, daß der Krebs nicht (mehr) örtlich begrenzt ist, bedarf es einer „systematischen Therapie“ (Chemo- oder Hormontherapie).

Noch vor zwei Jahren wurde aber in vielen Berliner Krankenhäusern Chemotherapie bereits dann verabreicht, wenn noch gar keine Metastasen nachgewiesen sondern nur auf Grund bestimmter Indizien – z.B. Tumorgöße – vermutet wurden. Es wurde davon ausgegangen, daß die Metastasen noch zu klein waren, um auf dem Röntgenbild sichtbar zu sein.

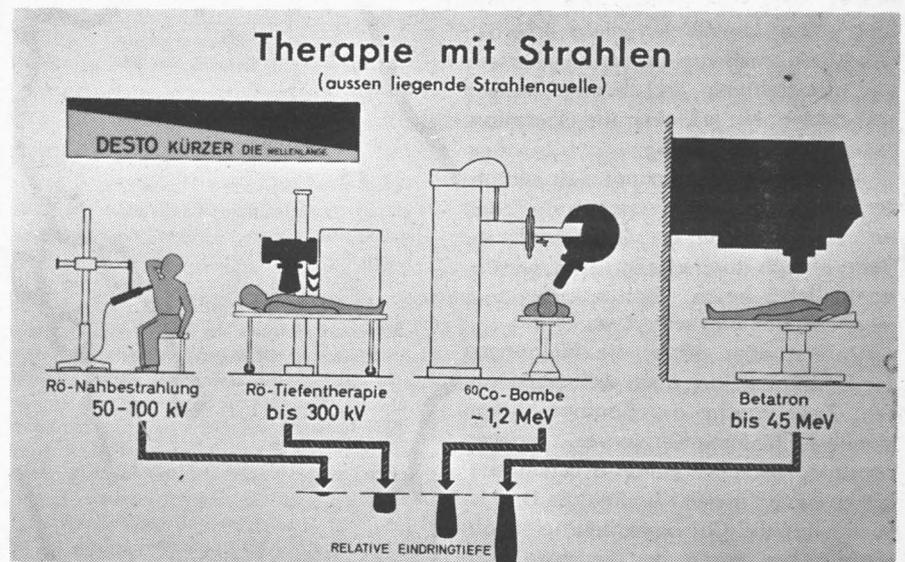
Der Grund für den Einsatz dieser „adjuvanten Chemotherapie“ war – ebenso wie der für die neuere Zurückhaltung – jene allgemeine Unsicherheit, die gerade das Mamma-Karzinom der Schulmedizin beschert: denn das hat erstens ganz verschiedene Ausprägungen und zweitens metastasiert es früher und schneller als andere – z.B. Gebärmutter-

Karzinome. Dieses „Wissen“ hatte man radikalisiert zu der Vorstellung, daß das Mamma-Karzinom von Anfang an „streut“, so daß lokale Therapien – v.a. Bestrahlung – vergleichsweise ineffektiv erschienen gegenüber einer, der krebszellenzerstörenden Wirkung im ganzen Körper nachgesagt wird.

Ausländische Untersuchungen haben erst in allerjüngster Zeit Zweifel daran

entferntes Karzinom – zu Versuchszwecken in einer Zellkultur isoliert und mit Medikamenten bearbeitet – reagiert möglicherweise ganz anders als seine im Körper verbliebene „Tochtergeschwulst“. So ist Chemotherapie nicht gleich Chemotherapie, weil es sich selten um die gleichen Medikamente handelt.

Das ist auch der Grund für die relative Unwirksamkeit der „adjuvanten



aufkommen lassen. Z.B. geht aus den im Dezember 1983 veröffentlichten ersten Ergebnissen der Mailänder Bonadonna-Studie hervor, daß die so behandelten keine besseren Überlebenschancen haben als diejenigen, bei denen mit einer Chemotherapie erst eingesetzt wird, wenn Metastasen aufgetreten sind.

Man weiß offensichtlich immer noch recht wenig über die sich so geheimnisvoll vermehrenden Zellansammlungen, diese „böartigen“ Tumoren. Wie sie zum Beispiel auf bestimmte Medikamente reagieren, kann man nur jeweils im Versuch-und-Irrtum (trial and error)-Verfahren feststellen. Ein durch Operation

Chemotherapie“. Wie ein Medikament auf eine womöglich imaginäre – zumindest unsichtbare – Metastase wirkt, kann man nicht kontrollieren – bei ihrem plötzlichen Erscheinen ist bestenfalls der „Irrtum“ zu konstatieren. Man schätzt, daß fünf Prozent der so behandelten Frauen einen Nutzen davon haben – die übrigen 95 Prozent haben ausschließlich die „Nebenwirkungen“.

Die anderen beiden „aggressiven Krebstherapien“ – Operation und Bestrahlung – haben wiederum nur dann eine langfristige Wirkung, wenn noch keine Metastasen vorhanden sind, denn es handelt sich um lokale Therapiemetho-

den. Als solche haben sie Gemeinsamkeiten – z.B. lokale Nebenwirkungen – ergänzen sich häufig, und können sich in manchen Fällen sogar gegenseitig ersetzen: Z.B. kann eine Radium-Bestrahlung beim Gebärmutterkarzinom statt Operation eingesetzt werden. Dabei wird ein mit Radium geladener Metallträger in die Gebärmutter eingeführt und die Patientin muß wiederholt zehn Stunden mit dem Ding liegen.

Manchmal wird auch ein Mamma-Karzinom statt Operation bestrahlt, z.B. wenn es nicht „operabel“ ist oder die Patientin keine Narkose verträgt, bzw. überhaupt sich nicht operieren lassen will. Jüngeren Patientinnen wird das aber nicht empfohlen. Denn richtig ersetzen kann die Bestrahlung eine Operation nicht, weil man tatsächlich nur von dem, was man wegschneidet, auch weiß daß es „weg“ ist.

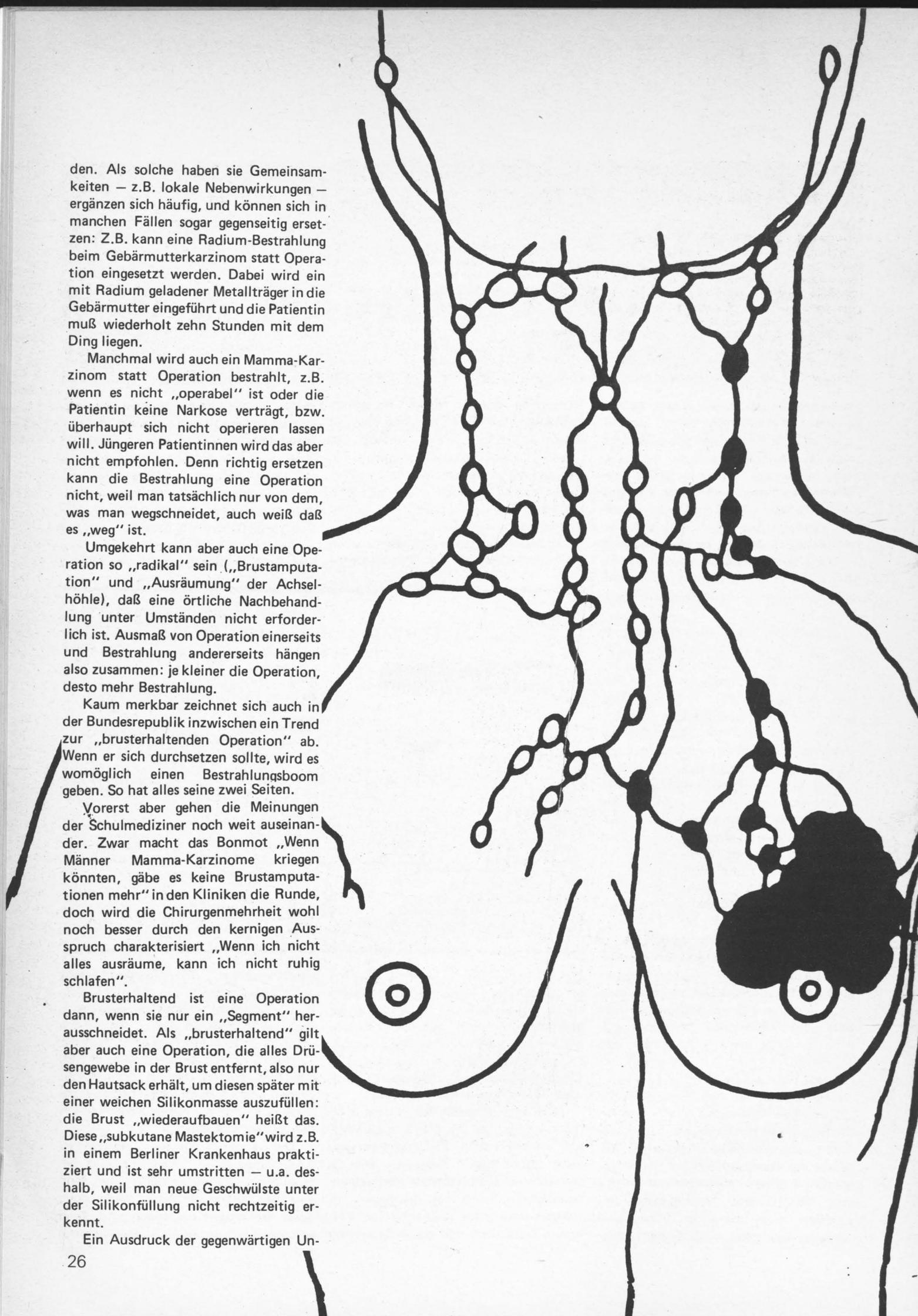
Umgekehrt kann aber auch eine Operation so „radikal“ sein („Brustamputation“ und „Ausräumung“ der Achselhöhle), daß eine örtliche Nachbehandlung unter Umständen nicht erforderlich ist. Ausmaß von Operation einerseits und Bestrahlung andererseits hängen also zusammen: je kleiner die Operation, desto mehr Bestrahlung.

Kaum merkbar zeichnet sich auch in der Bundesrepublik inzwischen ein Trend zur „brusterhaltenden Operation“ ab. Wenn er sich durchsetzen sollte, wird es womöglich einen Bestrahlungsboom geben. So hat alles seine zwei Seiten.

Vorerst aber gehen die Meinungen der Schulmediziner noch weit auseinander. Zwar macht das Bonmot „Wenn Männer Mamma-Karzinome kriegen könnten, gäbe es keine Brustamputationen mehr“ in den Kliniken die Runde, doch wird die Chirurgenmehrheit wohl noch besser durch den kernigen Ausspruch charakterisiert „Wenn ich nicht alles austräume, kann ich nicht ruhig schlafen“.

Brusterhaltend ist eine Operation dann, wenn sie nur ein „Segment“ herauschneidet. Als „brusterhaltend“ gilt aber auch eine Operation, die alles Drüsengewebe in der Brust entfernt, also nur den Hautsack erhält, um diesen später mit einer weichen Silikonmasse auszufüllen: die Brust „wiederaufbauen“ heißt das. Diese „subkutane Mastektomie“ wird z.B. in einem Berliner Krankenhaus praktiziert und ist sehr umstritten – u.a. deshalb, weil man neue Geschwülste unter der Silikonfüllung nicht rechtzeitig erkennt.

Ein Ausdruck der gegenwärtigen Un-



## Strahlentherapie: Neuerdings mehr Zurückhaltung

Strahlentherapie ist eine Behandlungsmethode, die meistens nicht ohne Nebenwirkungen durchgeföhrt werden kann. Dies liegt daran, daß man die Bestrahlung trotz verfeinerter technischer Methoden nicht nur auf das Tumorgewebe begrenzen kann; in dem umgebenden Gewebe werden Schäden gesetzt, die über eine akut entzündliche Reaktion auch zu bleibenden Gewebsveränderungen („Narbe“) führen können. In sehr seltenen Fällen kann hier nach langen Jahren Krebs als Strahlenfolge entstehen. So wurde z. B. festgestellt, daß nach großvolumigen Bestrahlungen bei Lymphkrebs (Morbus Hodgkin) das Risiko, später an Leukämie zu erkranken, um einige Prozent höher ist, als bei nicht bestrahlten Patienten.

Strahlentherapie ist nur möglich, wenn zwischen Krebsgewebe und gesundem Gewebe unterschiedliche Empfindlichkeit besteht: Tumorzellen können den Strahlenschaden schlechter reparieren und sie befinden sich häufiger in der empfindlichen Zellteilungsphase als normales Gewebe. Für die Therapieplanung muß die unter-

evtl. einschränkenden Folgen für den Betroffenen gerechtfertigt, wenn dadurch Heilung zu erreichen ist. Z. B. wird der Verlust eines Beines, das wegen Knochenkrebs amputiert werden muß, als notwendige Therapiefolge akzeptiert, wenn damit die Krankheit beseitigt werden kann. Ähnliches gilt für die Strahlentherapie.

Die Warnungen vor übermäßigem Einsatz von Strahlen beziehen sich im wesentlichen auf die Behandlung gutartiger Erkrankungen oder auf den zu häufigen Einsatz von Röntgenuntersuchungen. Hier geht es weniger um bleibende Gewebeschäden, als um die Gefahr der Veränderung der Erbinformation. Insgesamt soll die Strahlenbelastung der Gesamtbevölkerung möglichst niedrig gehalten werden, da auch kleinste Strahlendosen evtl. zu Erbschäden führen können.

Aber auch in der Krebstherapie wird man langsam zurückhaltender mit dem Einsatz von Strahlen. Im Hauptinteresse liegt gegenwärtig die Frage, welche Kriterien den Verlauf der Krebserkrankung bestimmen, um danach den Einsatz der Bestrahlung oder anderer Behandlungsmethoden besser, d. h. mit größtmöglichem Nutzen für den Betroffenen, zu entscheiden. Zu solchen Prognosekriterien gehört z. B. die Tumorgroße: je größer der Primärherd desto wahrscheinlicher eine Streuung und desto eingreifender die evtl. Therapie. Weiter ist die Frage nach dem Befall der zugehörigen Lymphstationen zu klären, dann der Tumorzelltyp zu untersuchen, ob ein Einbruch örtlich in Lymphgefäße vorhanden ist oder ähnliches.

Bei Brustkrebskrankungen ist ein weiteres sehr wichtiges Prognosekriterium die Hormonsensibilität der Tumorzelle. Hier könnten bei Streuung der Krankheit dann Hormontherapien angewendet werden. Diese Behandlungen haben es oft durchaus auch „in sich“, weil sie das evtl. schon gestörte Hormongleichgewicht noch mehr aus der Reihe bringen können, z. B. können hierbei gegengeschlechtliche Hormone verabreicht werden, die dann eine gewisse Vermännlichung zur Folge haben. Die Nebenwirkungen von Hormontherapien sind jedoch vergleichsweise gering gegenüber denen einer Chemotherapie.

Insgesamt verhalten sich hormonsensible Tumoren ruhiger, d. h. sie wachsen langsamer und streuen später, als andere Tumoren. Immerhin ist die Klärung dieses Prognosekriteriums so wichtig, daß Frauen sich vorher erkundigen sollten, ob in dem Krankenhaus, wo sie sich operieren lassen sollen, ein solcher Hormonrezeptorstatus an der Tumorzelle bestimmt wird.

Aber auch hier gilt: Eine einmal als richtig erkannte Therapie ist nicht ein für allemal gültig. So wandelt sich ein Karzinom, das heute auf Hormone reagieren mag, nicht nur im Laufe der Jahre, sondern die meisten Tumoren sind von Anfang an aus hormonsensiblen und anderen Zellen zusammengesetzt; es kommt für die Therapie darauf an, welcher Teil des Tumors gerade das Wachstumsgeschehen bestimmt.

Dr. Angela Besserer

sicherheit ist die Tatsache, daß in vielen Kliniken eine brusterhaltende Operation (nur) dann durchgeföhrt wird, wenn die Patientin es ausdrücklich wünscht.

Obwohl ionisierende Strahlen nachweislich Krebszellen zerstören, gibt es Untersuchungen, die den Nachweis führen, daß sich die Heilungschancen bei Brustkrebs durch den Einsatz der Strahlentherapie überhaupt nicht verbessern. Das wird zwar nicht bestritten, ergibt aber ein einseitiges Bild.

Denn man darf nicht nur auf die Überlebensrate gucken. Da fällt die Strahlentherapie statistisch insofern kaum ins Gewicht, als die Fälle, die sie wirklich heilen kann, sehr selten sind: Das operierte Karzinom darf noch nicht metastasieren — auch keine „okkulte Metastasierung“ (so heißt das wirklich) haben. Gleichzeitig „darf“ aber auch das Karzinom selber durch die Operation nicht vollständig ausgeräumt worden sein, denn dann ist eine Bestrahlung ja überflüssig. Diese beiden Bedingungen treffen natürlich selten zusammen.

Trotz kaum verbesserter Heilungschancen ist Bestrahlung sinnvoll, weil sie ja lokal eine höchst wirksame Behandlungsmethode ist — z. B. um Schmerzen zu lindern oder um im Krankheitsverlauf eine „Pause“ zu erreichen. Fast alle Krebspatienten werden irgendwann im Verlaufe ihrer Nachbehandlung bestrahlt.

Daß Strahlen in gesundem Gewebe selber Krebs auslösen können, wird nicht bestritten, aber die Gefahr dieser Spätfolge wird als sehr gering eingeschätzt (s. Kasten). Theoretisch ist es möglich, daß sich infolge von Mamma-Karzinombestrahlung Vernarbungen in der Lungenspitze bilden, die dann langfristig zu Lungenkrebs führen können. Aber solche Fälle sind kaum bekannt.

Auch die Fortpflanzungsfähigkeit wird durch die Bestrahlung der Brust zumindest nicht beeinträchtigt. Aus der Universitäts-Frauenklinik in Berlin wird über Geburten gesunder Kinder nach solchen Bestrahlungen berichtet.

Etwas anderes ist, daß sich die Krebserkrankung durch eine nachfolgende Schwangerschaft verschlimmern kann, vor allem wenn es sich um „hormonsensible“ Tumoren handelt (s. Kasten).

Zusammenfassung: Irene Stoehr

## Brustkrebsgewebe (Primärtumor)

chiedliche Strahlenempfindlichkeit der Tumorzelle und des jeweils umgebenden Gewebes berücksichtigt werden. Bei einigen Tumorzellarten kann, wenn der Krankheitsherd in der Nähe besonders strahlensensibler Organe liegt, dieser Unterschied so gering sein, daß eine Strahlenbehandlung nicht mehr möglich ist. Man muß also bei der Anwendung von Strahlen das Risiko und den Nutzen der Behandlung genau abwägen.

Da es sich bei Krebserkrankungen aber um lebensbedrohliche Erkrankungen handelt, ist der Einsatz einer aggressiven Therapie, d. h. einer Behandlung auch mit

# 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.

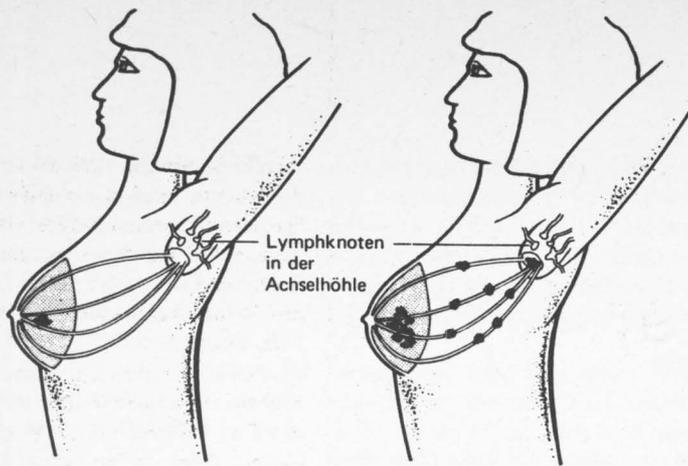
In der medizinischen Literatur findet man die Behauptung, daß dieser Krebs durch häufig wechselnden Geschlechtsverkehr entsteht. Das erscheint mir unsinnig. Mir kommt es so vor, als wolle man damit einfach diejenigen beruhigen, die seltener den Partner wechseln.

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

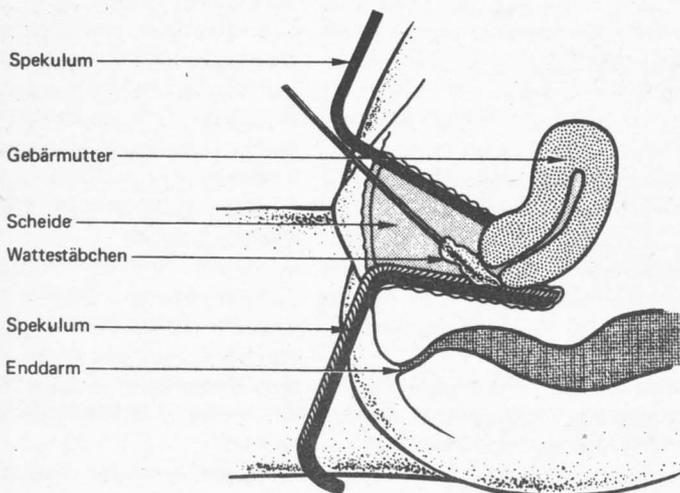
Ich glaube, daß der Geschlechtsverkehr in unserem Jahrhundert ganz andere Ausmaße angenommen hat. Das steht natürlich wiederum in einem Zusammenhang mit der Geburtenregelung. - Mehr Geschlechtsverkehr - das heißt mehr Geburtenregelung wird notwendig. Mehr Geburtenregelung - das heißt mehr Geschlechtsverkehr 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.

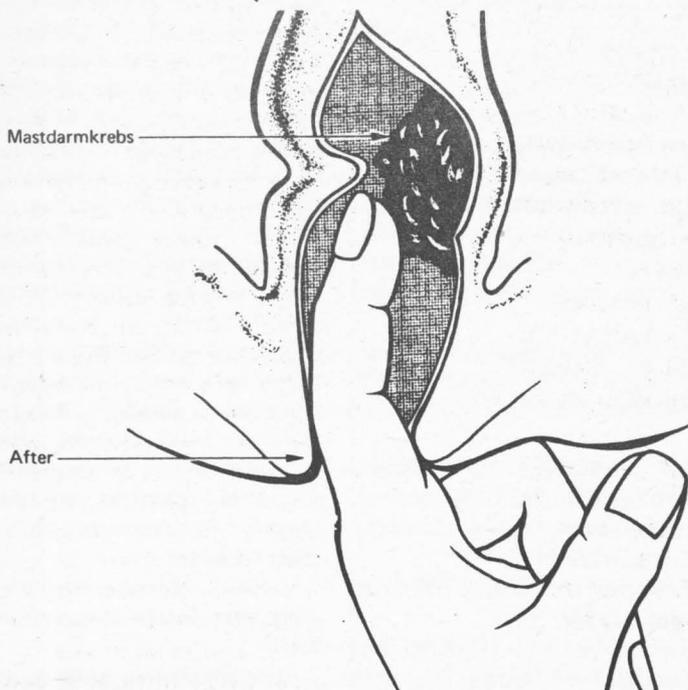
Selbstverständlich sehe ich die Vorteile der Geburtenregelung. Genauso deut-



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 Metastasierungsstation 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 „bösaartig“; 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 „Herdensanierung“, 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.*



Am 23.12.1981 ging ich zur Frauenärztin, weil ich seit einigen Tagen bräunlichen Ausfluß und leichte Unterleibsschmerzen hatte. Ich vermutete eine Eierstockentzündung. Durch Tasten und Ultraschalluntersuchung stellte die Ärztin bei mir eine kindskopfgroße Zyste am linken Eierstock fest.

Ich lag auf der Untersuchungsliege. Die Ärztin saß neben mir und fuhr mir mit dem Taster des Ultraschallgerätes über den Bauch. Sie war sehr besorgt wegen der Größe der Zyste und meinte, es gäbe keine andere Möglichkeit, als sie so schnell wie möglich herausoperieren zu lassen. Mir kamen die Tränen.

Die Ärztin versuchte mich zu trösten: „Weinen Sie ruhig. Das ist natürlich erst einmal ein Schock für Sie. Aber Sie brauchen keine Angst zu haben. Es ist ein ganz einfacher Eingriff, eine Routinesache. Mit Ihnen kann ich ja so offen sprechen. Ein schöner kleiner Schnitt, der sogenannte Bikinischnitt. Für einen Chirurgen eine saubere kleine Operation. Am liebsten würde ich sie selbst ausführen. Aber ich habe den Wunsch nach eigenen Belegbetten zugunsten der Familie aufgegeben“. Ich durfte noch bis Anfang Januar verreisen. Aber dann sollte ich mir einen Operationstermin geben lassen.

Ich war das erste Mal Weihnachten nicht zu Hause bei meinen Eltern und Geschwistern. Trotz der beunruhigenden Diagnose versuchte ich, die Weihnachtstage ruhig und gemütlich für mich zu verbringen. Am zweiten Feiertag fuhr ich zu meinem Freund in den Harz. Ich hatte begonnen, mir viele Gedanken zu meiner Zyste zu machen.

Tagebuch vom 28.12.81:

„Meine Zyste – Wackersteine, – versteckter Kinderwunsch, – Verkrampfung – die Zyste drückt auf andere Organe (rechter Eierstock, Blase, Darm) – Druck?

Insgeheim hoffe ich, daß der glibberige, beige-klare Ausfluß aus der Zyste kommt, d.h. daß sie langsam ausfließt. Ich würde sie gerne ohne Operation wieder loswerden. Ich finde es schon sehr brutal, wenn mein Körper sich auf diese Weise melden muß. Ich möchte dieses Zeichen meines Körpers gern verstehen, daraus Nutzen ziehen.

Sie ist mir unheimlich, zum Teil ein Fremdkörpergefühl.“

\* \* \*

Ich fühlte mich allein gelassen. Mein Freund hatte kein Verständnis für meine Sichtweise. Ich konnte mit ihm nicht über meine Fragen reden. Dies war der Anlaß, mich von ihm zu trennen. (Gründe: Schwierigkeiten mit unserer Sexualität, die Art Konflikte auszutragen usw.)

Aus meiner Frauentherapiegruppe hatte ich die Telefonnummer einer Ärztin des „Selbsthilfeland im 13. Mond“ bekommen. Sie schlug mir vor, zu ihrer Beratung ins Frauenzentrum zu kommen. Ich verlegte den Vorstellungstermin bei dem Arzt, der mich operieren sollte, auf einen Tag später. Ich ging also ins Frauenzentrum, setzte mich zu der Runde. Eine der 13. Mond-Frauen hatte für uns Tee gekocht. Nach und nach erzählte jede von uns, mit welchem Problem sie gekommen war.

Ich begann von meiner Suche nach der richtigen Ärztin zu erzählen. Aber ich kam gar nicht richtig zum Zuge. Respektlos zerpflückten die Frauen die Informationen, die ich von den Ärzten bekommen hatte.

Zwei Beraterinnen arbeiteten selbst als Ärztinnen im Krankenhaus. Die anderen hatten sich ihr Wissen in jahrelanger Beratungs- und Informationsarbeit angeeignet. Sie gaben mir zwar zusätzliche medizinische Informationen, be-

# Die Zyste

## Wenn sie nun weiterwächst...

leuchteten die Angaben der Ärzte aber sehr kritisch:

- Gerade Krankenhausärzte haben z.B. Interesse daran, möglichst viele Operationen durchzuführen, denn um die Facharztanerkennung zu bekommen, müssen sie von jeder Operationsart eine bestimmte Anzahl ausgeführt haben.
- Die meisten Ärzte haben nur Kenntnisse aus einer – nämlich der schulmedizinischen – Richtung. Sie haben sich nicht umgesehen, ob es noch andere Behandlungsmöglichkeiten gibt. Die rigide und mit Lernstoff vollgepfropfte Ausbildung der Ärzte läßt auch kaum Raum dazu.
- Was heißt es, wenn eine Ärztin sagt: „Wenn Sie sich nicht operieren lassen, kann ich keine Verantwortung mehr für Sie übernehmen“? Wie sieht

denn ihr Verantwortung-tragen aus? Den Bauch aufschneiden lassen muß ich mir doch, oder die Unsicherheit des Abwartens aushalten. Ich trage doch letztendlich mit meinem Körper die Folgen jeder Entscheidung.

- Oder das Angst-machen, wenn sie sagen: „Die Zyste könnte noch weiter wachsen, deshalb muß sie raus.“ Ohne genau zu sagen, was denn passiert, wenn die Zyste wächst? Oder was passiert, wenn sie platzt? Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, daß sie platzt? Ich war ganz verunsichert. Mein Gefühl war: „Die wollen die gewichtigen Informationen der Ärzte gar nicht hören! Und geben mir auch keine Adresse von der tollen Ärztin.“ Die Frauen trafen vielmehr, was ich denn sonst so mache, wie es mir geht. Nach meiner Lebenssituation.

**Brigitte Reimann**



**Die geliebte,  
die verfluchte  
Hoffnung**

**Tagebücher und Briefe**

**Luchterhand**

Herausgeg. von Elisabeth Elten-Krause und Walter Lewerenz.

Leinen. DM 29,80

Die jetzt, zehn Jahre nach ihrem Tod erscheinende Auswahl aus den Briefen und Tagebüchern von Brigitte Reimann geht ähnlich unter die Haut, wie die aus dem Nachlaß edierten Selbstzeugnisse der Maxie Wander. Uns teilt sich ein Leben von oft schwindelerregender Intensität mit, das Leben einer Frau, „die sich in jeder Beziehung leidenschaftlich auslebt“, wie sie über sich selbst sagt, die Arbeit und Liebe gleichermaßen fast „wie ein Rauschmittel“ braucht. 1933 geboren, erlebt sie die Aufbruchsjahre des anderen, sozialistisch begründeten Deutschland wie ein Abenteuer, mit „promethischer Unrast“; als junge Autorin von ständigen Geldsorgen geplagt, immer wieder zurückgeworfen in ihren Hoffnungen. Sie hat auch öffentlich für ihr Unbehagen kluge und mutige Worte gefunden. Anna Seghers hat sich vor sie gestellt; Christa Wolf war eine Freundin und großartige Helferin in den letzten, schweren Lebensjahren, als Brigitte Reimann verzweifelt notiert: „Ich bin ausgezählt“. Zehn Jahre vorher hatte sie über ihre Leben geschrieben: „... aber schön ist es doch, mit aller Unruhe und Hetzere, und wenn ich zehn Jahre früher sterbe, dann mit dem Gedanken: Ich war glücklich, ich habe gelebt und gelebt und gelebt.“

**Luchterhand**

Problembereiche hatte ich genug: Ärger mit meinen Eltern, weil sie mein Studium nicht endlos finanzieren wollten; den Druck, meine Diplomarbeit schreiben zu sollen; Schwierigkeiten mit meiner Sexualität; den Druck als Frau funktionieren zu wollen; von mir lieben Frauen fühlte ich mich unter den Druck gesetzt, daß nur wer nicht mehr mit Männern lebt und liebt, eine richtige Feministin und somit für eine Frauenwohngemeinschaft akzeptabel sei.

Die Frauen erzählten auch von ihren eigenen Krankheits- und Arzterfahrungen. Zwei von ihnen hatten z. B. Knoten in der Brust gehabt. Sie waren durch Behandlung mit Lymphdrainage weggegangen. Ich wurde neugierig. Was war das, Lymphdrainage? Es sollte eine massageähnliche Behandlung sein, aber ganz sanft, wie Streicheln, am ganzen Körper. Lymphdrainage unterstütze die körpereigenen Abwehrkräfte. Und das sollte helfen? Aber ihre Knoten waren immerhin verschwunden. Und ich suchte ja eine Alternative zur brutalen Möglichkeit der Operation. Lymphdrainage war der krasse Gegensatz dazu. Ich wollte es auf jeden Fall ausprobieren. Kaputt machen konnte ich nichts dadurch. Ich ließ mir die Adresse der Heilpraktikerin geben. Außerdem bekam ich Tips, welche Kräutertees helfen bzw. unterstützen könnten.

#### Tagebuch vom 14.1.82:

*„Ich will mir jetzt erst mal Zeit lassen und es so versuchen. („so“ heißt: Zeit und Nachdenken und Lymphdrainage und Kräutertees). Der lächerliche Dr. P. hat mir den Rest gegeben.*

Die Operation bzw. das Punktieren, bei dem nur die Flüssigkeit abgesaugt wird (zwei bis drei Tage Krankenhaus, Vollnarkose) bleiben mir immer noch. Durch das Punktieren soll man laut Dr. P. nur Zeit gewinnen können, weil sich das Zystengewebe dadurch nicht zurückbildet, sondern mit der Zeit wieder neu füllt. R. (meine Freundin) meint, das wäre doch evtl. eine Kompromißlösung. Aber mich überzeugt das nicht. Dann habe ich evtl. zweimal die Vollnarkose durchzumachen. Ich finde, wenn ich es schon mit der Zeit und Nachdenken und Lymphdrainage und Tee versuche, dann auch ohne Punktieren. Das kann ich mir sparen. Ich weiß nicht wie das mit meiner Kraft ist und wie ich jetzt am besten weitermache. Ob ich jetzt bei den Methoden bleibe und einfach mache, oder ob ich zusätzlich noch meine an-

deren Adressen abfrage. Das könnte mich allerdings wieder sehr verunsichern. ??? und unnötig viel Kraft kosten.“

Die Lymphdrainage kostet 20 DM pro Behandlung (1/2 Std.). Ich sollte drei Mal pro Woche kommen. Das konnte und wollte ich nicht aus eigener Tasche bezahlen. (Eine Operation hätte die Krankenkasse ja schließlich auch tausende von D-Mark gekostet). Aber meine Gynäkologin wollte mir nichts verschreiben, von dem sie überzeugt war, daß es in meinem Fall nicht hilft. Also schon wieder Rennerei und Suche nach einer Ärztin, die mir Lymphdrainage verschreibt. Nach zwei Wochen hatte ich glücklich eine gefunden.

#### Tagebuch vom 27.1.82:

„Gestern war ich zum dritten Mal zur Lymphdrainage. Es ist sehr angenehm, so von oben bis unten und überall quasi gestreichelt zu werden. Sie hat sich gestern sehr intensiv um mich gekümmert. Diese Fürsorge zu genießen, war auch sehr schön. Nur daß sie halt auch nicht weiß, ob die Lymphdrainage bei meiner Zyste hilft oder ob sich durch's lange Abwarten etwas verschlimmert, verunsichert mich wieder. Bisher habe ich von sogenannter kompetenter Seite noch nichts gehört außer Operation. An Lymphdrainage glaubt in meinem Fall keiner. Nur ich. Mit Mühe. Danach habe ich bei ihr noch über eine Stunde gelegen bzw. geschlafen. Mir war hinterher ganz wohlig warm. Ich soll viel trinken“.

Meine Zyste denke ich mir als einen mit Flüssigkeit gefüllten Gewebebeutel, der am Eierstock hängt. Ich habe Probleme, mit denen ich nicht fertig werde, die ich nicht nach außen tragen kann. Ich stecke quasi meine Probleme hinein in die Zyste. Die Bewegungsrichtung der Lymphdrainage ist nun genau entgegengesetzt. Sie schwemmt auf der stofflichen Ebene alles wieder raus, aus der Zyste in meinen Körper, der die Stoffe dann vor allem über den Urin ausscheidet.

Meine Aufgabe ist es nun, zu gucken welche Probleme ich in die Zyste stecke, sie also aus dem Dunkel der Zyste ans Licht meines Bewußtseins zu holen und dort zu versuchen, gesünder mit ihnen umzugehen.

Frau S. behandelt mich zwar am ganzen Körper, am längsten jedoch über der Zyste. Ich kann die Zyste, evtl. auch die Schmerzen, dann intensiver spüren.

Ich habe das Gefühl, daß sich während der Behandlung dort etwas tut. Manchmal gluckert es auch in meinem Magen oder im Darm. Dort ist etwas in Bewegung geraten. Zu Zeiten, wenn ich die Zyste/die Schmerzen stärker spüre, sagt Frau S. mir oft, daß es sehr heiß ist über der Zyste. Und sie schüttelt dann die Hände aus, damit sich die Energie nicht in ihren Händen staut. Für sie ist diese Hitze ein Zeichen dafür, daß sich dort viel gestaut hat und sich durch die Lymphdrainage jetzt zu lösen beginnt.

Während der Behandlung kann ich einfach nur still daliegen. Oder sie fragt, ob ich Musik hören möchte und legt eine klassische Platte auf. Meistens aber unterhalten wir uns: sie erklärt mir, wie Lymphdrainage funktioniert, wir sprechen über Alltägliches oder ich erzähle ihr von meinen Sorgen. Viele ihrer Patientinnen haben in Frau S. eine gute ZuhörerIn.

Nach der Behandlung soll ich mich ca. eine halbe Stunde hinlegen und ausruhen. Dabei bekomme ich für max. zehn Minuten Heißluft (ein Gestell mit Glühbirne, das ich mir über den Bauch stelle. Die Wärme der Glühbirnen tut mir gut).

In den ersten Wochen und auch jetzt noch manchmal, wenn es mir nicht so gut geht, wirkt die Lymphdrainage so stark ermüdend, daß ich oft sogar eine ganze Stunde fest schlafe und manchmal hinterher immer noch k.o. bin.

Meine Gynäkologin hatte gesagt: „Na gut, es wird zwar nicht helfen, aber Sie haben noch etwas Zeit, um die Lymphdrainage auszuprobieren. Kommen Sie alle vier Wochen zur Kontrolluntersuchung“.

Am ersten März war mein Termin. Schon eine Woche vorher hatte ich Angst vor diesem Ärztinbesuch.

Ich lag auf der Liege beim Ultraschall. Die Gynäkologin versuchte, wie bei der ersten Untersuchung im Dezember, auf dem Bildschirm die Maße der Zyste zu bestimmen. Sie hatte Schwierigkeiten damit und sagte: „Ich bekomme die Zyste gar nicht mehr vollständig auf den Bildschirm, so sehr ist sie gewachsen.“ Sie sah mich ernst an: „Die Zyste ist jetzt ungefähr so groß wie eine fünfmonatige Schwangerschaft. Es ist gefährlich zu warten. Wenn sie nun weiterwächst, . . .“

Ich war fix und fertig, als ich von der Ärztin kam. Es machte mir Angst, daß die Zyste gewachsen war. Jetzt, hinterher, konnte ich es auch feststellen. Aber

vorher hatte ich den Eindruck, daß die Zyste unverändert geblieben war. Ich hatte Lage und Größe selbst immer wieder überprüft, indem ich auf dem Rücken liegend mit der Hand über meinen Bauch fuhr, von einem Hüftknochen zum anderen. So konnte ich die Zyste sehr genau fühlen, am besten morgens, nachdem ich zur Toilette gegangen war. Die Zyste mußte also vor dieser Kontrolluntersuchung sprunghaft gewachsen sein.

Jetzt, aus der Distanz heraus, halte ich es für ein Unding, mich von dieser Ärztin kontrollieren zu lassen. Sie ließ mir zwar einen zeitlichen Spielraum zum Experimentieren, aber ich wußte genau, daß sie von meiner Art mit dieser Krankheit umzugehen nichts hielt. Ich lieferte mich ihr aus, ließ sie sehr nah an mich heran. Und sie wartete darauf, daß ich meinen Widerstand aufgebe und einsehe, daß ich einer Operation zustimmen muß.

Ich war mir damals noch nicht so sicher in meinem Weg, daß ich ihn ohne die Billigung einer Ärztin hätte gehen können.

Zur zweiten Kontrolluntersuchung ging ich mit meinem Freund zusammen. Ich hatte ihn darum gebeten, zur Unterstützung mitzukommen. Die Sprechstundenhilfe sagte mir, daß nur ein Vertreter von Frau Doktor da sei. Ich stutze, setzte mich aber ins Wartezimmer. Als wir ins Sprechzimmer kamen, saß dort Dr. P., der mich hatte operieren sollen und dessen Art mit mir umzugehen ich einfach als lächerlich empfunden hatte. Als ich ihn sah, hätte ich sofort rausgehen und mich nicht einem Arzt aussetzen sollen, von dem ich nichts halte. Aber leider konnte ich das nicht. Wo ich schon einmal da war, mußte ich das Programm durchziehen. Ich war zur Ultraschalluntersuchung gekommen, aber Dr. P. konnte das Gerät seiner Kollegin nicht bedienen. Deshalb ließ ich mich sogar von ihm auf dem gynäkologischen Stuhl untersuchen. Da war natürlich kein Vergleich mit den Meßdaten der vorigen Untersuchungen möglich.

Alles in allem ein Reinfluss. Und ich hatte wieder den Eindruck, daß die Zyste gewachsen war.

Nach diesem Erlebnis entschied ich für mich, vorläufig nicht mehr zu Kontrolluntersuchungen zu gehen. Beide Male war die Zyste durch die Untersuchungsbedingungen sprunghaft gewachsen. Die Arztbesuche waren also ungesund für mich.



Sigrun Riekenberg

Im März gab mir jemand den Tip, es doch mal mit Akupunktur zu versuchen. Ich weiß nicht mehr warum, aber ich hatte die Vorstellung: wenn ich zur Akupunktur gehe, dann ist die Zyste in ein bis zwei Wochen verschwunden. Statt mich über diese Möglichkeit zu freuen und mich sofort behandeln zu lassen, bekam ich Angst. Ich hatte zwar keine Erfahrungen damit, aber Akupunktur war immer eine Behandlungsart gewesen, die ich auch für mich in Anspruch genommen hätte. Auf einmal stellte ich mir jedoch unter Akupunktur etwas Radikales, einen starken Eingriff vor. Ich wollte nicht. Ich hatte Angst. Wovor?

#### Tagebuch vom 24.3.82:

„Und ich brauche meine Zyste doch noch. Ich habe Angst plötzlich ohne sie, allein dazustehen. Ich will gar nicht, daß sie so schnell weggeht.“

Die Zyste war ein schmerzhafter Anstoß, über meine Lebenssituation nachzudenken. So sind also auch das Amwarmen-Kachelofen-sitzen und Lesen oder Stricken, sowie die psychische Arbeit an mir Teile der Therapie, Behandlungsmethoden.

Je mehr ich nach Informationen suchte und bei verschiedenen Leuten nachfragte, desto mehr Behandlungsmöglichkeiten bekam ich aufgezeigt. Dieses Suchen war wichtig für mich. Ab einem bestimmten Punkt jedoch hörte ich damit auf, weil ich dadurch immer wieder unruhig und unsicher wurde. Ich entschied mich, bei der Lymphdrainage zu bleiben. Ich wollte mich jetzt in Ruhe und ganz darauf einlassen.

Die Größe meiner Zyste veränderte

sich. Sie war mal größer und mal kleiner. Zeiten mit Schmerzen wechselten sich ab mit Zeiten, in denen ich keine Beschwerden hatte.

Ostern 1983 hatte ich die Zyste beim Tasten nicht mehr fühlen können. Auch meine Heilpraktikerin meinte, ich hätte jetzt einen ganz normalen Bauch. Ich wagte noch nicht so recht, laut darüber zu jubeln. Aber ich freute mich.

Anfang Mai begann ich mit einer Freundin zusammen eine Fastenkur. Ich stellte mir vor, daß durch's Fasten auch die letzten, möglicherweise noch im Körper verbliebenen Reste der Zyste abgebaut und ausgeschwemmt würden. Aber in den ersten Tagen hatte ich sowohl mit dem Hungergefühl zu kämpfen als auch mit meiner Mattigkeit. Dazu bekam ich am vierten Fastentag auch noch meine Menstruation mit fürchterlichen Krämpfen. Am sechsten Tag brach ich ganz enttäuscht das Fasten ab, weil ich zu geschwächt war.

Ich hatte über mehrere Tage leichtes Fieber und mir unbekannte Schmerzen im Unterleib. Was war denn jetzt schon wieder los mit mir? Vielleicht eine Eierstockentzündung? Ganz entnervt telefonierte ich herum nach einem Termin bei einer Gynäkologin. Zu meiner alten wollte ich nicht mehr. Ich bekam nur für dieses eine Mal (ich könne nicht auf Dauer bei ihr Patientin werden. . .) einen Termin bei Frau Dr. L.

Sie untersuchte mich und sieh' an: die Zyste war wieder da! Sie müsse unbedingt rausoperiert werden. Das ginge nicht anders. Das alte Lied.

„Ich kann mich nicht von einem Tag auf den anderen für eine Operation entscheiden. Dazu brauche ich mehr Zeit.“ „Also gut, aber kommen Sie morgen zur Blutabnahme.“

Mir war zum Weinen. Diese Kämpfe kosteten so viel Kraft! Am nächsten Tag nahm ich mir eine befreundete Medizinerin zur Unterstützung mit. Die Ärztin sauste kurz ins Zimmer und begrüßte mich. Ich stellte ihr B. als meine Freundin, die ich zur Unterstützung mitgebracht hätte, vor. „Aber Sie brauchen doch bei mir keine Angst zu haben!“ Und schon war sie wieder draußen. Ich war verdattert. Als die Gynäkologin wieder ins Zimmer kam, fragte sie: „Nun, haben Sie sich für eine Operation entschieden?“ Ich wurde sauer und stellte richtig, daß ich ihr doch schon gestern gesagt hätte, daß ich für solch eine Entscheidung mehr Zeit bräuchte. Ob sie das nicht gehört hätte?

„Wenn Sie sich nicht operieren las-



*Kein Einzelfall: Eine Frau mit einer Zyste, die sie nur noch mit einem Reif halten konnte, in Amerika vor ca. 200 Jahren.*

*„Wenn diese Frau mit ihrer riesengroßen Zyste leben konnte, habe ich auch noch Zeit, die Lymphdrainage auszuprobieren.“*

sen, lehne ich die Behandlung ab.“

Am liebsten wäre ich rausgelaufen. Aber ich holte tief Luft und bat sie, mir auf jeden Fall einmal genau zu erklären, was bei einer solchen Operation gemacht wird.

Noch etwas pampig zwar, aber immerhin, begann sie uns anhand einer Zeichnung den Ablauf zu erklären. Über diesem Erklären und Nachfragen beruhigten sich unsere Gemüter. Zum Schluß sagte sie: „Sie müssen verstehen, nach allem was ich gelernt habe, dürften Sie überhaupt nicht mehr vor mir stehen. Eine Frau, die eineinhalb Jahre mit so einer großen Zyste herumläuft, habe ich bisher noch nicht gesehen. Ich habe große Angst um Sie. Die Zyste könnte sich drehen oder platzen!“

Dadurch daß sie mir ihre Angst eingestand, kam mir die Ärztin viel näher.

Ich bat sie, mir die Symptome nach dem Platzen einer Zyste zu beschreiben, weil das nach ihren Auskünften lebensgefährlich für mich wäre und ich dann sofort ins Krankenhaus müßte. Sie beschrieb mir alles genau, empfahl mir auch ein gutes Krankenhaus für solch einen Notfall und schrieb mir (zu ihrer Beruhigung) eine Krankenhauseinweisung.

Es war das erste Mal, daß ich mich mit einer Ärztin gestritten habe. Früher hatte ich ab einem gewissen Punkt nur noch alles über mich ergehen lassen. Ich hätte gedacht: „Ach, laß' die reden. Ich wechsel die Ärztin.“ Mir ging es gleich viel besser, als ich von der Ärztin nach Hause fuhr.

\* \* \*

Inzwischen haben wir Februar 1984 und ich lebe immer noch. Es hat viele Auf's und Abs gegeben. Ich glaube, daß die Zyste inzwischen verschwunden ist. Ich mag das aber vorläufig nicht von einer Ärztin kontrollieren lassen. Ich habe manchmal noch Schmerzen und ich denke, daß mein Unterleib einfach mein empfindlicher Bereich bleiben wird, in dem sich bei mir Unstimmigkeiten niederschlagen.

*Sigrun Riekenberg*

# SONDERHEFT - ABO



Im Sonderheft-Abo ist das Verhütungs-Roulette und das Frauenadreibuch billiger!

Ich abonniere die COURAGE-Sonderhefte

- Frauenadreibuch
- ab Nr. 10 Krebs

Als neue Sonderheft-Abonnentinnen habt Ihr die Möglichkeit, die Sonderhefte 1 bis 6 zum ermäßigten Preis von DM 5,- pro Stück zu bestellen.

- Nr. 1 Menstuation
- Nr. 2 Psychiatrie
- Nr. 3 Alltag im 2. Weltkrieg
- Nr. 4 Mädchen
- Nr. 5 Sexualität
- Nr. 6 Älter werden
- Nr. 7 Verhütungs-Roulette
- Nr. 8 Arbeitsplätze selber schaffen
- Nr. 9 Rabenmütter von A - Z

- 4 Hefte DM 26,- bzw. 32,- (Auslands-Abo)
- Geschenk-Abo für DM 26,- bzw. 32,- (Auslands-Abo)

COURAGE Frauenverlags GmbH, Bleibtreustr. 48, 1000 Berlin 12

Name/Vorname: .....

Straße/Nr.: .....

PLZ/Ort: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....

Ich bin damit einverstanden, daß das Sonderheft-Abo jeweils zum 31. 1. oder 30. 7. kündbar ist, frühestens jedoch nach Erhalt von 4 Heften. Geschenk-Abos laufen automatisch nach 4 Heften aus.

Rechnung an: .....

.....

Vertrauensgarantie: Ich weiß, daß ich diese Bestellung innerhalb von zwei Wochen widerrufen kann.

Datum und Unterschrift: .....

EINZUGSERMÄCHTIGUNG nur für ABO: Ich erkläre mich damit einverstanden, daß die Abonnementsgebühren von meinem Konto abgebucht werden. Die Ermächtigung wird ungültig, wenn ich sie schriftlich widerrufe.

Name der Kontoinhaberin: .....

Geldinstitut: .....

Kontonummer: .....

Bankleitzahl, Ort: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....



Zeichnung: Hella Fischer-Thorer

# Deine Mutterrolle verlor sich.

Die Malerin Hella Fischer-Thorer erkrankte mit 48 Jahren an Krebs. Ihre Tochter Paula Schmidt beschreibt die Zeit der Krankheit und Pflege, der Veränderung des Lebens und des sich Einstellens auf den Tod.

Gestern vor acht Jahren entdeckte man den Krebs meiner Mutter. In ihren Aufzeichnungen jenes Tages vermerkt sie es scheinbar ganz nebenbei: „Heute gejätet und gepflanzt, mit H. gewandert, schöne Blicke, viel Obst, Krebs erfahren, in Badenhard war der irdische Himmel, liebe Freunde, herrliches Wetter...“

Als ich dann später ihren Brief bekam, reagierte ich auch nicht so, wie ich es eigentlich von mir erwartet hätte: Ich betäubte mich in einer Heinz-Rühmann-Vormittagsvorstellung für alte Damen, in der Reihe „Filme, die Sie gerne einmal wiedersehen“.

Es war Darmkrebs. Du wurdest erst mal operiert und lagst dann in der Intensivstation als „Karzinom 5“ im Bett Nr. 8 einer dieser riesigen Krankes-Fleisch-Heraus-Schneide-Fabriken, wo sie so viel zu tun hatten, daß sie Dir noch nicht

mal Grüße ausrichten konnten, und Du zwischen Schläuchen und Apparaten kaum noch sichtbar warst. Du fragtest Dich, ob Du Familie und Freunde überhaupt noch mal wieder siehst, sehen willst. „Dabei wäre es eine nicht unelegante Art, sich so zu empfehlen, ich meine bei vollem Bewußtsein, im Angesicht der Wahrheit, noch nicht vergeist und aus einem erfüllten Leben. Vielleicht eben zu elegant für mich.“

Ich dachte ähnlich. Die einzig für mich akzeptable Lösung war die augenblickliche Gesundheit, besser noch die Herausstellung eines schrecklichen Irrtums, oder aber der sofortige Tod, das sanfte Einschlafen ohne unnütze Qualen.

Ein Leben mit dem Tod schien mir unvorstellbar, ich habs lernen müssen.

Meine Mutter überstand die Operation und nahm nach einem Kuraufenthalt ihr Leben wieder auf. Ihre Dozentur für Malerei an der Mainzer Uni wurde verlängert, sie bereitete Ausstellungen vor, setzte sich Ziele, stellte sich

Aufgaben.

„Bin feste am Arbeiten – Aquarelle und große Ölbilder. Rücken und Glieder beißen im Hintergrund – hab im Moment damit umgehen gelernt...“

Deine Familie hatte Frau und Mutter wieder und warens zufrieden, wir alle übten uns in positiven Gedanken und glaubten dran, daß Du es geschafft hättest. Doch wieviel Mühe Du Dir auch gabst, Dein Körper hat Dir keine Ruhe mehr gegeben.

„Und die ungemalten Bilder? Der Durchbruch, der wirklich große? – Ich werds nicht mehr schaffen. Dafür sitz ich hier wieder mal beim Arzt. Bin gespannt, ob ich heut was von ihm höre, wie er eigentlich meinen Fall sieht, er muß doch mal Farbe bekennen.“

Nach monatelangem Schwanken zwischen Wohlbefinden, Hoffnung, Beschwerden, Lethargie, Vertrauen, Schwäche, Mutlosigkeit und Stärke kam Hella schließlich mit aufgeblähtem Leib und schlimmen Schmerzen in die anthroposo-

phische Klinik im Öschelbronn, beraten vom ebenfalls anthroposophisch behandelnden Arzt, der uns auf die Krebsforschung und -therapie dieses Hauses aufmerksam gemacht hatte.

*„Edelklinik, Zwei-Bett-Zimmer, gründliche Untersuchung, Beratung, Diätplan, habe Wasser im Leib-, im Bauchfell. Metastasen nicht ausgeschlossen. Trotz allem, mir ist jetzt alles gleich, fühl mich sehr geborgen und betreut von Menschen.“*

Auch ich hatte sofort ein beruhigtes Gefühl, als ich Dich zum erstenmal dort besuchte. Alles, was in „normalen“ Krankenhäusern steril, unfreundlich, laut und hektisch erscheint, war hier ins positive Gegenteil verwandelt. Schon äußerlich. Die mit Teppichboden ausgelegten Gänge waren mit mildem warmen Licht versehen, in kräftigen, nach anthroposophischer Farblehre heilend beeinflussenden Farben gestrichen, viele Blumen, Pflanzen, große Fenster, Bilder, die größtenteils von den Patienten gemalt worden waren — alles glich viel mehr einem Luxushotel als einem Krankenhaus. Und es war ein Krankenhaus, ein ganz normales, für ganz normale Kassenpatienten.

Ärzte und Schwestern machten dem Namen ihrer Weltanschauung alle Ehre. Anthroposophie — die Lehre vom Menschen — hier ging es tatsächlich um den Menschen als ganzes Lebewesen, um den Menschen als Einheit mit seiner Krankheit. Die Krankheit sollte nicht bekämpft werden, sondern der Mensch bestärkt, mit seiner Krankheit auf seine Weise richtig umzugehen. Das erforderte für die Ärzte und auch für Schwestern und Pfleger nicht nur eine genaue Kenntnis der individuellen Krankheitsgeschichte, sondern darüberhinaus die Beschäftigung mit dem der Krankheit vorausgegangenem Leben, also intensiven persönlichen Kontakt mit dem Patienten und seiner Familie.

Das alles hat Dein Sterben, Dein so furchtbar qualvolles und langwieriges Sterben für mich und auch für Dich so erfahrungsreich, so wichtig, so erträglich und gut gemacht.

Am Anfang war alles schrecklich schwer. Du warst eine ungeduldige, keine leicht zu behandelnde Patientin.

*„Bauch immer dicker. Wie lange noch die Qual? Essen, Schmerzen, Einlauf, gespannter Leib, Spritze und Zeug, was bis jetzt noch nichts bewirkt hat! Schon über eine Woche hier — immer mehr Viecherei. Schwächer — kaum Schlaf — die neue Nachbarin schnarcht*

*wie ein Nilpferd. Drehe bald durch. Verbrenne und platze fast!“*

Und ich — weißt Du noch — ich wollte immer alles ganz genau wissen — Tatsachen, Auskünfte, rücksichtslose Ehrlichkeit. Ich verfolgte die Schwestern, die Ärzte mit Fragen: Wie steht es? Wann bildet sich die Schwellung endlich zurück? Stirbt sie? Bleibt sie am Leben? Wenn sie stirbt, wie lange lebt sie dann noch, wenigstens ungefähr, und wann wird sie wieder gesund?

Nach und nach wurde das Krankenhaus, die Reisen zwischen Berlin und Öschelbronn, die Trauer und Angst, die Behandlung und Pflege, zum Alltag. Der Tod schlich sich in das Leben ein, er wurde mit einbezogen, Du machtest Dein Testament und schriebst noch Deine Rezepte auf, daß unsre Liebessesen nicht verlorengingen, wir scherzten wieder und lachten viel und genossen Deine schmerzfreien Augenblicke. Du hattest Zeit, über Dein Leben nachzudenken und erzähltest mir viel über Deine Kindheit in Leipzig, Deine Studienzeit, Deine Ehe, über Dich als junge Mutter, über Dich als Malerin. Ich lernte eine ganz neue Hella kennen. Deine Mutterrolle verlor sich, und ich sah Dich zum erstenmal als Frau, als Freundin, als Gleichberechtigte. Du hast mir von Deinen Zweifeln erzählt, ob es richtig war, sich als Frau in Mutter, Ehefrau, Malerin und Pädagogin zu zerteilen und nichts wirklich hundertprozentig zu machen, aber alles zu wollen.

Die Pflege in Öschelbronn ging weiter als die täglichen Iscador-Spritzen, das Punktieren des Bauchfells, und das Verabreichen der Medikamente. Man verordnete Musiktherapie. Sie lernte Leier spielen. *„Musiktherapie — große Freude — Welch eine verborgene Welt, die ich jetzt noch kennenlerne.“*

Als Seelenstütze — und somit als Medizin — war auch die Lektüre sehr wichtig, und man wählte für sie entsprechende Bücher aus, sie bekam regelmäßig Massagen, die sie sehr belebten, und abends konnte sie über Kopfhörer Vorträge und Konzerte mithören, die in den Vortragssälen abgehalten wurden. Wenn es ihr gut ging, konnte sie auch in ihrem Bett direkt zu den Veranstaltungen gefahren werden und daran teilhaben.

Die Maltherapie kam hinzu. Ich weiß noch, wie schwer Dir das fiel. Dir wurde nahegelegt, anders zu malen, als Du es bisher Dein halbes Leben lang als Künstlerin getan hast. Die Therapeutin sah in den bislang gemalten Bildern Deine

# 3

MITBE-

TROFFEN:

TOCHTER,

MUTTER,

EHEFRAU

Krankheit ganz deutlich enthalten.

Dem solltest Du jetzt andere Bilder entgegensetzen, mußtest praktisch Dich selbst und Dein Selbstverständnis als Malerin bekämpfen. Hast anthroposophische Aquarelle gemalt, harmonisch fließende Farbströme, ineinanderlaufende sich verbindende Farbverläufe, die Deinen Körper beeinflussen und Stockungen und Knoten in Dir lösen sollten. Diese Art von „schönen“ Bildern hattest Du vorher nie geschätzt.

*„Geistige Hinwendung an das Jenseits, aber gleichzeitig Heiltherapie? Das muß ich klären. „Erst der große Schmerz ist der Befreier des Geistes, erst der große Schmerz, jener langsame Schmerz, der sich Zeit nimmt, indem wir gleichsam wie mit grünem Holz verbrannt werden, zwingt uns in unsere letzten Tiefen zu steigen.“ (Nietzsche).“*

Hellas Bauch wurde immer dicker, er hatte die Grenze einer Hochschwange-



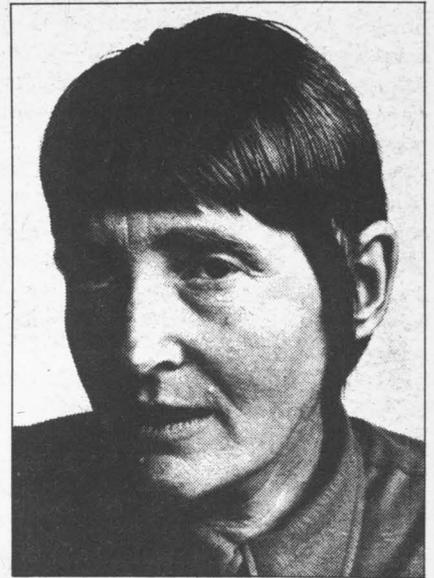
Paula Schmidt

*Therapiebemühungen zu erläutern und meine Einstellung zu korrigieren. Er sprach vom Rätsel des Lebens, des Menschen, der Krankheit, dem man offen gegenüber sein muß. Weder resignieren, noch zu sehr auf Heilung drängen. Das Rätsel akzeptieren. Tendenz der Therapie: die Harmonie wieder herstellen."*

Der Tumor im Bauch wuchs und wuchs. Du warst inzwischen ein dreiviertel Jahr in der Klinik. Wir feierten Weihnachten und auch noch Deinen 50. Geburtstag. Du warst nur noch Bauch und Dein Gesicht waren nur noch Augen, riesige blaue strahlende Augen, alles andere war verschwunden, abgemagert.

Kurz bevor Du starbst und schon lange im Koma gelegen hattest, sagtest Du noch etwas, so undeutlich, daß nur ich es verstand: „*Es ist herrlich.*“ Kurz darauf hörtest Du auf mit Deinem Atem zu kämpfen, und es war still im Zimmer, und ich empfand eine bis dahin ungekannte tiefe Freude. Wirklich, in dem Moment fühlte ich mich sehr glücklich, was mich fast erschreckte.

Nach der Überzeugung der Anthroposophen bleibt die Seele des Menschen noch ungefähr 24 Stunden in der Nähe des Körpers, den sie verlassen hat. Sie braucht die Zeit, um sich zu trennen. Deshalb bleibt der Körper noch so lange im Zimmer liegen, ehe er für die Bestat-



Hella Fischer-Thorer

ren längst überschritten, sie konnte kaum über ihn hinwegsehen. Regelmäßig wurde Wasser abgezapft, ansonsten ein Mistelextrakt gespritzt, keine Bestrahlungen, schmerzstillende Mittel im Notfall.

„*Gespräch mit Dr. B., prima Kerl, hat sich unheimlich Mühe gegeben, mir seine*

tung vorbereitet wird. Ich habe das Gesicht meiner Mutter während dieser Zeit öfter betrachtet. Es sah jedesmal anders aus.

„*Für die anderen sterbe ich, ich selbst gehe einer neuen Geburt entgegen*“ (Fichte).

Paula Schmidt

L e u k ä m i



Die Autorin dieses Erfahrungsberichtes ist Tontechnikerin, 37 Jahre alt, verheiratet und hat zwei Kinder. Als das jüngere Kind, der zweijährige Til, an Leukämie erkrankte, einer Krankheit, die lange Zeit als unheilbar galt, gab sie ihre Berufstätigkeit auf. Die erfolgreiche Behandlung von Leukämie ist erst durch die in der Berliner Kinderklinik Heubnerweg praktizierte Therapie von Professor Riehm möglich. Auch wenn diese Prozedur für den Jungen einer Tortur gleicht, bestehen gute Heilungsaussichten.

**I**ch hab früher versucht, mir vorzustellen wie ich reagieren würde, wenn ich erführe, daß ich unheilbar an Krebs erkrankt sei. — Meine Phantasie hat aber nicht ausgereicht, mir eine so ungeheure Bedrohung nachvollziehbar nahezubringen. — Seit einigen Jahren fasziniert mich diese Krankheit, deren Ursachen für mein Verständnis mehr als viele andere psychosomatisch zu erklären sind. Seit ich Kinder habe, lebe ich mit dem Bewußtsein und der Angst, daß ihnen etwas zustoßen könnte, habe Phantasien von Unfällen und sehe auch immer wieder die ganz besondere Bedrohung unserer Tochter durch Sexualverbrechen.

Den schädigenden Umwelteinflüssen

versuche ich ein wenig durch einigermaßen gesunde und bewußte Ernährung und Vermeidung von Medikamenten zu entkommen. Schnupfen und Husten werden nur mit Hausmitteln bekämpft und Fieber lassen wir möglichst zu.

Meine beiden Schwangerschaften sind problemlos verlaufen, ebenso die Geburten und ich habe beide Kinder je 10 Monate gestillt. Tanja war ein relativ zartes Baby und ist bis heute ein schwierigerer Esser als Til, der von Anfang an ein properes Kind war und vor Gesundheit aus den Nähten zu platzen schien.

Am 23. September wurde bei ihm Blutkrebs festgestellt, ALL, akute lymphatische Leukämie. Es waren ca. 3 Wo-

e b e i T i l

chen vorausgegangen, in denen er extrem blaß war, vor allem auch oft so blasse Lippen hatte und manchmal einen bläulichen Schatten unter der Nase. Das hatte mich so beunruhigt, daß ich ihn schon einer praktischen Ärztin vorgestellt hatte, die aber nichts feststellen konnte.

An einem Montag entdeckten wir eine leichte Schwellung um seinen Hoden herum und nahmen uns vor, wenn sie nicht zurückginge, mit ihm zum Kinderarzt zu gehen. Freitag früh kam noch eine fiebrige Erkältung dazu und so vereinbarte ich für 1/2 3 einen Termin. Mittags fand ich an seinen Beinen kleine flohstichgroße rote Flecken, sogenannte Petechien, die nicht nach Masern oder Röteln aussahen und mir einen Schreck einjagten. Ich wollte gleich mit ihm ins Krankenhaus fahren, ließ mich aber telefonisch von der Ärztin beruhigen, wollte mich wohl auch gern beruhigen lassen. Der Kinderarzt schickte uns sofort zum Blutbild ins Krankenhaus.

Die Diagnose Leukämie klang für mich wie ein Todesurteil, ich wußte nichts über den Krankheitsverlauf und hatte eine vage Erinnerung von Unheilbarkeit. Ich blieb gleich mit ihm im Krankenhaus; er bekam einen Tropf und lag apathisch oder schlafend im Bett und ich saß dabei, fassungslos, weinend. Sonntag früh wurden eine Knochenmarkpunktion und eine Rückenmarkpunktion gemacht, wobei er furchtbar schrie. Überhaupt wehrte er sich gegen alles, wollte mit Schwestern und Ärzten nichts zu tun haben. Anfang der Woche folgten verschiedene Einganguntersuchungen wie EKG, EEG, Computer-Tomographie des Gehirns, wobei er 8 Minuten still liegen mußte – wie erklärt man das einem gerade Zweijährigen? – Er wurde fast vollständig geröntgt und immer wieder untersucht, täglich Blut abgenommen. Es mußte sehr häufig Fieber gemessen werden, immer unter fürchterlichem Protest, er mußte Tabletten einnehmen, den Mund viermal täglich spülen, weil durch die Behandlung die Schleimhäute angegriffen werden – ich empfand ständig Druck, irgendetwas mit ihm zu tun, redete auf ihn ein und versuchte, ihm soviel wie möglich zu erklären, hatte dabei meist aber den Eindruck, daß es sinnlos ist, weil er zu klein ist, oft auch gar nichtinhört, sondern von vornherein schreit, weil alles fremd ist und beängstigend.

Froh war ich, daß mein Mann mich jeden Tag ablöste; es sind andere Kinder auf der Station, deren Mütter in völliger Krankenhausisolation leben, den ganzen

Tag mit den, in manchen Phasen sehr anstrengenden, Kindern verbringen, ein ungemütliches kleines Zimmer im Schwesternheim nebenan bewohnen und z. T. zu Hause noch andere Kinder haben, teilweise zwei bis drei Jahre alt.

Es hat mich erstaunt, wie schnell ich mich dort eingelebt hab, wie ich mich von der Realität außerhalb des Krankenhauses entfernt hab, wie es mein Leben wurde. Ich schlief auf einer Campingliege, die ersten Nächte bei Til im Zimmer, später im Spielzimmer, die Schwestern holten mich, wenn er nachts nach mir rief. Die Toilette und Waschgelegenheit sind außerhalb des Gebäudes, im Schwesternwohnheim gegenüber. Ich war sehr dankbar, daß es diese Möglichkeit gibt, daß wir ihn nie allein im Krankenhaus lassen mußten. Tanja wurde in dieser Zeit zu einem großen Teil von Freunden versorgt, die sie mittags vom Kindergarten abholten und wo ich sie nachmittags besuchte oder abholte, wenn mein Mann mich ablöste. Gegen Abend fuhr ich mit ihr zum Krankenhaus – auf die Station dürfen wegen der Infektionsgefahr nur Kinder ab vierzehn Jahren – und mein Mann fuhr mit ihr nach Haus. Wir hätten Tanja außerhalb Berlins von Freunden versorgen lassen können oder auch wechselnd hier in Berlin, aber ich wollte sie so oft wie möglich sehen, ich brauchte sie, mein gesundes Kind und ich hatte Angst um sie, Angst, daß sie sich abgeschoben vorkommt, daß sie das Gefühl bekommt, nur unser krankes Kind sei noch wichtig für uns. Es gab ohnehin viel Unruhe für sie und die Situation war für sie auch schwer zu verarbeiten. Ein dreiviertel Jahr vorher hatte ich eine Fehlgeburt gehabt, und sie hatte sich sehr stark mit dem Thema Sterben auseinandergesetzt. Daß Til lebensgefährlich erkrankt sei, haben wir ihr sofort gesagt. Ich hatte von Anfang an sehr stark das Bedürfnis, mich meinen Freunden mitzuteilen und die Anteilnahme dieser Freunde war sehr wichtig für mich. Hilfsangebote haben wir kaum ausgenutzt, aber zu wissen, daß es sie gibt, hat mir viel Kraft gegeben.

Kurz bevor Til krank wurde, hatte ich angefangen, einzelne Tage zu arbeiten und es tat mir gut, gab mir Bestätigung, die mir bei den Kindern fehlte und ich wollte unbedingt weitermachen. Nachdem Til krank geworden war, schien mir das sehr unwichtig. Angesichts dieser Bedrohung schien mir die Zeit mit den Kindern so kurz und gefährdet. Es gab eine Priorität in der Familie, der sich alles andere unterordnete. Rückblickend

empfand ich, daß ich nicht genug mit den Kindern gemacht hatte – manchmal waren sie mir lästig gewesen – hatte Schuldgefühle, wollte in Zukunft alles besser machen. Nie wieder wollte ich wegen unwichtiger Dinge die Nerven verlieren, nie wieder unzufrieden sein, wenn keine Zeit für mich bleibt.

Aber dann fing das Cortison an zu wirken, und schon konnte ich meine guten Vorsätze nicht mehr verwirklichen. Cortison verursacht ungezügelte Freßsucht, das war uns vorher gesagt worden und ich fand es nicht schlimm, wenn er in dieser Zeit vier oder fünf Kilo zunehmen würde. Aber so einfach sah es in der Praxis nicht aus. Bis dahin hatte er kaum gegessen, furchtbar starken Durchfall und Erbrechen gehabt, was nun Übergangslos in Verstopfung mündete. Gleichzeitig fing er an, fast ununterbrochen nach Essen zu brüllen, vom ersten Augenaufschlag an bis zum Schlafengehen und auch nachts wurde er mehrmals wach vor Hunger. Es durfte aber nicht einfach irgendetwas zu essen sein, sondern er war spezialisiert auf Hühnerfleisch, Würstchen, Pizza, Käsebrot und Nudeln. Er forderte fast immer etwas Bestimmtes aus diesem Sortiment, das meiste hatten wir portioniert im Külschrank und ich nahm, was nicht dort vorhanden war, mit ins Krankenhaus. Wenn er nur die Zeit warten mußte, bis ich beim Külschrank war, fing er schon an, lautstark Terror zu machen, es ging nie schnell genug. Er war auch überhaupt nicht ablenkbar. Wenn ich versuchte, mit ihm ein Buch anzusehen, was er sonst gern tat, oder etwas mit ihm zu spielen, schlug er nach mir, trat, schrie. „Hau ab, geh weg!“ und war überhaupt nicht ansprechbar.

In dieser Zeit wurde er meist schon zum Schlafen beurlaubt, d. h. wir konnten abends nach Haus gehen und kamen am nächsten Morgen wieder, das war sehr angenehm, ich saß nicht abends im Spielzimmer auf einem Kinderstühlchen, sondern hatte meine Umgebung, mein Bett und mein Bad. Auch für ihn war es besser, er war nicht zu lange von seiner Schwester getrennt, aus seiner vertrauten Umgebung gerissen und den Krankenhausregularien und der Unruhe dort ausgesetzt. Diese „Cortison-Phase“ kostete viel Kraft, körperlich und psychisch, weil er mich den ganzen Tag forderte. Apathie-Phasen sind deprimierend – da kommt man zum Nachdenken, und es wird einem das ganze Ausmaß der Krankheit bewußt. In aggressiven Zeiten versucht man, nur irgendwie über den

Tag zu kommen und ist erschöpft von der Anstrengung. Tils Schreien nervte uns derart, daß wir uns oft beide um ihn bemühten, um es möglichst schnell zu beenden, d. h. wir gingen dauernd und oft zusammen auf ihn ein, dabei mußte Tanja zwangsläufig zu kurz kommen. Außerdem dröhnte uns der Kopf von seinem Gebrüll, daß wir, wenn Tanja auch noch anfang laut zu werden, für sie gar keine Nerven mehr hatten. Dieser Teufelskreis wurde mir recht schnell klar und ich versuchte, das soweit wie möglich abzufangen und auch verstärkt auf sie einzugehen, was viel Kraft kostete, weil auch ihre Ansprüche größer wurden. Weil das Cortison bei Til besonders stark wirkte, wurde es eine Woche früher wieder abgesetzt. Er bekam zu der Zeit täglich einen Einlauf, weil ein anderes Medikament lähmend auf seine Verdauung wirkte. Das war für alle eine Tortur.

Anschließend begannen die Kobalt-Bestrahlungen des Schädels und wöchentlich eine Rückenmarkspunktion und -injektion, nach denen er 24 Stunden flachliegen mußte und die Erbrechen verursachten.

Der erste Krankenhausblock ist mit acht Wochen angesetzt, die aber meist überschritten werden, weil jede Maßnahme vom täglichen Blutbild und Befinden abhängig gemacht wird. Nach diesem Block ist das Blutbild sehr schlecht und man muß ganz besonders vorsichtig sein, um Infektionen zu vermeiden. Während der Therapie bedeutet Fieber sofort eine Unterbrechung der Behandlung und Sepsis-Therapie, d. h. zusätzliche Antibiotika – zweierlei Sorten – bekommen die Kinder ohnehin als Prophylaxe. Wir haben erlebt, daß Fieber bis zu acht Wochen blieb; und abgesehen davon, daß die Kinder dann wieder ganz fest im Krankenhaus sind und die ganze Therapie um diese Zeit verlängert wird, empfinden es die Eltern als zusätzliche Bedrohung. An den ersten Krankenhausblock schließen sich acht Wochen an, in denen die Kinder auf eine bestimmte Tabletten-dosis eingestellt werden, und in denen man nur einmal in der Woche zum Blutbild und zur Untersuchung ins Krankenhaus muß. In dieser Phase sind wir jetzt, froh, wieder etwas Zeit für uns zu haben. Anfangs durfte er nirgends hin, weder in Geschäfte, noch öffentliche Verkehrsmittel, noch Restaurants u. ä. Das ist natürlich eine starke Einschränkung, die auch wieder Tanja sehr stark betraf, aber seit einer Woche haben wir es überstanden. – Anschließend folgt nochmal ein Krankenhausblock, dem ersten sehr ähn-

lich, ohne nochmalige Schädelbestrahlung.

Im Laufe der vergangenen vier Monate habe ich Informationen über Leukämie und vor allem den derzeitigen Stand der Behandlung gierig verschlungen und fühle mich heut relativ gut informiert. Es ist schwierig, Literatur zu finden; zwar gibt es inzwischen schon viel Erfahrung mit der Behandlung, aber sie wird laufend weiter ausgefeilt, vor allem um die starken Nebenwirkungen zu reduzieren, und fast alle Berichte und Veröffentlichungen sind veraltet. In unserem klinischen Wörterbuch (Pschyrembel) von 1972 steht noch: „...keiner Therapie zugänglich, Verlauf stets tödlich, die Krankheitsdauer schwankt zwischen Tagen und Monaten.“ Den günstigeren Aussagen der Ärzte im Krankenhaus stand ich anfangs recht mißtrauisch gegenüber und begann erst allmählich zu glauben, daß wirklich 60 - 70 % nach fünf Jahren als geheilt angesehen werden können. Das ist noch ein langer Weg.

An die zweite Krankenhausphase schließt sich noch eine 1 1/2- bis 2-jährige Dauerbehandlung an, wieder mit Tabletten und wöchentlicher, später 14-tägiger Kontrolle. Danach besteht immer noch ca. 2 1/2 Jahre Rückfallgefahr. Im Krankenhaus sehen wir natürlich relativ viele Rückfälle, die nach Abschluß der Behandlung z. T. jahrelang ohne jede Krankheitsanzeichen gelebt haben, man kann also gar keine vorzeitigen Anzeichen für einen möglichen Rückfall erkennen, aber es ist doch die Ausnahme. Trotzdem werden wir ihn in den nächsten Jahren sehr beobachten, denke ich, und die Gefahr wird nicht stündlich präsent sein, aber wir werden doch grundsätzlich mit dem Bewußtsein leben, daß ein Rückfall möglich ist. Die hier praktizierte Therapie ist von Prof. Riehm entwickelt worden und überzeugt durch die Erfolgsquote, ist außerdem inzwischen überall in Europa übernommen worden, z. T. in Absprache mit Berlin. 80 Kliniken haben sich zusammengeschaltet und tauschen Informationen aus.

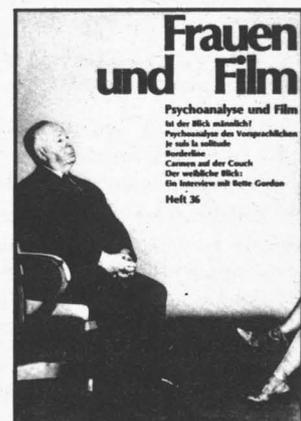
Zusätzlich, denke ich aber, kann man noch mehr tun. Ohne Medikamente und Bestrahlungen gäbe es sicher wenig Hoffnung. Aber im Körper laufen komplizierte biochemische Vorgänge ab, die durch alles, was mit dem Körper passiert, beeinflußt werden, sei es Nahrungsaufnahme oder psychische oder körperliche Belastung und wahrscheinlich gibt es noch andere Einflüsse. Und ich glaube, daß man gerade durch richtige Ernährung die Grundlage schaffen kann, körpereigene



Stroemfeld/Roter Stern  
Postfach 180 147  
6000 Frankfurt a.M.



Stroemfeld/Roter Stern  
Postfach 180 147  
6000 Frankfurt a.M.



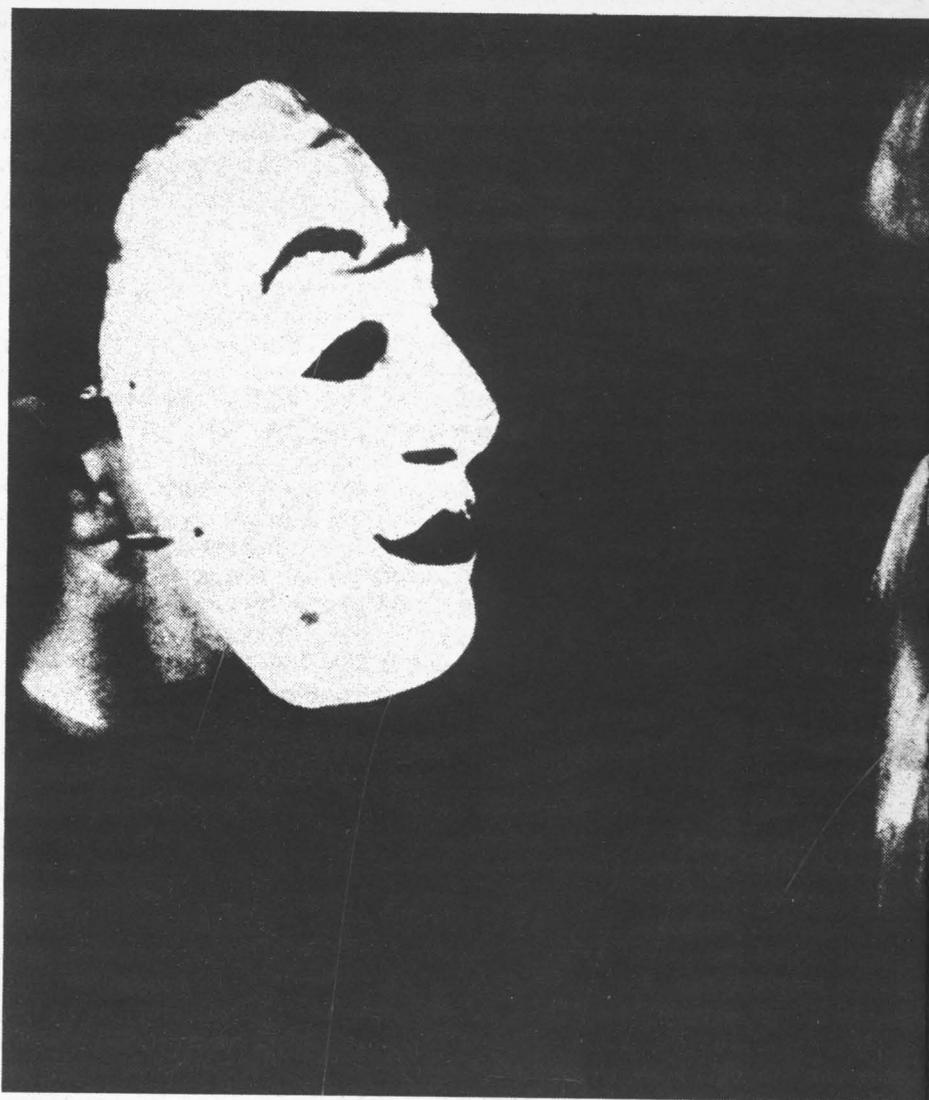
Stroemfeld/Roter Stern  
Postfach 180 147  
6000 Frankfurt a.M.

Abwehrkräfte zu mobilisieren und die schädlichen Nebenwirkungen durch die vielen starken Medikamente möglichst gering zu halten. Diese Auffassung teilen die Krankenhausärzte leider nicht und solche Gesichtspunkte werden bei der Krankenhauskost nicht berücksichtigt, obwohl es dazu bereits ernsthafte Untersuchungen gibt. Allerdings war ich überrascht, daß an diesem Thema wenig Interesse von seiten betroffener Eltern besteht.

Ganz wichtig fände ich, daß auf dieser Station (einer reinen Kinderkrebstation) eine Psychologin oder ein Psychologe ständig für die Eltern ansprechbar wäre. Ich habe sehr oft das Bedürfnis gehabt, über die Krankheit und ihre Folgen für die ganze Familie zu sprechen. Außerdem könnte durch mehr Information und Gespräche der Anfangsschock gemildert werden. Ich habe zum Glück eine geduldige Freundin, die immer da war, aber manchmal wäre ein fachlicher Rat eine Hilfe gewesen und es gibt auch Frauen aus Westdeutschland hier, die niemanden ständig ansprechbar da haben.

Wenn ich früher von sehr kranken oder behinderten Kindern gehört oder gelesen habe, glaubte ich immer, nicht stark genug für so eine zusätzliche Belastung mit allen damit verbundenen Einschränkungen zu sein. Jetzt staune ich, daß ich vor allem diejenigen sehe, die es schwerer haben und daß ich nicht mit meinem Schicksal hadere. Es ist mir klar geworden, daß für Til alles leichter zu ertragen ist, als für größere Kinder, weil er sich nicht mit seiner Krankheit auseinandersetzt. Wenn er eine Rückenmarkspunktion hatte, war er am nächsten Morgen wieder fröhlich und wußte nicht, daß nach einer Woche die nächste fällig ist. Daß ihm die Haare ausgefallen sind, hat ihn überhaupt nicht beschäftigt.

Ich habe in dieser Zeit soviel Hilfsbereitschaft und Anteilnahme erfahren, die mir guttun und weiterhelfen. Ich versuche, mir nicht allzuviel Gedanken über die Zukunft zu machen, mehr von Tag zu Tag zu leben, die Tage zu nehmen, wie sie sind. Ich wünsche mir Kraft und Geduld und hoffe, daß all das, was er ertragen muß, nicht umsonst ist. Es fällt mir schwer, Krebs bei einem zweijährigen Kind zu akzeptieren, und wir müssen zwar den Gedanken an einen negativen Ausgang auch ertragen, aber es ist mir unmöglich, mir das auszumalen und ich will es auch nicht.



## Im Angesicht des Todes

In ihrem Tagebuch beschreibt Sue Cartledge die letzten Jahre ihres Lebens. Am 22. Februar 1983 starb Sue Cartledge. Sie war 34 Jahre und hatte Zungenkrebs. Als ihre Krankheit zum ersten Mal diagnostiziert wurde und sie wußte, daß sie möglicherweise mit dem Tod rechnen mußte, wollte sie irgendetwas lesen, das andere Leute in der selben Situation geschrieben hatten, fand jedoch kaum etwas: Krebs ist eine der privatesten Angelegenheiten unserer Kultur. In ihrem Tagebuch, das sie seit Jahren unregelmäßig führte, legte sie ihre Gedanken nieder. Sie versuchte, mit Scharfblick und Aufrichtigkeit, ihr Leben rückblickend zu betrachten und ihre Gefühle über Sterben zu entdecken. Einige ihrer Aufzeichnungen sollten in Spare Rib veröffentlicht werden. Da sie jedoch starb, bevor sie sie redigieren konnte, haben einige ihrer Freundinnen die folgenden Tagebuchnotizen bearbeitet, die vor allem Sues Gefühle und Gedanken über Krankheit und Tod wiedergeben.



## Bevor sie wußte, daß sie Krebs hat

Mai 1981

Immer klammere ich mich an eine falsche Vorstellung von Stärke – alles unterdrücken, Zähne fest zusammenbeißen usw. Aber wirkliche Stärke heißt, die eigene Schwäche zu erkennen und sie auch vor anderen zugeben. Ich muß mich von der Tyrannei der Vergangenheit befreien, bevor sie noch mehr von der Gegenwart und Zukunft zerstört.

Ich wünsche so sehr, daß jemand anderes meine Probleme löst.

Aber langsam sollte ich wissen, daß das ein unmöglicher Traum ist. Natürlich kann eine andere Person für eine Weile viel Glück bringen. Scheinbar. Solange du aber deine Probleme nicht selbst lösen kannst, werden sie am Ende doch alles wieder zerstören. Das große Glück, das du empfindest, kommt allein aus dir – aus deiner eigenen Fähigkeit zu lieben

und sich zu freuen; nur dadurch wird die Romanze (für einen Moment) ermöglicht.

Januar 1982

Was Selbsterkenntnis und Selbstbestimmung angeht, habe ich in intellektueller Hinsicht gewisse Fortschritte gemacht. Aber das ist nicht das Wichtigste. Ich habe Freundinnen, Eigentum, Erfolg, Fähigkeiten und Talente – aber ich bin nicht glücklich, nicht frei, ich fühle mich nicht – ich bin getrieben.

## Im Krankenhaus

April und Mai 1982

„April macht, was er will“. Anatomie einer Krankheit. Kam im Krankenhaus an. Die Station ist dunkel, düster und schwermütig, schäbig und leer. Als wir reinkamen, gingen wir an Operationsäulen vorbei. Ich fühle mich jetzt schon deprimiert. Im Moment fürchte ich nicht den Tod – sondern den Schmerz. „Um Mitternacht ohne Schmerz zu sterben“ würde mir nichts ausmachen.

Ich bin verwirrt von den Leuten, die mich mit gedämpfter Stimme fragen, wie es mir geht und wie ich mich „innerlich“ fühle. Wahrscheinlich, weil ich Angst habe, und es nicht wahrhaben will. Ich fühle mich aber auch von denjenigen gestört, die weiterhin ständig etwas von mir wollen. Ich bevorzuge die Gesellschaft von Leuten, die ich normalerweise vorziehe. Leute, die sich normal benehmen – freundlich und einfühlsam – aber nicht, weil ich krank bin, sondern weil sie immer so sind.

Als ich mein T-Shirt auszog, bemerkte ich riesige Schwitzflecken unter den Achseln, obwohl der Raum ziemlich kalt war. Die Station wird schnell eine kleine Welt für sich, man sorgt für dich unter der Bedingung, daß du krank und abhängig bist; du akzeptierst es, du gibst schon beinahe auf, dir die Gefahr und Verantwortung der Welt zurückzuwünschen.

Was mich am meisten verwundert und womit ich überhaupt nicht klar komme, ist Jackies Gegenwart. Zu hoffen hatte ich mir verboten – dessen bin ich mir sicher. Aber es bleibt schön für mich, daß es sie gibt. Jacky ist, wider jegliche Vernunft, der Fels im Zentrum meines Daseins. Nachdem ich sie verloren hatte, gab es weder Felsen noch Zentrum in meinem Leben, und ich habe diesen Mittelpunkt weder in mir noch in einer anderen gefunden. Möchte ich Jacky immer noch zurückgewinnen? Ich muß gestehen, ja. – Ich möchte umarmt

und gestreichelt und geliebt und umsorgt werden. Mit anderen Worten, ich möchte bemuttert werden, und sie ist die letzte (von den wenigen), der ich es erlaubte. Ich muß versuchen, meine Bedürfnisse woanders zu befriedigen.

Als ich am Donnerstag mit Übelkeit und kaputt aus der Narkose erwachte und aufsaß, waren überall um mich herum Blumen, Geschenke und nette Gesichter. Und ich mußte mich übergeben. Einige Tage und Nächte lang wollte ich wirklich sterben. Was hielt mich auf? Klar, ich wußte nicht, welchen Stecker ich herausziehen sollte. Vielleicht ein einfacher Lebenswille wie bei den Tieren. Und auch das: Ein Gefühl von Verpflichtung – habe ich sie? – gegenüber M. (Schwester) und ihren Kindern und gegenüber Jo (Gefährtin) und ihren Kindern.

Ich werde nie die Nacht auf der Intensivstation vergessen. So nah war ich der Hölle noch nie. Wahrscheinlich hätte ich es nicht überstanden, wenn ich im voraus gewußt hätte, wie es ist. Stattdessen hatte ich gedacht: zu meinem Besten im Krankenhaus und mit der Gewißheit, gut versorgt zu sein.

Meine Entscheidung, in der Klinik nach der Operation niemanden zu empfangen, bis ich mich wohl genug fühlte, war der Anfang, meine eigenen Bedürfnisse geltend zu machen. Jeden Tag – oft sogar schon die Nacht davor – begann ich mit der Herstellung eines Zettels: „Heute keine Besucher“. Einen Gutteil meiner bewußten Momente verbrachte ich mit der Überlegung, ob und wie ich das bewerkstelligen könnte. Das war zu einer Zeit, wo ich tatsächlich so gut wie nichts machen konnte – nicht einmal essen und gehen.

## Wieder zu Hause

Mai und Juni 1982

Ich hatte wieder eine Biopsie (Gewebeuntersuchung) – sie befürchten, daß der Krebs wieder auf meiner Zunge wächst. Falls er bösartig ist (er war es nicht), muß ich chemotherapiert werden. In gewisser Weise habe ich nie wirklich geglaubt, Krebs zu haben – sogar an meinem Tiefpunkt, direkt nach der Operation, fühlte ich, daß etwas Drastisches geschehen war, das ich bekämpfen mußte, um zu überleben – aber nicht wirklich, daß es eine tödliche Krankheit war. Ich fühle mich so voller Leben – soll ich tatsächlich sterben? Irgendwie muß ich gleichzeitig den Willen zu leben und gesund zu werden aufrechterhalten und

die Möglichkeit des Todes akzeptieren.

Als ich heute morgen mit Jackie B. über meine Gefühle zu Krebs und Tod sprach, nahm ich die Aussicht auf den Tod gelassener hin als die Schmerzen und Krankheit (besonders die Nebenwirkungen der Radiotherapie). Nach der zweiten Biopsie hielt ich einen Rückblick über mein Leben, wie es das Krebs-Buch (Simonton) empfiehlt. Ich kam zu dem Punkt, an dem ich mehr oder weniger akzeptierte, daß mein Leben zu Ende ging, obwohl ich nicht sterben wollte. Damit war ich zufrieden. Nicht, daß ich große Dinge erreicht hätte; aber ich habe gelebt. Am meisten war/bin ich damit zufrieden, daß ich innerhalb meiner sexuellen Beziehungen meinen eigenen Wünschen gefolgt bin. Irgendwie scheint es komisch, daß ich angesichts einer Reihe von zerbrochenen Beziehungen zufrieden bin. Aber ich glaube, es ist ein Fortschritt, die Trennungen nicht als Fehlschläge anzusehen. Irgendwie machte mich der Gedanke, daß dies all meine Freundschaften gewesen sein können, glücklich, und daß ich nicht in einer einzigen Beziehung unbefriedigt geblieben bin, sondern immer getan habe, was ich wirklich wollte.

Ich habe ebenso erkannt, vielleicht, weil ich mich jetzt so viel besser fühle, daß ich soweit bin, die Krankheit beinahe als positive Lebenserfahrung zu bewerten und angenommen, daß es jetzt wirklich vorbei ist! Der Krebs hat mir erlaubt, Veränderungen vorzunehmen, die ich sonst nie bewältigt hätte; und er hat mir erlaubt, Fronten zu durchbrechen und so wieder vielen alten Bekannten näherzukommen. Außerdem hat er mir gestattet, mir zu gestatten, mich glücklich zu fühlen. Ich habe geradezu den Eindruck, daß alle sich verschworen haben, um mich zu verwöhnen und zu verziehen. Und ich gestatte mir, mich selbst zu verhätscheln.

### Wieder schwer krank

November 1982

„Sei für den Tod bereit  
Sowohl der Tod  
als auch das Leben  
werden dadurch  
umso süßer sein“ (Shakespeare, „Maß  
für Maß“).

„Doch will mein Herz sich nicht gestehn,  
daß es die Krankheit hegt,  
die meinem Leben droht.“ (Shakespeare,  
„Ende gut, alles gut“).



Der ständige Schmerz im Nacken macht mir bewußt, daß ich möglicherweise immer behindert sein werde — daß die Krankheit überhaupt nicht vorbei und vergessen ist. Zum ersten Mal habe ich die Möglichkeit in Betracht gezogen, daß ich die Arbeit aufgeben müßte. Ohne Zweifel ist das voreilig, aber meine vorherige totale Zuversicht, daß ich völlig geheilt sei, hat mich in die andere Richtung gelenkt. Jetzt ist sie erschüttert. Aber ich habe den festen Wunsch, gesund zu werden und ein normales Leben zu führen.

In diesen letzten Wochen, als die Grippe kam und die Bronchitis und die Nackenschmerzen andauerten, war ich völlig verzweifelt.

Seitdem ich endgültig wieder anfangen habe zu arbeiten, hatte ich weder Zeit noch Erholung bzw. habe ich sie mir nicht gegönnt. Ich habe mit der (Simonton-)Therapie aufgehört, hörte mit Yoga auf, als die Nackenschmerzen wieder anfangen, hörte auf zu radeln wegen der Bronchitis und dem schlechten Wetter. Vielleicht ließ ich mich von der Arbeit frustrieren. Und wenn ich weiterhin verzweifle, kann ich nicht lange leben — der Krebs oder etwas anderes wird mich umbringen. Aber ich finde es so schwer,

Krankheit und Verzweiflung abzuschütteln.

Ich war wahrscheinlich viel zu optimistisch bei dem Gedanken, mich vom Krebs und der Operation zu erholen, aber ich werde das Gefühl nicht los, daß ich an einer wichtigen Stelle falsch gehandelt habe. Bin ich geistig erschöpft? Bin ich faul geworden? Und was könnte ich dagegen tun? Wie kann ich mich aus dem Sumpf dieser Hoffnungslosigkeit selbst herausziehen, wenn ich so wenig Kraft habe? Oder ist es verkehrt, wenn ich mich selbst herausziehen will?

### Erneut wird Krebs diagnostiziert

Januar 1983

Wenn man den Tod nicht kontrollieren kann, warum sollten wir dann unser Leben kontrollieren? Ich will nicht überwacht werden; ich will nicht belogen werden; ich will nicht manipuliert werden. Ich will weder den neugierigen noch den bedauernden, und erst recht nicht den mitfühlenden und liebenden Blicken ausgesetzt sein von Leuten, die ich nicht zu sehen wünsche. Ich will entscheiden, welche Leute ich sehen möchte, entwe-

der, weil ich sie sehen will oder (ausnahmsweise), weil ich weiß, daß sie mich besuchen möchten. Aber ich will eine Entscheidung fällen. Die Kranken und Sterbenden, die physisch Hilflosen, aber nicht geistig Behinderten: Ihr Tod gehört ihnen, nicht den Lebenden.

Februar 1983

Es ist so viel passiert — fortdauernde Krankheit; wieder Krebs festgestellt; Entscheidung, keine Chemotherapie zu machen; die Einsicht (mehr oder weniger), daß ich sterbe; Entscheidung, mich in die Hände des Hospitals zu begeben (St. Christopher) und zwei Tage dort. Und dann das Gefühl, mich ein ganzes Stückchen besser zu fühlen, und mein Beschluß, daß ich vielleicht ja doch nicht gleich sterbe, und daß ich es mit dem Bristol-Programm (Krebs-Zentrum) versuchen sollte. Und das mache ich nun — strenge Diät, Vitamine, jeden Tag Injektionen usw. Das ist harte Arbeit, finde ich.

Ich empfinde jetzt die tiefere Bedeutung von Schwesterlichkeit, Unterstützung, Liebe, wie ich sie nie für möglich gehalten hätte vor der Krankheit. Allenfalls hätte ich es geglaubt, aber erfahren hätte ich es mit Sicherheit nicht. Alle sind so fürsorglich, beschweren sich nicht über das Unvermeidliche und die zusätzliche Belastung in ihrem Leben. Ich weiß, daß ich es teilweise als etwas sehen muß, was ich ihnen geben kann — die Gelegenheit, mir etwas zu geben. Ich muß über den Wunsch, alles selbst zu tun, endlich hinauskommen. Ich kann es im Moment einfach nicht und genieße allmählich einige Aspekte des Umsorgtseins.

Ich versuche, mich möglichst wenig um die Zukunft zu sorgen, obwohl ich nicht weiß, was passieren wird — die Ungewißheit — das ist schwer zu ertragen. In vielerlei Hinsicht war ich beruhigter, als ich mir sicher war zu sterben, als ich nur ins Bett getragen wurde und darauf wartete, kränker zu werden und vielleicht dahinzusiechen. Wenigstens mußte ich mich damals nicht anstrengen oder eigene Entscheidungen treffen. Ich weiß genau, daß ich mir wegen des Geldes Sorgen mache, die volle Gehaltszahlung läuft bald aus.

Ich habe kein sehr schlechtes Gewissen, nicht zu arbeiten, weil ich an meinem Gefühl und an dem, was ich an einem Tag zu tun vermag — so gut wie nichts —, ablesen kann, daß ich unmöglich arbeiten könnte. Falls es mir besser gehen sollte, werde ich wahrscheinlich

große Veränderungen in Bezug auf die Art meiner Arbeit vornehmen. Mehr schreiben und vielleicht Leuten mit Krebs die Informationen zukommenlassen, die mir bei meiner ersten Erkrankung fehlten und die ich im Laufe der Zeit mit der Hilfe von Freundinnen und durch die Verfolgung verschiedener Spuren sammelte.

Wenn es mir sehr schlecht geht, fühle ich mich bedrückt und fürchte mich, denke sofort, daß ich rückfällig werde, sterbe etc. Reagiere oft überempfindlich. Ich muß einen Weg finden, um ausgeglichener zu werden und zu akzeptieren, daß es mir mal besser und mal schlechter geht. Es erscheint mir schwieriger und grausamer, mit den Rückfällen und Erholungen klarzukommen als mit dem langsamen Abbau. Dann bräuchte ich nur meine Augen zu schließen und zu denken, ja ja, und würde dem Tod und dem Frieden näherkommen. Vielleicht habe ich gar nicht den Willen, um mein Leben zu kämpfen? Ich bin sehr stark in Versuchung, mich aufzugeben, mich dem Tod zu überlassen (nicht, daß dies einfach wäre!).

### Die letzten Tage

Wenn ich mir vorstelle, daß ich, sagen wir, 70 Jahre alt werde — wahrscheinlich würde ich das gleiche Maß an Freude und Schmerz erleben wie jetzt — was vermisse ich wirklich? Oder ist es nicht so, daß ich eher deprimiert bin, weil ich krank bin und mein Leben nicht selbst bestimmen kann, und nicht, weil ich eventuell sterben werde? Ich finde es ganz schön schwer, das auseinanderzuhalten. Jean meinte, daß ich ärgerlich sei (Depression = unterdrückter Ärger), weil ich mich nicht dafür entscheiden kann, das Leben zu leben, egal ob es ein glückliches wäre oder nicht. — Ja, vielleicht bin ich sauer, weil ich in einer Art Gefängnis bin. Der völlige Wandel meiner Lebensumstände — von immerhin einem Gefühl von Zuständigkeit und Kontrolle über meine Zukunft hin zu einer Abhängigkeit von einer Krankheit, die ich weder verantworten noch kontrolliere, — ist anscheinend schwer zu verkraften und hat mich die Orientierung verlieren lassen.

Ich habe das Gefühl, als sei einerseits die Zeit knapp, um „die Zukunft“ zu überdenken, und andererseits zu lang (einige Monate), um nur ein „Todesfall“ zu sein, im Bett zu liegen, umgeben von Blumen, die letzten Atemzüge zu tun.

Ich sitze also wirklich zwischen zwei Stühlen: zu krank für ein normales, nicht krank genug für ein unnormales Leben. Auch die Verbindung von Gewißheit und Ungewißheit ist hart. Die Sicherheit zu sterben, aber die Ungewißheit, wann genau in den nächsten Monaten, und wie ich mich dabei fühlen werde.

Ich habe entschieden, die Diät, die Injektionen und die Bristol-Behandlung mehr oder weniger aufzugeben. Was ist geschehen? Ich habe mich mit der Diät immer elender gefühlt, mochte immer weniger von den erlaubten Sachen essen und trinken, dazu der Abscheu vor Karottensaft und den Vitaminen, die ich alle schlucken sollte; außerdem hatte ich genug von der damit verbundenen Arbeit, die Vorbereitung, die Reinigung der Apparatur. Schließlich kamen die beiden Fachärzte — vom King's-College (Krankenhaus) und dem Hospital — an aufeinanderfolgenden Tagen. Sie sagten genau das gleiche — daß der Krebs wächst, daß es sich um Monate (nicht um Jahre oder Tage) handeln wird. Die Schlußfolgerung aus ihren Worten ist, daß die Therapie, obwohl sie nichts dagegen haben, im Grunde nichts bringt.

Das soll nicht heißen, daß ich anderen Leuten den Versuch der Bristol-Methode ausreden will, mag sein, daß sie bei anderen Krebsarten oder anderen Personen besser wirkt. Die „komplizierte“ Frage, die ich mir stellte, war die nach dem Tumor. Wie läuft der Prozeß des Getötetwerdens ab, wenn der Tumor in keinem lebenswichtigen Organ wie Leber oder Lunge sitzt? Warum fühlt man sich schlecht? Wenn man nicht am Tumor stirbt, inwiefern stirbt man dann an Krebs?

Zuerst war ich deprimiert, obwohl auch sehr erleichtert, daß sowohl die Klinik wie auch das Hospital das gleiche sagten. Widersprüchliche Aussagen würden die Entscheidungen sehr erschweren, z. B. wenn einer gesagt hätte, daß ich mich erholte! Aber so glaube ich, daß die Depression daher rührt, daß ich ganz klar akzeptieren muß, daß ich bestimmt sterbe, daß keine Hoffnung übriggeblieben ist — weder in Bristol noch sonstwo.

Sue Cartledge

Übersetzung: Barbara Varain

# Brüste

Frauen sprechen  
über ihre Brüste  
und ihr Leben

von Daphna Ayalah  
und  
Isaac J. Weinstock

**B**rüste, Frauen sprechen über ihre Brüste und ihr Leben von Daphna Ayalah und Isaac J. Weinstock.

„Ich kann nicht über meine Brüste sprechen, ohne zugleich über mein Frausein zu sprechen“.

„Brüste“ ist an einem Frühlings-tag im Internationalen Jahr der Frau geboren worden. Wir wollten einen Fotokatalog von Brüsten von Frauen aller Altersstufen machen, und zwar ohne Make-up oder spezielle Beleuchtungseffekte, unretuschiert und ohne Voreingenommenheit gegenüber dem vorgefaßten kulturellen Ideal vom „schönen Busen“. Unser Ziel ist es gewesen, ein Buch mit Hunderten von Bildern von Frauenbrüsten in all ihrer Vielfalt von Formen und Größen, chronologisch angeordnet von der Pubertät bis ins hohe Alter, herzustellen. Die Fotos sollten auf diese Weise einen Lebenszyklus darstellen, anhand dessen wir, womöglich zum ersten Mal, das Wachstum und die Veränderung der Brüste im Verlauf eines Frauenlebens verfolgen können.

Aus dem Amerikanischen von Ricky Mateijka, Gesine Stempel, Renée Zucker.  
ISBN 3-921710-03-0  
38,-DM (Großformat)

*Wir Frauen haben kein Vaterland von Ilse Frapan.*

Am 3. Februar 1849 wird Ilse Frapan in Hamburg geboren; in der Stadt, der sie in diesem, 1899 veröffentlichten, Roman exemplarisch den Vorwurf macht, den Frauen kein Vaterland zu sein, nichts für die Töchter übrig zu haben: kein Recht – zu studieren; kein Geld – kein Stipendium. Das ist es auch, was die beiden im Mittelpunkt der Erzählung stehenden Studentin-

nen nach Zürich getrieben hat. Anders als im damaligen Deutschland sind Frauen dort inzwischen zum Studium an der Universität zugelassen. Dort können sie zur Internationalität ihrer Heimatlosigkeit Zuflucht nehmen: Zürich ist ein Zentrum europäischer Emigration und Frauenrechtlerinnen.

ISBN 3-921710-02-2 15,-DM

Ilse Frapan  
Wir Frauen  
haben kein  
Vaterland

COURAGE BUCH

Ein Detail aus ihrer langjährigen Beratungserfahrung, worüber sich Waltraut Ruf (siehe auch S. 57) jedesmal wieder ärgert, ist die Tatsache, daß Ehefrauen, wenn ihr Ehemann an Krebs erkrankt, ihren eigenen Krebs total verdrängen.

# SEIN KREBS IST SCHLIMMER

# 4

KREBS-

AUSLÖSER-

VERMUTUNGEN

ÜBER

GIFTE, STRAHLEN,

HORMONE

In letzter Zeit habe ich einige Male erlebt, daß innerhalb kürzerer Zeit Ehepaare jenseits der 60 an Krebs erkrankten. Dabei fielen mir folgende Merkmale auf: Immer wußten sich, wenn beide erkrankt waren, die Frauen in den Hintergrund zu spielen!

Auch wenn die Ehe keinesfalls glücklich verlaufen war, drehte sich alles um den kranken Mann und die kranke Frau vergaß sich.

In einem Fall erkrankte die Frau vor ihrem Mann und hatte nach ihrer Operation sehr schlechte Befunde, die besagten, daß sich noch Tumorzellen im Körper befanden. Der Onkologe und ihre Gynäkologin rieten ihr dringend zu einer sofortigen Zusatztherapie. In die-

ser Zeit erkrankte der Mann. Sehr geschockt, widmete sie sich ausschließlich ihm und seinem Krebs.

Nach längerer Pause rief sie mich an und berichtete mir über das Ereignis der Erkrankung ihres Mannes. Als ich sie dann nach ihrem Krebs und ihrem Befinden fragte, stutzte sie und sagte, ja, daran zu denken, hätte sie ja nun keine Zeit mehr gehabt. Ich fragte sie, ob sie denn die ihr angeratene Therapie hinter sich gebracht hätte? Nein, gar nichts, sie kam nicht einmal dazu, daran zu denken! Ich mußte tief Luft holen und versuchte, ihr klar zu machen, wie die physischen und psychischen Reaktionen ihres Körpers antworten könnten. . . Ja, ja, meinte sie, ich

hätte eigentlich recht. Was konnte ich tun, als sie zu ermuntern, doch in diesem Falle ganz schnell zu versuchen, an sich zu denken! . . . Ich habe seitdem nichts mehr gehört von ihr!

Die Rolle des fraulichen Lebens wird bis zu Ende gespielt — es wird sich zu Tode geopfert.

In einem anderen Fall weigerte sich die an Metastasen erkrankte Frau, trotzdem es ihr schon sehr schlecht ging, ins Krankenhaus zu gehen, weil sie ja ihren an Krebs erkrankten Mann, dem es nicht schlecht ging, nicht allein zu Hause lassen konnte. Es kam dann so, daß sie plötzlich eingeliefert werden mußte. . . sie verstarb am dritten Krankenhaustag ganz schnell und ganz allein.

Waltraut Ruf



In der Umgebung der ältesten nuklearen Wiederaufbereitungsanlage der Welt, der Atomfabrik von Windscale an der englischen Westküste, haben Untersuchungen alarmierende Befunde über die großräumige Verseuchung von Meer und Erdboden, Flora und Fauna von Wasser und Land zutage gefördert. Die staatliche Betreiberfirma spricht weiterhin von „Krebskrankungen wie überall“. Die namhafte Strahlenbiologin Alice Steward von der Universität Birmingham hält dagegen: „So etwas wie eine unschädliche Strahlendosis gibt es nicht“ und geht im folgenden der Frage der Auswirkung während der Schwangerschaft nach.

# Krebs beim Fötus

Neuere Arbeiten haben gezeigt, daß Krebs bei Kindern seine Anfänge bereits im Fötus hat, und davon sind viele schon während der ersten drei Schwangerschaftsmonate durch Einwirkung von Röntgenstrahlung hervorgerufen worden. In den ersten drei Schwangerschafts-

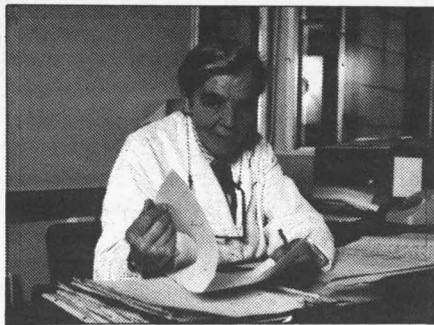
monaten ist der Fötus zehnmal stärker durch Röntgenstrahlen krebgefährdet, als in den letzten drei Monaten der Schwangerschaft, in denen geburtshilfliche Röntgenbestrahlung durchaus üblich ist.

Diese Beobachtungen sind wichtig, weil alle fötalen Nährstoffe vom mütterlichen Gewebe stammen. Daher sind Kinder zusätzlich zu der durch das Universum gegebenen Strahlung gefährdet, wenn ein Umweltfaktor wie der des Fall-Outs z.B. einer Wiederaufbereitungsanlage hinzukommt, der einen ungewöhnlich hohen radioaktiven Spiegel im mütterlichen Gewebe hervorruft.

**N**ormalerweise finden sich im menschlichen Gewebe nur zwei radioaktive Isotopen, nämlich Potassium und Karbon. Aber wenn wir zu diesen körpereigenen Quellen noch die ganzen umweltlichen addieren, ist die Durchschnittsdosis für jedes Trimester der Schwangerschaft 0.025 rad (die sogenannte Hintergrundstrahlung).

Nichtdurchdringende Strahlung, wie die Alpha- oder Betapartikel, hat auf lebendes Gewebe nicht die gleiche Wirkung wie durchdringende Strahlung, wie Röntgen und Gammastrahlen. Jedoch haben alle ionisierenden Strahlen gemeinsam, daß sie Mutationen verursachen. Daher kann ein Vergleich, sagen wir, zwischen Alpha-Partikeln und Röntgenstrahlen erreicht werden, wenn man den Qualitätsfaktor einführt. Der genaue Wert dieses Faktors in einer bestimmten Situation erfordert eine detaillierte Analyse verschiedener Datengattungen. Gleichwohl kann eine grobe Parität zwischen dem Mutationseffekt durchdringender und nichtdurchdringender Strahlung gewöhnlich bestimmt werden, wenn man die erhaltenen Dosen nichtpenetrierender Strahlung (in rad) mit einer Zahl zwischen zwei und zehn multipliziert und das Resultat als absorbierte Dosis in rem ausdrückt.

**D**ie gleiche Studie, die herausfand, daß Röntgenstrahlung bei Embryos zehnmal mehr Krebs hervorruft als bei reiferen Föten (Oxford Survey of Childhood Cancer), zeigt auch, daß Röntgenstrahlung, kurz vor der Geburt in einer Dosis von 1 rad verabreicht, genug war, um das Krebsrisiko zu verdoppeln (die sog. Verdoppelungsdosis).



Dr. Alice Steward

**W**enn das so ist, dann sollte während des ersten Trimesters des fötalen Stadiums – die Periode, in der das Risiko Krebs zu kriegen, am höchsten ist – die Dosis zwischen 0.05 und 0.01 rem liegen.

**G**emessen an diesen Voraussetzungen liegt die Krebsrate, die durch Hintergrundstrahlung bei Kindern hervorgerufen worden ist, irgendwo zwischen 33 und 70%. Bei der kleineren dieser beiden Annahmen würde ein dreifaches Ansteigen der Hintergrundstrahlung eine Verdoppelung des normalen Krebsrisikos vor dem 10. Lebensjahr bedeuten, und die größere Annahme würde bei ebenfalls dreifacher Zunahme der Hintergrundstrahlung das Todesrisiko verdreifachen.

**D**as Risiko, in diesem Alter an Krebs zu sterben, ist sehr gering (weniger als zehn Tote pro Woche in ganz England und Wales). Trotzdem – wenn es als Ergebnis der radioaktiven Verseuchung von Windscale in einigen cumbrischen Landstrichen über mehrere Jahre eine ungewöhnlich hohe Radioaktivität gab, können wir davon ausgehen, daß die Verbreitung von Kinderkrebs in diesen Landstrichen bedeutend über den auf der Grundlage nationaler Statistiken berechneten Zahlen für vergleichbare Gebiete liegt.

**D**aß das so ist, wurde zwar – im Fernsehen von Yorkshire – bereits öffentlich ausgesprochen; eine Stellungnahme von Regierungsseite hierzu fehlt bisher allerdings gänzlich.

Alice Steward

## IMPRESSUM

### Verlag:

Courage Frauenverlags GmbH  
Bleibtreustr. 48, 1000 Berlin 12  
Tel. 030/882 77 27/28

### Redaktion:

Hildegard Behrendt, Eva-Maria Epple, Christa Müller (verantwortlich), Sibylle Plogstedt, Irene Stoehr, Sabine Zurmühl

### Endredaktion:

Irene Stoehr

### Mitarbeiterinnen und Autorinnen dieses Sonderheftes:

Anja, Angela Besserer, Christine Haße, Regine Kollek, Renate Kreibich-Fischer, Hildegard Landgraf, Regina Lutterbeck, Sigrun Riekenberg, Michaela Rosenberg, Waltraut Ruf, Paula Schmidt, Barbara Seuffert, Alice Steward, Barbara Varain

### Layout:

Paula Schmidt

### Satz:

Angelika Dadzie, Ingrid Lindemann

### Korrekturen:

Barbara Pörner

### Büro:

Doris Fürstenberg

### Abbonnements:

Christine Landgraf

### Vertrieb, Finanzen, Werbung:

Doris Fürstenberg, Sabine Nagy

### Archiv:

Barbara Pörner

### Druck:

Henke Pressedruck, Berlin

### Titeldruck:

Synanon, Berlin

### Handelsvertrieb:

Verlagsunion, Postfach 6707  
Friedr.-Bergius-Str. 7, 6200 Wiesbaden  
Tel. 06121/2660, Telex: 04186 116

### Lieferung für den Buchhandel

#### einschl. Sonderhefte:

Frauenbuchvertrieb GmbH  
Mehringdamm 34, 1000 Berlin 61,  
Tel. 030/215 16 66

Das Sonderheftabo kostet 26 DM (4 Hefte), zu beziehen über Courage.

### Bank:

Berliner Bank, Courage Frauenverlags GmbH  
Kto.-Nr. 1985 083 200  
(BLZ 100 200 00)  
Deutsche Bank AG, Berlin,  
Kto.-Nr. 6618102  
(BLZ 100 700 00)

### Postscheck:

Courage Frauenverlags GmbH  
Kto.-Nr. 21 188-106, Bln-W.

Alle Rechte vorbehalten. Copyright liegt bei der Courage. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion wieder.

# Genforschung

## Der erste Schritt liegt noch im Dunkeln

Vom Beitrag der Genforschung zur Krebserklärung handelt das folgende Gespräch mit Dr. Regine Kollek. Die 34jährige Biologin arbeitet seit zwei Jahren in einem Hamburger Forschungsinstitut über Leukämien bei Mäusen, Krebsgene, Zelldifferenzierung und die Entstehung von Krebszellen.



Dr. Regine Kollek

### Ist Krebs durch genetische Änderungen bedingt?

Viele Befunde weisen darauf hin. Die entscheidende Frage bleibt aber: was ist der Auslöser dieser Veränderungen? Durch verschiedene Reize, z.B. Chemikalien, pharmazeutische Produkte, radioaktive Strahlung oder hormonelle Signale können sich normale Zellen in Krebszellen umwandeln. Dabei wird die genetische Information der Zelle (DNS = Desoxyribonukleinsäure) oder das Abrufen der sich auf der DNS befindenden Signale gestört. Wenn z.B. Wachstumssignale von der Zelle nicht mehr erkannt werden können, entgleist die normale Regulation und Kontrolle der Wachstumsvorgänge und die Zelle hört nicht auf, sich zu teilen, wird also zur Tumor- oder Krebszelle. Man kennt heute schon viele Beispiele solcher Mechanismen, ohne allerdings die ersten Schritte genau zu verstehen. Die Veränderungen, die man auf der DNS ablesen kann, sind möglicherweise erst der fünfte oder zwanzigste Schritt in der Reihe der biochemi-

schen Reaktionen, die aus der normalen Zelle eine Krebszelle machen. Man kann also die Ursache-Wirkungsbeziehungen nicht eindeutig benennen.

**Wie kann man etwas über die Auslösung von Krebs durch verschiedene Substanzen oder radioaktive Strahlung aussagen?**

Zum einen gibt es statistische Untersuchungen über Menschen, die mit krebsauslösenden Chemikalien gearbeitet haben oder radioaktiver Strahlung ausgesetzt waren. Darüberhinaus gibt es Laborversuche mit Mäusen. Außerdem spezifische Krebstests mit Zell- und Gewebekulturen und auch mit Bakterien. Mit Hilfe dieser Versuche kann man erkennen, ob eine Substanz Krebs auslösen kann oder nicht.

**Dient die Genforschung dazu, Heilungsmöglichkeiten für den Krebs zu erforschen? Ist Interferon ein Beispiel?**

Interferon ist ein Beispiel für die Isolierung und Charakterisierung eines Wirkstoffes mit den Methoden der Molekularbiologie und Gentechnik. Auf diese Weise ist es möglich geworden, diese Substanz, die vorher nur in äußerst geringen Mengen zur Verfügung stand, in großem Maßstab herzustellen.

**Beeinflusst Interferon direkt die genetische Information der Zellen?**

Nein, es ändert nichts an der Genstruktur oder an der Information der DNS, sondern es verhindert, daß die genetische Information von z.B. Viren – sie sind das bestuntersuchte Beispiel – abgelesen wird, d.h. das Virus kann seine krankheitsauslösende Wirkung nicht mehr entfalten. Das Interferon ist kein präventives, sondern ein therapeutisches Medikament. Es kann von außen verabreicht werden, wird aber auch im menschlichen Organismus gebildet, um Viren und wahrscheinlich auch Tumorzellen zu bekämpfen. Neben dem Immunsystem, das auch durch Interferon stimuliert werden kann, bildet diese Stoffklasse sozusagen ein zweites körpereigenes Abwehrsystem. Interferon wird von Schering-Plough hergestellt und soll ab 1985 in großer Menge auf den Markt kommen. Man hoffte am Anfang, daß es spezifisch als Krebsmittel eingesetzt

werden könnte. Neuere Forschungen zeigen jedoch, daß es keineswegs eine spezifische Droge gegen Krebs ist.

**Wogegen denn?**

Eine Überraschung war, daß es nicht nur ein Interferon gibt, sondern eine ganze Palette. Zur Zeit verläßt man sich eher auf die antivirale und die abwehrstimulierende Wirkung und wendet Interferon gegen Herpes und Gürtelrose an, beide Krankheiten werden durch Viren hervorgerufen.

**Mich interessiert weiterhin die Frage nach den möglichen Ursachen von Krebs.**

Man weiß, daß durch radioaktive Strahlung, Röntgenstrahlen zum Beispiel, direkte Veränderungen an der DNS hervorgerufen werden.

**Gibt es bestimmte Schwellenwerte, von denen an es kritisch wird?**

Nein, das kann bei jeder beliebigen Menge von Strahlung passieren, bei geringer Dosierung entstehen wenige, bei hoher viele Schäden. Beispielsweise kann ein Gen, das für die geregelte Vermehrung einer Zelle notwendig ist, durch Röntgenstrahlen verändert und die Zelle zur Krebszelle werden. Dasselbe gilt auch für Strahlung, die bei der Krebstherapie eingesetzt wird, nur würde der Patient sehr viel schneller an seinen vorhandenen Tumorzellen sterben als an denen, die durch die Bestrahlung erzeugt werden können und die vermutlich erst nach längerer Zeit Tumore bilden.

**Welche Rolle spielen Hormone bei der Krebsauslösung?**

Man weiß, daß das Krebsrisiko bei Frauen, die Östrogen – also die Pille – nehmen, die rauchen und außerdem unter ständigem beruflichen oder privaten Streß stehen, sehr viel höher ist als bei Vergleichsgruppen. Streß ist ein Zustand, bei dem sich der Organismus ständig auf einem hohen Aktivitätsniveau befindet, das u.a. durch hormonelle Signale aufrechterhalten wird. Es wird diskutiert, daß, wenn dieser Zustand über lange Zeit anhält, die Disposition für Krebs größer wird, nicht nur für Brustkrebs.

Bei Mäusen gibt es Krebsviren, die durch Hormone, Östrogene, stimuliert werden und Brustkrebs verursachen. Solche Viren sind beim Menschen noch nicht gefunden worden. Heute herrscht die Meinung vor, daß Krebsentstehung nicht in erster Linie mit Viren, sondern mit Krebsgenen, die aktiviert werden, zu

tun hat. Diese Gene können durch verschiedene Auslöser aktiviert werden.

Aber zurück zum Brustkrebs. Es ist bekannt, daß solche Tumore durch Östrogene stimuliert werden können. Um das zu untersuchen, hat man Tumorzellen von Metastasen isoliert und in Zellkultur wachsen lassen. Wenn man zu diesen Zellen Östrogen hinzugibt, teilen sie sich viel schneller als in Abwesenheit dieses Hormons. Was den Einfluß der Pille auf die Krebsentstehung angeht, gibt es, genaugenommen, wie so oft keinen Beweis. Man muß also sagen: sie kann zur Krebsauslösung beitragen. Aber ein „Kann“ reicht, um als Warnung ernstgenommen werden zu müssen.

#### **Welche Rolle spielen Ernährung und Umweltgifte bei der Krebsauslösung?**

Ein durch Streß, Krankheit, Nikotin, Alkohol, schlechte Ernährung und/oder durch den Einfluß vom Umweltgiften geschwächter Körper hat kein besonders funktionstüchtiges Abwehrsystem, da hat jeder Krankheitserreger, also auch jede Krebszelle bessere Chancen, sich durchzusetzen. Man geht davon aus, daß Krebszellen normalerweise ständig in jedem Körper entstehen, im Normalfall aber vom körpereigenen Abwehrsystem bekämpft werden können und daher kein Krebs entsteht.

#### **Ein geschwächter Körper wäre demnach selbst schon eine Entstehungsvoraussetzung?**

Dafür spricht, daß z.B. der Gebärmutterhalskrebs, der bei Frauen nach dem immer mehr zunehmenden Brustkrebs an zweiter Stelle in der Statistik kommt, öfter bei Frauen gefunden wird, die mehrere Kinder geboren haben, einen niedrigen sozialen Status einnehmen und früh geheiratet haben. Bei Frauen, die nie Geschlechtsverkehr hatten, aber z.B. auch bei Frauen jüdischer Herkunft, ist diese Sorte von Krebs äußerst selten. Untersuchungsergebnisse aus den USA belegen das.

#### **Warum ausgerechnet Gebärmutterhalskrebs, kann es denn sein, daß eine starke Beanspruchung oder Reizung zur Krebsauslösung beiträgt?**

Darüber kann ich nur spekulieren. Z.B. bei Lungenkrebsen, die durch Asbest hervorgerufen werden, dringen feine Staubkristalle in die Lunge ein und verursachen dort mechanische Reizungen, die zunächst zu kleinen Entzündungen führen, die langfristig auch zur Krebsauslösung beitragen können. Der Lungenkrebs durch Rauchen entsteht im Gegensatz dazu durch Chemikalien, d.h., die

Teerstoffe und die darin enthaltenen mutagenen Substanzen. Die wirken entweder direkt auf die Erbsubstanz der Zelle, die DNS, oder indirekt über biochemische Zwischenverbindungen. Man darf aber insgesamt nicht aus den Augen verlieren, daß die Auslösung von Krebs eine komplexe Kette von sich gegenseitig beeinflussenden und verstärkenden Faktoren ist und sicher nicht monokausal, das heißt durch eine einzige Ursache bedingt, erklärt werden kann.

#### **Was ist mit der Genforschung, sie ist ja nicht unumstritten. Siehst Du neue Gefahren beim Versuch, die Krebsgefahr mit Hilfe dieser Forschung zu bannen?**

Eine große Gefahr sehe ich darin, daß, je mehr über die molekularen Mechanismen des Krebses bekannt wird – die Genforschung hat in den letzten Jahren enorm viel dazu beigetragen – die Komplexität des gesamten Vorganges aus den Augen verloren wird. Die u.U. später erfolgenden Veränderungen auf der DNS, die man mit gentechnischen Methoden beobachten und beschreiben kann, werden selber zur Ursache erklärt, weil man über die davor liegenden Schritte nur sehr wenig weiß.

Das kann zur Folge haben, daß die Ursachen in dem Krebskranken selber gesucht werden, der die „falschen“, also krebsanfalligen Gene hat, und nicht in der krankmachenden Umwelt, in der er leben muß.

Ein Beispiel: Bei der Untersuchung von Blasenkrebskranken in Chemikalienwerken ist festgestellt worden, daß die Variante eines bestimmten Gens (Acetyltransferase) bei kranken Arbeitern häufiger vorkam als bei gesunden. Die Leute haben sozusagen selber „Schuld“, sie haben eben die falschen Gene.

Meiner Meinung nach ist das ein reduktionistischer und daher falscher Ansatz, mit dem komplexen Problem Krebs umzugehen. Krebs ist für mich eine Krankheit, die zwar auch etwas mit innerer, also genetischer Disposition zu tun hat, aber hauptsächlich eine Reaktion des gesamten Menschen mit all seinen physischen und psychischen Komponenten auf die Umwelt im weitesten Sinne ist.

Die heutigen Krebstherapien (Chemotherapie, Strahlentherapie) mögen zwar manchmal recht wirkungsvoll sein, aber so lange nicht das ganze Ursache-Wirkungsspektrum einbezogen und ganzheitlich mit dieser Krankheit umgegangen wird, können sie immer nur ein Herumdoktern an den Symptomen und nicht

eine Beseitigung der Ursachen sein.

#### **Welche Verbindung siehst Du zwischen der Genforschung und der Retortenbaby-Produktion und wie schätzt Du das ein?**

Die Befruchtung von Eiern im Reagenzglas und ihre Zurückverpflanzung in den Mutterleib ist ein Ausdruck der immer mehr verwissenschaftlichten Medizin und einer Loslösung der Reproduktionsvorgänge von den Menschen und ihren Beziehungen untereinander. Diese Technik ist eine Voraussetzung für weitere, u.U. genetische Manipulationen am Menschen, wodurch die Verbindung zur Genforschung hergestellt wäre.

Aber darüber hinaus zeigt sich hier auch sehr deutlich die immer stärker werdende Entfremdung des Menschen vom eigenen Körper, von Gesundheit und Krankheit und der eigenen Verfügbarkeit darüber. Das Verständnis dieser Zusammenhänge wird durch ihre technische Manipulierbarkeit auf die Funktionen von Zellen und Molekülen reduziert. Dabei gerät immer mehr aus dem Blick, daß das Entstehen eines neuen Lebewesens mehr beinhaltet als das Zusammenfügen von Ei- und Samenzelle im Reagenzglas. Genauso, um den Bogen zum Anfang unseres Gesprächs zu ziehen, wie zum Entstehen von Krebs mehr gehört als das bloße Entgleisen der Kontrollfunktionen einer Zelle.

*Interview: Irene Stoehr*

**5**  
**LEBEN**  
**MIT**  
**KREBS**

## Plädoyer für Aufklärung

# Für viele Hilfen ist die Prognose Krebs notwendig

Renate Kreibich-Fischer arbeitet seit drei Jahren in der psychosozialen Beratungsstelle für Tumorkranken in einem Berliner Krankenhaus.

Die Ärzte sagen fast generell: Leben Sie so weiter wie bisher. Aber man muß doch fragen – was verändert sich mit der Diagnose und wie kann man dann leben? Ich bin weit entfernt davon, Krebs als Krankheit zum Tode zu bezeichnen. Es gibt da alle Ausprägungen. Aber was mich doch erschüttert, immer wieder, ist, daß man den Sinn für die normale Wirklichkeit verliert. Die Patienten fühlen sich relativ schnell isoliert. Sie müssen sich eine völlig neue Wirklichkeit schaffen, müssen aber gleichzeitig ihren Alltag in diese Wirklichkeit integrieren. Alle anderen drumherum leben so weiter, auch ihre Verwandten, und sie sind bedroht von etwas, wogegen sie kämpfen müssen, was sie immer wieder in Depressionen zurückwirft. Die Patienten merken schnell, daß sie ihre Umgebung damit nicht unbegrenzt belasten können.

Wir betreuen Patienten im Krankenhaus möglichst von der Diagnose ab. Aber die Diagnose, die Aufklärung über Krebs, ist Sache der Ärzte. Das machen wir nicht. In unserem Krankenhaus (Berlin-Moabit) wird fast hundertprozentig

aufgeklärt, aber im großen Rahmen – Bundesrepublik – liegt die Aufklärung bei bösartigen Erkrankungen unter 10 %; knapp zehn Prozent – das finde ich unmöglich. Oft werden dann die Angehörigen aufgeklärt und nicht der Patient oder die Patientin. Und dann gibt's keine echten Verhaltensmöglichkeiten mehr – für beide Seiten. Jeder schont sich – bestimmte Themen werden ausgespart – man kann nicht mehr ehrlich miteinander umgehen.

Unsere Beratung im Krankenhaus ist unabhängig von dem medizinischen Personal. Das ist auch unbedingt notwendig, denn Konflikte für die Patienten entstehen gerade im Bereich Arzt – Patient,

**Frauen,  
die sich  
sehr  
zurück-  
nehmen**

Schwester – Patient. Wir sind der Puffer dafür – es wäre eine Fehlkonstruktion, wenn die dann weisungsbefugt für uns wären. Unsere Arbeit ist keine stringente Therapie, sondern hat von vielen Teilen etwas. Wir müssen uns auf die Patienten einstellen, uns zur Verfügung stellen. Manche Ärzte haben Angst vor Vereinahmung, sie hätten „schließlich ein Privatleben“. Ich habe auch ein Privatleben. Ich habe gerade die Erfahrung gemacht: Je mehr man sich zur Verfügung stellt, umso rücksichtsvoller sind die Patienten. Kontinuität in dieser Arbeit ist wichtig, daß man das, was man verspricht, auch hält. Das muß man sich genau überlegen.

Wir sind Psycho-Onkologen. Wir gehen davon aus, daß bei der Entstehung von Krebs auch psychische Komponenten eine Rolle spielen. Das ist aber nicht allgemeine Lehrmeinung. Ich selbst bin sehr überzeugt davon, daß sowohl bei der Entstehung als auch beim Verlauf und der Prognose der Krankheit die Psyche eine Rolle spielt. Unsere Erfahrungen sind das auch – aber das sind dann halt sogenannte Plausibilitätserfahrungen, das heißt: nichts zum reingeben und hinterher auszählen, also quantitativ beweisen können, wie es gerade die Medizin so gern will. „Ihr mit eurem Psychokram...“

Ich sehe oft diese Eigenschaften: Frauen, die sich sehr zurücknehmen, im-

mer für die anderen da sind, sich selbst immer hintangestellt haben und häufig wenig Konfliktbereitschaft haben. Die erzählen Ihnen die tollsten Geschichten, haben schlimme Dinge erlebt im Laufe ihres Lebens – und gleichzeitig können sie sich nicht vorstellen, daß diese psychische Belastung vielleicht krank machen kann.

Oder da sagt eine: „Ich bin 40 Jahre nicht krank gewesen und jetzt das, diese schwere Krankheit...“ Es ist nicht normal, 40 Jahre lang nicht krank zu sein. Natürlich war sie's zwischendurch mal, aber wenn sie Symptome hatte, hat sie sie untergebuttert. Hinzu kommt – oft – ein sexuell eingeschränktes Leben. Auf Nachfrage z. B. erzählt eine Frau, daß sie mit ihrem Mann nie etwas empfunden hat beim Geschlechtsverkehr – und sie findet es dann vielleicht auch gar nicht bemerkenswert, das ist eben so.

Oft sehe ich bei Frauen, daß sie sich damit rumplagen: Was macht die Familie, wie geht's meinen Kindern, kommt mein Mann zurecht? Das ist ein Verhalten, das sich bei Männern selten findet, daß sie fragen: Kommt meine Frau zurecht, wie geht das ohne mich.

Und außerdem beschäftigen sich die Frauen sehr damit, wie sie dann zu Hause wieder ihre Rolle ausfüllen können. Das hat auch Gründe: Wenn Frauen z. B. nach einer Brustoperation, einer immens belastenden Operation – weil sie eben verstümmelnd ist und weil man trotz dieser Verstümmelung nie weiß, ob es was bringt – wenn sie also dann draußen sind, haben eine Prothese, sehen aus wie vorher, dann setzt ziemlich schnell die Erwartung der Familie ein: Naja, nun bist du wieder gesund, nun mußt du aber auch so sein wie vorher.

Die psychische Reaktion auf diese Operation ist unserer Erfahrung nach zeitlich verzögert. Im Krankenhaus, wenn die Brust abgenommen ist, ist es schlimm, aber sie werden versorgt, es wird sich gekümmert, sie leben im Schutzraum. Nach vier, sechs oder acht Wochen zu Hause kommen dann die Depressionen, und die Familien stehen hilflos vor diesen Zusammenbrüchen. Was ist denn mit der los – die soll sich doch ein bißchen zusammenehmen... „Zusammenehmen“ ist überhaupt so eine Vokabel.

Meine Erfahrung ist, daß die Frauen – obwohl sie die Erkrankten sind, noch den Mann oder die Kinder trösten. Und es ist auch so, daß sie, abgesehen von der Erkrankung, diese Situation auch kennen. Sie haben mit Pflege, mit Zu-

## Krank- heit auch als Chance

wendung, mit Handreichungen immer zu tun gehabt zu Hause. Und wenn der Mann im Bett liegt, ist er völlig abgeschnitten von seiner Rolle als Arbeitsmensch und reagiert viel hilfloser.

Wenn man davon ausgeht, daß die Psyche – neben Umweltfaktoren und konstitutionellen Zusammenhängen – auch verursachend für Krebs sein kann, dann kann ich unmöglich sagen: Leb' so wie bisher. Unsere Therapie zielt im Gegenteil gerade auf Veränderung. Wie die Veränderung aussieht, müssen die Patienten selber leisten und entscheiden. Da gibt's Patienten, die wirklich weiterleben wie bisher, besonders bei den älteren. Bei jüngeren ist sehr oft der Wunsch nach Änderung da. Und von den jungen Frauen wird das oft ganz klar gesagt:

Die merken im Verlauf ihrer Krankheit, daß das etwas mit ihrem Selbst zu tun hat. Viele sagen dann z. B.: Ich will egoistischer sein. Und das finde ich einen richtigen Ansatzpunkt. Oder: Ich will mehr Zeit für mich.

Einen Tag in der Woche mache ich nur Sachen für mich: Schwimmen, Gymnastik, einen Kurs- oder die Krebs-Selbsthilfegruppe. Aber es kommt auch vor, daß jemand sagt: Ich gehe aus der Familie raus – und das ist gar nicht so selten –, ich verlasse Mann und Kinder, ist egal. Wenn ich das jetzt nicht mache, weiß ich, daß ich demnächst wieder krank werde.

Ich will damit nicht sagen, daß dies unbedingt die richtige Lösung ist, aber wenn das von der Frau so radikal gewollt wird, dann ist da ein so starkes Motiv dahinter, daß es richtig ist. Dabei entstehen dadurch ja auch neue Belastungen; die gehen nicht weg in eine andere Sicherheit, sondern in eine totale Unsicherheit. „Ich weiß gar nicht mehr, wer ich bin.“ Man hat das bei jungen Frauen oft, daß sie die Krankheit als ganz starkes Signal empfinden, als Signal und auch als Chance.

Natürlich muß man bei dieser Arbeit auch lernen, Spannung auszuhalten. Spannung aushalten ist z. B. notwendig, wenn ein Patient weint. – Da rennt ein großer Teil unserer Ärzte innerhalb der nächsten zwei Minuten weg – da gebe ich Ihnen Brief und Siegel drauf. Dabei



Renate Kreibich-Fischer

ist Weinen für die Patienten überhaupt keine schlechte Sache.

Wenn ich Arzt bin und Aufklärung machen muß, das ist für beide Seiten wahnsinnig belastend. Wenn ich jemandem sagen muß: Du hast Krebs. Ohne jetzt ungerecht pauschalisieren zu wollen – in der Regel ist der Arzt wirklich darauf bedacht, sich aus der Situation zu retten, am besten hinter'm Schreibtisch – und ja ohne Körperkontakt. Wir haben deshalb Weiterbildung für Schwestern und Ärzte angeboten, aber meistens nehmen das diejenigen wahr, die ohnehin einfühlsam mit den Patienten umgehen.

Oft wollen die Patienten über das Sterben reden, die jüngeren besonders. Die sagen, daß sie sterben werden, und sie wissen das auch. Da gibt es natürlich auch sehr aggressive Phasen dabei – auch gegen uns. Und da muß man sehr aufpassen, daß man sich nicht zurückzieht, weil es auch ein Stück Probe ist: Wie lange hältst du's durch mit mir? Kann ich mich auf dich verlassen? Der Tod gehört eben auch zu dieser Krankheit, auch wenn sie nicht zwangsläufig zum Tode führt. Das darf man nicht verleugnen, und das bedeutet auch für mich, den eigenen Tod nicht zu verleugnen.

Wir haben eine sehr gute Zusammenarbeit mit der nachgehenden Krankenfürsorge, die es bislang nur in Berlin gibt. Das betrifft – wenn die Leute aus dem Krankenhaus kommen – z. B. Haushaltshilfen, fahrbaren Mittagstisch, das betrifft Rentenanträge, Kuren; den Schwerbeschädigtenausweis, mit dem man im Arbeitsprozeß weniger Steuern bezahlt, mehr Urlaub hat und vorrangig bei der Stellenvergabe berücksichtigt werden soll. Und auch schon im Krankenhaus selbst: Beantragung von Perücken z. B. – bei der Chemotherapie verliert man die Haare –. Die Wohnungen sind auch ein wichtiges Problem: Viele können nach ihrer Operation nicht mehr z. B. im dritten Stock wohnen – da hilft der Sozialdienst oft, eine neue zu suchen. Einer Patientin z. B., mit zwei kleinen Kindern, wurde, während sie im Krankenhaus lag, die Wohnung gekündigt, die sollte erst zum 8. Dezember, dann zum 22. Dezember raus – zwei Tage vor Weihnachten. Der Sozialdienst hat dann über's Gericht einen Aufschub erwirkt: Oder das Problem: Daß die Versorgungsämter sehr schnell versuchen, die Patienten auf Rente zu setzen, obwohl ihr Krankengeld noch läuft. Das läuft 78 Wochen und ist immer höher als die Ren-

## Krebs als Er- krankung des Selbst

te. Da muß man den Patienten helfen, ihre Rechte wahrzunehmen.

Aber für all diese Hilfen ist eben die Diagnose „Krebs“ notwendig. Und eine hohe Nicht-Aufklärungsziffer heißt auch, daß anfallende Kosten für Staat und Krankenkassen tendenziell eingespart werden.

Es wundert mich, ehrlich gesagt, daß es gestattet ist, den Patienten die Krebsdiagnose vorzuenthalten. Es wird oft mit Suizid-Gefahr argumentiert, dabei ist diese geringer als in der „gesunden“ Bevölkerung. Bei anderen Krankheiten haben Sie auch das ganze Spektrum an Reaktionen. Sicher, es ist eine schreckliche Krankheit, aber es gibt noch soundsoviel andere schreckliche Krankheiten, und die Stigmatisierung von Krebspatienten hilft wirklich nicht.

Wenn heute durch eine Mammographie festgestellt wird, da ist ein Knoten in der Brust, dann wird in der Regel vorgeschlagen: Morgen wird operiert. In solchen Fällen sollte die Frau ein paar Tage Ruhe einlegen, sollte mit Leuten sprechen, Beratungsstellen nutzen. Man kann als Patientin sagen: Selbst wenn ihr bei dem Schnellschritt seht, daß es bösartig ist, ich will wieder zugemacht werden und dann noch einmal überlegen können. Das kann man verlangen, und das wird dann auch gemacht – aber mit Murren. Die Ärzte finden das nicht schön – aber sie machen's dann.

Wenn man Krebs als „Erkrankung des Selbst“ ansieht und als den ganzen Menschen betreffend, sollte man sich eigentlich nicht damit begnügen, den „Herd“ herauszuschneiden. Wenn ich sage: Geist, Psyche und Körper gehören zusammen dann konzentrieren sich vielleicht in der Brust bestimmte Dinge, unbewältigte

Konflikte, oder einfach: Es ist eine Schwachstelle.

Daß es gut wäre, „nur“ die befallene Stelle wegzuschneiden, wird zu einem Mythos. Diesem Mythos unterliegen aber natürlich beide: Arzt und Patient. Die Patienten spüren nach den Operationen oft genug Erleichterung.

Ich glaube, daß die Brust ein besonders empfindliches Organ ist und von daher auch Anzeiger für unterdrückte Konflikte und Belastungen sein kann, was natürlich auch hormonelle Veränderungen bringt. Das ist ein heikles Thema, und wir befinden uns da absolut auf Glatteis. Man kann nur Hypothesen aufstellen und meine wäre: Daß heute Frauen auch zunehmend männlichen Belastungen ausgesetzt sind, und die Brust als für die Psyche besonders empfindliches Organ gewertet werden kann; so wie wir Frauen, wenn wir Belastungen ausgesetzt sind, häufiger Schmerzen im Unterleib bekommen, kriegen wir eben auch Schmerzen in der Brust.

Warum soll die immer selbstverständlichere Berufstätigkeit von Frauen, zusätzlich zu den Arbeiten zu Hause und den daraus entstehenden Rollenkonflikten nicht auch da eine Bedeutung haben. Ich meine damit nicht, Frauen sollten nicht berufstätig sein, nur: Über die Belastung sollte man sich im klaren sein.

Wir haben im Moment in den Selbsterfahrungsgruppen Leute, die sagen: Warum denn Chemotherapie, warum denn Bestrahlungen, warum diese harten Therapien – da gibt's doch Alternativen, also die Mistelpräparate Iscador, Helixor... Nach meiner Erfahrung würde ich niemandem empfehlen, einfach allein darauf zurückzugreifen. Ich würde sagen, die alternativen Therapien sind prima als Ergänzung, zur Immunbehandlung, zur Stabilisierung – und wenn man dran glaubt, ist es auch gut. Aber die Alternative sollte nicht heißen: Diät oder Chemotherapie.

*Renate Kreibich-Fischer*

# Es gibt keine Regel

Waltraut Ruf, 65 Jahre alt, früher MTA, hat vor fünf Jahren angefangen, krebserkrankte Frauen zu beraten. Sie hatte im Septemberheft der *Courage* von 1980 einen Artikel über ganzheitsmedizinische Beratung in Zusammenhang mit Krebs geschrieben, woraufhin das Telefon bei ihr nicht mehr aufhörte zu klingeln. Noch heute bekommt sie Anrufe, die sich auf diesen Artikel beziehen. Die Erfahrungen, die sie in diesen Beratungsgesprächen gewonnen hat, haben sie zu einer ungewöhnlich angstfreien Haltung gegenüber dem Krebsproblem geführt. In Streiflichtern stellt sie hier ihre Position dar.

Foto: Catherine Cremieu



Waltraut Ruf

## Selbsthilfegruppen

In den letzten Jahren hat sich in Berlin das Wesen der Krebs-Selbsthilfegruppen bekannt gemacht. Zur Zeit existieren 15 Gruppen, von denen man sagen kann, daß sie alle Krebsarten beinhalten und über alle Berliner Bezirke verstreut sind.

Es hat so in Berlin jede/r Krebskranke und Gefährdete Möglichkeit, sich einer Gruppe anzuschließen – oder auch nur Informationen oder Beratung einzuholen. Allerdings hat sich erwiesen, daß auch das Gruppenwesen begrenzt ist. . . für diejenigen vor allem, die Ansprüche stellen. Alles ist und bleibt Menschenwerk und Enttäuschungen werden nicht ausbleiben. Trotzdem ist es für viele – glaube ich – überhaupt noch eine der wenigen Möglichkeiten, aus menschlicher Isolation herauszukommen.

Die Vorstellung, daß eine Gruppe zusammenwächst, daß sie sich im Falle einer Schwersterkrankung bis zum Tod unablässig um ihr Gruppenmitglied kümmert, ist imaginär. Es geht aber auch nicht an, die Aufgabe auf die Gruppenleiterin/leiter abzuwälzen. Ich habe beobachtet, Sympathien und Antipathien spielen innerhalb der Gruppe eine so große Rolle, daß es nicht möglich ist, eine allgemeine Zuwendung und ein Sichweiterhelfen in Krisenzeiten aufzubringen. Was soll dann der Sinn einer Gruppe?

Bei völliger Freiheit des Kommens und Gehens ein reger Erfahrungsaustausch in allen krankheitsbedingten Bereichen, Sprechen über krankheitsbedingte Probleme unter Betroffenen gleicher Art, wobei auch manchmal Freundschaften zustandekommen, die, besonders für Alleinlebende, sehr wertvoll sein können.

## Information und Beratung

**E**s ist wichtig, daß immer mehr Leiter/innen von psychosozialen Beratungsstellen und Gruppenleiter/innen von Selbsthilfegruppen für Krebskranke und Gefährdete ihre Erfahrungen sammeln und sie auch informierend und beratend weitergeben. Solche Informationen und Beratungen können manchmal schicksalhaft sein.

Mich rief eines freitagsabends eine jüngere Frau aufgeregt an und sagte mir, daß sie zu kommendem Montag in einem Berliner Krankenhaus ein Bett reserviert hätte und daß man ihr – es wäre alles mit dem Chirurgen besprochen – beide Brüste operieren wolle: die eine, weil sie einen Knoten mit verdächtigem Mammographie-Befund hätte, und die andere gleich dazu, mit dem Endergebnis: zwei neue schönere mit Kunststoff gefüllte Brüste – nicht mehr so groß und schwer wie vorher.

Ich riet ihr dringend, erst noch einen mir bekannten Berliner Brustspezialisten zu konsultieren, und wir kamen auf die Idee, das Bett zum Montag erstmal abzusagen – wegen plötzlich sich eingestellt habender Grippe. Gesagt – getan.

In wenigen Tagen hatte sie bei diesem hier bekannten Mann, dessen menschlich positive Seite ebenso angesehen ist, wie seine Erfahrung und sein Können, einen Termin. Und das Ende vom Lied war (sie hatte es mir glücklich sofort telefonisch mitgeteilt), daß nach gründlicher Kontrolle kein Grund zur Operation weder der einen noch der anderen Brust vorlag.

Wie gesagt: Informationen sind wichtig – sehr oft vor geplanten Operationen und sehr oft hinterher vor der Nachsorgebehandlung.

Einer Frau aus meiner Gruppe wurde wegen eines positiven „Paps“ (Krebsabstrich) der Uterus (Gebärmutter) entfernt. Man riet ihr sofort nach der Operation, obwohl im Operationsmaterial histologisch keine Krebszellen mehr gefunden wurden, „vorbeugend“ zu einer Radiumeinlage. Wir besprachen das – ich nannte ihr einen erfahrenen Nuklearmediziner, den sie dann aufsuchte. Sein Rat: Radiumeinlage auf keinen Fall – völlig unnötig! Wofür sie sich entschied.

Da es bei Krebs stets um alles geht, sollte man vor und auch nach der Operation immer noch ein oder zwei andere Spezialisten aufsuchen (die privaten Rechnungen sind nicht höher als eine Coiffeurbehandlung für die Haare). Erfreulicherweise geben auch diesen Rat die Autoren des Krebshilfe-Ratgebers Teil 1 (siehe Krebsliteratur).

## Erfahrungen mit Bestrahlung und Chemotherapie

**N**ach Operationen und in inoperablen Fällen sind nach wie vor die Therapien der Wahl: Bestrahlungen, Chemotherapie, früher auch beides zusammen. In letzter Zeit arbeitet man viel vorbeugend mit Chemotherapie, d.h.: nach der Operation, wenn noch keine Metastasen nachgewiesen werden konnten. Leider haben Berliner Gruppenleiterinnen und ich im Laufe der Jahre beobachten können, daß trotzdem oft, und häufig recht bald nach der Operation Metastasen auftreten und nicht selten mit schlechtem Verlauf.

Ich nahm einmal an einem Referat des Berliner Ärztekongresses „über die Chemotherapie und ihre Nebenwirkungen“ teil. Niemals hörte ich so unverblümte Reden, Fragen und Antworten wie bei jenem Kongreßreferat unter Medizinern! Ich dachte, ob sich wohl die betroffenen Patienten, wenn sie das hörten, trotzdem dazu entschließen könnten? Beispiele der Toxizität (Giftigkeit), die ich mir dabei aufschrieb: Knochenmarktoxizität – Skelettmetastasen – Krämpfe – Neurotoxizität – ernste Wesensveränderungen – Psychose – Herzinsuffizienz – Hypercalcämie – Schilddrüsenentgleisungen – Einschränkung von Organfunktionen wie Leber, Niere.

Ich habe weit mehr Negatives bei Chemotherapie erfahren, als bei Bestrahlungstherapien. Natürlich weiß ich, daß Fachleute ihre speziellen Auswertungen mit Zellart und Stadium des Krebses haben und entsprechend danach ihre Therapie: Bestrahlung-Chemotherapie. Ich kann jedoch aus meiner Beobachtung feststellen, daß auffallend mehr Besserungen und Heilungen durch Bestrahlungen eingetreten sind.

## Ganzheitstherapie

**M**eine eigenen Erfahrungen mit dem Mistelpräparat „Iscador“ sind enttäuschend. Im Moment wird dieses Medikament überaus hochgespielt. Viele wenden es an, um dann doch ihre Metastasen oder Rezidive zu bekommen. Manche spritzten es sich vorbeugend, weil ein anthroposophischer Bluttest einen Krebs vorhersagte, der dann tatsächlich eintraf, trotz prophylaktischer Iscadorgaben.

Ich kenne aber genug junge anthroposophische Ärzte, die gar nicht Krebsheilung in die Mistel hineingeheimnissen wollen, sondern das Mittel zur Erhöhung der Lebensqualität einsetzen und oft zum Leichtersterbenkönnen.

Im Gegensatz zu den „Nichtheilerfolgen“ hörte ich viel über Krebs-Endzustände, die durch Mistel unsagbar gemildert werden konnten.

All den Iscador-Fans möchte ich aber raten, von Zeit zu Zeit einen Leberstatus machen zu lassen – es können Leberschädigungen vorkommen und man muß das Mittel dann sofort absetzen.

Die seit Jahren in der *Ganzheitsmedizin* z.B. angewandten Mittel bei Krebs sind:

**Wobe-Mugos:** ein Gemisch aus pflanzlichen und tierischen Enzymen. Die proteolytischen Enzyme bestehen aus Rinderpancreas, Kalbsthymus usw. Das Medikament soll die fibrinolytische Aktivität des Blutes steigern — es soll außerdem eine selektiv-onkologische Wirkung erzielen. Von der gleichen Firma gibt es auch das hervorragende, schon recht bekannt gewordene **Wobenzym** (heute schon in jeder Apotheke erhältlich) mit Pankreatin, Papain, Bromelain, Lipase, Amylase, Trypsin usw. gegen verschiedenste Entzündungsformen, Durchblutungsstörungen, schlecht heilende Wunden usw.

**Elpimed:** ein eiweißfreies Produkt aus ungesättigten Fettsäuren — es soll eine Aktivierung des weichen Bindegewebes bewirken und so die normale Reaktionslage des Vegetativums wieder herstellen.

**Mes-Acton:** ein Extrakt aus mesenchymreichen Organen von Jungtieren — es soll das Mesenchym (=embryonales Bindegewebe) und das Gefäßbindegewebe-System aktivieren und den Allgemeinzustand verbessern.

**Polyerga:** ist ein Präparat, das eine Wachstumshemmung durch Gärungssenkung (gärungssenkendes Polypeptid) bewirken soll.

**Neytumorin:** aus Glandula pinealis, Leber, Milz, Pankreas usw., es soll die endogene Krebsdisposition herabsetzen.

**Revitorgan-Präparate:** sind organspezifische Zellextrakte aus Jungtieren, die Nukleinsäuren, Nukleoproteide usw. enthalten.

**Resistocell:** aus fetalem Mesenchym von Schafs feten, Heparin und salzfr. Polysaccharid-Dextran. Es ist ein Immuntherapeutikum zur Stimulierung der Abwehr bei chronischen Erkrankungen und bösartigem Wachstum.

**THX:** Thymusfrischextrakt wird angewandt zur Erhöhung der Abwehrkräfte und zur Immunstimulierung.

Auch die bekannten „**Heelpräparate**“ der biolog. Heilmittelfirma Heel werden von Ganzheitsmedizinern für die Nachbehandlung von Krebs verwendet.

**Überwärmungstherapie:** d.h. künstliche Fiebererzeugung (verabreicht auch kombiniert: Fieber- mit Chemotherapie-Stoß) zur Abtötung möglichst vieler Karzinomzellen bei sehr hohen Temperaturen.

**Blutwäsche** mit ozonangereichertem Eigenblut.

**Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie** nach v. Ardenne, Dresden — es laufen z.Zt. in der BRD Studien, ob krebsbeeinflussende Wirkung nachgewiesen werden kann.

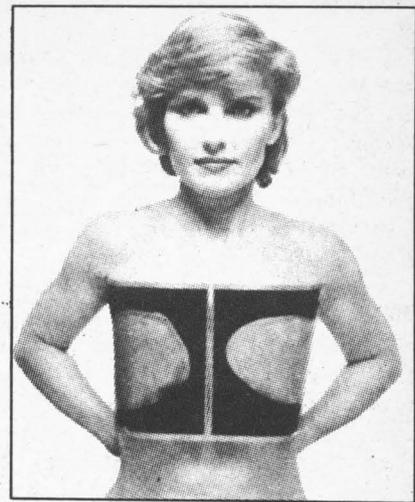


Foto: Röhm Pharma

*Die Entdeckungsquote von Brustkrebs mit Hilfe der Platten-Thermographie (im Bild) liegt nach einer Studie von Marburger Ärzten bei 94%, wenn die Tumore bereits größer als 1 cm waren.*

*Das Wärmebild der Brust gibt funktionelle, entzündliche und bösartige Veränderungen wieder. Bei auffälligen Veränderungen können beliebig viele Thermoaufnahmen gemacht werden, weil sie völlig unschädlich sind. Zur Absicherung des Ortes und der Tiefe des Tumors empfehlen auch diese Ärzte eine Mammographie.*

*Noch wird die Thermographie im Gegensatz zur Mammographie über die kassenärztliche Gebührenordnung nur in dem Fall abgerechnet, wenn ein „abklärungsbedürftiger Mammographiebefund“ vorliegt.*

### Ganzheitsmedizinisch geführte Kliniken

Die anthroposophischen Kliniken arbeiten speziell mit anthroposophischen Medikamenten und Therapien. Einige Häuser haben auch Onkologen, die u.a. Chemotherapie mit Misteltherapie kombiniert anwenden. Viele Kranke, die ich kenne, sind schon in einem dieser Häuser stationär behandelt worden. Man hört Gutes — besonders immer wieder im menschlichen Bereich — und Freude über die dargebotenen Therapien wie Malen, Musizieren und Eurhythmie. Es wird bedauert, daß es in Berlin noch keine anthroposophische Klinik gibt. Aber eine Abteilung für natürliche Heilweisen hat das Berliner Virchow-Krankenhaus.

In der BRD gab es früher die Berchtesgadener Krebsklinik von Prof. Zabel; die Ringbergklinik von Dr. Issels in Rotach-Egern und zuletzt in Bad Wiessee und die Elbeklinik von Dr. Rogozinski. Sie existieren nicht mehr.

Das Sanatorium Urbachtal, das krebserkrankte Frauen im Zuge der Festigungskuren aufnimmt, hat außerdem unter Leitung von Dr. Bartsch eine Klinik für internistische Tumorthherapie — auch

von diesem Haus hört man Gutes — es ist möglich, dort über seine Krankenkasse stationär eingewiesen zu werden. Eine Krebsklinik gibt es in der Schweiz, es ist die anthroposophische Lucasklinik in Arlesheim bei Basel.

Kranke Menschen interessieren sich immer mehr für ganzheitsmedizinische Praxen. Diese können aber der Nachfrage nicht gerecht werden, weil es zu wenig gibt. Ein großer Teil sind Privatpraxen, die für einen Normalbürger nicht erreichbar sind. Ich hoffe aber, daß sich das Bild durch die nachrückende Medizinergeneration ändert, die sich mehr und mehr (durch viel Unbehagen während der Studien- und Lehrjahre) auch für andere außerschulmedizinische Verfahren einsetzt.

Man kann nicht alles mit Naturheilkunde, Akupunktur o.ä. heilen. Ich möchte aber sagen: vieles. Diejenigen sind gut daran, die einen tüchtigen Hausarzt haben, der mit Erfahrung und Geschick weiß, wo die Grenzen einer biologischen Behandlung gesetzt sind! Fanatismus, Nichts-Annehmen- und Ausderhandgeben-wollen, Arroganz und Herabziehen des anderen Lagers, sind Zeichen für einen Arzt, dem man sich nicht

anvertrauen sollte! Hier wie dort!

In vielen Krankheitsfällen stehe ich seit 15 Jahren zur Ganzheitsmedizin und könnte manches Gute aus eigener Erfahrung berichten. Im Falle **Krebs** habe ich arge Enttäuschungen erlebt und erkennen müssen, daß es keine Krebstherapie gibt! Es ist immer und auf jeden Fall für die/den Krebskranken zuträglich, sich der natürlichen Heilmethoden zu bedienen — viele in unseren Berliner Gruppen (und immer mehr!) und ich selbst von Anfang an — tun es. Ich glaube, daß diese sehr positiv die Lebensqualität beeinflussen.

Es gibt **ü b e r a l l** Fälle von Krebsheilungen oder auch sogenannte Spontanheilungen. Sie können sich zeigen nach einer Chemotherapie, nach einer Bestrahlungsserie, nach einer Reise nach Lourdes oder auf die Philippinen, nach einer Ganzheitsbehandlung, nach einer Psychotherapie, nach Einnehmen von unglaublichen, angeblich altüberlieferten Stoffen wie z.B. Petroleum, oder nach einem „Überhauptgarnichtsdafür-tun“. Bisher wissen wir noch nichts über den Auslöser dieser Heilungen — sollte es weiter nichts, als unsere ureigenste Lebenskraft sein?

## Statistiken

**W**ir leben im Zeitalter der Statistiken und so wird auch bei allem Hin und Her über angebliche Krebsursachen das Moment Statistik ungeheuer hochgespielt. Es ist schon interessant, das beweisführende Material von jeweiligen Krebsursachenverfechtern und Krebstherapieverfechtern zu studieren.

Vertiefe ich mich in die „Krebswelt“ mit ihren Statistiken über Vergiftungsmöglichkeiten und Tatsachen jeglicher Art, so bin ich nach diesem literarischen Beweismaterial felsenfest von der Richtigkeit der Auffassung „Krebs entsteht durch unzählige Noxen“ überzeugt. Zu nennen: Chemikalien, Zigarettenrauch, Naphtylamin-Asbest-Vinylchlorid als Berufsschädigung, Chlornaphazim-Stilböstrol-Östrogen-Teersalbe-Phenacetin usw. in medizinischen Erzeugnissen, Er-

nährung, physikalische Einwirkungen wie ionisierende Strahlung, Sonnenlicht, Abbau der Ozonschicht im Kosmos durch Luftverunreinigung, Viren, Parasiten usw. usw.

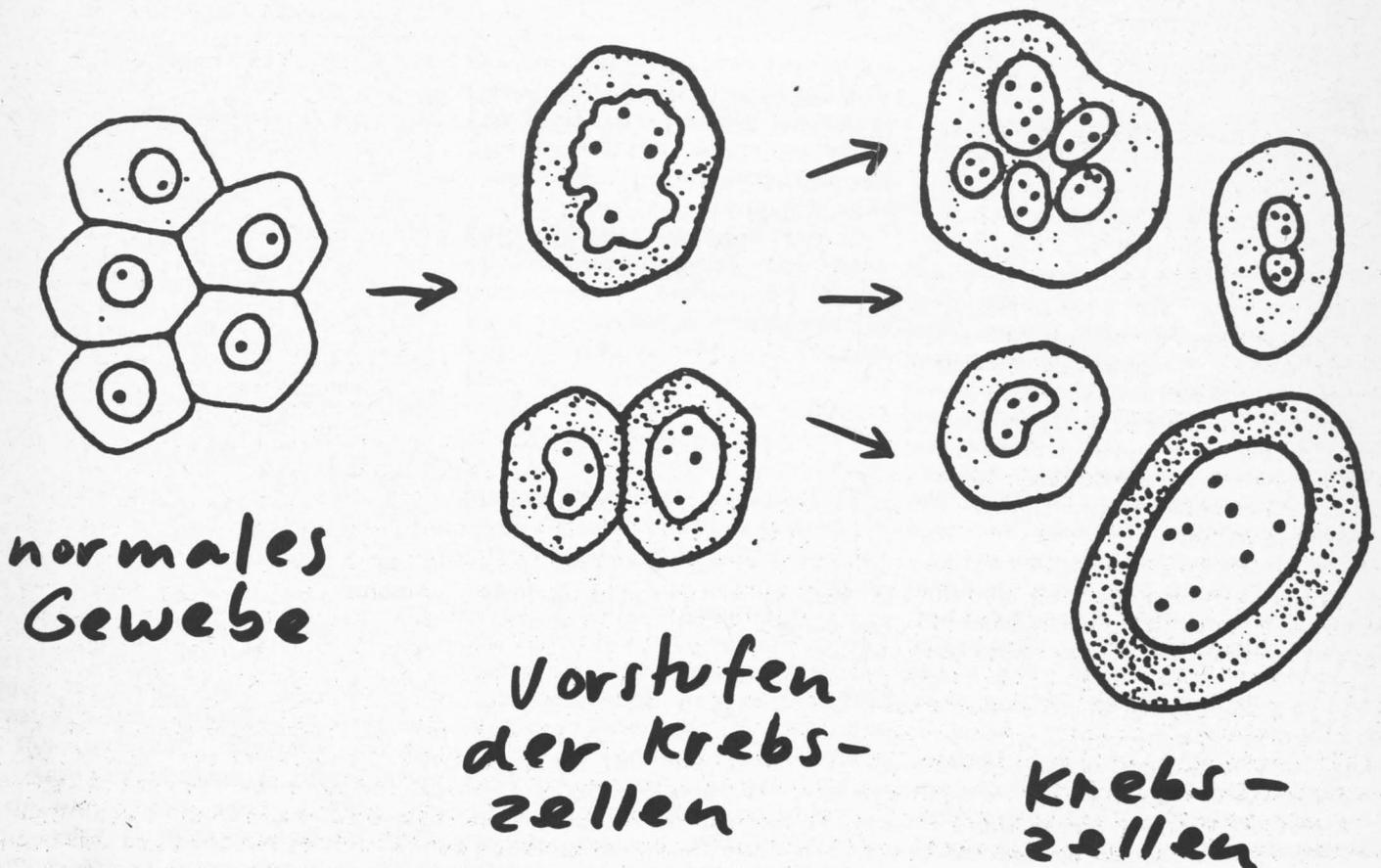
Lese ich nun Bücher von z.Zt. bekannten Psychologen über „die psychische Situation der Krebskranken“ und über der Weisheit letzten Schluß: „die Krebspersönlichkeit“, fehlen auch hier die Statistiken nicht.

Weiter geht es: fesselnd finde ich auch die Ausführungen von Wissenschaftlern über bestimmte hohe Krebsvorkommen in Staaten und Landstrichen. Ja – schon jeder Erdteil hat sein eigenes Krebsproblem. Amerika und vereinigttes Königreich mit Lungenkrebs,

Japan mit Magenkrebs, Australien mit Hautkrebs, Asien mit Mundkrebs, einige Teile Afrikas mit Leberkrebs und einem Kinderkrebs – Ägypten mit Blasenkrebs.

Die niedrigste Sterbeziffer an Krebs in Europa soll Italien haben (trotz des großen Weißbrotkonsums), die höchste Österreich mit seinen grünen Landstrichen und Gebirgen.

Nun gibt es Forschergruppen, die behaupten: Japaner, die von Japan nach Amerika ziehen, verringern ihr großes Magenkrebsrisiko – und japanische Frauen, die in die USA ziehen, erhöhen ihr Brustkrebsrisiko, das in Japan verhältnismäßig niedrig ist. Es gibt aber auch Statistiker, die bei jenen Zugereisten gerade das Gegenteil festgestellt haben wollen.



## Baubiologie und Geobiologie

Ich halte viel davon, in einem baubiologisch günstigen Haus in einer baubiologisch günstigen Wohnung zu wohnen und achte auf jeden Fall darauf, weder über einer Wasserkreuzung noch über einer Bodenverwerfung zu schlafen oder zu arbeiten. Auch hier gibt es interessante Literatur – und wer beendet nicht Käthe Bachlers „Erfahrungen einer Rutengängerin“ mit dem Vorsatz, bald seine Wohnung von einem fachgerechten Rutengänger (Radiästhesist) überprüfen zu lassen. Zwar gibt es auch hier Fanatiker, die laut Statistik „Krebshäuser mit Krebschlaflplätzen über Generationen“ (z.B. alte Bauernhäuser) und in Städten „Krebsstraßen“ nachweisen wollen. Andere behaupten, es gäbe keinen Krebskranken, der nicht längere Zeit auf einem unterstrahlten Platz geschlafen hätte – oder daß die Ursache des Krebses nur von Erdstrahlen herrühren.

Prof. Oeser erklärt das fortwährende Ansteigen von Krebs im Zusammenhang mit dem Ansteigen der Lebenserwartung (wobei er auch andere hinzukommende Faktoren keineswegs ausschließt) Die Germanen hatten eine Lebenserwartung von durchschnittlich 25 Jahren. Noch die letzte Jahrhundertwende wies in Europa eine durchschnittliche Lebenserwartung von 45 Jahren auf. Seit Anfang des 20. Jahrhunderts steigt und steigt unsere Lebenserwartung und mit ihr die Krankheit Krebs, die sowieso als eine Krankheit des älteren Menschen zu betrachten sei. Zu beachten sind hierbei noch die „Todesursachen früherer Zeiten“, die als nicht erkannter Krebs z.B. unter Schwindsucht, Altersschwäche usw. einaetragen wurden.

So Krebs: ausgelöst durch Umwelt –  
So Krebs: ausgelöst durch psychische Momente –  
So Krebs: ausgelöst durch geographische Begebenheiten –  
So Krebs: ausgelöst durch Erdstrahlen –  
So Krebs: ausgelöst durch die veränderte Lebenserwartung der Menschheit.

## Resümee

Vor fünf Jahren war ich in Berlin die erste, die mit Krebskranken über Ganzheitsmedizin sprach und die eine Krebsfrauengruppe im ganzheitsmedizinischen Sinn gründete. Inzwischen ist vieles auf fruchtbaren Boden gefallen. Nur habe ich feststellen müssen, daß sich teilweise daraus eine Euphorie in Sachen „natürliche Heilweisen und Krebs“ ausgebreitet hat. Und da wären wir wieder bei einer neuen Gefahr: einseitiges, kritikloses Hinnehmen!

In der Schulmedizin sind es die Zeit und das System, die soviel Fehlerhaftigkeiten und Unmenschlichkeiten hervorrufen, und nicht immer sind nur die Ärzte in ihren Praxen oder in ihrer Krankenhausstätigkeit daran schuld. Es gibt nirgends nur Gute und Böse. Und ich treffe im Lager der sogenannten Außenseiter die gleichen Menschen. Ebenda mit den gleichen Fehlern und Schwächen!

WIR MÜSSEN WACH SEIN UND IMMER WIEDER VERSUCHEN, UNSERE PHYSIS UND PSYCHE KENNENZULERNEN UND HERAUSFINDEN, WAS UNSEREM ICH GUT TUT, WAS UNSEREN KÖRPERLICHEN UND SEELISCHEN BEDRÄNGNISSEN HILFT!

Das allein und dazu eine Prise gesunden Menschenverstands sollte uns in die Lage bringen, SACHLICH an alles heranzugehen.

Die Beschimpfungen und Beleidigungen zwischen Schul- und Ganzheitsmedizinern halten sich die Waage. Da aber die Schulmedizin, weil nicht zur finanzschwachen Minderheit gehörend, viel mehr Aussagekraft durch die Medien hat, kann sie wohl auch mehr anrichten. Z.B. sind die „Krebshilfe-Ratgeber“

Teil 1 und Teil 2 von Dr. M. Scheel und Dr. J. Aumiller empfehlenswert in ihrer Aufklärung und Information.

Trotzdem hätten in ihrem Kapitel „Außenseiter-Methoden in der Krebsbehandlung“ Teil 2 einige Sätze anders ausfallen können! Sie schreiben u.a. auf Seite 85 über die Patienten, die „ausreisen“ und sich auf Quacksalber, Heilpraktiker oder Dr. meds. in Gänsefüßchen einlassen. Diese „Dr. meds.“ sind u.a. aus der Schulmedizin hervorgegangen und haben zum Teil auch heute noch Lehrstühle oder Chefarztposten inne. Darunter sind bekannte Namen, die zusätzlich im außerschulmedizinischen Bereich forschen und Erkenntnisse erarbeiten, wie Krokowski, Wrba-Wien, Landsberger, Ries-München, Hackethal, Douwes, Block, Hausbrandt-Bozen, Schlitter-Berlin, Meyer-Langsdorff, Anemüller usw.

Eine vom Senator für Gesundheit und Umweltschutz 1976 herausgegebene Broschüre heißt: „Krebs – ein Problem der sozialen Arbeit“. Die Autorin schreibt u.a. auf Seite 26: „Elida Evans studierte 100 Krebskranke mit Hilfe der Jungschen Tiefenpsychologie. Dabei stellten sich bei der Mehrzahl der Kranken vor Ausbruch der Erkrankung Verluste nahestehender Objektbeziehungen heraus; des weiteren, daß Karzinomkranke unfähig seien, ihre aufgestauten Konflikte adäquat zu entäußern. Im Gefolge einer damit verbundenen Entsagungshaltung wird die Energie nach innen gerichtet, das zentrale psychische Problem wird als ein Auf-sich-selbst-zurückgeworfen-sein gesehen. So Elida Evans.

Diese Ansicht wurde von Dunbar bestätigt; der Krebskranke sei zwar nach außen hin ein glücklicher Mensch, hinter dieser Fassade verbergen sich jedoch Unsicherheiten und Selbstwertzweifel. Ein Zusammenhang zu den Untersuchungen zur Persönlichkeit der Krebskranken von Le Shan ist hier zweifelsohne zu erblicken“.

Zu „vor Ausbruch der Krankheit“ frage ich, was heißt das bei Krebs? Hierin liegt eine Unsicherheit, weil es einen „Ausbruch“ bei Krebs gar nicht geben kann. Krebs wird bei jedem: irgendwann, durch Zufall, durch Selbstkontrolle, durch Schmerzen oder eine Vorsorgeuntersuchung entdeckt. Das geschieht in den verschiedensten Stadien der Krankheit. Das „Ausbrechen“ kann hier, wie z.B. bei einer Infektion mit Inkubationszeit niemals festgelegt werden, es ist angewiesen auf den Zufall der Entdeckung. Also kann von einem bestimm-

ten Merkmal „vor Ausbruch der Krankheit“ nicht die Rede sein! Ich möchte zu dieser Studie Oeser zitieren: „Epidemiologische Studien besitzen nur dann einen Aussagewert, wenn die Vergleichskollektive nach den Richtlinien von Koller hinsichtlich Struktur, Beobachtungskriterien und Repräsentation gleich, damit vergleichbar sind.

Prospektive und retrospektive Erhebungen benutzen Fragestellungen, die zum Zeitpunkt der Erstellung auf den herrschenden Lehrmeinungen aufbauen, zudem von subjektiven Einstellungen beeinflusst, wenn nicht sogar mitgestaltet werden. Die psychologische Position des Untersuchers zum Problem selbst wirkt sich mitbestimmend auf die Ergebnisse aus; mit der Statistik wird ein Standpunkt vertreten“.

Und Susan Sontag: „Die Krebspatienten des 19. Jahrhunderts bekamen die Krankheit, so nahm man an, als Ergebnis von Überaktivität und Überanspannung. Sie schienen voller Emotionen zu sein, die niedergehalten werden mußten. Als Prophylaxe gegen Krebs legte ein englischer Arzt seinen Patienten nahe, ihre Kraft nicht zu überschätzen und die Unbilden des Lebens mit Gleichmut zu ertragen, vor allem anderen aber keinerlei Kummer nachzugehen.

Solche stoischen Ratschläge sind mittlerweile ersetzt durch die Empfehlung zum Selbstausdruck, vom Sich-aussprechen bis hin zum Urschrei. Im Jahre 1885 pries ein Bostoner Arzt denjenigen, die offenkundig gutartige Tumoren in der Brust haben, den Vorteil, den es hat, heiter zu sein. Heute würde man dies als Ermutigung zu gerade der Art von emotionaler Abkapselung auffassen, die mittlerweile als krebsfördernd gilt.

Die Beobachtungen des 19. Jahrhunderts unterminieren die Anschauungen des späten 20. Jahrhunderts jedoch eher, als daß sie sie unterstützen – sie sprechen von einem manischen oder manisch depressiven Charaktertyp, der nahezu das Gegenteil des verlorenen, sich selbst hassenden, gefühlarmen Wesens, der heutigen Krebspersönlichkeit, ist.

So weit ich weiß, hat kein Onkologe, der von der Wirksamkeit der Polychemotherapie und Immuntherapie bei der Patientenbehandlung überzeugt ist, mit zu den Fiktionen über eine spezifische Krebspersönlichkeit beigetragen.

Unnötig zu sagen, daß die Hypothe-

se, Kummer ziehe die immunologische Abwehrbereitschaft in Mitleidenschaft, wohl kaum dasselbe ist wie die Anschauung, daß Gefühle Krankheiten verursachen, und noch weniger einen Beweis für den Glauben liefert, daß spezielle Emotionen spezielle Krankheiten erzeugen können. Die Mutmaßungen der jüngsten Zeit über den modernen Typ des Krebscharakters finden ihren wahren Vorgänger und ihr Gegenstück in der Literatur über Tuberkulose, wo dieselbe, in ähnliche Termini gefaßte Theorie, lange im Umlauf war“.

Soviel über die psychologischen Studien und deshalb soviel, weil ich meine, daß wir uns erschreckenderweise in einer Hochzeit des Stigmatisierens befinden ... Türken ... neuerdings schon wieder: Homos. ... Feministinnen. ... Krebspersönlichkeiten. ...

Zu meiner Erfahrung mit den verschiedensten Behandlungsarten abschließend noch einmal: ich glaube an keine „Krebstherapie“, weil es bisher und wahrscheinlich auch weiterhin kein durchgreifendes Heilmittel, von dem man wenigstens sagen könnte, daß es eine Heilchance von über 50% aufweisen kann, in allen Ländern der Erde gibt.

Die Chemotherapie soll 20-30% Heilerfolge haben, wobei die Frage ist, wie lange sie anhalten – die Ganzheitstherapie soll ca. 16-17% Heilerfolge aufweisen können, wobei ebenfalls die Frage ist, wie lange sie anhalten. Zieht man von diesen Prozentzahlen noch die Zahl der „Selbsteiler“ ab, d.h. der Betroffenen, von denen man nicht weiß, WAS sie geheilt hat oder ob sie sich letztendlich selbst geheilt haben, so bleibt eine klägliche Prozentzahl bestehen.

Bei all jenen, die mit ihrem Krebs alt geworden sind, d.h. die ihn 20, 30 Jahre und mehr überlebt haben, konnte ich nichts Gemeinsames herausfinden. Auf jeden Fall wußten sie noch nichts von der modernen Psychologie und waren meist nicht in der Lage, ihr Leben zu verändern, auch wenn sie es sich vielleicht gewünscht hätten. Der Begriff Krebs war „tabu“ und demnach haben ihn die Kranken mehr oder weniger verdrängen müssen. Sie leben.

So: nichts Neues – nichts Tröstliches. In letzter Zeit frage ich mich immer häufiger: Kommt ein Mensch mit einer biologischen Lebensuhr zu Welt? Gibt es eine Lebenskraft, die letztendlich über Leben und Tod entscheidet?

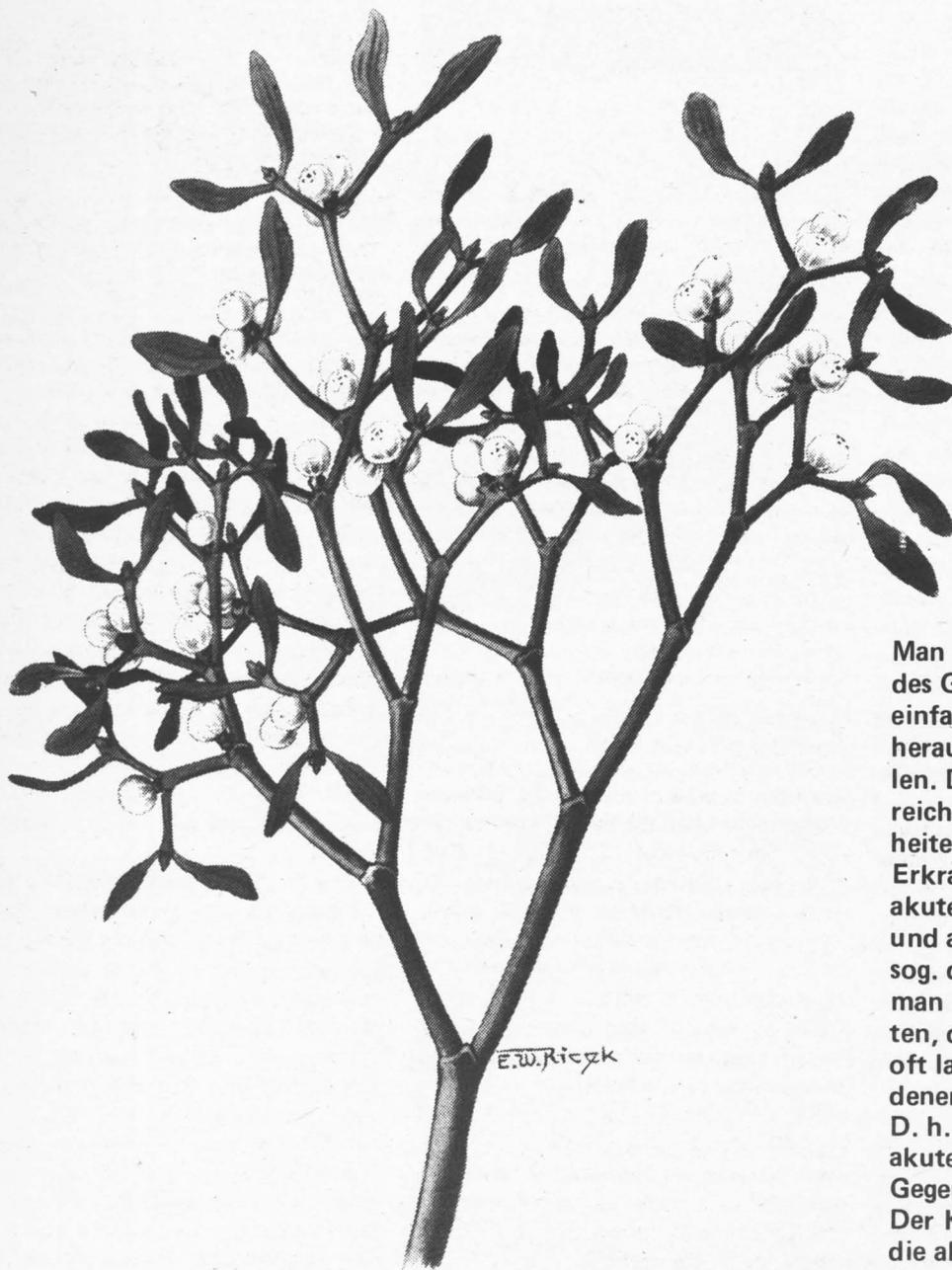
Waltraut Ruf

Beratungs-Tel.: 030/853 18 64

6  
HEIL-  
ODER  
HILFS-  
MITTEL

# Die Mistel.

Wenn die Chemie versagt.



Man kann aus den Krankheiten des Gesamtorganismus etwas vereinfachend zwei große Gruppen herausgreifen und gegenüberstellen. Da ist einerseits die umfangreiche Gruppe der Infektionskrankheiten, d. h. der akut entzündlichen Erkrankungen, die mit Fieber und akuten Erscheinungen einhergehen, und andererseits die Gruppe der sog. degenerativen, abbauenden, man kann sagen kalten Krankheiten, die zunächst ohne Fieber und oft lange unbemerkt bleiben, zu denen man den Krebs zählen muß. D. h. Fieber und Entzündung, akute Abwehrreaktionen sind die Gegenspieler der Krebserkrankung. Der Krebs auf der einen Seite und die akute Entzündung auf der anderen sind als Gegensätze, als Polaritäten anzusehen.

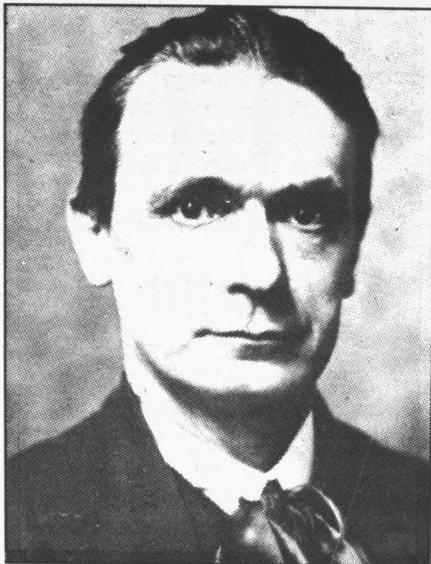
Wo der Krebs wächst, ist zunächst keine Entzündung, es fehlen der Schmerz, Wärme, Rötung, die typischen Entzündungszeichen. Es herrscht Ruhe, man sagt die Ruhe des Kirchhofs, was ja die Früherkennung dieser Krankheit so sehr erschwert. In der Schilddrüse z. B. sind die sog. kalten Knoten, d. h. solche Gewebewucherungen, die kein Schilddrüsenhormon herstellen, krebsverdächtig, während die sog. heißen Knoten gutartige Gewebsvermehrungen darstellen, die allerdings wegen ihrer zusätzlichen Hormonproduktion andersartige Beschwerden machen können.

Ein anderes Beispiel: wenn man den gesamten Verdauungstrakt betrachtet, vom Mund angefangen bis in den Dickdarm, so ist der allerlebendigste Teil, in dem die intensivsten Verdauungsvorgänge stattfinden, der mittlere Teil, der sog. Dünndarm, nicht der Magen und nicht der Dickdarm. Tatsächlich findet sich im Dünndarm so gut wie nie Wachstum bösartiger Tumoren, sehr wohl aber im Magen und auch im Dickdarm; der sog. Darmkrebs ist immer Dickdarmkrebs.

Wir finden Krebs selten an Organen mit großer Aktivität und Lebendigkeit, z.B. nicht im Dünndarm, nicht in der Muskulatur, ja auch der primäre Leberkrebs ist relativ selten, die Leber ist meistens erst von Absiedlungen, den sog. Metastasen befallen. Die Krebserkrankung ist das Gegenteil von entzündlichen, allergischen und infektiösen Erkrankungen, wie es ja auch sog. Spontanheilungen gelegentlich nach durchgemachten schweren Infektionskrankheiten gibt. Man sollte übrigens in diesem Zusammenhang auch mal bedenken, was man mit der oft geradezu automatischen Unterdrückung oder Senkung der Fieberreaktion bei Infektions- und Erkältungskrankheiten dem betroffenen Organismus antut, was nicht ausschließt, daß auch das Fieber gewisse Gefahren mit sich bringen kann. Will damit aber sagen, daß die heftige Fieberreaktion, wie man es ja auch bei Kindern sehr schön beobachten kann, eher Zeichen einer gesunden oder besser vitalen Reaktionslage eines Organismus ist, die wir nicht so sehr fürchten, sondern auch zu schätzen wissen sollten.

Die Mistel ist eine seit Jahrhunderten bekannte Arzneipflanze, die aber erst von Rudolf Steiner als spezielle Heilpflanze zur Krebsbehandlung herangezogen worden ist. Der Physiologe Dr. Otto Wolff hat sie beobachtet und erforscht. Er schreibt:

„Die Mistel zeigt dem Forscher Eigentümlich-



Rudolf Steiner

keiten, aus denen ihr Wesen und damit ihre Wirkung verständlich werden können: Die Mistel ist ein Halbparasit, d.h. sie bildet zwar Blattgrün, das Chlorophyll (was die sog. pflanzlichen Parasiten und Schmarotzer nicht können), kann aber trotzdem nicht wie andere Pflanzen allein, selbständig leben. Sie ist auf einen Wirt angewiesen. Andere Halbparasiten, wie z.B. Orchideen, leben auf abgestorbenen Pflanzen bzw. organischem Material. Die Mistel dagegen braucht einen lebendigen Organismus, den Baum.

Die Mistel ist kein echter Parasit; diese leben ja auf Kosten des Wirtes und schädigen ihn. Man kann aber beobachten, daß Äste, die von Misteln befallen sind, oft sogar länger erhalten bleiben als andere Äste; jedenfalls aber wird der Baum durch die Mistel nicht geschädigt. Es scheint vielmehr zum Baum eine gewisse Symbiose (ein harmonisches auf gegenseitiger Nützlichkeit beruhendes Zusammenleben) vorzuliegen.

Charakteristisch ist, daß ihr Lebensraum stets über der Erde ist. Auch aus dem sonstigen Verhalten kann man ablesen, daß die Mistel keine Beziehung zur Erde hat: Jede höhere Pflanze zeigt Geotropismus und Heliotropismus, d.h. sie richtet sich ein in eine gedachte Achse, die einerseits durch den Erdmittelpunkt geht und andererseits zur Sonne zeigt (das ist eine Ausrichtung zwischen Licht und Schwerkraft). Das einer Wurzel entsprechende Organ ist bei der Mistel der Senker, der sich am Ast des Wirtbaumes völlig unabhängig von der räumlichen Lage ausbreitet. Aber auch die Stengel und Blätter zeigen keinerlei Lichtausrichtung, vielmehr bildet die Mistel einen runden Busch, der sich ohne Rücksicht auf die Verhältnisse von Erde und Sonne durch zweisprossige Teilung ausbreitet. Bei den einzelnen Blättern ist die Oberseite gleich der Unterseite, was man sonst bei höheren Pflanzen nicht antrifft. Der Mistelbusch ist bekanntlich immergrün, wirft also die Blätter im Winter nicht ab, d.h. er macht den Erdrhythmus nicht mit.

Man kann aus den kurz charakterisierten Phänomenen ablesen, daß die Mistel durch ihre Wachstumsart keine Beziehung zu Raum und Zeit hat.

Dafür zeigt sie eine ausgesprochene Beziehung zum Licht: Die weitaus meisten Pflanzen müssen in Dunkelheit keimen; manche Pflanzen können trotz Anwesenheit von Licht zum Keimen kommen.

Für gewöhnliche Pflanzen gilt, daß ihre grünen Blätter unter Abschluß von Licht vergilben; bei der Mistel ist dies nicht der Fall. Bekanntlich kann Chlorophyll (das Blattgrün) nur durch Licht gebildet werden und hat die Aufgabe der Assimilation bzw. Photosynthese. Nun findet man in dem Senker der Mistel, der sich tief im Inneren des Holzes vom Wirtsbaum befindet, Chlorophyll, er ist grün. Da es an dieser Stelle natürlich vollkommen finster ist, kann dieses Chlorophyll auch keiner Photosynthese dienen. Seine Anwesenheit ist dort „zwecklos“ und nur so zu verstehen, daß die ganze Pflanze innerlich durchlichtet ist. Hierfür spricht auch, daß sie sich aus dem Wirt mit Magnesium anreichert (sie enthält ein Vielfaches an Mg des Wirtsbaumes). Magnesium ist aber ein Metall, das ganz lichtdurchdrungen ist. Es vermag Licht in sich zu speichern, was man bei Entzünden dieser Substanz sichtbar machen kann (Mg brennt mit weißstrahlendem Licht).

Eine starke Beziehung hat die Mistel auch zum Wasser. Sie wächst besonders gut auf Bäumen, die auf Wasseradern oder längs von Flußläufen stehen. Die Mistelblätter verdunsten sechsmal soviel Wasser wie die Blätter des Wirtes. Das Leben hängt ja zutiefst mit dem Wasser zusammen. Ohne Wasser kann sich kein Leben entwickeln, und auch im Menschen spielen sich alle biologischen Prozesse im Wässrigen, d.h. in Lösung ab.

Man hat nun in der Tat aus dem Mistelextrakt Substanzen gewinnen können, die eine starke krebswachstumshemmende oder kanzerostatische Wirkung haben, wie auch solche, die die Abwehrkraft anregen, eine sog. Immunstimulation bewirken. Aus dem Geschilderten ist auch zu verstehen, warum die Mistel „nur“ eine kanzerostatische und keine zytostatische Wirkung hat; d.h. sie kann Tumorzellwachstum hemmen, sie wirkt aber nicht allgemein zellwachstumshemmend, weshalb sie z.B. keine Depression des blutbildenden Knochenmarkes bewirkt.

Durch diese beiden Fähigkeiten — Kanzerostase und Immunstimulation — bewirkt die Mistel daß ein Patient zu einer äußerst aktiven Auseinandersetzung mit seiner Krebserkrankung fähig wird. Wie weit sie dabei Teilerfolge oder Totalerfolge mit herbeiführen kann, hängt von einer Reihe von Faktoren ab, z.B. dem Tumorstadium, der Bösartigkeit des Tumors, dem allgemeinen körperlichen Zustand des Patienten, den psychischen und biographischen Umständen, dem Lebensalter und vieles mehr. Bei einer ausgedehnten Metastasierung oder einer infiltrativ in die Umgebung eingewachsenen Krebsgeschwulst sind eben

solche Tumormassen vorhanden, die jenseits aller Möglichkeiten liegen. Das ist ja auch das Problem der Chemotherapie oder der Bestrahlung, daß eine Tumornichtdosis eben tödlich wirkt, d.h. Knochenmark und andere lebenswichtige Funktionen zerstört.

Diese Einschränkungen gelten für alle Therapien. Die Mistel allerdings verbessert zusätzlich das Allgemeinbefinden im Gegensatz zur Chemotherapie. In Fällen, in denen mit Chemie nichts mehr zu erreichen ist, ist es gerade wichtig, daß man Patienten nicht nur sagt, jetzt können wir nichts mehr tun, als aufs Ende warten, sondern daß man die verbleibende Zeit so lebenswert wie möglich macht. Chemotherapie in solchen Fällen einzusetzen, würde bedeuten, daß man den Patienten nur noch dahinvegetieren läßt.

Die in der Krebsbehandlung verwandten Mistelpräparate, es gibt inzwischen eine ganze Reihe davon, werden alle gespritzt; in der Regel unter die Haut, gelegentlich auch in die Venen in Form von intravenösen Injektionen oder Infusionen. Erwünscht sind dabei Reaktionen in Form von leichten Temperaturanstiegen um 1/2 bis 1 Grad, nach denen man teilweise auch die Höhe der Dosis festlegt. Weitere allgemeine Nebenwirkungen sind nicht zu beobachten, insbesondere keine Magenunverträglichkeiten oder hemmende Wirkungen auf das Knochenmark bzw. Blutbild. Eher das Gegenteil ist zu bemerken, eine Zunahme des Allgemeinbefindens, oft werden Schmerzen leichter oder stellen sich weniger ein. Es gibt lokale Reaktionen an der Injektionsstelle, die man aber mit einfachen Maßnahmen beherrschen kann. Bei starken allergischen Reaktionen kann man in aller Regel mit einer vorsichtigen Desensibilisation dann doch eine gute Verträglichkeit erreichen.

Ich benutze zwei Mistelpräparate aus der anthroposophischen Medizin, das *Helixor* und das *Iscador*. Nur über diese beiden kann ich Aussagen machen, bei den anderen fehlen mir die Erfahrungen. *Helixor* und *Iscador* setze ich z.B. abhängig von der Tumorart ein. Bei systematischen Erkrankungen, wie Leukämie oder Lymphogranulomatose — das sind keine soliden Tumoren, — hat sich *Helixor* besser bewährt. Für die soliden Tumoren kommen beide Mittel in Frage, da mache ich es abhängig von den Dosen, die ich einsetzen möchte. *Helixor*

kann man unter Umständen höher dosieren, evtl. sogar in Grammengen. Dabei wird die kanzerostatische Potenz der Mistel stärker ausgenutzt. In der vorbeugenden und als risikosenkende Begleitbehandlung nehme ich eher das *Iscador*.

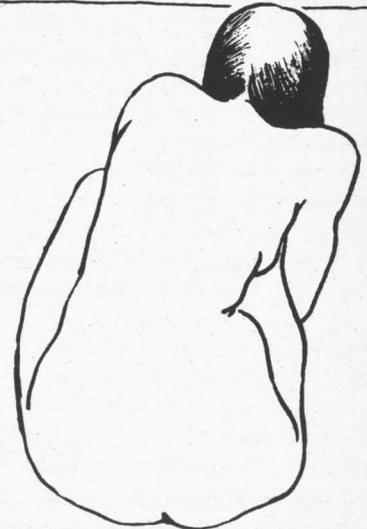
Ob zum Zeitpunkt der Feststellung der Krankheit, der ja meist schon Jahre nach dem Zeitpunkt der Entstehung, des Beginns der Krankheit, liegt, und für den jeweiligen Gesundheitszustand des betroffenen Patienten mit der Mistel ein Aufhalten oder gar eine Heilung zu erreichen ist, hängt von einer Reihe manchmal schwer abzuschätzender Faktoren ab. Selbstverständlich sollte nach Möglichkeit zunächst operiert werden. Danach sollte man diese therapeutische Möglichkeit, d.h. die Mistelbehandlung, wie eine Reihe anderer, sei es Hormontherapie, Chemotherapie, Strahlentherapie, andere immunstimulierende Therapien, die man ja auch kombinieren kann, bei den Überlegungen für die Aufstellung des Behandlungs- und Nachsorgeplanes berücksichtigen und ausnutzen. Es kann bei dieser Krankheit, um deren Überwindung seit Jahrzehnten gekämpft wird, heute nicht um radikale Entwerden Oder gehen. Es sollte jedoch in sensibler Abschätzung von Nutzen und Risiko nicht nur immer nach Lebensverlängerung, nach Leben um jeden Preis geschieht werden, sondern auch die Lebensqualität und die Würde von Leben und Sterben nicht aus dem Auge — und aus dem Herzen — verloren werden.

*Michaela Rosenberg*

*Dr. med. Michaela Rosenberg, praktische Ärztin, 50, ist verheiratet, hat zwei Kinder, ist seit 1975 Ärztin, war zwei Jahre Stationsärztin einer gynäkologischen Klinik des Tumorzentrums München und ein Jahr Stationsärztin auf der inneren Abteilung der Filderklinik (anthroposophisch) bei Stuttgart. Seit 1979 ist Frau Dr. Rosenberg in der freien Praxis in Berlin tätig.*

# FRAU

Ein Handbuch über Sexualität, Verhütung und Abtreibung, Schwangerschaft, Geburt, Körper und Krankheit, Klimakterium und Alter.



Die Autorinnen dieses Handbuchs vermitteln in einer direkten und leicht verständlichen Sprache vielseitige Informationen und praktische Hilfestellungen. Das Besondere ist dabei, daß sie die Umstände, unter denen Frauen leben und arbeiten, einbeziehen wenn es darum geht, für den eigenen Körper Bewußtsein und Sensibilität zu wecken.

300 Seiten, DM 19,80

**Frauenbuchverlag**

Es gibt nicht wenig Krebspatienten, die nach Unterleib- Mamma- Hoden- und Prostata-Operationen durch Entfernung von Lymphknoten und somit Durchtrennung der Lymphbahnen, ein ödematöses (Ödem = Gewebswasser) Bein oder Arm erhalten haben. Dieses Ödem kann nach der Operation, aber auch erst Jahre später auftreten.

Je nach Menge des austretenden Gewebswassers sind die Betroffenen geplagt mit Spannungs- und Sprengungsschmerz, Schwere und Bewegungseinschränkungen. Nicht selten treten Erysipelschübe (Erysipel = Wundrose = Streptokokkeninfektion) mit Fieber bis zu 41 Grad auf und haben die Neigung, immer wiederzukehren.

Früher waren die Kranken hilflos. Die Wende setzte ein, als vor mehreren Jahren Dr. med. Vodder und Dr. med. Asdonk die manuelle Lymphdrainage praktisch entwickelt hatten. Hinzu kamen später die Professoren Földi und Kuhnke, die viel Neues über das menschliche Lymphsystem erforschten und in ihre wissenschaftliche Arbeit über das Lymphödem die praktisch angewandte Lymphdrainage nach Vodder/Asdonk einbezogen. Sie haben beide die Lymphdrainage der Herren Vodder-Asdonk in der Schulmedizin glaubhaft und anerkannt gemacht. Es werden seit einigen Jahren in ihren Schulen Masseurinnen und Masseure zu Lymphdrainagetherapeuten mit Abschlußexamen ausgebildet.

Am besten prophylaktisch (= vorbeugend) nach der Operation, aber spätestens bei Beginn eines Ödems sollte die Lymphdrainage angewandt werden. Wenn die Schwellung schon stark und länger vorhanden ist, empfiehlt es sich, baldigst eine stationäre Einweisung in eine der Kliniken für Lymphologie, die oben erwähnte Herren im hohen Schwarzwald leiten, vom Hausarzt oder Spezialarzt ausstellen zu lassen. Ein Lymphödem, das unbehandelt bleibt, ist nicht ungefährlich. Es kann sich daraus nach Jahren ein Lymphsarkom entwickeln. Die intensive Behandlung in der Spezialklinik ohne körperlichen und seelischen Streß gewährleistet die besten und schnellsten Erfolge. Anschließend daran muß aber die Lymphdrainage ein-, zwei- oder dreimal wöchentlich — je nach Krankheitslage — ambulant zu Hause weitergeführt werden, um den Erfolg aus der Klinik trotz der Belastung des Alltags halten zu können.

Die oder der Ödemkranke muß nicht

# LYMPH- DRAIN- NAGE

## Die Streichel- behandlung

nur unterrichtet sein, was sie/er dem Bein oder dem Arm zumuten darf, was unbedingt verboten ist usw.; sie/er muß auch wissen, was bei der Behandlung zu bedenken und zu beobachten ist. Denn **l e i d e r** werden oft Nichterfolge dem Versagen der Lymphdrainage zugeschrieben. Wirklich aber liegt der Mißerfolg an z.B.:

- einer nicht fachgerechten Lymphdrainage oder
- einer Lymphdrainage, der nach der Behandlung eine fachgerechte Kompressionsbandage oder der richtige Maßstützstrumpf fehlt;
- einer fachgerechten Lymphdrainage mit anschließend nicht fachgerechter Bandage oder Stützstrumpf, was beides einen Rückstau in das Bein/Arm zur Folge haben kann;
- einer guten Lymphdrainage mit guter Bandage oder gutem Stützstrumpf, aber die/der Patient/in zu Hause angekommen, Bandage oder Strumpf entfernen und sich außerdem nicht an die Verhaltensmaßnahmen für das betroffene Bein — den betroffenen Arm — halten.

In der Praxis beobachte ich leider oft die oben angegebenen Fehler. Auch muß ich warnen vor „Therapeuten“ mit

einer Husch-Husch-Ausbildung — auch sie können den Ruf der erfolgreichen Lymphdrainage schädigen.

Bei Auftreten eines Erysipels ist ein Arzt aufzusuchen. Wenn das Fieber zu schnell steigt, ist sofort der Hausarzt oder — wenn dieser nicht erreichbar — der Bereitschaftsarzt anzurufen.

Die ersten Anzeichen: Vor oder mit dem Schüttelfrost rote Fleckchen mit Hart- und Heißeinfühlen des Armes/Beines, dazu große Schmerzhaftigkeit. Das Fieber steigt schnell, und je eher man mit dem erforderlichen Penicillinstoß beginnt, umso besser für den Verlauf der Streptokokkeninfektion. Die Penicillinalgaben müssen streng eingehalten werden und dürfen nicht früher abgebrochen werden! Die Krankheit ist unbedingt unter ärztlicher Kontrolle zu halten. Während der Entzündungsphase ist keine Lymphdrainage anzuwenden. Mit biologischen Mitteln ist dieser Infektion nicht beizukommen (ich hatte es bei meinen neun Erysipelschüben die ersten Male versucht!). Wer zu Wundrosen neigt, sollte sich auf alle Fälle im Urlaub sein Penicillin mitnehmen.

Waltraut Ruf

# Adressen & Literatur

## Berliner Selbsthilfegruppen

Deutsche ILCO Landesverband Berlin: Vereinigung von Patienten mit künstlichem Darm-bzw. Blasenaustrag, Telefonkontakt: Johannes Swiatek 336 39 67;  
Landesverband Berlin der Kehlkopflösen, Kontakt: Helmut Sprecher, Tel. 381 57 40;  
Interessengruppe für Prostata-Operierte Berlin, Tel. 324 10 35;  
Privatinitiative Optimistische Krebse, Hildegard Schmidt Tel. 685 38 10 oder Gerda Scholz Tel. 605 39 65;  
Landesarbeitsgemeinschaft brustamputierter Frauen in Berlin-Kreuzberg, Helga Rost Tel. 455 54 92, 661 47 39, 625 84 49;  
Interessengemeinschaft brustamputierter Frauen Berlin-Tempelhof, Kontakt: Helga Schneider, Tel. 703 85 98 oder Grete Kuba Tel. 745 93 36;  
Selbsthilfegruppe brustamputierter Frauen Berlin Spandau Helga Edington, Tel. 335 95 69 oder Joh. Plötz 331 46 88;  
Gesprächskreis brustamputierter Frauen der St. Nikolai-Gemeinde Spandau, Pfarrerin Kutzer-Laurien, Tel. 333 56 39 oder Brigitte Kupferschmidt 331 27 94;  
Selbsthilfegruppe jüngerer berufstätiger brustamputierter Frauen, Tina Fritsch, Tel. 823 51 76;  
Selbsthilfegruppe für Männer mit Hodenkrebs, Karl, Tel. 87 53 71 oder Wolfgang 686 50 40;  
Selbsthilfegruppe krebskranker Frauen Berlin-Wilmersdorf, Waltraut Ruf, Tel. 853 18 64;  
Selbsthilfegruppe Krebs in Zehlendorf Marina Schnurre, Tel. 803 53 47;  
Selbsthilfe-Krebs im Albrecht-Achilles-Haus, Tel. 891 40 49 Mo-Fr 9 bis 13 Uhr, Do 16-20 Uhr;

Die „Nachgehenden Krankenfürsorgen“ der Berliner Bezirksämter und der großen Krankenhäuser seien ebenfalls noch zu erwähnen. Sie informieren, bieten teilweise auch kleine Gesprächsgruppen an und haben die Liste der Berliner Gruppen zum Einsehen.

## Selbsthilfegruppen in der BRD

FrauenSelbsthilfe nach Krebs Mannheim, Tel. 0621/244 34;  
Bundesverband der Kehlkopflösen Bebra 1, Tel. 06622 2945/1823;  
Deutsche ILCO in Freising, Tel. 08161/3344 oder 38 00;

## Psychosoziale Krebsberatungsstellen über

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband Oppelner Str. 130, Bonn 1, Tel. 0228/668 50;  
Deutsches Rotes Kreuz Abteilung II, Referat 22, Friedrich-Ebertallee 71, Bonn 1, Tel. 0228 541/1.

## Anthroposophische Kliniken:

Krankenhaus Herdecke in 5804 Herdecke-Westende, Beckweg 4, Tel. 0233/0621;  
Filderklinik in Filderstadt-Bonlanden, Tel. 0711/77031;  
Klinik Öschelbronn in 7532 Niefern-Öschelbronn, Tel. 07233/1211;  
Paracelsus-Krankenhaus in 7263 Bad Liebenzell-Unterlengenhart, 07050/560;

**Anmerkung:** Anthroposophische Ärzte, Kliniken und Kurheime sind heute nicht mehr unbekannt. Zu anderen positiven Eigenschaften dieser Häuser sei besonders hervorgehoben, daß hier noch Menschen menschenwürdig sterben dürfen!

## Nachsorgekliniken:

Im Krebshilfe-Ratgeber Teil 1 und Kurheime, Sanatorien: es würde hier zuviel werden — daher telefonische Auskunft (auch Prospekte zur Einsichtnahme);  
Kliniken für Lymphologie für Krebskranke mit Ödemen: Klinik für Lymphologie und Phlebologie Prof.Dr.med. Michael Földi mit Frau Dr. med. Földi als Internistin und Onkologin, Sommerberg 28, 7821 Feldberg 1, Tel. 07655/412;  
Feldbergkliniken Prof. Kuhnke/Dr. med. Asdonk, 7821 Feldberg-Falkau, Tel. 07655/590;  
In Berlin keine Spezialklinik aber fachkundige Arztpraxis: Zu erfragen telefonisch;  
Fachklinik für Hauttumoren: Hornheide 4400, Münster-Handorf;

## Patientenrecht:

Allgemeiner Patientenverband, Postfach 1126, 3550 Marburg;  
Deutscher Patientenschutzbund, Bonn 1, Adenauerallee 94;  
Institut für Kunstfehlerbegutachtung Dr. Bernhard Giese, Haaggasse 26, 7400 Tübingen;  
Patientenrecht: Bei biologischer Krebsbehandlung, die die Krankenkasse nicht übernehmen will: Prof.Dr.Günter Küchenhoff, Trautenauestr. 28, 87 Würzburg, Tel. 0931/71334.

## Krebsliteratur:

**Ernährung:** Mar/Kleine „Krebsdiät“ und „Krebshilfe durch Vollwertkost“ im Hädecke-Verlag;  
Kretschmer/Dehnhardt: „Die Ernährung des Krebskranken“ im Haug-Verlag;  
Dr. Schultz-Friese: „Rezepte für eine krebsfeindliche Vollwertkost“ im Bircher-Bennerverlag;  
Dr. Issels: „Die Ernährung des Krebskranken“ im Sensen-Verlag;  
Prof. Zabel, siehe unten.  
**Umwelt:**  
Egmont R. Koch „Krebswelt“ im Kiepenheuer & Witsch-Verlag;  
**Onkologie:**  
A. Gläser „Onkologie“ VEB-Verlag Volk u. Gesundheit, Berlin 1980, sehr gut zum Nachschlagen!!!

## Psychologie:

Le Shan: „Psychotherapie gegen den Krebs“ im Klett-Cotta-Verlag,  
Simonton: „Wiedergesundwerden“ . . . . .

## Alternative Heilweisen:

Prof. Werner Zabel: „Die interne Krebstherapie und die Ernährung des Krebskranken“ im Bircher-Bennerverlag;  
Dr. Josef Issels „Mehr Heilungen von Krebs“ im Helferverlag;  
Hans Schumann „Erfolgreiche Krebsbehandlung“ Verlag unbekannt;  
Prof. Dr. Rilling „Nicht toxische Additivtherapie und diagnostische Verfahren beim Karzinom“ Band 18 im Verlag für Medizin, Dr. Ewald Fischer;

## Verschiedenes:

„Krebshilfe-Ratgeber Teil 1 und Teil 2“ von Dr. M.Scheel und Dr. J. Aumiller (zum Teil nach Marion Morra und Eve Potts „Realistic Alternatives in Cancer Treatment“);  
Manu Kothari und Lopa Mehta „Ist Krebs eine Krankheit“ im Rowohlt-Verlag;  
Susan Sontag „Krankheit als Metapher“ im Hanser-Verlag;  
Prof. Heinz Oeser „Krebs, Schicksal oder Verschulden?“ im Thieme-Verlag;  
Käthe Bachler „Erfahrungen einer Rutengängerin“ im Veritas-Verlag Linz-Wien;  
Handbuch der Lebensreform — 19. Ausgabe 1982 — leider mehrere Adressen schon wieder überholt! — im Wirtschaftsverlag München.

die wöchentliche

# COURAGE

2,50 DM

24 S.

Gewünschtes bitte ankreuzen:

- wieder eine Woche verdaut
- courage in Sack und Asche
- humorlos-herbe-redlich
- courage geht baden -jede Woche
- konservativ, anstrengend und lustlos
- neumütterlich kinderfeindlich und mondsüchtig

Das Lösungswort rückwärts und zweizeilig  
gelesen, ergibt die klare Linie unseres  
Wochenblattes.

Vertrauensgarantie: Bei der Ermittlung  
der Gewinnerin geht alles seinen ~~normalen~~  
feministischen Gang.

Ja, ich möchte COURAGE, die Wöchentliche, (Einzel  
ausgabe DM 2,50) unterstützen und abonnieren:

- für 1 Jahr zum Subskriptionspreis  
von DM 104,- (statt DM 130,-)
- für 1/2 Jahr zum Subskriptionspreis  
von DM 52,- (statt DM 65,-)

Das Wochen-ABO verlängert sich zum regulären Preis,  
wenn ich nicht 6 Wochen vor Ablauf des Abos gekün-  
digt habe.

Ich warte mit der Zahlung bis zum Erhalt der Rechnung.

Ich weiß, daß ich diese Bestellung ohne Angaben von  
Gründen innerhalb von 2 Wochen widerrufen kann.

Name.....  
Straße.....  
.....  
.....

Datum.....  
Unterschrift  
.....

Supersub-  
skription  
bis 15. März

