

„Ein gnadenloses Zuviel an Therapie“

Krebsbehandlung in der Bundesrepublik – Teil II: Die Frage nach der Lebensqualität

Der Züricher Strafrechtler Peter Noll mußte öfter Wasser lassen als gewöhnlich, in seiner linken Niere stichelte ein feiner, von Tag zu Tag stärker werdender Schmerz. Der Jurist suchte das Röntgeninstitut eines niedergelassenen Arztes auf, „eine gänzlich normale Einrichtung“, wie er bemerkte, und legte sich „auf den Schragen“: Was sollte ihn anderes erwarten, als daß sich in dem neuerdings auffälligen Organ ein Nierenstein festgesetzt hatte.

Ein Röntgeninstitut, registrierte der Patient verwundert, „ist ein rein technischer Betrieb“. Nur bei der flüchtigen Durchsicht der Röntgenbilder bekam er den Arzt zu Gesicht. Erstaunt wurde Noll gewahr, daß die Röntgenkammer zugleich als Umkleideraum für die Assistentinnen diente, die „zum Teil einen erstaunlich späten Arbeitsbeginn hatten“.

Zwei Tage später vernahm er am Telefon die niederschmetternde Diagnose: Blasenkrebs.

Alles weitere schien, den ärztlichen Erläuterungen zufolge, vorgezeichnet: Nach einer sofortigen Radikaloperation blieben ihm noch zwei, drei Jahre zu leben. Mit Glück könnte er sogar über die Fünf-Jahres-Grenze hinwegkommen. Als Ersatz für die amputierte Harnblase würden ihm die Chirurgen am Bauch einen Plastikbeutel befestigen, den er von Zeit zu Zeit zu entleeren hätte.

Seinem Geschlechtsleben als Mann, so klärte ihn der Arzt auf, müsse er entsagen, auf Wandern, Sport in Maßen, ja sogar Skifahren brauche er hingegen nicht zu verzichten. Der renommierte Rechtswissenschaftler, Freund der Schweizer Schriftsteller Max Frisch und Friedrich Dürrenmatt, brachte den schon anlaufenden Medizinapparat abrupt zum Stillstand: Obwohl „eher Zweifler und Zögerer von Natur aus“, entschied sich Noll für den sicheren Tod.

Das Ende ängstigte ihn weniger als die Vision eines „beschnittenen Lebens“: „Ich will nicht in die chirurgisch-urologisch-radiologische Maschine hineinkommen“, notierte er, „weil ich dann Stück um Stück meine Freiheit verliere.“ Sein Wille, fürchtete er, werde unter der Behandlung gebrochen, am Schluß lande er dann doch „in dem bekannten Sterbezimmer, um welches alle einen großen Bogen machen“. Die Mediziner waren verblüfft und bekundeten ihm Respekt, aber sie behielten recht. Zehn Monate später war Noll tot.

Keine Wahl – weil ihr die christliche Überzeugung das Aufgeben verbietet – hatte die 44jährige Brigitte, ein Krebsopfer auch sie. Eine bösartige Geschwulst im linken Oberkiefer und 87 Operationen in Folge hatten das Gesicht der ehemaligen Chefsekretärin zerstört. Fast ein halbes Jahrzehnt verbrachte sie in Kliniken, wo die Skalpelle der Chirurgen ihre Physiognomie entstellten.

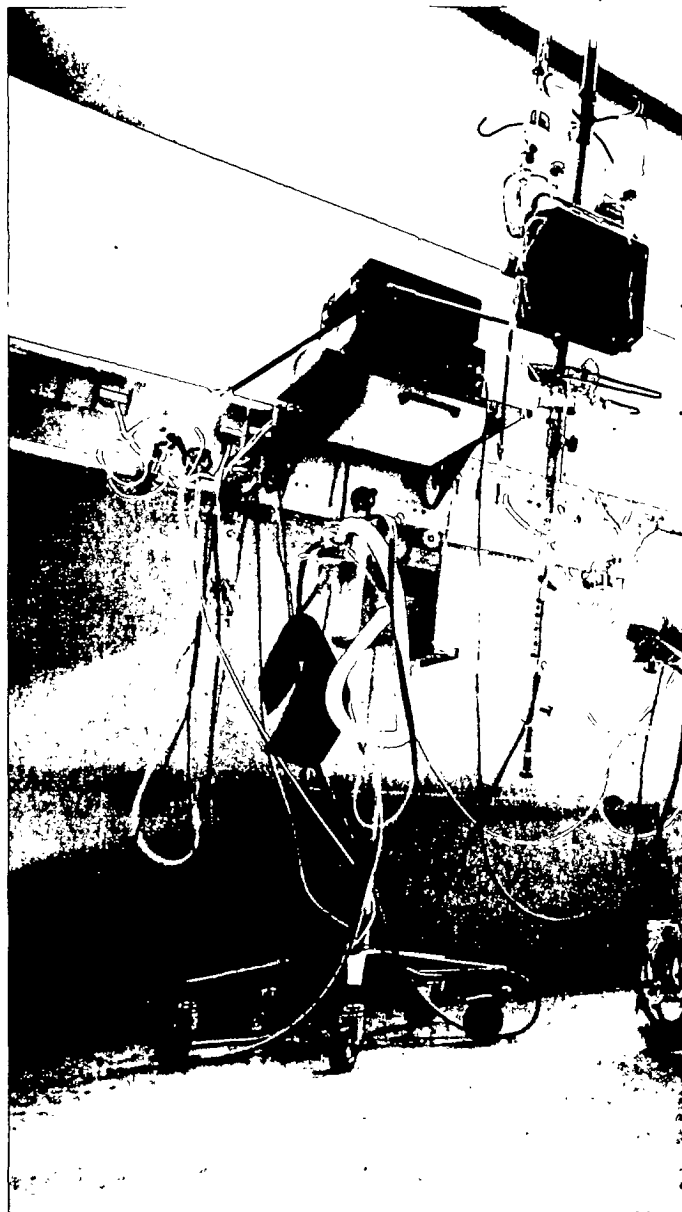
Ihre linke Gesichtshälfte wurde starr; um einschlafen zu können, mußte sie sich das Augenlid mit dem Finger zuhalten. Der Mund schloß nicht mehr, weil es Unter- und Oberlippe nicht mehr gab. Sie konnte nur zerkleinerte Speisen zu sich nehmen, Getränke flößte sie sich mit der Schnabeltasse ein. Ihre Sprache war kaum zu verstehen. „Als wir uns das erste Mal sehen“, notierte „Zeit“-Autor Hermann Sülberg, „schaue ich sofort wieder weg.“

Alle Mühen der plastischen Chirurgen blieben vergeblich. Einige der Operationen vergrößerten noch die Zerstörung im Gesicht der Kranken: „Ich kriege einen panischen Schrecken, wenn ich mich zwischen anderen Leuten auf einem Photo sehe, ich verschandle das ganze Bild.“ Unter den Passanten auf der Straße fühlte sich die Frau als „Freiwild“, Kindern jagte ihr Aussehen Schrecken ein.

Ärzte hatten an der Unglücklichen nur ihr Handwerk verrichtet, zum guten kurativen Ende. Vor dem seelischen Jammer der Patientin blieben sie ratlos: Sie solle froh sein, daß sie noch am Leben

sei. „Ich fand das eine Frechheit“, gab die Kranke zu Protokoll, „ich hätte mit dem Kopf durch die Wand rennen können vor Schmerzen, dachte nur noch: Schluß, Schluß, Schluß. Ich habe so gehofft, daß ich sterben kann und dann alles für mich vorbei ist, aber das war nicht der Fall.“

Nicht oft hadern Krebsopfer so mit ihren Helfern. Nur wenige verbitten sich den ärztlichen Eingriff so konsequent



Krebskranker auf der Intensivstation*: „Es ist an der Zeit, der

* Bei der postoperativen Schmerzbehandlung mit einem Peridural-Katheter, wobei Morphinum direkt ins Zentrale Nervensystem gelangt.

wie der Schweizer Peter Noll, der seine Eindrücke vom Sterben in Tonbandprotokollen festhielt („Diktate über Sterben & Tod“). Angesichts der heimtückischen Krankheit verhalten sich Mediziner und Kranke eher wie Kaninchen vor der Schlange: Ängstlich starren sie nur auf Überlebenszeiten und „Ansprechraten“ des Tumors auf chemische Gifte oder Strahlen.

Für Gewinnen oder Verlieren im Kampf gegen Krebs besaßen die Mediziner bisher nur einen einzigen, simplen Maßstab: Gleichsam mit der Uhr in der Hand registrierten sie, wie lange der Patient den diagnostischen Urteilsspruch überlebte. Überstand er fünf Jahre ohne Rückfall, galt er als geheilt – egal, was Operationen oder chemische Roßkuren

bei ihm angerichtet hatten. Vom hohen Preis, den Krebspatienten fürs Weiterleben bezahlten, von ihrer „Lebensqualität“, war bis zum Ende der siebziger Jahre unter den Fachleuten so gut wie keine Rede.

Teilerfolge der Tumorspezialisten haben dieses Problem verschärft. Den Medizinern gelingt es immer häufiger, den Tod von Krebspatienten für Wochen oder Monate, mitunter auch für Jahre hinauszuzögern. Selbst schwer Tumorkranke, die einst als inkurabel galten und rasch starben, werden inzwischen mit immer neuen Medikamenten länger als früher am Leben gehalten.

Doch neuerdings nagen Zweifel am Gewissen der auf vorzeigbare Erfolgsfixierten Krebsbekämpfer. „Es ist an der

Zeit“, mahnte unlängst der britische Forscher Peter Reizenstein, „der Lebensqualität bei der Behandlung des Tumors ebenso große Bedeutung einzuräumen wie der Überlebenszeit.“

„Verdächtig selten“, notierte der Londoner Psychiater Steven Greer, sei bislang untersucht worden, wie der therapeutische Horror auf die Krebspatienten wirke. „Wir wissen viel mehr“, bekannte Greer, „über das Verhalten von Mäusen, Ratten und anderen unglücklichen Kreaturen, denen der Krebs künstlich eingepflanzt wurde, als über die wirklichen Patienten in den Krankenhäusern.“

Ein Überlebensgewinn von ein paar Monaten, so urteilte die Londoner Radiologin Diana Brinkley im „British Medical Journal“, sei „kein großer Gewinn, wenn der Patient von der Behandlung so mitgenommen ist, daß er die gewonnene Zeit nicht genießen kann, oder wenn er unter körperlichen Schmerzen, Lebenszweifeln, Abhängigkeit und Hoffnungslosigkeit leidet“.

Dieser Seite ihrer Treibjagd auf den Krebs werden die forschenden Therapeuten in Zukunft größere Aufmerksamkeit widmen müssen, wollen sie nicht den Vorwurf auf sich ziehen, ihnen liege nur der Fortschritt der Disziplin, nicht aber das Wohlergehen ihrer Patienten am Herzen. Marktsensible Pharmahersteller haben die Zeichen wie immer schneller und werbewirksamer erkannt.

Die Firma Bristol-Myers, Lieferant von Zytostatika wie Platinex, Vepesid und Megestat, wird, wie ein Unternehmenssprecher Ende März in München ankündigte, bei neuen Tumormedikamenten in Zukunft nicht nur über Rückbildungsraten der Geschwulst, krankheitsfreie Überlebenszeiten und Nebenwirkungen informieren, sondern auch Angaben über die Lebensqualität der Kranken während der Behandlung machen.

Auch europäische Krebswissenschaftler und Krebstherapeuten, darun-



Lebensqualität ebenso große Bedeutung einzuräumen wie der Überlebenszeit“

NEW YORK EXCLUSIV

Jetzt neue Termine für die beliebten 5-Tage-Reisen. Inklusive: Nonstop-Linienflug, First-class-Hotel, Stadtrundfahrt, Transfers, deutsche Reiseleitung.
Reisetermine: 25.9.-29.9., 23.10.-27.10., 14.11.-18.11., 24.12.-28.12. und 31.12.-4.1.

ab Frankfurt DM **1.495,-**

VIRGIN ISLANDS EXCLUSIV

Ein Badeurlaub auf St. Thomas für alle, die das Außergewöhnliche lieben. First-class-Hotel Magens Point und der wohl schönste Strand der Caribic.

6 Tage Virgin Islands ab New York ab DM **995,-**

Prospekt - Beratung - Buchung



**BAVARIA
REISEBÜRO
GMBH**

Mendelssohnstraße 51,
6000 Frankfurt 1, Telefon 069/74 08 79

Es lebe der Mensch. Im Büro.

**assmann
compur**



Telefon- Anrufbeantworter

Ob preiswerte, praktische Economy-Modelle oder multifunktionelle Geräte der Profi-Klasse: Assmann-Compur übernimmt Ihre »Leitung«. Fragen Sie den Compur-Fachhändler oder direkt uns. Service wird bei uns groß geschrieben. Ein Name verpflichtet.

Assmann Informatik 2000 GmbH,
Postfach 1144, 6380 Bad Homburg 1,
Telefon 06172/106-200

ter die Hamburger Medizinpsychologin Professor Margit von Kérékjartó, untersuchen die Lebensqualität von Krebskranken schon seit mehreren Jahren in einer internationalen Arbeitsgruppe. Bei dem Unterfangen, den subjektiven Wert des Überlebens zu messen, um ihn gegen den schieren Gewinn in Wochen und Monaten abwägen zu können, sind die Forscher allerdings noch nicht weit gekommen.

Denn vor allem den Patienten selbst ist in der Regel kein Opfer zu groß, wenn es darum geht, die Todesdrohung durch immer neue Therapien abzuwenden. 80 Prozent der Krebskranken, so fanden Wissenschaftler bei Interviews mit Angehörigen heraus, geben die Hoffnung nie oder erst wenige Wochen vor ihrem Tod auf. Ein ebenso großer Teil der Befragten hielt, wie die Forscher bei einer ähnlichen Untersuchung erkannten, Dauer und Intensität der Behandlung für angemessen.

Es sei „überaus gefährlich“, so kommentierte der britische Anästhesist Duncan M. Geddes den verzweifelten Überlebenswillen der Tumorpher, den Patienten zu unterstellen, sie würden „unsere eigene Sicht von der Balance zwischen Qualität und Quantität“ teilen.

Auch schwer Krebskranke, so zeigen Statistiken, setzen ihrem Leben nicht häufiger ein Ende als Gesunde. Noch am ehesten suizidgefährdet sind Männer mit Hodenkrebs oder mit Tumoren im Bereich von Gesicht, Rachen und Kehlkopf.

Gleichwohl könnte die Frage nach der Qualität des Lebens mit dem Krebs die Behandlungspläne und Behandlungsformen an den Kliniken ändern:

- ▷ Unheilbar Kranke im Endstadium: Nicht mehr jede Therapie wäre bei ihnen gerechtfertigt, wenn sie das Leben der Patienten, unter unerträglichen Qualen und hohen Kosten, nur um wenige Tage oder Wochen verlängert.
- ▷ Patienten mit mittlerer Überlebensfrist: Da es für sie nur Hilfe auf Zeit gibt, sollten die Therapien möglichst schonend gewählt werden, so daß der Überlebensgewinn in einem ausgewogenen Verhältnis zu den dafür erduldeten Strapazen steht.
- ▷ Krebskranke mit Aussicht auf Heilung: Radikale Therapien bis hin zu verstümmelnden Operationen wurden von den Medizinern zu oft als Ultima ratio hingenommen. Auch wenn Operation, Chemotherapie und Bestrahlung einzeln oder kombiniert definitiv zu heilen vermögen, müssen im Interesse der Patienten die am wenigsten eingreifenden Verfahren gewählt und die Traumata und Handicaps der Überlebenden verringert werden.

Von sich selbst eingenommene Mediziner sind anscheinend nach wie vor geneigt, das Problem zu leugnen. Das

Wohlbefinden der Patienten, so der Hamburger Onkologe Ulrich Kleeberg im März bei einem Symposium über die Lebensqualität von Krebskranken, sei ein „uraltres Anliegen des Arztes“; den Empfindungen der Leidenden werde Rechnung getragen, auch wenn es den Anschein habe, als ob dieses Gebot „von Zeit zu Zeit“ von der Entwicklung der Medizin überrollt werde.

Doch hinter selbstgerechten Leerformeln verbirgt sich oft nur Unwissen über die Not der Kranken. Die Krebspezialisten selbst erhalten von ihr nur dann eine Ahnung, wenn sie es darauf anlegen und

Mit Medikamenten über die Angst hinweg

die Hilfe für ihre Schützlinge nicht nach bewährter Manier abschieben – auf Schwestern und Pfleger im Krankenhaus oder auf Hausärzte und ratlose Angehörige draußen.

Jeder zweite Krebskranke, so ergab eine Studie des New Yorker Mediziners J. H. Holland, leidet während oder nach der Behandlung unter Depressionen. Bei jedem fünften entwickelten sich Delirien, in jedem zehnten Fall trugen die Patienten schwere und dauerhafte seelische Verstimmungen davon. Jeder Zwanzigste reagierte auf Krankheit und Therapie mit starken Angstsyndromen.

Ein großer Teil der Krebspatienten vermag den psychischen Druck nur mit medikamentöser Hilfe zu ertragen. Hypnotika verschaffen ihnen den dringend benötigten Schlaf; Antidepressiva unterstützen den Kampf gegen die Schmerzen; angstlösende Mittel lindern die Niedergeschlagenheit und verringern den Brechreiz.

Insbesondere Chemotherapien hinterlassen ihre Giftspur nicht nur im Körper, sie rädern auch den Lebensmut und



Krebs-Mediziner Greer, Margit von Kérékjartó,



Krebspatienten in der Nachsorgeklinik*: Noch Jahre danach ein „Kränkeln des Lebensnervs“

stellen die psychische Stabilität auf eine harte Probe. Als besonders verletzlich für den Terror in Raten erkannten die Stuttgarter Psychosomatiker Gismar Ziegler und Friedemann Müller bei Patientenbefragungen fatalistisch eingestellte Charaktere, die zu Depression und Ängstlichkeit neigen und über ein „geringeres Maß an internaler Kontrolle“ verfügen.

Die Wechselbäder des Gemüts könnten nach Ansicht der Wissenschaftler

aber auch eine andere Ursache haben: Denkbar sei, so vermuten sie, ein „direkter neurotoxischer Effekt“ durch bestimmte Zytostatika – die Krebsmedikamente selbst könnten die Psyche der Patienten verwandelt haben.

„Seelische Krisen mit teils dramatischer, teils gedämpfter Symptomatologie“ verzeichnete der Hamburger Gynäkologe Werner Heyde bei seinen Tumorpatienten. Der Schock sitzt dann am tiefsten, wenn die Diagnose wie ein Blitz

ins Leben des Betroffenen fährt oder wenn Metastasen das unaufhaltsame Vordringen des Tumors melden.

Eine neue Qualität erfährt der Psycho-Horror, wenn Schmerzen die Integrität der Persönlichkeit bedrohen oder wenn Patienten von ihrer persönlichen Schuld an der Krankheit überzeugt sind – Patienten, die sich diesen „Schuh anziehen, leiden doppelt“, weiß die Hamburger Klinikpsychologin Bettina Schiebel-Piest aus unzähligen Gesprächen mit Tumorphopfern, die Hilfe bei der psychoonkologischen Beratung suchen; Selbstvorwürfe und stumme Verzweiflung zerrten an ihnen „besonders schrecklich“.

Die Mehrheit der Tumorpatienten verzichtet trotz der Bedrängnis auf professionelle Hilfe. Nur jeder fünfte

Nur jedem fünften hilft der Psychologe

kommt nach den Erfahrungen der Hamburger Wissenschaftlerin Margit von Kérékpartó in die Sprechstunde der Klinikpsychologen. Auch Angebote zur Psychotherapie werden so gut wie nicht genutzt. Die psychologische Betreuung zu einem Zeitpunkt, an dem der Tumor bereits weit fortgeschritten ist und die Patienten schon durch die Mühle der Therapie gegangen sind, kommt dage-

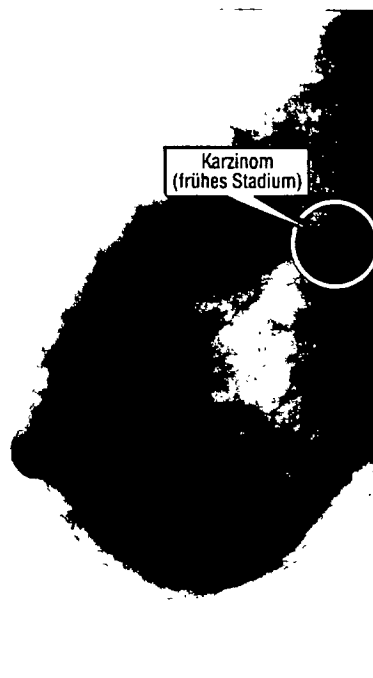
* Bei der Einführung in die Atemtherapie, die, etwa nach Art des autogenen Trainings, das Allgemeinbefinden der Patienten bessern soll.



Krebsopfer Noll: „Ich will nicht in der Maschine Stück um Stück meine Freiheit verlieren“



Mammographie



Karzinom
(frühes Stadium)



Rekonstruierte Brust



Silikon-Einlage

Brustkrebs-Diagnose, Brustrekonstruktion: „Vom Verlust des Organs stärker betroffen als von der Tatsache, krebskrank zu sein“

gen, wie die Münchner Medizinspsychologin Almut Sellschopp weiß, oft zu spät – Medikamente können die Psyche des Patienten zu diesem Zeitpunkt unter Umständen verändert haben.

Leukämie-Patienten gaben bei Befragungen an, durch ihre Krankheit nicht übermäßig viel an Lebensqualität verloren zu haben. Dennoch beherrscht, wie sich herausstellte, der Wunsch, wieder gesund zu werden, ihr ganzes Denken. Sie leben in der regelmäßig wiederkehrenden Angst vor Rückfall und Verschlechterung, Familie und Beruf treten bei vielen in den Hintergrund. Das Stigma des Leidens untergräbt die Vielfalt ihrer Lebensäußerungen und läßt sie innerlich erstarren – rund 60 Prozent der erwachsenen Leukämiker, so förderten die Untersuchungen polnischer Wissenschaftler zutage, hegen überhaupt keine Pläne mehr.

„Nicht jeder Patient“, so fanden Ziegler und Müller, „leidet während der gesamten Zeit seiner Erkrankung an psychischen Problemen.“ Die quälenden Ängste und Depressionen werden schwächer, je länger die letzte Therapie zurückliegt und je besser die Chancen für eine Heilung stehen. Doch nicht alle, die von den Medizinern vom Tumor befreit wurden, werden die Gespenster so schnell wieder los.

So etwa registrierte Medizinspsychologin Sellschopp bei einer „erstaunlich hohen Zahl von Patienten“ mit Hirntumoren selbst dann noch seelische Narben, wenn sich die Geschwulst bei der Operation als gutartig erwiesen hatte. Nur jeder vierte Kranke kam nach dem Eingriff ohne Beruhigungstabletten aus. Der Rest litt an Schmerzen und klagte über EB- oder Schlafstörungen.

Auch geheilte Patienten tragen, wie die Wissenschaftlerin in einer anderen

Studie schildert, schwer an der schicksalhaften Krebsdiagnose. Jahre später noch schwebt die Angst vor einem Rückfall wie ein Damoklesschwert über ihnen; „insbesondere bei Jugendlichen“, so die Psychologin, durchkreuze der nagende Zweifel „die Lebens- und Zukunftsplanung oft quälend“.

Anderen bleibt die intensive Todesdrohung wie ein Brandmal unauslöschlich im Gedächtnis („Lazarus-Syndrom“), oder sie quälen sich, ähnlich wie Überlebende des Holocaust, mit der Frage, warum gerade sie es waren, die dem Schicksal entgangen sind („Survivor-Syndrom“).

Die Begegnung mit dem Krebs, so vermerken auch andere Forscher, hinterlasse bei den Geretteten eine bleibende Verletzlichkeit, ein „Kränkeln des Lebensnervs“ (Sellschopp), das sie zeitlebens seelisch anfälliger macht als ihre Mitmenschen. Eine „stumme Traurigkeit“ registrierten Forscher bei Brustkrebs-Patientinnen noch fünf bis sechs Jahre nach ihrer Heilung. Und manchmal gibt das überraschend aufgetauchte „Rezidiv“ den Warnungen aus dem Unterbewußtsein recht.

So etwa bei der Buchhaltungsangestellten Renate. 1971 diagnostizierten die Ärzte bei der damals 31jährigen Mutter von drei kleinen Kindern einen Gebärmutterhalskrebs. Renate mußte sich einer Totaloperation unterziehen. Nach dem Eingriff galt sie medizinisch als geheilt – bis 1984.

Der Tumor, so stellten die Ärzte im Krankenhaus fest, war zurückgekehrt und hatte sich im Hüftgelenk festgesetzt. Weil die Geschwulst zu schwammig war, konnten die Mediziner nur bestrahlen. Wieder schien der Krebs durch die Therapie besiegt: Die Wucherung war, wie

die Diagnosegeräte zeigten, unter den hochdosierten Strahlen ausgetrocknet.

Doch die Frist wurde diesmal kürzer. Schon zwei Jahre später fanden Ärzte in einer Nachsorgeklinik Verwachsungen an der Blasenscheidewand der inzwischen 46jährigen Frau; auf der Leber hatte sich eine Tochtergeschwulst gebildet. Überrascht von der Rückkehr des Tumors war auch der für die Nachsorge verantwortliche Gynäkologe am Berliner Gesundheitsamt: Renate galt als medizinisch geheilt, ihre Krankenakte war bei den Gesundheitsdienstlern nicht mehr aufzutreiben.

Die jahrelangen Erfahrungen mit der Tumormedizin haben Renate skeptisch gemacht. „Ich bin ganz sicher“, sagt sie,



Mediziner Beller
Gesundes vorsorglich entfernen?

„daß ich nicht mehr sehr alt werde.“ Ihr Vertrauen in die Macht der Mediziner hat nach den Rückschlägen in den vergangenen Jahren gelitten: Sie habe noch niemanden getroffen, meint sie, bei dem der Krebs nicht unvermutet wieder zurückgekehrt wäre.

Die noch immer jung wirkende Frau trägt ihr Schicksal gefaßt, doch das Ringen mit dem Krebs hat sie gezeichnet. „Die Kraft“, fühlt sie, „geht immer weiter von mir weg.“ Die Arbeit im Haushalt wäre ohne die Hilfe der inzwischen erwachsenen Kinder nicht mehr zu schaffen. Ihre Ahnungen, daß es bald „Schlag auf Schlag“ gehen könnte, daß die „Abstände kürzer werden“, wollen Freunde und Familie nicht wahrhaben.

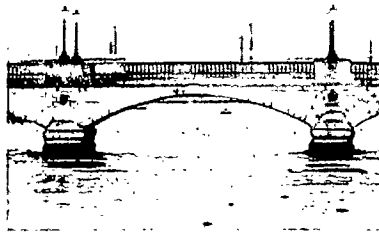
„Man ist ihnen zuviel wert“, spekuliert sie; das mögliche Ende „ist ihnen nicht beizubringen“. „Sie haben Angst, deshalb wollen sie es nicht hören.“ Mit ihrer eigenen Angst bleibt die 46jährige aus diesem Grund oft allein.

Krebskranke, so haben Umfragen gezeigt, werden von ihrer Umgebung häufig wie Schuldige gemieden („viktimsiert“). Jeder fünfte Gesunde war nicht bereit, eine Speise zu essen, die ein Krebskranker zubereitet hatte. Jedem Dritten bereitete es Unbehagen, aus einem Glas zu trinken, das der Kranke benutzt hatte. Vier von zehn Befragten wehrten sich instinktiv gegen einen Körperkontakt; und 50 Prozent der Gesunden fühlten sich zu einem offenen Gespräch mit dem Kranken nur dann in der Lage, wenn der Anstoß dazu vom Patienten selbst ausging.

Frauen leiden unter den Begleitscheinungen der Krankheit und der noch immer geltenden Tabuisierung oft doppelt: Bei jeder vierten setzt sich der Tumor in der Brust fest – und gefährdet oder zerstört jene Körperpartie, die im Selbstbild der Frauen Weiblichkeit, Attraktivität und Mütterlichkeit symbolisiert.

Selbst wenn die Geschwulst noch nicht die kritische Größe von zwei Zentimetern erreicht hatte, entschlossen sich die Mediziner bis vor wenigen Jahren meist zur „radikalen Mastektomie“, zur völligen Amputation der befallenen Brust. Auch wenn der Tumor dann nicht wieder auftauchte, waren die Patientinnen körperlich und seelisch gezeichnet; noch vier Jahre nach der Operation, so stellten US-Psychologen und Mediziner bei einer Untersuchung fest, hatte beinahe jede zweite Frau zu ihrer ursprünglichen Selbstsicherheit nicht wieder zurückgefunden.

Viele Patientinnen, mutmaßte das Fachblatt „Ärztliche Praxis“, seien „vom Verlust der Brust stärker betroffen als von der Tatsache, krebskrank zu sein“. Die körperliche und seelische Belastung würde geringer, wenn sich Chirurgen öfter als bisher auf die Entfernung des Knotens beschränkten. Die Heilungschancen, so erkannten Mediziner in



AB ANFANG 1987 LEGT DIE LANDESBANK RHEINLAND-PFALZ IN ZÜRICH FÜR SIE AN.

Wollen Sie als privater, gewerblicher oder institutioneller Anleger die Vorteile nutzen, die die Schweiz für ausländische Investoren so attraktiv macht? Oder wollen Sie sich der hier gebotenen Möglichkeiten bei der Finanzierung von Investitionsvorhaben oder Auslandsgeschäften bedienen? Die Landesbank Rheinland-Pfalz-Gruppe bietet Ihnen exzellente Voraussetzungen dafür.

Denn zum einen vertreten wir die Landesbank jetzt direkt am Finanzplatz Zürich. Und zwar mit der neugegründeten Tochter Rheinland-Pfalz Finanz AG, Zürich, die von der Eidgenössischen Bankkommission als bankähnliche Finanzgesellschaft anerkannt wurde. Damit hat die Bank zugleich den unmittelbaren Zugang zu allen Anlage- und Kreditvergabemöglichkeiten, die die

Schweiz als Sammelpunkt und Drehscheibe des internationalen Geldverkehrs offeriert.

Zum anderen hat die Landesbank Rheinland-Pfalz alle notwendigen Voraussetzungen, die für deutsche Anleger oder Kreditnehmer bei einem Engagement in der Schweiz von spezifischem Interesse sind. Sie verfügt über langjährige Erfahrungen am Bankplatz Zürich.

Wenn Sie einen kompetenten Partner suchen, der Ihnen bei der Vermögensverwaltung, im Emissions- oder Kreditgeschäft, im Geld-, Devisen- und Aktienpakethandel, bei der Vermittlung von Beteiligungen oder der Gründung von Gesellschaften und Stiftungen in der Schweiz mit Rat und Tat zur Seite steht, dann sind Sie bei uns, der Rheinland-Pfalz Finanz AG, Zürich, in besten

Wenn Sie erfahren wollen, was wir alles für Sie tun können, dann fordern Sie bitte unsere Informationsschrift und unsere aktuellen Angebote an.

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Bitte ausfüllen und einsenden an:
Rheinland-Pfalz Finanz AG, Bellerivestraße 2,
Postfach 648, CH 8034 Zürich.
Wenn Sie mit uns telefonisch Kontakt aufnehmen wollen, wählen Sie bitte
(0041) 2521366.

Händen. Schließlich sind wir ein Tochterunternehmen der Landesbank Rheinland-Pfalz.

RHEINLAND-PFALZ FINANZ AG

Zürich

den letzten zehn Jahren auch in Deutschland, sinken dadurch nicht.

Gründliche Studien, durchgeführt von italienischen, französischen und amerikanischen Wissenschaftlern, haben den Nachweis erbracht, daß Frauen nach brusterhaltenden, also weniger radikalen Operationen keine schlechteren Überlebenschancen besaßen als nach der einfalllosen, oft von wenig Fachkompetenz getriebenen Verstümmelung. Nicht die Radikalität des lokalen Eingriffs, so wissen die Mediziner, entscheidet über die Prognose; das Schicksal der Patientinnen hängt vielmehr davon ab, ob der Tumor zum Zeitpunkt der Operation bereits Fernmetastasen gebildet hatte.

Die „vorliegenden wissenschaftlichen Fakten“ seien ausreichend, „um einem

tientin richtig verstehen wolle, so der Mediziner, benötige eine Menge Training und Einfühlungsvermögen – das „den meisten männlichen Ärzten“ mangele, „den Autor eingeschlossen“.

Über 400mal etwa hat der Münsteraner Gynäkologe Professor Fritz Beller Brustkrebspatientinnen bisher nach einem eigenwilligen Schema geholfen: Mit der kranken Brust entfernte er, vorbeugend, gleich auch die gesunde, wobei er fast alles Drüsengewebe unter dem Fettmantel ausschälte und mit dem verbleibenden Fettgewebe eine neue Brust formte – mit zweifelhaftem optischen Resultat, wie ein aufgebracht Kollege Bellers die ungewöhnliche Methode im April kritisierte. Das Schneiden im Gesunden, hielt der Professor

therapien, so beobachtete der britische Radiologe Terence J. Priestman, erschienen Brustkrebspatientinnen erträglich, wenn der Tumor auf die Zytostatika ansprach und schrumpfte; trotz Übelkeit, Erbrechen und Haarausfall fühlten sie sich dank der hoffnungsfrohen Nachricht besser als bei einer milderen, aber weniger wirksamen Hormontherapie.

Adjuvante Chemotherapien, von den Medizinern immer dann eingesetzt, wenn der Primärtumor in der Brust beseitigt ist und möglicherweise vorhandene Metastasen im Blut unschädlich gemacht werden sollen, gewähren dieses Erfolgserlebnis nicht: Unter den Krebspezialisten ist ihr Wert umstritten; um einer kleinen Untergruppe zu helfen, so

monierte Anfang April der Essener Tumormediziner Professor Carl-Gottfried Schmidt im Fachblatt „Medical Tribune“, würden 80 Prozent der Patientinnen damit überbehandelt.

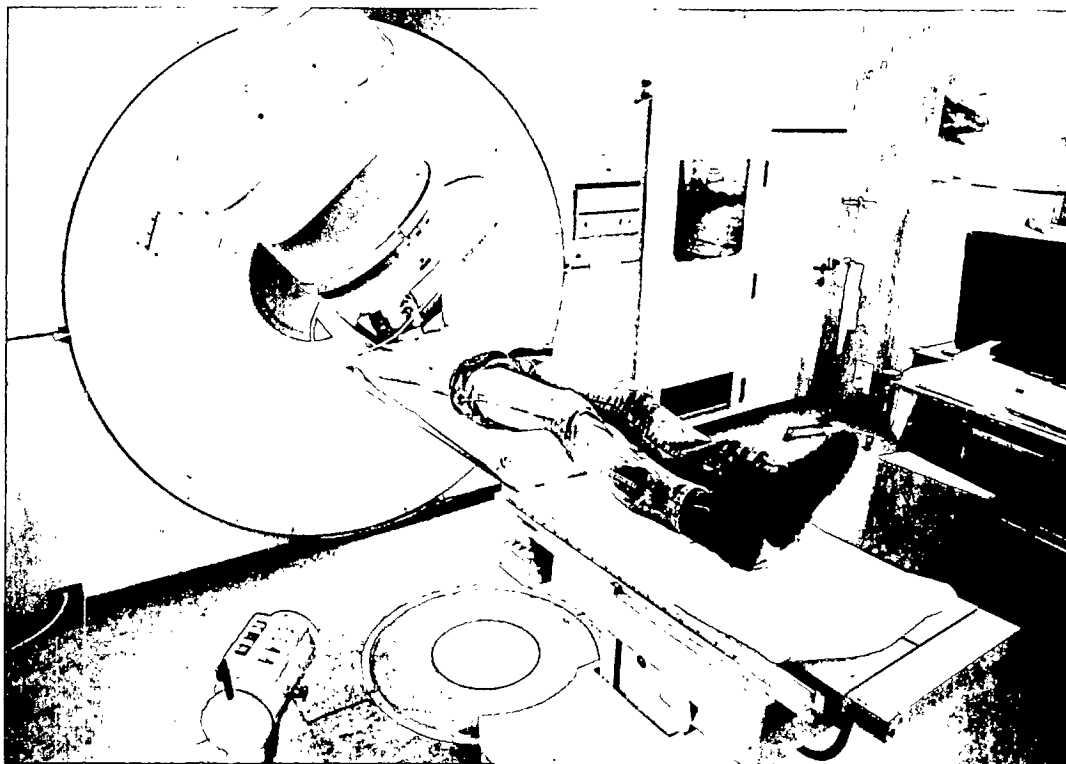
Etwa 60 Prozent der Brustkrebspatientinnen, so ermittelten amerikanische Psychologen und Mediziner in einer Studie, empfanden die prophylaktisch eingesetzten Zytostatika als bedrohlichen Angriff auf ihre Lebensgewohnheiten. 96 Prozent der Patientinnen fühlten sich während der Therapie müde und antriebslos; zusätzlich zu den Ängsten und Depressionen nach dem Verlust der Brust hinderten die Medikamente sie daran, den Alltag wie gewohnt zu bestreiten.

Auf neun von zehn Frauen wirken die

Chemotherapeutika wie Brechmittel: Sie fahren Umwege um die Arztpraxis, weil der bloße Anblick des Gebäudes sie zum Würgen bringt.

Eine Patientin, so berichtet das US-Wissenschaftlerteam, erbrach sich auf der Stelle, als sie im Supermarkt zufällig die Krankenschwester traf. Schon am Tag vor dem Beginn der Giftkur zerren Ekelgefühle an den Magenerven der Patientinnen, kriecht Übelkeit hoch, die auch nach dem Ende der Behandlung manchmal noch tagelang anhält.

Weniger oft nehmen Mediziner Nebenwirkungen wahr, die das Familienleben der Patientinnen in Mitleidenschaft ziehen. So klagen, wie das amerikanische Team feststellte, 62 Prozent der Frauen während der Therapie über außergewöhnliche Nervosität und



Behandlung mit der Strahlenkanone: Empfindungen der Leidenden von Technik überollt?

wesentlich größeren Teil der Patientinnen mit Mammakarzinom in der Bundesrepublik eine brusterhaltende Therapie zu ermöglichen“, urteilte der Hamburger Radiologe Professor Hans-Joachim Frischbier.

Doch ob die überwiegend männlichen Chirurgen die Nöte ihrer Patientinnen zu ermessen vermögen und sie in ihren Entscheidungen entsprechend würdigen, darf nach den bisherigen Erfahrungen bezweifelt werden.

Es sei leider so, konstatierte der US-Radiologe Robert Kagan von der Southern California Permanente Medical Group, „daß die meisten männlichen Ärzte unüberwindliche Barrieren und eingebaute Sperren besitzen, die es ihnen erlauben, die emotionalen Bedürfnisse von Frauen außer acht zu lassen“. Wer das körperliche Selbstbild einer Pa-

unbeirrt dagegen, verringere das – nach seiner Meinung – 20prozentige Risiko, daß auch die zweite Brust vom Tumor befallen werde, „rein rechnerisch“ auf „ein bis zwei Prozent“.

Spezialisten für plastische Chirurgie haben den Schaden in der Vergangenheit durch teuren Pfusch häufig noch verschlimmert. Bis in die frühen 70er Jahre mußten Frauen unter dem Skalpell der Kosmetik-Chirurgen oft Schreckliches durchmachen – „für alles in allem wenig eindrucksvolle Ergebnisse“, wie beispielsweise der US-Chirurg Professor Fritz Barton vom University of Texas Health Science Center in Dallas formulierte.

Wie stark bestimmte Therapien den Kranken zusetzen werden, ist nicht immer leicht zu entscheiden. Selbst schwere Nebenwirkungen aggressiver Chemo-

„Diesmal haben wir richtig gebaut.“
Mit Regnauer. Da stimmt einfach alles.“

Regnauer – Ihr zuverlässiger Baupartner



Wir errichten Ihr Gebäude

- individuell
- in bester Qualität
- in kurzer Bauzeit
- besonders preisgünstig

Gleich Infomaterial mit Referenzliste anfordern!

regnauer
R.F.
fertigbau

Von Grund auf solide

Regnauer Fertigbau, Postfach 20, 8221 Seebuck, Tel. 0 86 67 / 720

Für Ihre Sicherheit:

SCHARPF FUNKALARM

Deutschlands meistgekauft drahtlose Alarmanlage.



Über 40.000-fach bewährt!

- digitalcodiert
- notstromgesichert
- sabotagegesichert
- postzugelassen

Lassen Sie sich zeigen, was wir für Ihre Sicherheit tun können.

SCHARPF FUNKALARM

In Deutschland: Am Siebenstein 2 · 6072 Dreieich
 Tel. (0 61 03) 6 20 61/6 21 34/6 75 26. Telex 41 4326
 In der Schweiz: SCHARPF INDUSTRIES AG
 Chemin des Chipres 4-6, 2525 Le Landeron.
 Tel. 038-51 43 30/51 24 18

SP 27/87

Gereiztheit. Sie fühlen sich ständig „auf der Kippe“, weinen ohne ersichtlichen Grund und bringen nur wenig Geduld für Mann oder Kinder auf. In einigen setzt sich die Angst fest, „verrückt zu werden“.

Weil sie während des Giftbeschusses mehr Schlaf brauchen als zuvor und sich als weniger belastbar erweisen, werden sie von den Familienangehörigen, aber auch von den Ärzten oft wie Simulanten behandelt.

Knapp 90 Prozent der Patientinnen geben unter den Auswirkungen der Therapie ihre gewohnten sozialen Aktivitäten auf. Aus Angst vor dem plötzlichen

Eheleben durch Zytostatika gestört

Brechreiz im Auto, im Kino oder im Restaurant suchen sie öfter und länger Zuflucht in den eigenen vier Wänden.

Speziell das Eheleben, so berichtete jede vierte Frau, habe durch die Zytostatika Schaden genommen. 40 Prozent der Patientinnen sahen jeweils für die Dauer der Behandlung ihr Sexualleben gestört, bei manchen hatte die Lust zum Geschlechtsverkehr nachgelassen, weil Pille und Zytostatika sich nicht vertragen.

Anstatt mit dem Fortgang der Therapie nachzulassen, wurden die Nebenwirkungen der Medikamente bei einem Großteil der Frauen von Mal zu Mal stärker. Dennoch, so registrierten die US-Forscher das paradoxe Ergebnis ihrer Befragung, würden drei Viertel der Patientinnen die Zytostatika-Behandlung einer Freundin in der gleichen Situation empfehlen. Mehr als jede zweite war „glücklich“, etwas gegen den Tumor unternommen zu haben – ihre Hoffnungen, mit der Krankheit restlos fertig zu sein, hatten durch die Strapazen Auftrieb erhalten.

Für Männer wie Frauen, so mutmaßt der Hamburger Gynäkologe Heyde, besitzt das Gefühl der körperlichen Unversehrtheit entscheidende Bedeutung: „Tief verwurzelt in der Psyche“, so der Mediziner, beeinflusse das heile Selbstbild bei beiden Geschlechtern Libido und Orgasmus. Doch das Sexualleben der Männer wird durch den Tumor und seine Behandlung oft nachhaltiger gestört als das der Frauen.

Ausnahmslos alle Patienten beispielsweise werden nach der radikalen Operation des Prostatakrebses impotent. Jeder zehnte von ihnen muß damit rechnen, daß er die Entleerung der Blase nicht mehr kontrollieren kann. Auch die hochdosierte Strahlenbehandlung der Geschwulst zerstört noch in jedem vierten Fall die Erektion.

Dafür ist der Überlebensgewinn beträchtlich. Wenn der Tumor die Prostata kapsel noch nicht überschritten

hat, macht sich der Eingriff für die radikal Operierten mit einer normalen Lebenserwartung bezahlt.

Gesunde Nachkommen können männliche Patienten dagegen selbst dann noch zeugen, wenn sie wegen eines Hodentumors mit aggressiven Zellgiften behandelt worden sind: Nach einer Karenzzeit von etwa zwei Jahren hat sich ihre Spermienbildung soweit normalisiert, daß die Mißbildungsquote der Kinder nicht höher liegt als bei der Normalbevölkerung.

Sexuelle Funktionsstörungen nach Chemotherapien sind, wie die Münchenerin Almuth Sellschopp im letzten Jahr feststellte, generell auch noch nach Jahren zu beheben.

Dennoch klären die Mediziner ihre Patienten oft nur bruchstückhaft über die möglichen Veränderungen ihrer Sexualität auf. „Die Ärzte“, mutmaßt die Wissenschaftlerin, „wissen offensichtlich vorher nicht genau, in welchem Ausmaß eine Schädigung möglich ist, und scheuen sich daher, den Patienten mit Wahrscheinlichkeiten zu konfrontieren.“

Um so schwerwiegender sind die Folgen, wenn die Behandlung wider Erwarten ihren Tribut verlangt hat. Zur psychosozialen Beratung erscheinen wiederhergestellte männliche Krebspatienten nur selten. Sie verhalten sich, so die Münchner Medizinspsychologin, „extrem scheu und zurückhaltend“; „selbst bei großer Betroffenheit“ fällt es ihnen schwer, über ihre sexuellen Nöte zu sprechen.

Dabei verändern Impotenz, Ejakulationsschwierigkeiten oder Orgasmusstörungen ihr Körperbild radikal. Sexuelle Annäherungen rufen das traumatische Operationserlebnis wach und werden, so Sellschopp, häufig „schon im Ansatz der Bedürfniswahrnehmung erstickt“. Ihrer Männlichkeit und der Sicherheit ihrer sexuellen Funktionen beraubt, flüchten sie sich in die „Rolle des passiven Kindes, das irgendwann seine Abhängigkeit hinnimmt und seinen Autonomieverlust akzeptiert“.

Selbst das einfühlsame Verhalten der Partnerin bewirkt dann häufig das Gegenteil: Weniger die „böse oder ablehnende Frau“, so die Erfahrungen der

Selbstwertkrisen nach dem Verlust der Männlichkeit

Wissenschaftlerin, tauche bei den Beratungsgesprächen auf, sondern die „uninteressierte“, die keinen Anteil an den Sexualängsten und Unsicherheiten des Mannes nehme.

Eine „durchgehend größere Hilflosigkeit von männlichen Patienten“ fand die Münchenerin bei Klienten im mittleren Lebensalter zwischen 40 und 50 – Patienten dieses Alters, die den Klischees von Männlichkeit und Leistung infolge der Krebsbehandlung nicht mehr genügen,



Medizinpsychologin Almuth Sellschopp (r.): „Ärzte scheuen sich ...

werden häufig Opfer von „narzistischen Selbstwertkrisen“, bei denen schon anonyme Konkurrenten „Gefühle von Kleinheit und Minderwertigkeit“ hervorgerufen können.

Junge Patienten kommen mit dem Krebs dagegen durchweg besser zurecht, wie US-Mediziner vom Roswell Park Memorial Institute in Buffalo in einer großangelegten Studie feststellten. Patienten unter 30 Jahren, so ermittelten sie, werden von der Krankheit nur selten aus ihren gewohnten Aktivitäten gewor-

fen oder gezwungen, den Arbeitsplatz aufzugeben.

Wie sehr die Kranken ihren früheren Lebensstil ändern oder aufgeben müssen, hängt nicht zuletzt von der Art des Tumors ab: Bindegewebstkrebs und das maligne Melanom etwa, eine bösartige Form des Hautkrebses, die neuerdings häufiger auftritt, beeinträchtigen die Lebensqualität während und nach der Behandlung am wenigsten. Tumoren in den Atmungsorganen, im Dickdarm, in der Blase und in den männlichen Fortpflanzungsorganen machen das Leben mit dem Krebs am schwersten.

Zudem bestimmt auch die Behandlungsform, wie die Krebskranken mit dem Tumor zurechtkommen. So berichteten Patienten aller Altersgruppen seltener über negative Folgewirkungen von Krankheit und Therapie, wenn sie nur operiert worden waren. Kombinierte Therapien mit Zellgiften oder Bestrahlungen hingegen hinterließen tiefere Spuren.

Was die Mediziner vom Leben und Leiden der Krebskranken dank neuerer Erkenntnisse wissen, gleicht noch immer einem höchst unvollständigen Mosaik. Dennoch beginnen die Onkologen, von ihren starren und aggressiven Therapie-Konzepten sachte abzurücken – zumindest bei einigen Tumorarten gehen sie neuerdings behutsamer und flexibler vor.

Für den Lungenkrebs, dessen Heilungsaussichten

mit rund sieben Prozent extrem niedrig liegen, haben die Mediziner ein differenziertes Therapie-Schema entwickelt. Vor allem beim sogenannten nicht-kleinzelligen Lungenkrebs verzichten sie häufig auf die für den Kranken strapaziöse Behandlung mit Strahlen oder Zellgiften. Die qualvollen Radio- und Chemokuren, so hat sich gezeigt, verlängern die ohnehin knappe Überlebensfrist für die Patienten allenfalls um ein paar Wochen.

Die Entscheidung liegt bei den Ärzten: Der Mediziner müsse, so fordert der Brite Geddes, „zwischen Quantität und Qualität abwägen und darf sich dabei vor der gewissermaßen arroganten Position nicht drücken, zu entscheiden, ob es für den Patienten besser ist, wenn er stirbt“.

Auch den Krebs des Enddarms bekämpfen die Mediziner längst nicht mehr in allen Fällen so radikal wie früher. Dank verbesserter Operationstechniken können Tumoren auch im mittleren und unteren Abschnitt des Enddarms schonender entfernt werden – ohne daß der Schließmuskel zerstört wird und ein künstlicher Ausgang („Stoma“) angelegt werden muß.

Das hebt die Lebensqualität der Kranken beträchtlich: Stomaträger können, britischen Chirurgen zufolge, nur in knapp jedem zweiten Fall ihre Arbeit wiederaufnehmen; die sexuellen Funktionen leiden bei knapp 70 Prozent der Männer unter dem Eingriff. Kranke dagegen, bei denen der Schließmuskel erhalten blieb, konnten in acht von zehn Fällen wieder arbeiten wie zuvor, nur jeder dritte Mann hatte durch die Therapie ein sexuelles Handikap davongetragen.

Auch die psychische Verfassung der Patienten war nach dem schonenden Eingriff insgesamt stabiler. Bei den radikal Operierten hing das spätere Wohlbefinden dagegen nicht zuletzt vom Kön-

„Sanfte, verständnisvolle Therapien wichtiger“

nen des Chirurgen ab. So gehen allein 40 Prozent der Stomakomplikationen, wie der Hamburger Chirurg Professor Rainer Winkler konstatierte, auf das Konto des schlechten Operateurs.

Um möglichst wenig radikale Verfahren bemühen sich die Ärzte inzwischen auch bei Patienten mit Speiseröhrenkrebs. Rund 60 Prozent der Kranken, bei denen ein Tumor in der Speiseröhre oder am Mageneingang diagnostiziert wird, sind nicht mehr zu heilen – ihre mittlere Überlebenszeit beträgt nur etwa sechs Monate.

Um den Kranken schmerzhaftes Schluckstörungen zu ersparen, haben Frankfurter Klinikärzte ein Verfahren entwickelt, bei dem ein Tubus ohne Operation, mitunter sogar ambulant implantiert wird – bei der vielerorts noch



Psychosomatiker Ziegler
... über Folgen aufzuklären“

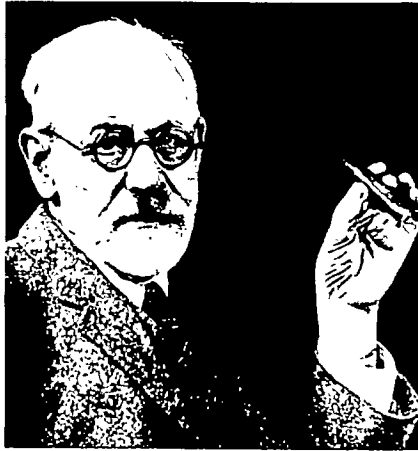
„Man wird sich eine Weile wehren“

Krankengeschichten prominenter Krebsopfer

Humphrey Bogart: Die Maske des melancholischen Zynikers, hart im Nehmen, illusionslos und cool, hat er bis zu seinem Tod nicht abgelegt. „Wir wollen uns nichts vormachen“, sagte er, „sie haben acht Stunden in mir rumgeschnitten, das hätten sie wohl nicht getan, wenn es nur eine Mandelentzündung gewesen wäre.“ Im März 1956 war Bogart in Los Angeles in die Klinik „Zum guten Samariter“ eingeliefert worden. Dort hatten ihm die Ärzte einen faustgroßen Krebstumor am Mageneingang herausoperiert und dabei die Speiseröhre um fünf Zentimeter verkürzt. Für die Mediziner war es ein Wunder, daß der schon arg geschwächte Patient den komplizierten Eingriff überlebte. Doch Bogart, damals 56, hatte es eilig mit der Genesung. Bald saß er, zerknittert und schauerlich abgemagert, wieder im Kreis seiner Freunde beim Whiskey; über die Krankheit verlor er, sarkastisch plaudernd und Witze reißend, kaum ein Wort. Im Sommer startete er, mit seiner Yacht „Santana“, zu seinem letzten Segeltörn. Vier Wochen kreuzte er auf dem Pazifik, dann kehrte er, zu Tode erschöpft, in die Klinik zurück, wo ihm die Ärzte eine Strahlentherapie verordneten. Die Behandlung unter der Kobaltkanone geriet zu einer Tortur, die den hartgesottenen, stets beherrschten „Bogey“ erstmals aus der Fassung brachte; er wurde depressiv, verlor die Selbstkontrolle und dachte daran, sich umzubringen. Schließlich brach er die Therapie ab. Daheim, in seinem Haus in Beverly Hills, lebte er noch einmal auf. „Ich dementiere die Gerüchte“, so ließ er in einer ironischen Presseerklärung verbreiten, „daß mein Herz durch eine alte Benzinpumpe ersetzt wurde.“ Seinen 57. Geburtstag, am 25. Dezember 1956, feierte er wie gewohnt mit einer Party. Drei

Wochen später kam, unter marternden Schmerzen, das Ende. „Einen Tag wie diesen“, sagte er, bevor er ins Koma sank, „will ich nie wieder erleben.“

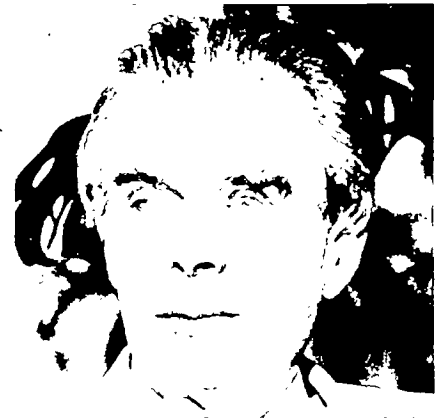
Sigmund Freud: Seine erste Krebsoperation, im April 1923, überstand er mit stoischem Gleichmut. „Es geht mir nicht



sehr nahe“, schrieb er, damals 66, „man wird sich eine Weile mit den Mitteln der modernen Medizin wehren und sich dann der Mahnung von Bernard Shaw erinnern: ‚Don't try to live forever, you will not succeed.‘“ Doch da hatte Freuds Martyrium gerade erst begonnen; es sollte 16 Jahre dauern. Mehr als 30 durchweg qualvolle Eingriffe standen ihm noch bevor. Bei der zweiten Operation, im Oktober 1923, entfernten ihm die Ärzte größere Partien der rechten Kieferknochen sowie des Gaumens und der Zungenschleimhaut. Den Verlust ersetzten sie später durch eine Kieferprothese, die Freud nur mit fremder Hilfe einsetzen und herausnehmen konnte und die immer wieder neu angepaßt werden mußte. Der mechanische Kieferersatz wurde für ihn zur lebenslangen Schinderei; er behinderte ihn beim Sprechen, Kauen und, schlimmer noch, auch beim Zigarrenrauchen. Obwohl der Tumor in seiner Mundhöhle zweifellos vom Tabakrauch herstammte, weigerte sich Freud bis zu seinem Tod, auf den gefährlichen Genuß zu verzichten; er sei, so erklärte er seinem Leibarzt Max Schur, nun einmal außerstande, ohne Zigarren schöpferisch zu arbeiten. Zu regelmäßiger Arbeit, auch zur Behandlung von Patienten, zwang er sich bis in seine letzten Lebenstage. Selbst in London, wohin er 1938 emigriert war, gab er seine Analytiker-Praxis nicht auf. Hier, im Exil, wurde er zum letzten Mal operiert. Den dennoch rasch folgenden neuen „Vorstoß meines lieben alten Carci-

noms“ (Freud) bekämpften die Ärzte nur noch mit Röntgenstrahlen, vergebens: Der Tumor wucherte ungehemmt weiter. Am 21. September 1939 ließ Freud seinen gleichfalls emigrierten Hausarzt Schur herbeirufen. Er bat ihn, der sinnlos gewordenen Quälerei ein Ende zu bereiten. Schur, der seinem Patienten diesen letzten Dienst längst zugesagt hatte, versetzte Freud mit zwei Morphiuminjektionen in einen Schlaf, aus dem er nicht mehr erwachte.

Aldous Huxley: Seine Neugier kannte keine Grenzen, nie war er einer neuen Erfahrung aus dem Weg gegangen. In seinem letzten Lebensabschnitt hatte er mit bewußtseinserweiternden Drogen, LSD und Meskalin, experimentiert, von denen er sich Einblick in bislang verschlossene Geistesregionen versprach. Doch als Huxley, Autor gescheiter Romane („Zeit muß enden“, „Schöne neue Welt“), an Krebs erkrankte, blieb er seltsam stumm. Selbst zu seinen engsten Freunden sprach er allenfalls beiläufig über die Krankheit. 1960 hatten die Ärzte bei ihm einen Zungentumor diagnostiziert. Von einer Operation, die sein Sprechvermögen lädiert hätte, wollte der eloquente Huxley nichts wissen. Statt dessen entschied er sich für eine Strahlenbehandlung, bei der radioaktive Nadeln in die Geschwulst gesenkt wur-



den. Danach schien es, als habe er den Krebs vergessen; er nahm, unablässig diskutierend und schreibend, seine Arbeit wieder auf. Als 1961 sein Haus in Kalifornien mit seiner Bibliothek und allen seinen Manuskripten niederbrannte, beschloß der fast 70jährige gefaßt, „noch einmal ganz von vorn anzufangen“. Doch zwei Jahre später, der Krebs hatte sich überall in seinem Organismus eingenistet, war er am Ende. Am 22. November 1963, dem Tag als in Dallas John F. Kennedy ermordet wurde, schob er, un-



fähig zu sprechen, seiner Lebensgefährtin einen Zettel zu: „Versuch es mit 100 Mikrogramm LSD intramuskulär.“ Es war sein letzter Trip, von dem er nicht zurückkehrte.

John Wayne: Er wollte, wenn es soweit sein würde, „fallen wie ein Baum, mit einem Schlag“. Doch so leicht, durch einen wohlgezielten Revolverschuß, ist der hühnenhafte Westernheld nur im Film (Der letzte Scharfschütze) gestorben. Im wirklichen Leben des „Duke“, der in seinen guten Jahren pro Tag zwei Flaschen Tequila trank und an die 100 Zigaretten qualmte, zog sich der letzte



Showdown lange hin. Mit 57 traf ihn der erste Hieb, Lungenkrebs. Die Chirurgen operierten ihm, in zwei Etappen, den linken Lungenflügel heraus. Sie entließen ihn mit einer Chance von eins zu zehn und deprimierenden Ratschlägen: kein Schnaps und keine Zigaretten mehr, salzlose Diät und äußerste Schonung. Nur vier Monate hielt sich der Todeskandidat an die tristen Vorschriften. Dann drehte er, in den Bergen von Colorado, unter lebensgefährlichen Strapazen seinen nächsten Film. Mehr als ein Dutzend Jahre schien es danach, als habe John Wayne, der Unverwundliche, schließlich sogar den Krebs besiegt. Doch der, „the big C“, wie er ihn nannte, kam wieder. Anfang 1979 entfernten ihm die Ärzte den Magen. Ein Jahr zuvor hatten sie ihm eine neue Herzklappe und einen Herzschrittmacher eingesetzt. Mitte 1979 wucherten Krebsknoten in seinen Därmen, in der Lunge und im Kehlkopf. Der herrische „Duke“ war zum Pflegefall geworden, zu einem hilflosen Lazarus. Am Ende kapitulierte er: „Hol mir meinen 38er Smith & Wesson“, bat er seine Vertraute Pat Stacy, „ich will mir eine Kugel in den Kopf schießen.“ Das redeten Verwandte ihm aus. Zum Sterben verließ er die Klinik, er kehrte in sein Haus zurück. Seine Grabinschrift hatte er sich längst ausgesucht. „Feo, fuerte y formal“, sollte sie heißen, zu deutsch: Er war häßlich, er war wild, und er hatte Würde.

Ingrid Bergman: Neun Jahre kämpfte sie mit dem „Drachen“, der sie in den Klauen hielt und nicht mehr losließ. Erst als sicher war, daß er gewinnen würde, ergab sich Ingrid Bergman in ihr Schicksal. „Ich habe“, sagte sie ein Jahr vor ihrem Tod, „meinen Krebs akzeptiert. Jeder Tag, den ich dieser Krankheit abtrotze, ist ein Sieg für mich.“ Am Anfang allerdings war es ein Schock. Als sie Ende 1973 die ersten verdächtigen Knoten in ihrer Brust ertastete, verdrängte sie monatelang ihre Angst. Im Juni 1974 faßte sie endlich Mut und erfuhr die niederschmetternde Diagnose. Kurz darauf amputierten die Ärzte ihre linke Brust. Schon ein Jahr später zeigte sich, daß dem „Drachen“ dieses Opfer nicht genügte. In ihrem rechten Arm wühlten bohrende Schmerzen, die Drüsen in der Achsenhöhle schwellen an. Wieder ignorierte sie die Warnsignale, sie stürzte sich in ihre Arbeit und errang ihren dritten Oscar. Doch 1978 wurde auch ihre rechte Brust entfernt. Es folgten strapaziöse Kobaltbestrahlungen und danach eine Chemotherapie. Der medizinische Horror warf die vitale Schwedin, vorübergehend jedenfalls, aus der Bahn. Sie wurde zur Trinkerin, die ihren Tag mit einem Schuß Whiskey im Kaffee begann. Dann aber raffte sie sich noch einmal auf. Sie machte eine Entziehungskur und spielte, Anfang 1981, in einem Vier-Stunden-Film die Rolle der verstorbenen Golda Meir, einer Leidensgefährtin, die gleichfalls an Krebs gelitten hatte. Bei mörderischer Hitze, an die 40 Grad im Schatten, überstand sie mit letzter Kraft die Dreharbeiten in Israel.



In den Pausen pflegte sie ihren unförmig aufgequollenen rechten Arm, den eine Strahlen-Überdosis schwer geschädigt hatte. Den Kunstfehler kreidete sie ihren Ärzten nicht an: „Sie gaben mir zuviel, weil sie mich lieben“, sagte sie sanftmütig. Die Amputation blieb ihr erspart. Im Sommer 1982 hatte der Krebs fast ganz von ihr Besitz ergriffen und sich in beiden Lungen, der Leber, den Rückenwirbeln und den Lymphknoten eingenistet. Sie starb am 29. August, ihrem 67. Geburtstag.

immer üblichen Entfernung der Speiseröhre sterben 10 bis 20 Prozent der Patienten an den Folgen der Operation.

Ältere Krebspatienten machen den Medizinem die Entscheidung besonders schwer. Therapien, die ihr Leben verlängern, es aber mit unerträglichen Nebenwirkungen belasten, helfen ihnen oft nur in den Augen zahlengläubiger Krebsbekämpfer. Zu einer „masterly inactivity“ rät deshalb „in vielen Fällen“ der Aaleener Gynäkologe Professor Klaus von Maillot: „Sanfte, verständnisvolle Therapien“, so glaubt er, seien etwa bei Greisinnen mit Geschwülsten in den Fortpflanzungsorganen „wichtiger als besonders wirksame Behandlungen“.

Nur mit Einfühlungsvermögen und Zurückhaltung können Ärzte schließlich jenen Patienten zur Seite stehen, bei denen sich der Tumor durch Knochenmetastasen ausbreitet. Den Patienten und den Medizinem signalisieren die Tochtergeschwülste, daß ihre Hoffnungen und Strapazen vergeblich waren: Der Krebs ist Sieger geblieben, auch wenn Schmerzen, die von den Metastasen ausgehen, durch gezielte, hochdosierte Bestrahlungen für Monate, mitunter auch länger ausgeschaltet werden können.

Nicht die Dauer des Überlebens, sondern die Qualität der verbleibenden Spanne sollte, wie der US-Radiologe Herman Nussbaum von der Southern California Permanente Medical Group in Los Angeles forderte, das Handeln der Ärzte in solchen Fällen bestimmen. Nussbaum: „Kein Schmerz, das bedeutet Verzicht auf Therapie.“ Dennoch schreiten die Krebsdoktoren auch hier oft zur Tat – die Hilfesuchenden haben davon, wie Nussbaum kritisiert, „herzlich wenig“.

Unheilbar Kranken läßt der Krebs, wenn nutzlose Behandlungen die Abwehrkräfte des Körpers nicht vorzeitig ruinieren, häufig Zeit. Erst in den letzten ein bis drei Wochen vor dem Tod, nicht früher, so ermittelten amerikanische und kanadische Wissenschaftler in einer großangelegten Studie, sinkt die Lebensqualität bei den meisten Kranken rapide ab. Und: Ihre Lebenskurve senkt sich in den letzten beiden Monaten vor dem Tode nicht kontinuierlich, sondern der Einbruch kommt abrupt, oft erst wenige Tage vor dem Ende. Jeder fünfte Krebskranke, so stellten die Forscher fest, blieb in den letzten 14 Tagen seines Lebens auch davor verschont: Er starb friedlich.

Im nächsten Heft

Scheinerfolg im Kampf gegen den Krebs – Mediziner wissen zu wenig über Schmerz – Übertriebene Angst vor Opiaten – Neun von zehn Krebspatienten könnten schmerzfrei sterben