Keine Angst vor Krebs"

Gefahren der Vorsorgeuntersuchung — Modellfall Prostata / Von Professor Julius Hackethal

Die allgemeine Angst vor Krebs ist unbegründet. Sie beruht auf Irrtümmern und Lügen. Die meisten Krebsarten sind gutartige Hautkrebse, die bedürfen keiner Behandlung.


Krebserkrankung ist eine Krankheit der Seele. Ohne intensive Mitbehandlung der Seele ist eine Krebskrankheit nicht heilbar.


"Da Initiative — und Intuition — einzelner Forscher soll wieder mehr Raum gegeben werden. Der ungebundene Geist eines einzelnen Kriegers... vermag bisweilen mit weniger Aufwand mehr auszurichten als ein ganzes Stab von Generälen", lautet das Resümee der zitierten Tageszeitung.

Als ich diese "wissenschaftliche Studie" — aufbereitet für Patienten" vor gut zwei Jahren zu schreiben begann, glaubte auch ich noch an die Schulemedical-These, daß jeder Krebs ein Raubtier-Krebs sei. In keinem medizinischen Lehrbuch steht es anders.

Dabei gibt es in der medizinischen Literatur schon seit Jahrzehnten untrügliche Beweise gegen die Raubtierre-Krebs-Theorie, das Stützkorsett der schulmedizinischen Rabiat-Strategie.

Der Leser mag sich fragen, wieso gerade ich darauf komme, daß die Krebs-thesen der ärztlichen Wissenschafts-

Kampf
den
den
krebs
den
den
den
krebs
früherrkenng rettet leben

Werbung für Krebsvorsorge „Teures Ritual“


* * *

Krebs ist ein Wort, das Angst und Schrecken verbreitet. Krebs gilt als die letzte Geißel des Raumfahrt-Zeitalters, die Bevölkerung der Krebskrankheit als eine der wichtigsten Aufgaben der modernen Technik zu wenden.

Wer wünschte sich nicht, daß es ge- länge, die Krebskrankheit auszurotten oder doch ihres Schreckens wegzudrängen? Ähnlich wie das für Pest, Polio, Tuberkulose und viele andere Krankheiten gelungen ist.


Ich bin seit mehr als 30 Jahren praktizierender Auch-Krebspatienten-Arzt, habe mehrere tausend Operationen wegen Krebs gemacht und mindestens ebenso viele Patienten an Krebs leiden und sterben gesehen.


Mein bisheriger Beitrag zur Krebshilfe steht unter negativem Vorzeichen. Es begann damit, daß ich etwas in Zweifel zog, was eigentlich gar nicht zweifelhaft sein kann: die Nützlichkeit der Krebs-Vorsorgeuntersuchung.


Seine Schlussfolgerung: „Die jährliche Vorsorgeuntersuchung ist nicht für den Untersuchten, sondern nur für den Arzt gewinnbringend. Das gilt jedenfalls für den derzeitigen Stand der Entwicklung. Vorsorgeuntersuchungen sind ein anstrengendes und teures Ritual, das die Erwartungen nicht erfüllt.“

Auch bei uns hatte es bereits kritische Stimmen gegeben. Dr. Hans-Joachim Schmoll — ein Kollege des Sozialmediziners Prof. Dr. Manfred Pflanz, Medizinische Hochschule Hannover, des Erstinformanten über den Weltrekord bundesdeutscher Blinddarm-Operateure — hatte im Februar 1976 im „Ärztlichen Praxis“ ge- schrieben:

„Der Autor ist fast geneigt, den Schluß zu ziehen, daß die Nichteinnehmer“ — an der Krebsvorsorgeuntersuchung — „die klügsten Leute sind: Sie haben für sich selbst diese Diskrepanz realisiert zwischen dem Anspruch der Krebs-Frührenkennungsuntersuchung und der negativen persönlichen Erfahrung mit Bekannten und Verwandten. Das heißt: Der Nachweis der Effektivität steht aus; dieser ist aber eine Grundvoraussetzung für die Teilnahme des Versicherten am Frührenkennungsprogramm.“

Können Vorsorge-Untersuchungen die Zahl der Krebsstoten mindern?

Im September 1976 diskutierten Prof. Dr. Maria Blohmke, Leiterin der Abteilung für Sozialmedizinische Epidemiologie und Arbeitsphysiologie im Institute der Deutsch Gesellschaft für Sozialmedizin, mit ihrem Mitarbeiter Dr. Uffrich Keil und der Zeitschrift „Ärztliche Praxis“ über das Thema „Was ist unsere Krebsvorsorge wert?“

Ergebnis: „Die wenigen Effizienzuntersuchungen, denen die propagierten Krebsvorsorgenprogramme unterzogen wurden, deuten darauf hin, daß weder die Morbidität (= Krankheitshäufigkeit) noch die Mortalität (= Sterblichkeit) der bekämpften Karzinome beeinflußt werden. Für den Epidemiologen ist dieses Ergebnis nicht überraschend: Die Programme wurden ohne Vorprüfung gesetzlich verankert, verursachten enorme Kosten und führten nicht selten zu einer ungerechtfertigten Beanruhigung der Betroffenen.“

Abschließend sagte Keil: „Ich möchte hier noch einmal betonen, daß Epidemiologen und Präventiv-Mediziner natürlich nicht gegen die Frührenkennung von Krankheiten argumentieren, sondern die Kritik von epidemiologischer Seite richtet sich allein gegen die bisherige Praxis der Frührenkennungsprogramme.“

Auch mir geht es vordringlich um die Frage, ob Vorsorgeuntersuchungen eine geeignete Methode sind, die Zahl der durch Krebskrankheit gequälten, verstümmelten und getöteten Menschen wesentlich herabzusetzen. Nur darum geht es und um nichts anderes.

Der Prostatakrebs scheint als Beobachtungs- und Forschungs-Modell für das Verhalten von Karzinomen zu gelten und also den häufigsten Krebsarten — im Gegensatz zum Blutflossorgankrebs (im Blut), für den eventuell andere Gesetze gelten —, wegen der Größe und Lage
Krebsherzog in Heidelberg*; „Eine Schlacht gegen den Krebs..."

...ging voran: Krebsforschung in Heidelberg*


In einem Augustheft 1978 der Zeitschrift „Medizinische Welt“ schrieb der Mainzer Urologie-Ordinaris Rudolf Höhenfellner: „Statistisch ist das Prostatakarzinom der zweithäufigste Tu-
or der männlichen Population (= Bevölkerung) über 40, dem 16 von 100 000 der männlichen Population in Deutschland zum Opfer fallen.“

Derartige Warnungen und Drohungen sind im medizinischen Schrifttum an der Tagesordnung. Sie werden von den Informations-Medien gefahrgläubig übernommen und verbreitet.


in dem es gutgläubig entgegengebracht wird.“

Solche Sätze wurden zum Teil als starke Überreihung gewertet. Wozu Ärzte fähig sind, ergibt sich aus einer Handlungsweise im Zusammenhang mit der Programmierung der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchung, die man nur unter die Rubrik „Diagnostische Betrugsmanöver“ einordnen kann.

Auf die amtlichen Krebsvorsorge- Untersuchungsformulare für Männer wurde als Krebsverdachtszeichen die „Überwachungsgroße Prostata“ aufge- nommen (siehe Seite 209).

Normalerweise hat die Vorsteh- drüse des erwachsenen Mannes die Grö-
Die Abbildung zeigt einen Artikel über eine Krebs-Früherkennungsuntersuchung. Der Titel lautet "Alte Fragebogen zur Krebs-Früherkennung: Ein Krebs erdacht zaichen..."

Der Artikel beginnt mit der Aussage: "In einer Edelkastanie, bei vielen Männern ist sie größer. Das gilt besonders ab 50, wo sich hier bei der meistens eine sogennannte Prostata-Hypertrophie, eine Übergröße durch eine gutartige Wucherung der Innendrüse entwickelt (siehe Graphik Seite 209).

Dazu schrieb der West-Berliner Urologie-Ordinarius Prof. Dr. Reinhard Nadel kürzlich: "Das Wachstum dieser periurethralen Gewebe - die Innendrüse liegt unter der Harnröhre herum (= periurethral) - beginnt bereits mit dem 50. Lebensjahr. Wie häufig allerdings das sogenannte Prostataadenom ist, kann kaum gesagt werden, da es hierüber keine statistisch relevanten Zahlen gibt und die Angaben in der Literatur außerordentlich schwanken. Man kann wohl davon ausgehen, dass ca. 70 bis 80 Prozent aller Männer nach dem 60. Lebensjahr ein mehr oder weniger großes 'Adenom' haben."


Jeder zweite Mann vom 45. Lebensjahr an - dem Beginn des Anspruchs auf kostenlose Vorsorgeuntersuchung - könnte vielleicht für die „weiterführende Diagnostik“ selektiert werden, wenn die „überkastaniengroße Prostata“ als Krebsverdachtszeichen ins Formular kam, mogen die Optimisten unter den federführenden Wissenschafts- und Standes-Funktionären gehofft haben.

Das wäre mehr als vier Millionen Männer - wenn es gelänge, alle Männer vor der „Zeitbomben im Gesäß“ (Alken) gründlich das Fürchten zu lehren. Wenn sich fast alle dem Zeigefinger der zahlreichen Untersuchungs- (und Abrechnungs-)Berechtigten anvertraut, ist der Fingerspitze, mit dem man nicht

* Die Frage nach „überkastaniengroßer Prostata“ wurde entfernt.

Die Tabelle zeigt die Fragen zur Krebs-Früherkennung.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Antwortmöglichkeiten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Klinische Befunde</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Weitere Maßnahmen bei Verdachtsfällen</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Befunderkennung</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der Artikel endet mit den Worten: "Eleganz hat einen Namen..."
nur fühlen, sondern vor allem auch drohen sollte: "Der gestreckte, erhobe
ne Zeigefinger wurde von Alten nicht zu Unrecht als Symbol für die Vorsorge-
untersuchung gewählt", sozierte der Urologie-Chefarzt Peter Faut
(„Medizinische Welt“).

Jeder ausreichend informierte Uro-
loge der zivilisierten Welt weiß aber,
daß die überkastenziengroße Prostata
ein Krebsverdachtszeichen ist.

Warum wohl wurde dieses Symptom
in das Vorsorgeformular aufgenom-
men? Darf man im Ernst annehmen,
die verantwortlichen bundesdeutschen
Urologen hätten nicht gewußt, daß eine
vergrößerte Vorsterherdrüse ebenso
wenig für Prostatakrebs spricht, wie
graue Haare ein Verdachtszeichen für
Hirnarterienverkalkung sind?

Was hätten Urologen und sonstige
Beteiligte an der „weiterführenden
Diagnostik“ verdienen können, wenn
der Wunschraum einer fast hundert-
prozentigen Mobilmachtung der Män-
er ab 45 für die Arzt-Zeigefinger ge-
lington wäre?

Die Rechnung soll hier nicht weiter-
geführt, sondern nur eins klarstel-
lt werden: Es war ein Viel-Millionen-
Geschäft, das sich bei der Planung 1970
am kalkulatorischen Monopol der Me-
dizin-Funktionäre mit dem Krebsym-
ptom-Betrug „überkastenziengroße Pro-
stata“ abzeichnete.

„Viele Millionen Mark
für diagnostisches Betrugs-Indiz.“

die 31. März 1975 — blieb das Krebs-
verdachtszeichen, das keines ist, auf
den Formularen. Wer dafür gesorgt
hat, daß danach geschrumpft wurde,
ist mir nicht bekannt.

Daß die Rechnung nicht voll auf-
ging, daß trotz massiver Krebspanik-
mache nur etwa zwölf Prozent der be-
rechtigten Männer von dem kostenlo-
sen Angebot Gebrauch machten, kann
den Verantwortlichen nicht zuge-
treten halten.

Auch nicht, daß die ermächtigten
Mannskrebs-Vorsorgeärzte nur bei 25
Prozent der Untersuchten eine überka-
stensziengroße Prostata tasteten —
und nicht (wie zu erwarten) bei mindestens
der Hälfte. Was deshalb nicht verwun-
derlich ist, weil 80 Prozent der Rekta-
untersucher zu den weniger Erfahre-
nen zu rechnen sind: Allgemeinärzte
(56 Prozent), Internisten (22 Prozent),
Hauptärzte (ein Prozent). Im Vergleich
durch Urologen und Chirurgen dürften
bei ihnen Feinheitlichkeit der Zeigefinger,
Größenvorstellung von einer Euchka-
stanzie und Umsetzungsvermögen weit
öfter Probleme machen.

Nach dem „Batelle-Bericht* für
1972 stand die Spürsicherheit für über-

* Bericht des Frankfurter Batelle-Instituts über
Krebsvorsorge-Programme.
Ihr Hauptnachteil ist die Anonymität und damit die Unkontrollierbarkeit. Das führt viele dazu, nicht nur sehr oberflächlich zu forschen und unkritisch auszuwerten, sondern sogar derartige Statistiken zu manipulieren. Gründe gibt es dafür in der Medizin sehr viele. Es scheint so, daß in keinem Wissenschaftszweig Forscher und solche, die vorgeben, Wissenschaftler zu sein, in dem Umfang häufig sind wie in der Medizin. Käuflich im weitesten Sinne des Wortes.

Dabei wird wohl in den seltensten Fällen der Kaufpreis für einen falschen oder irreführenden „Forschungsbericht“ direkt ausgehandelt. Im allgemeinen wird er indirekt bezahlt; durch Finanzierung von Forschungsprojekten, deren apparative und personelle Hilfsmittel auch anderweitig verwendbar sind. Durch Bezahlung von Forschungsgruppen ins In- und Ausland, durch Bezahlung der aufgebrachten Arbeitszeit. Durch großzügige Spenden in irgendwelche Fonds. Oder bei Erfolgs-


Hier die erste von sieben Krankengeschichten: Patient Werner Holbein – Haustierkrebse seit zwölf Jahren.

Am 14. April 1978 schrieb mir der 64 Jahre alte Architekt Werner Hol-

---

"Wegen Nierensteine in die Klinik – Prostata entfernt.

Man sieht, wie weit es die Med-Mafia-Funktionäre gebracht haben. Wenn das Mode wird, was im letzten Battelle-Bericht diskutiert wird, läßt sich angesehen von 33 Prozent durchschnittlicher Krebshäufigkeit der Männer ab 45 leicht ausrechnen: Entmännung, Blasenverstümmelung oder Ausrottung aller Männer ab 45 in wenigen Jahren.

Wie ich schon in meinen früheren Büchern begründet habe, sagen Krankengeschichten sehr viel mehr zuverlässig über den Wert ärztlicher Strategie bei einer Krankheit aus als Statistiken. Das verdient definitiv dann, wenn die Patienten oder ihre Angehörigen den Wahrheitsgehalt der niedergeschriebenen Krankengeschichte in allen Einzelfällen kontrollieren können.

Statistiken und daraus abgeleitete Wahrscheinlichkeitsrechnungen konnten zwar eine wertvolle Hilfe für Bewertung einer Diagnostik- oder Therapie-Methode sein. Ihre Erstellung ist aber mit vielen Fehlernellen, ihre Auswertung mit vielen Irrtumsmöglichkeiten belastet.

---

DER SPIEGEL. Nr. 41/1978
bein* aus einer westdeutschen Großstadt folgenden Brief:

„Betr.: ...Mach aus dem Haustier kein Raubtier."


Sehr geehrter Herr Professor Dr. Hackethal!

Die o. a. Veröffentlichung Ihres Interviews veranlaßt mich, Ihnen nachstehende Erfahrungen mitzuteilen:


Auf meine verwunderte Frage, ob er denn Prostatabeschwerden gehabt habe, berichtete er mir, daß dies nicht der Fall gewesen sei, jedoch habe Herr Dr. Gerlach, der Chefarzt der Urologischen Abteilung, gelegentlich einer üblichen Tagesvisite seiner anwesenden Frau erklärt, daß es sich gut güt, daß sie gerade sa, weil er ihr zu eröffnen habe, daß bei ihrem Mann die Prostata entfernt werden müsse.

Er pflegte es so zu handhaben, den Ehefrauen von betroffenen Patienten das so auseinanderzusetzen. Im übrigen sei das Ehepaar ja wohl in dem Alter, in dem man keine Kinder mehr kriege und dergleichen mehr.

Ich war über diesen Bericht, insbesondere angesichts der Tatsache, daß der Leidensgenosse keinerlei Beschwerden seiner Prostata erlebt hatte, eingeräumt verwundert und erklärte dem Chefarzt, der mir zu Recht als der ein anerkannten Fachmann sei, ihm die Notwendigkeit einer solchen Operation mit solcher Dringlichkeit vor Augen geführt habe.

Ich hatte diese Geschichte meiner eigenen Frau, die mich beschüttet, kaum erzählt, als die Türe aufging und Herr Dr. Gerlach mit Gefolge zur Visite herinspaziert. Nachdem er meine Frau begrüßt hatte, bat er sein Gefolge hin aus, und es spielte sich nun der gleiche Vorgang ab, den mein Zimmernachbar mir berichtet hatte.

* Die Namen von Patienten, Krankenhäusern und Ärzten wurden vom Autor geändert.

Urologie Aiken
"Zeitbombe im Gesäß"

Herr Dr. Gerlach sagte zu meiner Frau, daß es ganz gut sei, daß sie gerade anwesend sei, denn er habe ihr zu erklären, daß eine von ihm während meiner Narkose durchgeführte Routineuntersuchung die dringende Notwendigkeit eines operativen Eingriffs mit Entfernung der Prostata ergeben habe.

Wir seien ja nun beide vor einem Alter, in dem man ohnehin keine Kinder mehr kriege und das „sexuelle Element einer Ehe auch keine Rolle mehr spiele“ — Herr Holbein war damals 52 Jahre alt! — „weswegen die durch Entfernung der Prostata zu erwartende Auswirkung auf die Potenz wohl auch das kleinere Übel sei“.

Vorsorge-Kritiker Pflanze
„Sind Nichtteilnehmer klüger?"

Ich war nun nicht etwa, was sicher viele gewesen wären, angesichts der Parallelität der meiner Frau von mir kurz zuvor erzählten Berichtes meines Zimmernachbarn sprachlos, sondern erklärte Herrn Dr. Gerlach, daß nicht meine Ehefrau, sondern ich allein über meine Prostata verfüge, und sagte ihm unmissverständlich, daß meine Prostata dort bliebe, wo sie sei.

Herr Dr. Gerlach wurde daraufhin hoffentlich und erklärte mir, daß er dann jede Verantwortung ablehnen müsse, was meine Frage auslöste, worin denn seine Verantwortung bestünde, für meinen Körper sei allein ich verantwortlich.

Die Diskussion wurde schließlich so heftig, daß ich ihm sagte, daß ich meinerseits als Architekt und Statiker wohl genau wisse, was Verantwortung sei, daß ich in der Tat für Fehler sehr hart in die Verantwortung genommen werden könne, er hingegen könne sich seinen eigenen Friedhof kisten, weil es allenfalls bei einer im Bauch eines Patienten von Vergessene Operationssicherheit möglich sei, einen Kunstfehler eindeutig zu beweisen und den dafür Verantwortlichen zur Rechenschaft zu ziehen.

„Der Abbau des Lebenswillens war unübersehbar."

Herr Dr. Gerlach legte mir dann in höchster Erregung nahe, sofort „sein“ Krankenhaus zu verlassen, was ich dann auch unmittelbar tat. Heute, nach zwölf Jahren (Herr Dr. Gerlach starb selbst bereits vor einigen Jahren), bin ich weiterhin und hoffentlich noch lange ohne jegliche Beschwerden meiner Prostata, von der ich nur weiß, daß ich sie noch habe, und die Sache könnte wohl vergessen sein.

Auch war ich vor ein paar Jahren in einem gleichen Krankenhaus, allerdings nicht als Patient, sondern um meinen Bruder zu besuchen, dem gerade die Prostata herausgenommen worden war.

Ich kam schwerlich darüber hinweg, daß ich durch meine Erfahrung nicht diese Operation habe verhindern können. Ich hatte zu spät, das heißt erst nach der Operation, von derselben erfahren.

Nun, mein Bruder wurde mit einer Infektion der Harnwege durch antibiotika-resistente Bakterien, die sich durch keinerlei Maßnahmen und auch nicht durch Unmengen von entsprechenden Medikamenten und Injektionen beseitigen oder mildern ließ, und als Bärtisser entlassen.

Das seelische Leid, das er erfuhr, auf das Niveau eines bettnässenden Säuglings gekommen zu sein, drückte sich in den mir gegenüber, vornehmlich außer außer betonten Todeswunsch und seiner an mich gerichteten Bitte, ihm dazu zu
verhelfen, geradezu herzerreißend aus.

Der dieses Thema behandelnde Bericht im SPIEGEL, mit der von Ihnen vertretenen Ansicht, weckt diese Erinnerungen wieder auf, und veranlaßt mich, da ich in meiner eigenen Erfahrung und der meines verstorbenen Bruders ihre geäußerte Ansicht so sehr bestätigt sehe, Ihnen diesen Brief zu schreiben. Mit freundlichen Grüßen..."


In meinem Zwischenbrief an Werner Holbein hatte ich unter anderem geschrieben: "Wie stand es um Ihre sexuelle Aktivität? (Die Urologen scheinen grundsätzlich davon auszugehen, daß Männer spätestens ab 60 keinen Geschlechtsverkehr mehr ausüben und das auch gar nicht wollen. Sie wissen nicht, daß die sexuelle Aktivität bei vielen über 80jährigen erhalten ist.)"

Die Antwort darauf: "Ich bin medizinisch und biologisch zu wenig vorgebildet und glaube auch im übrigen, daß über Sexualität im Alter die widersprüchlichsten Vorstellungen bestehen.

Als ich noch jünger war, hat es mich durchaus interessiert, von älteren Männern zu erfahren, wie das so mit dem Sex im Alter ist. Aber ich fand wenig, die darüber zu sprechen bereit waren. Nur diese Erfahrung macht es mir annehmlich verständlich, daß es Urologen gibt, die davon ausgehen, daß ein Mann mit 60 keinen Geschlechtsverkehr mehr ausübt und auch nicht mehr daran interessiert ist. Wenn das aber die Norm wäre, so bin ich die Ausnahme von dieser Regel.


Das ist jedoch keineswegs ein allgemeines Nachlassen sexueller Potenz, sondern wohl mehr eine Minderung der auslösenden Reizwirkungen, die, für mich gilt das jedenfalls, sehr stark von Jugend und Gesundheit weiblicher Reizendrucke abhängt.

Meine Frau ist auch 65 Jahre alt, und sie würde gerade diesen Satz nicht gerade mit Begeisterung lesen, obwohl sie sich sagen müßte, daß Naturgegebenheiten sich nun mal nicht ändern lassen. Allerdings gebe ich zu, daß ich mich nicht aufschwingen würde, nach Bangkok zu fliegen, um dort die entsprechenden sexuellen Erlebnisse haben zu können. Aber das wäre ich auch heute als junger Mann nicht tun, vor allem wegen der Angst, mir dort eine Syphilis einzufangen.

Zusammenfassend kann ich also sagen, daß ich die von Ihnen erwähnte Auffassung von Urologen, daß mit 60 Jahren Sex aufhört, ganz und gar nicht teilen kann.


Vielleicht interessiert es die Urologen, daß es Männer gibt, die es vorziehen zu sterben, wenn sie zum impotenten Hosen- und Bettlägeri operiert wurden.

Im nächsten Heft

DER SPIEGEL, Nr. 41/1978