

Brustkrebs – Zahlen und Risiken
Brustkrebsfrüherkennung
Im Mittelpunkt die Patientin
Gynäkologische Operationen und ihre Folgen
Frauenleiden – viele trifft es



Gynäkologische Erkrankungen

»Es ist beeindruckend zu sehen, wie häufig Frauen mit gutartigen gynäkologischen Diagnosen operiert werden und also auch gutartige Diagnosen ein nicht zu unterschätzendes Belastungspotenzial haben.... Immer noch ist zu wenig über den Aufklärungs- und Rehabilitationsbedarf, das Erleben von operativen Eingriffen, die sozialen Folgen oder auch über den Zusammenhang zwischen Organentfernung und weiblicher Identität bekannt.«

FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2001
SEITE 150

Brustkrebs – Zahlen und Risiken

Brustkrebs ist keine Epidemie

Viele Frauen haben Angst vor Brustkrebs. Untersuchungen zeigen, dass sie das Risiko oft überschätzen. Seit Ende der achtziger Jahre stagniert in Deutschland die Sterblichkeit an Brustkrebs, seit 1996 sterben weniger Frauen an dieser Erkrankung – ein Trend, der alle Altersgruppen betrifft. Erklärt wird dieser Rückgang mit der besseren Therapie und Früherkennung. Auch beobachten Frauen inzwischen aufmerksamer ihre Brust und suchen schneller Rat bei ihrer Gynäkologin.

Eine von zehn Frauen erkrankt in ihrem Leben an Brustkrebs. Diese Information ist derzeit oft zu lesen. Sie stimmt, allerdings fehlt der Zusatz: falls die Frau 82 Jahre alt wird! Die Erkrankungsrate nimmt mit dem Älterwerden zu, das Durchschnittsalter bei Diagnosestellung liegt bei 63 Jahren. Oder anders ausgedrückt: Bei 353 von 100 000 Frauen im Alter zwischen 30 bis 39 Jahren wird Brustkrebs diagnostiziert; bei den 50- bis 59-Jährigen bekommen von 100 000 Frauen 2526 einen Brustkrebsbefund.

Die Zahl der diagnostizierten Brusttumoren steigt – vor allem in den Ländern mit einem Screeningprogramm. Dieser Trend wird zum Teil als Effekt der Früherkennungs-Mammografie erklärt, weil dadurch auch Krebsvorstufen und Veränderungen der Brust gefunden werden, die das Leben der Frau möglicherweise nie bedroht hätten. Experten und Expertinnen sehen den Grund der häufigeren Brustkrebsdiagnosen auch in der Zunahme der Risikofaktoren.

Betrachtung im Spiegel

Die Brust – Symbol des Weiblichen, der Erotik. Heute fast vergessen: das Nähren. Weißt du noch, wie die Kinder genuckelt haben – wollüstig fast – versunken in die weiche Geborgenheit des Fleisches? Habe ich schöne Brüste oder sind sie zu platt, zu groß, zu hängend? Wie sich doch in die Brüste unsere Geschichte eingräbt. Du nennst sie trotzdem weich und wonnig. In meinen Händen wiege ich sie, betrachte mich im Spiegel. Ist mein Busen asymmetrisch, spüre ich eine Ausbuchtung? Schlummert darin irgendetwas, das mich ängstigen sollte? Ist meine Brust vielleicht eine Zeitbombe? Heute, gestern und vorgestern las ich Berichte, die mir Brustkrebs als neue Epidemie erscheinen ließen. Immer mehr und immer jüngere Frauen erkranken, sterben. Stimmt das wirklich?

Zitiert nach:

Eva Schindele, »Brustbild«,
WDR 2001

Leitlinien Fraueninformation zur Brustkrebsfrüherkennung der Konzentrierten Aktion Brustkrebs-Früherkennung, 2001

»Wichtig ist der Hinweis darauf, dass nach einer Diagnosestellung keine übertriebene Eile geboten ist, sondern dass immer ausreichend Zeit ist, sich umfassend zu informieren, sich über Behandlungsmethoden zu beraten und sich zusätzliche Meinungen einzuholen. Brustkrebs ist kein Notfall.«

Ein Puzzle verschiedener Risiken

Wieso bekommt die eine Frau Brustkrebs, die andere nicht und warum sind Frauen aus höheren sozialen Schichten oder Städterinnen häufiger betroffen? Warum erkranken und sterben in den neuen Bundesländern viel weniger Frauen an Brustkrebs, als in Westdeutschland? Dies ist bisher weitgehend ungeklärt. Überhaupt tappt man bei den Ursachen für die Entstehung von Brusttumoren noch ziemlich im Dunkeln. Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen gehen davon aus, dass es sich um ein Puzzle verschiedenster Einflüsse handelt.

► **Lebensstil:**

Kalorienreiche Ernährung, Übergewicht, übermäßiger Alkoholkonsum oder Rauchen gelten als Risikofaktoren.

► **Zyklus und Biografie:**

Eine frühe Regelblutung und späte Menopause wirken sich eher ungünstig aus, ebenso wenn Frauen keine Kinder geboren haben. Eine frühe Mutterschaft, Kinder (am besten mehrere) und mehrmonatiges Stillen senken dagegen das Risiko.

► **Pille und Hormontherapie:**

Nach neuesten Erkenntnissen fördert die Anti-Baby-Pille nicht die Entstehung von Brustkrebs. Anders ist es bei den Östrogen-Gestagen-Präparaten, die Frauen gegen Wechseljahrsbeschwerden verschrieben bekommen. Mit der Dauer der Einnahme steigt das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken. Aus diesem Grunde ist ein Arm der amerikanischen Studie »Women-Health-Initiative« im Sommer 2002

vorzeitig abgebrochen worden. Diese große wissenschaftliche Untersuchung sollte Nutzen und Risiken der Hormontherapie klären. (siehe Kapitel Lebensmittel S. 26)

► **Familiäres Risiko:**

Nur etwa fünf Prozent der Brustkrebsfälle sind erblich bedingt. Zwei Genveränderungen (BRCA 1 und BRCA 2) lassen sich bisher mit einer genetischen Testung nachweisen. Doch selbst, wenn eine Genveränderung vorliegt, erkrankt die Frau nicht in allen Fällen. Deshalb wird dringend empfohlen, sich vor einer solchen Diagnostik beraten zu lassen. Zwölf universitäre Zentren haben sich im Rahmen eines Forschungsvorhabens auf diese Fragestellungen spezialisiert.

► **Umweltrisiken:**

Seit dem Atombombenabwurf in Hiroshima ist bekannt, dass ionisierende Strahlen Krebs auslösend wirken; wie gefährlich niedrige Strahlendosen, zum Beispiel durch Röntgen sind, ist umstritten. Generell soll nur geröntgt werden, wenn es medizinisch notwendig ist. Ein Röntgenpass hilft überflüssige Untersuchungen zu vermeiden. Wissenschaftliche Studien müssen noch klären, inwieweit elektromagnetische Felder, zum Beispiel Sendemasten, Kraftwerke oder Mobiltelefone das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, erhöhen. Das gleiche gilt auch für Industriechemikalien aus der Gruppe der Chlorverbindungen, von denen bekannt ist, dass sie in das Hormonsystem eingreifen.

Früherkennung

»In Anbetracht der ungenügenden Erkenntnisse über Ursachen und Risikofaktoren für die Entstehung von Brustkrebs kommt der Sekundärprävention in Form von Früherkennung eines Mamma-Karzinoms eine besondere Bedeutung zu. Zu den Methoden der Früherkennung zählt die Brust-Selbstuntersuchung (BSU), die Inspektion und Palpation sowie die Mammografie beziehungsweise das Screening.«

■ FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2001
SEITE 126

Mammografie schützt nicht vor Brustkrebs ...

... aber sie kann ihn vielleicht in einem so frühen Stadium aufspüren, in dem er noch keine Tochtergeschwülste (Metastasen) gestreut hat und somit nicht das Leben der Frau gefährdet. Das ist die Hoffnung, die hinter der Früherkennung mit Hilfe von Röntgenstrahlen steht. Allerdings weist die Mehrzahl der Studien diesen Nutzen nur bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren nach. International streiten sich Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen, wie hoch der Vorteil für die einzelne Frau auch angesichts verbesserter Therapiemöglichkeiten ist – für Frauen unter 50 überwiegt allerdings die Skepsis.

Um kleine Brusttumoren aufzuspüren und die Frauen möglichst wenig mit falschen Befunden zu belasten, ist die Qualität des Röntgenbildes und die Erfahrung der Radiologen von zentraler Bedeutung. Ebenso müssen auch Radiologen, Pathologen und Gynäkologen eng zusammenarbeiten. Die Qualitätssicherung ist lange Zeit in Deutschland vernachlässigt worden. Deshalb erklärten inzwischen Politikerinnen die Verbesserung der Früherkennung und Therapie von Brustkrebs zur Cheffinnensache.

Brustkrebs-Screening für Frauen ab 50

Ab 2003 (-2005) wird damit begonnen, ein flächendeckendes Mammographie-Screening für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren aufzubauen. Alle Frauen dieser Altersgruppe werden im zweijährlichen Rhythmus zu einer qualitätsgesicherten Mammografie in ein Screeningzentrum eingeladen. Dieses organisierte Screeningprogramm wird von den Krankenkassen bezahlt und steht im Einklang mit der neuen Röntgenverordnung. Getestet werden die Modalitäten der Reihenuntersuchungen derzeit in drei Modellprojekten in den Regionen Bremen, Weser-Ems und Wiesbaden. Sie orientieren sich an den europäischen Leitlinien, die unter anderem vorsehen, dass alle Röntgenbilder von zwei erfahre-

nen Radiologen oder Radiologinnen unabhängig voneinander unter die Lupe genommen werden. Jede verdächtige Röntgenaufnahme muss durch weitere Untersuchungen, unter anderem durch eine Entnahme von Gewebe aus der Brust abgeklärt werden. Um der Frau möglichst schnell und fundiert das Ergebnis und mögliche therapeutische Optionen mitteilen zu können, müssen sich verschiedene Facharztgruppen wie die Radiologie, Pathologie und Chirurgie abstimmen. Eine qualitätsgesicherte Früherkennung ist der erste Schritt einer Versorgungskette, in der die Brustkrebspatientin nicht nur eine optimale Therapie, sondern auch eine respektvolle Behandlung erfahren soll.

Jede Frau muss für sich entscheiden....

...und das kann sie nur, wenn sie über die Vor- und Nachteile einer Früherkennungsmammografie verständlich informiert ist. Durch eine Mammografie kann eine Frau ohne Beschwerden von einem Moment zum anderen zu einer Brustkrebspatientin werden mit allen sozialen, psychischen und physischen Konsequenzen. Frauen, die noch ihre Regelblutung haben oder Hormonpräparate zu sich nehmen, haben ein dichteres Brustgewebe. Deshalb können Tumoren schwerer erkannt werden. Die Folge ist, dass Brustkrebs häufiger übersehen wird (im Fachjargon: falsch-negativer Befund) oder falscher Alarm (falsch-positiver Befund) die Frauen in Schrecken versetzt. Unklare Befunde machen weitere Untersuchungen bis hin zur Entnahme von Brustgewebe notwendig. Amerikanische Wissenschaftlerinnen schätzen, dass bei 10 bis 20 Prozent der mammografierten Frauen Vorstufen oder Veränderungen als Brustkrebs diagnostiziert und behandelt werden, die ihnen unentdeckt nie geschadet hätten. Daneben gibt es Krebsformen, die trotz Früherkennung nicht geheilt werden können.

Riskante Röntgenstrahlen

Je jünger die Frau ist, umso strahlenempfindlicher ist ihre Brust. Wie hoch die Belastung durch Röntgenstrahlen ist, kann derzeit nur geschätzt werden. Deshalb rät das Bundesamt für Strahlenschutz zur Vorsicht. Vor allem sollten sich Frauen nur in Zentren röntgen lassen, die nach den europäischen Qualitätsstandards arbeiten, das heißt mindestens 5000 Mammografien im Jahr durchführen und jede Aufnahme doppelt befunden.



Tipp:

Mehr Informationen zur Mammografie hat die Universität Hamburg ins Internet gestellt: <http://mammographie-screening-online.de>

Jede Röntgenuntersuchung ist mit einer Strahlenbelastung verbunden. Da die Brust ein sehr strahlenempfindliches Organ ist, gestattet die deutsche Röntgenverordnung Mammografien zur Früherkennung nur in Ausnahmefällen: für Frauen, die älter als 50 sind und im Rahmen qualitätsgesicherter Programme (siehe oben). Gerade die Brust jüngerer Frauen kann durch häufiges Röntgen gefährdet werden. Ebenso ist der Nutzen der Mammografie für diese Altersgruppe nicht nachgewiesen. Deshalb rät das Bundesgesundheitsministerium Frauen unter 50 von einer Früherkennungsmammografie, die sich viele Ärzte inzwischen privat als »IGEL-Leistung« bezahlen lassen, dringend ab.

Expertinnen raten: Auch wenn Frauen regelmäßig zur Mammografie gehen, sollen sie nicht aufhören, aufmerksam ihre Brust zu beobachten. Schließlich können Veränderungen am eigenen Leib am schnellsten von der Frau selbst wahrgenommen werden. Sie sollte ertastete Knoten oder sonstige Auffälligkeiten ernst nehmen und weiter von einer Ärztin oder einem Arzt abklären lassen.

Die Kassen bezahlen im Rahmen der jährlichen Krebsfrüherkennung die Abtastung der Brust (Palpation) durch eine Frauenärztin oder einen Frauenarzt. Wenn ein verdächtiger Knoten oder sonstige Veränderungen weiter abgeklärt werden müssen, übernehmen die Kassen die Kosten für Ultraschall oder Mammografie.

Im Mittelpunkt: die Patientin

Seit 1. Juli 2002 sind die Anforderungen an Behandlungsprogramme für Frauen mit Brustkrebs gesetzlich festgelegt worden (Disease-Management-Programm). So erhofft man, die Qualität der medizinischen Behandlung und psychosozialen Begleitung zu gewährleisten. Die Patientin kann selbst über die Teilnahme an diesem Programm entscheiden. Die Vermittlung erfolgt durch die behandelnden Ärzte/Ärztinnen.

Nicht still leiden, sondern laut fragen

Der Blick auf die Krankheit Brustkrebs hat sich verändert, seit dem sich betroffene Frauen öffentliches Gehör verschaffen. Ihre Scham über die Diagnose haben sie in Wut über ihre Behandlung verwandelt. Selbsthilfegruppen fordern, Patientinnen in die Therapieplanung mit einzubeziehen und sie respektvoll zu begleiten. Auch die medizinische Forschung braucht die Erfahrungen der Betroffenen.

»Nicht still leiden, sondern laut fragen!«, ist das Motto der Aktivistinnen. Denn Wissen ist wichtig, um die Angst vor Brustkrebs zu bändigen, die Krankheit als Patientin gut zu bewältigen und Schritt für Schritt den Weg in die Genesung zu planen.

Brustkrebstelefon:

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung fördert ein Brustkrebstelefon beim Deutschen Krebsforschungszentrum. Unter

Tel. 06221 / 42 43 43

können sich Frauen Montag bis Freitag von 8:00 bis 12:00 Uhr rund um das Thema Brust und Brustkrebs informieren.

Expertin

Dr. med. Susan Love, Direktorin des Zentrums für Brustkrankungen in Los Angeles und Brustkrebsaktivistin

»Bei der Selbstuntersuchung sucht man gezielt nach etwas Bestimmtem. Mir geht es jedoch darum, den eigenen Körper zu erfahren und sich mit der Brust vertraut zu machen, ohne an irgend etwas Unheilvolles zu denken. Ich möchte anregen, die Brüste zu verschiedenen Zeiten abzutasten, um zu spüren, wie sie sich im Laufe des Zyklus verändern. 80 Prozent der Tumoren, die nicht bei der Mammografie erkannt werden, haben die Frauen oder ihre Partner meist zufällig entdeckt – beim Duschen, Eincremen oder im Liebesspiel. Genau darum geht es: den eigenen Körper zu fühlen, zu kennen und nicht verbissen nach Krebs zu suchen.«

»Die Patientin ernst nehmen«

Rehabilitation bei Brustkrebs und anderen gynäkologischen Erkrankungen

Frauen, die an Krebs erkrankt sind, können direkt nach der Operation oder auch später eine Kur in einer Reha-Klinik beantragen. In einer Klinik in Bad Salzungen entwickelten Gynäkologinnen, Psychologinnen, Physiotherapeutinnen und Pflegepersonal ein ganzheitliches Behandlungskonzept für Krebspatientinnen, für Frauen nach komplizierten Unterleibsoperationen oder mit chronischen Unterbauchschmerzen.

Welche Frauen kommen in Ihre Klinik? Viele Frauen sind schwer krank, müde, erschöpft und zum Teil auch sehr gekränkt durch ihre Erfahrungen im Medizinsystem. Gerade Frauen mit chronischen Unterleibsbeschwerden haben schon eine Odyssee unterschiedlicher Behandlungen im schulmedizinischen und alternativen Bereich hinter sich. Wir bemühen uns von Anfang an um ein Klima gegenseitiger Wertschätzung. Dies erreichen wir oft schon durch aufmerksames und zugewandtes Zuhören. Die Patientinnen fühlen sich ernst genommen und fangen an, sich zu öffnen. Nur auf dieser Grundlage können dann auch weitere Schritte zur Krankheitsbewältigung fruchten.

Sie sind ein reines Frauenteam – spielt das in Ihrem Behandlungskonzept eine Rolle? Auf jeden Fall. Frauen erzählen uns offener, was sie bewegt. Unterleibserkrankungen oder Brustkrebs sind nach wie vor Erkrankungen, über die man nicht so gerne mit Fremden und schon gar nicht mit Männern spricht. Sie betreffen die Intimsphäre und können dadurch das weibliche Selbstwertgefühl zusätzlich ankratzen. Frauen sind nicht nur an einem Organ erkrankt, sondern können in ihrer Identität erschüttert werden und erleben auch oft Einschränkungen in der Partnerschaft oder im Berufsleben. Wir verstehen uns als parteilich auf der Seite der Frauen und suchen die gleiche Augenhöhe.

Was verstehen sie unter parteilich? Wir sprechen keine medizinische Sprache, die oft von vornherein Distanz zwischen der Patientin und dem Arzt schafft. Wir bemühen uns darum, verstanden zu werden und uns in die Gedankengänge der Frauen hineinzusetzen und auch medizinische Missverständnisse auszuräumen. Beispiel: Die meisten Frauen glauben, wenn sie regelmäßig zur Krebsvorsorge oder Mammografie gehen, können sie Brustkrebs verhindern. Dann erkranken sie daran und sind tief erschüttert, weil sie doch alles getan haben –

sie fühlen sich nur noch ohnmächtig und müssen wieder befähigt werden, ihre Genesung und damit ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen.

Wie unterstützen Sie Frauen in diesem Prozess? Wir haben in unserer Abteilung alle medizinischen und diagnostischen Möglichkeiten, aber dabei bleiben wir nicht stehen. Nehmen wir wieder das Beispiel Brustkrebs. Die Patientinnen müssen für die Zukunft den Umgang mit Ärzten lernen: Wie schaffe ich es, zu fragen und auch befriedigende Antworten zu bekommen? Gerade bei dieser Erkrankung sind Informationen sehr wichtig: Wie schaut der normale Heilungsverlauf aus, auf was muss ich dabei besonders achten? Frauen müssen wissen, dass die Therapie selbst auch Folgen haben kann, zum Beispiel ein Lymphödem nach der Strahlentherapie oder Haltungs- und Atemprobleme nach der Brustoperation. Wir erklären dann, warum dies entstehen kann und wie die Frauen beispielsweise durch Massage oder gezielte Bewegungstherapie dem entgegen steuern können. Es ist eine Hilfe zur Selbsthilfe. Die Patientinnen sollen sich nicht nur als Behandelte, sondern auch als Handelnde erleben und so gestärkt wieder nach Hause zurückkehren.

Ein Gespräch mit Dr. Barbara Ehret-Wagener, Cheffärztin der Abteilung für Gynäkologische Rehabilitation der Kliniken am Burggraben, Bad Salzungen

»Es war ein seltsames Gefühl, ohne Gebärmutter und Eierstöcke zu sein, ich hab mich doch erst einmal beraubt gefühlt, ausgeräumt, auch wenn das keiner so gesagt hat. Etwas zentral Weibliches fehlte mir, bis ich schließlich akzeptieren konnte, dass meine Weiblichkeit nicht nur in meiner Gebärmutter steckt. Weil meine Eierstöcke entfernt sind, nehme ich Hormone, aber jetzt will ich sie langsam absetzen. Die Operation ist neun Jahre her, und mir geht es gut.« Ilse B., 51 Jahre alt

Frauenleiden – viele trifft es

Frauen können an einer Vielzahl von Unterleibskrankheiten und Beschwerden leiden. Dazu gehören Entzündungen der Scheide, der Eierstöcke, der Eileiter und der Beckenorgane, Pilzerkrankungen, unspezifische Unterbauchschmerzen und unregelmäßige oder starke Blutungen. An den weiblichen Geschlechtsorganen können sich außerdem Polypen, Zysten und Myome (gutartige Tumore) bilden, im Unterleib entwickeln sich manchmal Verwachsungen oder eine so genannte Endometriose. Das heißt, dass ein der Gebärmutter Schleimhaut ähnliches Gewebe außerhalb der Gebärmutter im Bauchraum wächst, das andere Organe in ihrer Funktion beeinträchtigen kann. Diese Befunde können je nach ihrer Größe und Beschaffenheit Schmerzen verursachen. Zwar sind sie meist nicht lebensbedrohlich, aber sie mindern doch die Lebensqualität erheblich. Ältere Frauen leiden öfter an Gebärmutter-senkung oder -vorfall, Harninkontinenz (unfreiwilliger Harnabgang) und Krebs-erkrankungen.

Eine Studie des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin fand heraus, dass 71 Prozent der Bremer Frauen zwischen 40 und 70 Jahren im Laufe ihres Lebens mindestens eine der genannten Diagnosen hatten.

Zysten und Myome

...werden häufig zufällig bei Krebs-Früherkennungs-Untersuchungen festgestellt, ohne dass sie Probleme bereiten. Sie erfordern in der Regel keine Therapie, es reicht, sie weiter zu beobachten. Sollten Ärzte/Ärztinnen eine Operation vorschlagen, sei jeder Frau angeraten, eine weitere

medizinische Meinung einzuholen. Bleibt es jedoch bei der Empfehlung zur Operation, sollte diese nicht verworfen werden, da sanftere Behandlungsvarianten manchmal nicht ausreichen. Myome und gutartige Zysten bilden sich nach den Wechseljahren oft von selbst zurück, wenn Frauen keine Hormontherapie durchführen.

Endometriose

... kann sehr schmerzhaft sein, zu Fruchtbarkeitsstörungen, Blasenproblemen oder in seltenen Fällen sogar zum Darmverschluss führen. Da Unterleibsschmerzen – besonders im Umfeld des Eisprungs und der Menstruation – oft als normales Frauenschicksal angesehen werden, vergehen manchmal Jahre bis die Diagnose ‚Endometriose‘ gestellt wird. Besondere Belastungen ergeben sich für die betroffenen Frauen daraus, dass ihre Partner meist weder die Schmerzen nachvollziehen können noch die Tatsache, dass ihre Partnerin kaum Lust auf Sex verspürt.

Chronische Unterleibsbeschwerden

... sind oft sehr unspezifisch und deshalb für Patientinnen besonders belastend und eine Herausforderung für Gynäkologen und Gynäkologinnen. Untersuchungen zeigen, dass Frauen mit einem solchen Befund leicht Dauerpatientinnen werden und eine Vielzahl von Ausschabungen oder Bauchspiegelungen über sich ergehen lassen. Doch oft sind diese unklaren Unterbauchschmerzen Ausdruck seelischer Konflikte, zum Beispiel Problemen in Partnerschaft, Familie und Beruf oder sie deuten auf Missbrauch oder andere sexuelle Gewalterfahrungen hin.

Bauchspiegelungen

Aus diagnostischen Gründen werden diese so genannten Laparoskopien seit etwa 20 Jahren vermehrt durchgeführt. Mit Hilfe dieser ›Schlüssellochmethode‹ können Arzt oder Ärztin in den Bauchraum schauen und mögliche krankhafte Veränderungen feststellen.

Diese diagnostischen Eingriffe werden häufig bagatellisiert: »Nur mal nachgucken« – doch auch Bauchspiegelungen sind nicht so schonend wie vorgegeben wird. Sie können für die Patientinnen unangenehme Folgen wie Infektionen oder verletzte Nerven nach sich ziehen. Außerdem erfordern die Spiegelungen des Bauchraums eine Vollnarkose. Deshalb sollten Frauen vorher auf weniger belastenden Diagnosemöglichkeiten wie etwa einer gründlichen Ultraschall-Untersuchung bestehen.

In den letzten Jahren werden Laparoskopien auch als Operationsmethode verwendet. Mediziner und Medizinerinnen versuchen zunehmend, Organ erhaltend zu operieren. Sie schälen Myome aus der Gebärmutter heraus, ohne diese zu entfernen. Der Eingriff kann ambulant durchgeführt werden. Die Frau braucht keinen großen Bauchschnitt. Oft fühlen sich die Patientinnen schon wenige Tage nach der OP wieder fit. Trotzdem ist hier ebenso Vorsicht geboten, denn auch dieser Eingriff kann zu schmerzhaften Verwachsungen, innerer Narbenbildung oder sogar Unfruchtbarkeit führen. In seltenen Fällen werden Blase oder Darm verletzt.

Gynäkologische Operationen und ihre Folgen

Die Gebärmutter verändert sich mit zunehmendem Alter der Frau, dennoch wird ihr Zustand von Medizinerinnen und Medizinerinnen häufig an dem junger Frauen gemessen. Abweichungen werden dann leicht als krankhaft definiert, obwohl sie normal sind. Noch vor 20 Jahren propagierte die Gynäkologie, dass Frauen, die keinen Kinderwunsch mehr haben, auf ihre Gebärmutter verzichten können. Sie empfahl die Entfernung nicht nur bei Erkrankungen, sondern auch zur Familienplanung und zur ‚Krebsvorsorge‘, nach dem Motto: Was draußen ist, kann nicht mehr erkranken.

Immer noch ist die Entfernung der Gebärmutter eine häufige gynäkologische Operation, auch wenn die Zahl in den letzten Jahren rückläufig ist. Eine Studie des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin aus dem Jahr 2000 zeigt, dass jede vierte Bremer Frau zwischen 50 und 54 Jahren keine Gebärmutter mehr hat, bei den 55- bis 59-Jährigen ist es jede dritte, und bei den 65- bis 69-Jährigen steigt der Anteil auf 40 Prozent.

Eine Studie aus Hessen (1999) ergab, dass 93 Prozent der Gebärmütter auf Grund gutartiger Erkrankungen entfernt wurden. Davon gut die Hälfte wegen Myomen, 19 Prozent wegen Gebärmuttertumor und 11 Prozent wegen Blutungsstörungen.

Nach der Gebärmutterentfernung: Körperliche und seelische Probleme

Um es vorwegzunehmen: viele Frauen haben nach einer Operation keinerlei Beschwerden. Aber in einigen Fällen können Gebärmutterentfernungen noch nach Jahren orthopädische Probleme verursachen, vor allem Haltungsschäden, die oft Rückenschmerzen hervorrufen. Außerdem fördern sie unfreiwilligen Harnabgang. Die Folgen sind noch gravierender bei einer »Totaloperation«, das heißt, wenn die Eierstöcke mit weggenommen werden. Frauen haben dann häufig Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und leiden je nach Alter unter den hormonellen Veränderungen. Manche fühlen sich nicht länger als vollwertige Frau. Selbst wenn diese Operationen medizinisch notwendig sind, können sich Frauen mit der Entscheidung Zeit lassen, sich informieren, welches Krankenhaus in

diesem Spezialgebiet einen guten Ruf hat. Eine innere Vorbereitung auf die Operation und das bewusste Abschiednehmen von der Gebärmutter hilft oft, den Verlust besser zu verarbeiten.

Alternativen, die helfen können

Pflanzenheilkunde, Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin und Körpertherapien bieten eine Vielzahl von Möglichkeiten, die heilen oder die Beschwerden zumindest lindern. Um Gebärmutterentfernungen von vornherein zu verhindern, raten Hebammen und Gynäkologen/Gynäkologinnen jungen Müttern direkt nach einer Geburt zu gezieltem Beckenbodentraining. Das stärkt die Beckenbodenmuskulatur und beugt nicht nur der Senkung, sondern in späteren Jahren auch unfreiwilligem Harnabgang vor. Auch wenn sich die Gebärmutter bereits gesenkt hat, kann regelmäßiges Beckenbodentraining die Folgen mildern.

Eine andere Möglichkeit stellen mechanische Stützen der Gebärmutter oder des Blasenbodens durch Ring- oder Würfelpessare in der Vagina dar. Diese Pessare können Frauen nach Bedarf einsetzen oder herausnehmen.

Die angegebenen Verfahren werden nicht oder nur teilweise von den Krankenkassen bezahlt, daher empfiehlt es sich, vorher abzuklären, in welchem Umfang eigene Kosten entstehen.

»Hart« und »weich«:

Indikationen für eine Gebärmutterentfernung

Nicht jede Operation ist vermeidbar. Medizinisch notwendig sind Gebärmutterentfernungen bei ‚harten Indikationen‘ wie Krebserkrankungen.

Bei ‚relativen oder weichen Indikationen‘ sollte die Entfernung der Gebärmutter der letzte Schritt sein, wenn andere Therapien nicht halfen.

Weiche Indikationen sind: häufige und/oder starke Regelblutungen, sehr schmerzhafte Regelblutungen, Senkung der Gebärmutter, gutartige Tumore, insbesondere Myome, in der Gebärmutter, deutliche Vergrößerung der Gebärmutter, Endometriose, Verwachsungen im Unterbauch

»Ich habe in den letzten Monaten, wenn ich meine Periode bekam, jedes Mal furchtbar geblutet. Das dauerte manchmal zwei Wochen lang. In den schlimmsten Zeiten musste ich fast stündlich meine Binden und Tampons wechseln, und manchmal ist es passiert, dass mir das Blut am Bein herunter lief. Wenn die Blutungen länger anhielten, bekam ich Kreislaufbeschwerden. Mir wurde ganz schwindlig, wenn ich bei der Arbeit nur von einem Stuhl aufstehen wollte. Jetzt habe ich meine Gebärmutter herausnehmen lassen, die Operation lief gut, obwohl ich hinterher noch länger Unterleibsschmerzen hatte. Trotzdem bin ich froh, dass ich nicht mehr blute.« Renate M., 47 Jahre alt