Zeitschrift: Bündner Jahrbuch : Zeitschrift für Kunst, Kultur und Geschichte Graubündens

Herausgeber: [s.n.]

Band: 37 (1995)

Artikel: Erinnerungen eines Strahlentherapeuten

Autor: Wieser, Constant

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-972098

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Erinnerungen eines Strahlentherapeuten

von Constant Wieser

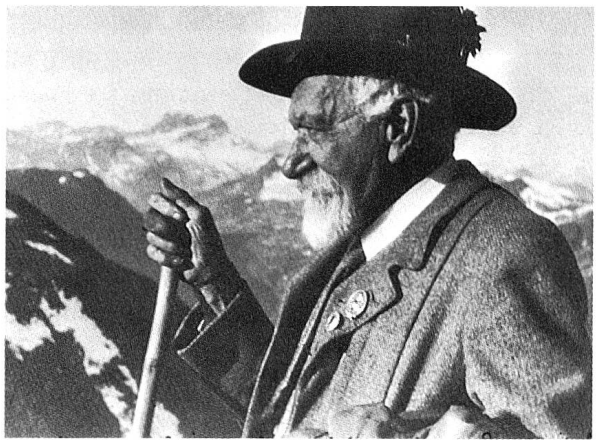
Vorbemerkungen

Nach meiner Pensionierung als Chefarzt des Zentralen Röntgeninstitutes am Rätischen Kantons- und Regionalspital schlug mir vor einigen Jahren Dr. Peter Metz senior vor, für das Bündner Jahrbuch einige Erinnerungen aus der Tätigkeit als Strahlentherapeut aufzuschreiben. Es solle keine wissenschaftliche Arbeit werden und nur das Notwendigste an technischen Angaben enthalten. Gewünscht wurde ein allgemein verständlicher Erfahrungsbericht über die Begegnung als Arzt und Mensch mit den vielen Krebspatienten.

Die späte Erfüllung meiner Zusage hat vielfältige Gründe. Vorerst die mit Alter und Erfahrung zudringlich werdende Frage: Wie wirklich ist erlebte Wirklichkeit? Erinnerungen sind nicht im Moment des Erlebens in Worten festgehaltene Fakten, vielmehr Erfahrungen, die im Gedächtnis haften blieben, weil sie in einem bestimmten emotionalen und weltanschaulichen Zusammenhang stehen. Dann die Bedenken, ein solcher Erinnerungsbericht könnte allzu persönlich ausfallen und sein Verfasser entblösst vor seinen unbekannten Lesern stehen, ähnlich wie der Patient vor seinem Arzt.

Zu meinen Aufgaben gehörte gleichzeitig die Röntgendiagnostik, die mehr Zeit in Anspruch nahm. Aber auch die Faszination des Röntgenbildes und die Anforderungen der Diagnosestellung an den Intellekt, müssen nicht den hilfesuchenden Mitmenschen im Hintergrund vergessen lassen. Für den Leser dürfte es nicht einfach sein, die Beziehung des Arztes zum Patienten auf dem Hintergrund der Selbstverständlichkeit eines beruflichen Alltages zu erfassen. In diesem Sinne möchten aber diese Erinnerungen verstanden sein.

Am 8. November 1995 jährt sich zum hundertstenmal die Entdeckung der Röntgenstrahlen. Die Kunde darüber verbreitete sich wie ein Lauffeuer über die ganze Welt. Bereits drei Monate später hielt der Privatgelehrte Alexander Rzewuski (1861–1943) aus Breslau, der in Davos seine Gesundheit wieder gefunden hatte, hier eine öffentliche Demonstration der neuen Strahlenart. Etwas vom Schaudern seiner Zuhörer über die geheimnisvollen X-Strahlen, welche die Materie durchdringen, war immer wieder sowohl bei Patienten, die zu Röntgenuntersuchungen wie zur Bestrahlung kamen, zu spüren. Noch nach Jahrzehnten bei Patienten, die ich nicht wieder erkannte und mich ansprachen mit der Bemerkung: «Sie haben mich ja vor zwanzig Jahren durchleuchtet.»



Alexander Rzewuski (1861–1943) aus Breslau. Privatgelehrter und Röntgenpionier in Graubünden, Ehrenbürger von Davos.

Rzewuski und Kantonsschullehrer Gustav Nussberger (1864–1935) wurden, unterstützt durch die Ärzte Dr. Oskar Bernhard in Samedan (1861–1939) und Dr. Emil Köhl (1857–1924) in Chur, zu Pionieren der Anfertigung von Röntgenbildern in unserer Gegend. Dagegen vernehmen wir kaum etwas über die Anwendung von Röntgenstrahlen zu Heilzwekken, es sei denn gelegentlich in der Zwischenkriegszeit durch Dr. Ernst Ruppaner (1876–1950) in Samedan.

In ihrem Hauptgutachten über die Errichtung eines bündnerischen Kantonsspitals stellten die ärztlichen Experten 1931 fest, dass die meisten Bündner Spitäler modern ausgestattete Röntgeneinrichtungen für die Diagnostik besitzen. Es fehle aber dem Kanton ein modern eingerichtetes Röntgeninstitut für Oberflächen- und Röntgen-Tiefentherapie. So komme es, dass die Bündner Patienten gezwungen sind, sich zu solchen Röntgenbestrahlungen ausser Kanton zu begeben.

Die Kommission schlug deshalb vor, «am künftigen Kantonsspital ein Institut für Röntgentherapie zu schaffen, das einem spezialistisch ausgebildeten Röntgenologen als hauptamtlichen Chefarzt zu unterstellen sei. Mit dieser soll ein Institut für Röntgendiagnostik verbunden sein, das für schwierige Aufnahmen den Bezirksspitälern und den praktischen Ärzten zur Verfügung steht».

Den Vorrang, den die Experten der Strahlentherapie vor der Röntgendiagnostik einräumen, ist aus der damaligen Situation zu verstehen. Nach einem geflügelten Wort des führenden Schweizer Radiologen Prof. Schinz in Zürich standen damals zur Krebsbehandlung nur *«Stahl und Strahl»* zur Verfügung, d.h. Bestrahlung oder chirurgische Eingriffe. Dabei waren die Möglichkeiten der Chirurgie nicht die gleichen wie heute. Anderseits konnte in jenen Jahren die Strahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen bedeutende Erfolge vorweisen. Diese waren weniger technischen Erneuerungen zu verdanken als neuen medizinisch-physikalischen Erkenntnissen, die noch heute zu den Grundlagen der Radioonkologie gehören.

Die Vorschläge der Experten mussten infolge der Wirtschaftskrise und der Abwertung des Schweizer Frankens 1936 auf allen Gebieten gekürzt werden. Die Idee eines selbständigen Röntgeninstitutes mit eigenem Chefarzt wurde fallengelassen. Eine kleine strahlenthe-

Dr. Gustav Nussberger (1857–1935), Physiklehrer an der Bündner Kantonsschule in Chur; richtete hier 1897 das erste Röntgenkabinett in unserem Kanton ein.

rapeutische Abteilung konnte nach einer kriegsbedingten Verzögerung am 14. Februar 1942 eröffnet werden. Sie stand unter der Leitung von PD Dr. Jean H. Müller, der einmal in der Woche zu Beratungen von Zürich nach Chur kam.

Damals wurden mehr als heute auch Patienten mit gutartigen Erkrankungen kurzzeitig bestrahlt. Ihre Zahl überstieg zeitweise die der Krebskranken. Es waren besonders Schmerzzustände der Gelenke und der Wirbelsäule und chronische Entzündungen. Die Erfolge übertrafen auf die Länge oft die Wirkung von Medikamenten.

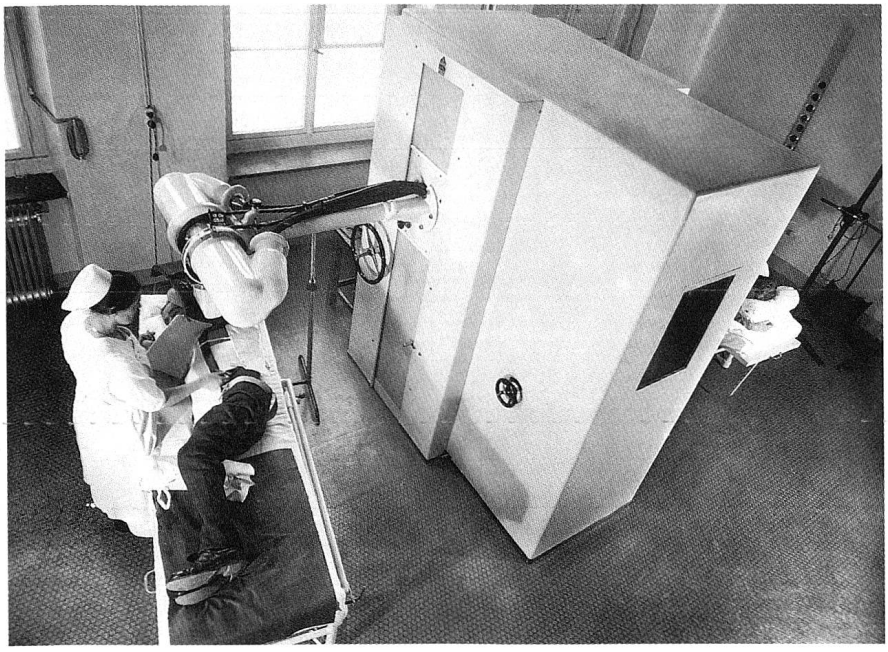
Die nachfolgenden Erinnerungen beschränken sich auf die Bestrahlung und auf den Umgang mit Krebspatienten.

Radioonkologie als Aufgabe des Zentralen Röntgeninstitutes

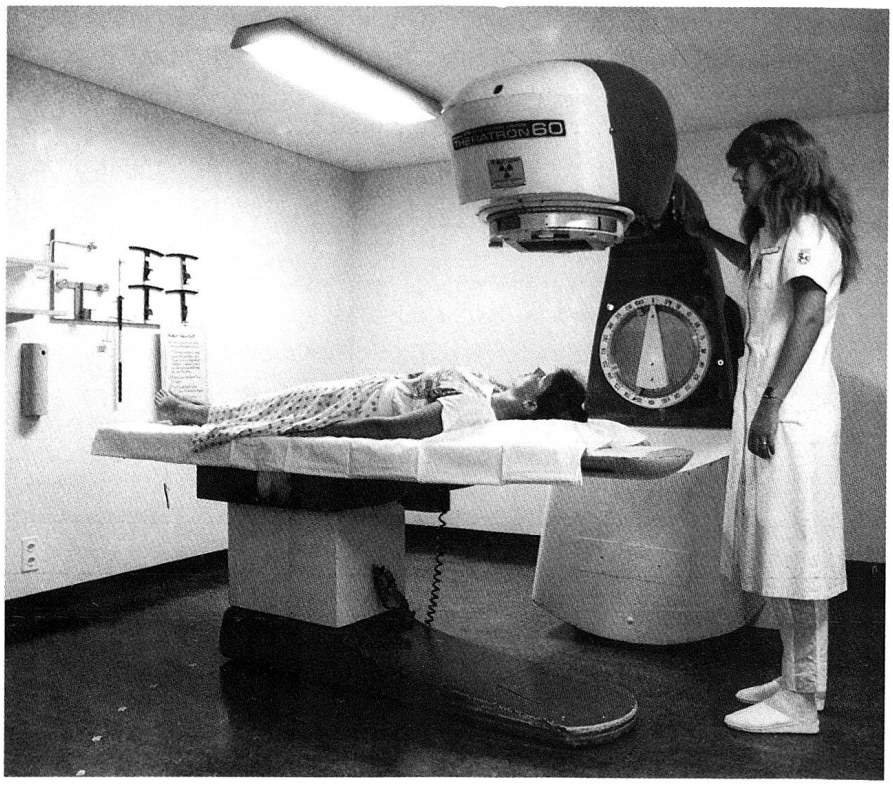
Der Vorschlag der Experten von 1931 wurde erst 1957 Wirklichkeit. Neben der chirurgischen und medizinischen wurde damals eine selbständige Röntgenabteilung mit eigenem Chefarzt geschaffen. (Die Umbenennung in Klinik bzw. Zentrales Röntgeninstitut erfolgte 1968.)

Mit der Schaffung einer eigenen Röntgenabteilung stand jetzt der Radiologe auch für seine Bestrahlungspatienten täglich zur Verfügung. Noch mehr. Radiologie ist ein allen übrigen medizinischen Disziplinen dienendes Fach. Ihre bildgebenden Untersuchungsmethoden werden von sämtlichen klinischen Fächern und jedem Organspezialisten beansprucht. Bei den täglichen Röntgenrapporten, in denen die am Tag erfolgten Röntgenuntersuchungen mit den zuständigen Klinikärzten besprochen wurden, konnte ich mich über Patienten, die für eine Strahlenbehandlung in Frage kamen und über solche, die einmal bestrahlt worden waren, informieren. Auch wurden hier Möglichkeiten und Grenzen einer Behandlung erörtert. Denn erst die Kenntnis der Vorgeschichte, der klinischen Untersuchungen, der Tumorausdehnung und mikroskopischen Befunde erlauben unter Berücksichtigung von Alter, Allgemeinzustand, aber auch der persönlichen Situation des Patienten und seiner Familie die bestmögliche Behandlung.

Die Entdeckung der Halbleiter und die Einführung von Transistoren und elektrischen Schaltungen hat seit Ende der fünfziger Jahre die Röntgentechnik revolutioniert. Gleichzeitig wurden in der *Röntgendiagnostik* neue Untersuchungsmethoden eingeführt und durch die direkte Spiegelung von Körperhöhlen ergänzt. Diese Entwicklung blieb nicht ohne Einfluss



Röntgenbestrahlungsgerät Stabilivolt mit 2 Bestrahlungsplätzen (Kantonsspital Zürich). Ein gleiches Gerät (mit nur einem Bestrahlungsplatz) diente von 1942–1966 im Rätischen Kantons- und Regionalspital in Chur zur Krebsbehandlung.



Telekobaltgerät, im Mai 1966 im Kantonsspital in Chur in Betrieb genommen; bis 1987 wurden damit 130 000 Bestrahlungen durchgeführt. Positionslichter (links im Bild) helfen bei weiteren Sitzungen die am Anfang der Behandlung festgelegten Bestrahlungsfelder einzustellen.

auf die Behandlung bösartiger Tumore, sei es durch Strahlen oder Chirurgie. Besonders wurde eine immer bessere Abgrenzung der kranken Herde möglich und zugleich eine intensivere Bestrahlung unter Schonung des umgebenden gesunden Gewebes.

Zu gleicher Zeit weckten neu aufkommende Substanzen, welche Tumorzellen im Körper abtöten können, die sogenannte *Zytostatika,* grosse Hoffnungen bei Ärzten und Kranken mit bösartigen Geschwülsten. Die mit einer solchen Behandlung verbundenen Probleme führten zu einer weiteren ärztlichen Spezialisierung. Die Gefahr eines damit verbundenen Konkurrenzverhaltens wurde an unserem Spital, dank der Zusammenarbeit aller, frühzeitig überwunden.

Die Bestrahlungseinheiten, die seit 1942 in Chur zum Einsatz kamen, entsprachen der damaligen Einrichtung eines Universitätsinstitutes. 1951 wurde in Zürich und 1952 in Bern ein neuartiges Bestrahlungsgerät, das Betatron, in Betrieb genommen. Wegen der Kompliziertheit der Bedienung und der hohen Wartungskosten konnten kleinere Institute nicht mithalten. Als sehr guten Ausweg erwiesen sich bald darauf die *Telekobaltgeräte.* Diese umschliessen als Strahlenquelle radioaktives Kobalt. Einfach in der Bedienung, sind sie kaum störanfällig und leicht in der Wartung. Mit unserem im Mai 1966 aufgestellten Telekobaltgerät haben wir bis 1987 130 000 Bestrahlungen durchgeführt.

Dem Wandel in der Behandlung von Krebsgeschwülsten entspricht die Bezeichnung *Radioonkologie* (Onkologie heisst griechisch Lehre von den Geschwülsten), die an Stelle der seit Jahrzehnten eingebürgerten Bezeichnung Strahlentherapie getreten ist. Mit ein Grund zum Namenswechsel war auch eine bis weit in ärztliche Kreise verbreitete Strahlenangst, die durch Atomwaffentests und den Kalten Krieg geschürt wurde.

Inzwischen wurde der sogenannte *Linearbeschleuniger* technisch weiter entwickelt, eine Bestrahlungseinheit, welche im Vergleich zum Kobaltgerät eine Variation der Strahlenqualität und eine schärfere Abgrenzung der Bestrahlungsfelder ermöglichte. Ein solches Gerät bedingte aber eine wesentliche Erweite-

rung der im Kantonsspital bereits vorhandenen unterirdischen Räume. So stand man vor der Frage, ob es verantwortbar wäre, auf einen weiteren Ausbau der Bestrahlungsmöglichkeiten zu verzichten und, wie vor 1942, einen Teil der Bündner Patienten wieder auswärts bestrahlen zu lassen.

Seit Ende der siebziger Jahre ist die *Computertomographie,* die 1983 auch bei uns eingeführt wurde, zum Inbegriff einer modernen Röntgendiagnostik geworden. Zusammen mit kostspieligen computerisierten Zusatzgeräten sind dreidimensionale Bestrahlungspläne und die vorangehende Erprobung *(Simulation)* des Bestrahlungsvorganges möglich. Wie in den allerersten Anfängen ist der Strahlentherapeut jetzt wieder auf die Mithilfe des Physikers angewiesen. Dank dem Verständnis der vorgesetzten Behörden und der tatkräftigen Mithilfe der Spitaldirektion konnte mein Nachfolger in der Radioonkologie ein räumlich erweitertes und neu eingerichtetes Institut übernehmen. Das Projekt, für dessen Realisierung die öffentliche Hand 6 Mio. Franken aufgewendet hat, ist in der gefälligen kleinen Broschüre «Radioonkologie am Kantonsspital Chur» beschrieben.

Der eine oder andere Leser wird jetzt fragen, ob die kostspieligen und komplizierten Geräte und der technische Aufwand sich nicht zwischen Arzt und Patienten stellen? Medizintechnik schliesst eine patientennahe Behandlung nicht aus. Nach meiner Erfahrung in der Krebsbehandlung ist eine optimale technische Ausrüstung eine gute Voraussetzung dazu. Entfremdung durch Technik ist Ausdruck unserer Zeit. Sie hängt nicht von der Technik selber ab, sondern vom persönlichen Verhalten des einzelnen Arztes wie seiner Patienten.

*

«Herr Doktor, ist es Krebs?»

Sehr häufig war dies der erste Satz, den Patienten, die neu zur Einstellung der Bestrahlungsfelder kamen, aussprachen. Sie lassen die Widerstände, Unsicherheit und Erwartungen ahnen, denen die Betroffenen auf der Wegstrecke bis zum Bestrahlungsbeginn ausgesetzt waren. In der Regel hatte der Kranke sich mehrfachen Untersuchungen und vielleicht einer Operation unterzogen, bis die Diagnose Krebs feststand.

Die objektiven Untersuchungsergebnisse waren mir aus seiner Krankengeschichte bekannt. Jetzt ging es darum zu erfahren, was der Patient selber wusste bzw. wissen wollte und verarbeiten konnte. Meistens lautete meine Antwort: «Sie haben das Wort Krebs gebraucht, wahrscheinlich wissen Sie, dass es verschiedene Arten von Krebs gibt, aber auch, dass man etwas dagegen tun kann, in ihrem Fall bestrahlen.» Dann versuchte ich, den Ablauf der vorbereitenden Massnahmen und der Bestrahlung in einer dem Gesprächspartner möglichst zugänglichen Sprache zu erklären. Der Patient will in einer solchen Situation nicht einfach eine medizinische Diagnose hören, sondern das, was der Arzt über seine Befunde denkt und was diese für sein Leben, seinen Beruf, seine Familie und ganz besonders für seine Existenz bedeutet. Dabei ist es wichtig herauszuhören, ob der Patient oder die Patientin, als sie zur Bestrahlung geschickt wurden, die Diagnose Krebs überhört oder verdrängt hatten und von mir etwas anderes zu hören hofften.

Es gibt kaum einen Krebspatienten, der keine Ahnung von seiner Krankheit hat. Und es ist erstaunlich, welche seelische Mechanismen er vorerst zur Bewältigung dieser Bedrohung entwickelt. Denn Kranke und Angehörige empfinden in einer ersten Phase Krebs als Todesurteil. Er ist es aber nicht! Annähernd die Hälfte der Erkrankten kann dauernd geheilt werden.

Zur Frage der sprachlichen Verständigung zwischen Arzt und Patienten eine kleine Episode, die nicht direkt mit der Frage, wie sage ich es dem Patienten, zu tun hat. Ich hatte das grosse Glück, mit allen Patienten aus unserem Kanton in ihrer Muttersprache sprechen zu können. Vor vielen Jahren wurde uns eine alte Frau aus einem abgelegenen Bergdorf Mittelbündens zur Bestrahlung eines grossen Krebses des Mundbodens zugewiesen. Als ich die verängstigte Patientin in ihrem Idiom ansprach, rief sie aus: «Wenn Sie mit mir roma-

nisch sprechen können, können Sie auch diese Geschwulst zum Verschwinden bringen.»

Wahrheit am Krankenbett

Darüber ist schon sehr viel geredet und geschrieben worden. Ob und wie der Arzt einem Patienten die Diagnose Krebs mitteilen kann, hängt von seinem ganz persönlichen Verhältnis zum Problem des Todes und des eigenen Sterbens ab. Mein verehrter Lehrer Prof. Leon Babaiantz in Lausanne, ein feinfühliger und taktvoller Arzt, hat diese Frage der Patienten möglichst verneint. Er selber hatte eine fast krankhafte Angst vor dem eigenen Tod und ist – eine Vorahnung? – noch nicht sechzigjährig an einem Herzinfarkt gestorben. Eine unserer Patientinnen, eine noch jüngere temperamentvolle Frau, die wir nach einer Operation eines Eierstockkrebses bestrahlten, hat mich nach der negativen Antwort des Chefs, als wir wieder allein waren, bös angefahren und uns Ärzte bezichtigt, wir würden wie Advokaten lügen. Ob ich meine, sie müsse jeden Tag vom Wallis nach Lausanne fahren, um wegen einer Nichtigkeit bestrahlt zu werden? Wir haben dann miteinander offen über ihre Krankheit gesprochen.

Ungefähr zu gleicher Zeit kam eine ältere Patientin, ledige Verwandte eines Privatdozenten der Medizin, zur Bestrahlung einer Geschwulst der Schädeldecke. Man hatte ihr einige Jahre vorher eine Brust entfernen müssen. Auf die verneinende Antwort meines Meisters bat sie mich um Auskunft, da sie auch sonst keine befriedigende Antwort erhalten hätte. Ich erklärte ihr, dass es eine Metastase sei, ein Ableger des früher operierten Brustkrebses, aber die einzige, die wir gefunden haben und die wir mit der Bestrahlung – davon war ich überzeugt – zum Verschwinden bringen würden. Nach einigen Tagen erzählte sie mir ganz glücklich, sie sei wieder im Kino gewesen, sie hätte bis dahin gespart, um auch im Alter von ihrem kleinen Vermögen leben zu können. Denn damals vor vierzig Jahren gab es noch keine AHV. Jetzt rechne sie noch mit zwei Lebensjahren und könne sich etwas leisten.

Sehr oft wenden sich die Patienten mit solchen Fragen nicht direkt an den Arzt, sondern an seine Gehilfen. Ein gutes Zusammenspiel von Arzt und medizinischem Hilfspersonal ist auch deshalb unerlässlich. Meine vieljährige technische Assistentin und Mitarbeiterin, Ingeborg David, hatte das richtige Gespür, mich jeweils aufmerksam zu machen, dass ich mit diesem oder jenem Patienten eingehender sprechen müsste. Dies war auch bei einer Patientin der Fall, die nach Entfernung eines Gebärmutterkrebses von uns bestrahlt und sechs Wochen später zur Hautkontrolle kam. Sie wusste angeblich nicht, warum sie seinerzeit operiert und von uns bestrahlt worden sei. Vermutlich hatte die Patientin die nach der Operation mitgeteilte Diagnose nicht verstanden oder diese verdrängt und nicht den Mut aufgebracht, weiter zu fragen.

So blieb sie lange mit ihrem Zweifel auf sich selber gestellt. Ich habe ihr dann Operation, Bestrahlung und den guten Kontrollbefund auseinandergesetzt. Anderntags telefonierte die Patientin, um zu danken. Sie hätte seit sechs Wochen erstmals wieder gut geschlafen.

Nicht immer sprach ich so offen. Es gab vereinzelt Patienten, die, bevor sie mich kannten, als erstes sagten: «Herr Doktor, sagen Sie mir die ganze Wahrheit, ich kann sie ertragen.» Hier war aus Erfahrung besonders vorsichtiges Vortasten angezeigt. Solche Patienten täuschen sich selber. Sie machen sich etwas vor, das sie möglicherweise nicht durchzustehen vermögen und zu schwer voraussehbaren Reaktionen führen kann.

Wie entsteht Krebs?

Dies ist eine weitere von den Patienten uns häufig gestellte Frage. Die Vielzahl der Einzelkenntnisse über Entstehung und Verbreitung des Krebses waren dank ärztlicher Beobachtung und aufgrund von Tierversuchen mit krebserregenden Substanzen und physikalischen Einwirkungen schon zu Beginn meiner Assistentenzeit kaum mehr überblickbar. Auch über die in einem späteren Stadium der Krebserkrankung beginnende Ausbreitung

und Bildung von Ablegern in anderen Organen (sogenannten Metastasen) war man schon damals gut im Bild.

Seither sind vorwiegend dank der mikrobiologischen Forschung unzählige weitere interessante und wertvolle Erkenntnisse hinzugekommen. Sie haben unsere diagnostischen Möglichkeiten bereichert und zur Verfeinerung der Behandlung beigetragen, nicht aber die entscheidende Frage nach dem letzten Warum der Krebsentstehung beantwortet.

Von jeher war man versucht, aus Einzelerscheinungen allgemeine Theorien über Biologie und Entstehung des Krebses abzuleiten. Je einfacher und einleuchtender diese uns erscheinen, desto unwahrscheinlicher sind sie. Der Sammelbegriff «Krebs» bezeichnet nicht ein Einzelgeschehen, sondern eine Vielzahl verschiedener Geschwülste, die in den unterschiedlichsten Organen entstehen können und die sich beim einzelnen Menschen verschieden verhalten. Das *Krebsgeschehen* ist vielfältig und kann wie das konkrete Leben selber nicht auf einen einfachen Nenner gebracht und in eine Theorie gepresst werden. Es beginnt durch überschüssiges Wachstum in einem einzelnen Organ und entgleitet in der Folge in zunehmendem Masse der übergeordneten Kontrolle des Gesamtorganismus. *Warum* es entsteht, wissen wir im Einzelfall mit wenigen Ausnahmen nicht.

Aber gerade um diese Frage geht es dem Patienten, nicht um naturwissenschaftliche Erkenntnisse. Hinter dem Wie steht gleichzeitig die Frage nach dem Warum, nach einer persönlichen oder kollektiven Schuld am Ausbruch der Krankheit. Da ist das Rauchen, eine falsche Ernährung, eine Lebensweise oder die schlechte Luft, Umweltverschmutzung oder gar eine Wasserader unter dem Bett. Oft werden Stress, seelischer Ärger oder Depressionen verantwortlich gemacht, auch Vererbung. Wenn der Patient oder Angehörige, was mir gegenüber nicht selten vorkam, ihre Zweifel aussprechen konnten, war es möglich darüber zu reden, wobei gelegentlich die abtrusesten Vorstellungen zum Vorschein kamen.

Sicher können verschiedenste Faktoren in unterschiedlichem Mass an der Entstehung des Krebses beteiligt sein, aber nie eines allein und selten massgeblich. Letzteres war wohl bei drei noch jungen Frauen der Fall, welche nacheinander – welcher Zufall der Wiederholung – zur Bestrahlung eines Lungenkrebses kamen und die seit ihrem 16. bzw. 18. Lebensjahr täglich zwei bis drei Päckchen Zigaretten geraucht hatten. Trotzdem war das Rauchen nicht die einzige Ursache. Mit dieser Feststellung verharmlose ich nicht übermässiges Rauchen. Aber es kann im Einzelfall nicht die alleinige Ursache sein. Wie sonst wäre das Entkommen von Kettenrauchern zu verstehen, die nicht von Krebs betroffen sind, oder Nichtraucher, die es trifft?

Solche Feststellungen erlauben dem Arzt, den Druck der Selbstbeschuldigung und von Vorwürfen wesentlich zu mildern. Seelischer Kummer und Schicksalsschläge können als auslösende Ursachen verneint werden. Und es gibt auch keine Krebspersönlichkeit.

Strahlenbehandlung auf Zeit

Das Ziel jeder ernsthaften Krebsbehandlung war und ist es, den Tumor möglichst früh in seiner noch örtlichen Begrenzung zu erfassen und alle Krebszellen durch eine Operation zu entfernen und/oder durch Bestrahlung zu vernichten. Nur so kann der Patient dauernd geheilt werden. Dies ist aus den verschiedensten Gründen bis jetzt leider nicht immer möglich. Doch kann man mit methodisch-technischen Verbesserungen schrittweise diesem Ziel etwas näher kommen. Das weiss ein Arzt, der Radioonkologie als Lebensaufgabe wählt. Oft steht er trotzdem am Ende scheinbar als Verlierer da.

Am Schluss meiner Tätigkeit am Kantonsspital, als ich mich nur mehr mit Strahlentherapie befasste, fragte der damalige Departementsvorsteher bei einem Besuch der Strahlenabteilung, ob der ständige Umgang mit Krebspatienten, deren Behandlung nicht immer zur Heilung führe, mich nicht deprimiere. Ohne Zögern habe ich die Frage verneint und erst im Nachhinein über dieses unbedingte Nein nachgedacht. In einem längeren Ge-

spräch hätte ich wahrscheinlich dargelegt, wie die Strahlenbehandlung neben Dauerheilungen uns ermöglicht, zahlreiche Patienten vielleicht auf Jahre hinaus von den Folgen ihrer Krankheit frei zu halten. Bei anderen, um deren fortgeschrittenen Befall der Strahlenonkologe weiss, erlaubt die Bestrahlung Schmerzen nicht nur zu lindern, sondern vielleicht dauernd zu beheben. Bei Patienten mit Ablegern in den Knochen, kann durch die Bestrahlung eine hochgradige Behinderung verhindert und ihnen auf längere Zeit hinaus ein nahezu normales Leben ermöglicht werden.

Auch begibt sich der Arzt mit seinen Bemühungen um den Patienten nicht sozusagen auf eine Einwegbahn. Der Patient kann in seiner Haltung zu seiner Krankheit und zum Leben dem Arzt mehr geben, als er vielleicht von ihm empfangen hat. Eine solche Erfahrung machte ich beim Unfalltod unserer ältesten Tochter. In dieser Zeit war mir der Umgang mit den Bestrahlungspatienten, auch wenn sie nichts davon wussten und wir nicht darüber sprachen, eine grosse Hilfe und Stütze; vielleicht durch ihren Mut zum Leben in einer Grenzsituation, in der dieses für sie in Frage gestellt war.

Arzt als Arznei

Über dieses Modewort kann man gut Vorträge halten und Bücher schreiben – mich irritiert es. Die eigene Person als Arzt allzu bewusst als Droge in den Vordergrund zu stellen, kann leicht in Scharlatanerie abgleiten. Davon zu unterscheiden ist ein gesundes Selbstbewusstsein und die Freude über die Anerkennung der eigenen Person und nicht nur der ärztlichen Leistungen. Auch der Arzt braucht das! Gegen den gelegentlichen Einsatz von suggestiven Mitteln ist bei genügender Selbstkontrolle des Arztes nicht viel einzuwenden. Ich glaube, es war der grosse deutsche Chirurg August Bier, der sagte, in der Medizin gebe es zwei Suggestivmittel, erstens Medikamente, zweitens Operationen. Nach gelegentlich verblüffenden Ergebnissen einzelner Bestrahlungen, bin ich versucht hinzuzufügen, und Röntgenstrahlen.

Damit stossen wir auf die im Grunde ungelöste Frage des Placebo. *«Placebo»* ist das Fremdwort für Scheinmedikament. Es wurde dann auch auf ärztliche Massnahmen angewendet, denen der Arzt selber keine grosse Wirkung beimisst, aber aus Gefälligkeit doch vornimmt. Gelegentlich stellte man fest, dass dennoch die gewünschte Wirkung eintreten konnte, und führte diese auf eine Suggestivwirkung zurück. Beim vertieften Studium solcher Erscheinungen stiess man auf eine erstaunliche Gesetzmässigkeit: Scheinmedikamente, entsprechend verabreicht, und ärztliche oder naturheilkundliche Massnahme, denen wir nach derzeitigem Wissen keine stoffliche Wirkung zuschreiben, bewirken in annährend einem Drittel der Fälle den gewünschten Effekt. Dies gilt besonders für den Schmerz, auch wenn er durch eindeutige Organveränderungen bedingt ist. Ja noch mehr, Placebos können wie potente Arzneien unerwünschte Nebenwirkungen erzeugen. Dabei einfach von Einbildung zu reden, wäre voreilig. In den vergangenen Jahrzehnten ist die Placebowirkung intensiv untersucht worden. Eine befriedigende Erklärung für die Placebowirkung wurde bis jetzt nicht erbracht. Unvoreingenommen müssen wir darin die grosse Macht dessen, was man Seele nennt, über den Körper anerkennen.

Auch der Arzt als Person hat seine Placebowirkung. Persönlich habe ich mich jeweils dagegen gesträubt, wohl aus Vorsicht gegenüber der Versuchung zu Kurpfuschertum, eine Versuchung, der jeder Arzt ausgesetzt ist.

Placebostudien haben auch gezeigt, dass die «Erfolge» begeisterter Anwender doppelt so hoch sind als von skeptischen. Auch das mag bei der palliativen, schmerzlindernden Anwendung der Strahlen von Bedeutung gewesen sein. War ich doch bei der Verschreibung von Medikamenten sehr zurückhaltend und vorsichtig und hatte stets mögliche Nebenwirkungen im Auge. Dagegen habe ich, ohne unerwünschte Nebeneffekte zu übersehen, keine Bestrahlung ohne Hoffnung auf einen, wenn auch bescheidenen Erfolg durchgeführt, auch in scheinbar aussichtslosen Situationen nicht. Ungewolltes Schamanentum?

Zum Verhalten des Patienten

Nach den vorangegangenen Ausführungen ist die Frage berechtigt, ob es ein über das Individuelle hinausreichendes, allgemeines Verhaltungsmuster des Krebskranken gegenüber seiner Krankheit und den Massnahmen der Ärzte gibt. Wenn der Patient mehr oder weniger bewusst die Krankheit als ernste Bedrohung der eigenen Existenz erlebt, ja! Seit die in Amerika wirkende Schweizer Ärztin Elisabeth Kübler-Roos 1971 das Buch «Interviews mit Sterbenden» veröffentlicht hat, wissen wir mehr darüber. Eine sehr liebe Patientin hat mir, nach einem heftigen Gefühlsausbruch mit Vorwürfen an meine Person, das Buch geschenkt, mit der Bemerkung: «Herr Doktor, Sie müssen das lesen!» Ich möchte die Lektüre allen empfehlen, die mit Krebskranken oder sonst Langzeitpatienten zu tun haben. Es hilft Tabus aufbrechen und zu einer verständigeren Haltung den Betroffenen gegenüber, insofern man nicht die von Frau Kübler-Roos beschriebenen fünf Phasen als einen geradlinigen, für allemal feststehenden Ablauf eines bestimmten Geschehens missversteht. Es kann gute Dienste tun, als roten Faden durch das Labyrinth der seelischen Zustände des Patienten, vom Moment der vermuteten Diagnose bis zur Annahme des Sterbens.

Frau Kübler-Roos stellt, wie im vorausgegangenen Abschnitt «Herr Doktor ist es Krebs» angedeutet, eine erste Phase des «*Nicht-wahrhaben-Wollens*» fest. Dieses treibt den Patienten gleichzeitig in die *Isolierung*. Am klarsten brachte es wohl jene Patientin zum Ausdruck, die abweisend zu mir sagte: «Ich will nichts wissen, sagen Sie es meinem Mann!»

Wenn die Tatsache der bösartigen Erkrankung nicht mehr verdrängt werden kann, folgt eine Phase der *Ablehnung*. Der Patient und oft seine unmittelbaren Angehörigen fragen: «Warum gerade ich?» In dieses Hadern mit dem Schicksal sind auch die Ärzte und die Gesellschaft einbezogen. Ein typisches literarisches Zeugnis für ein solches Aufbäumen gegen sein persönliches Schicksal und gleichzeitige Anklage gegen die Gesellschaft ist das Buch «Mars» von Fritz Zorn. Bezeichnend auch der dafür gewählte Deckname. An dieser Ablehnung sind oft die Angehörigen beteiligt. Viele Anschuldigungen über Fehlbehandlungen und falsche Diagnosen haben hier ihren Ursprung. Diese Situation erkennen und sie gelassen meistern, ist wohl eine der Hauptaufgaben einer guten psychologischen Patientenführung. Vielleicht gerade wegen meines Interesses für die Psychologie wehre ich mich aber gegen eine Psychologisierung der Arzt-Patienten-Beziehung.

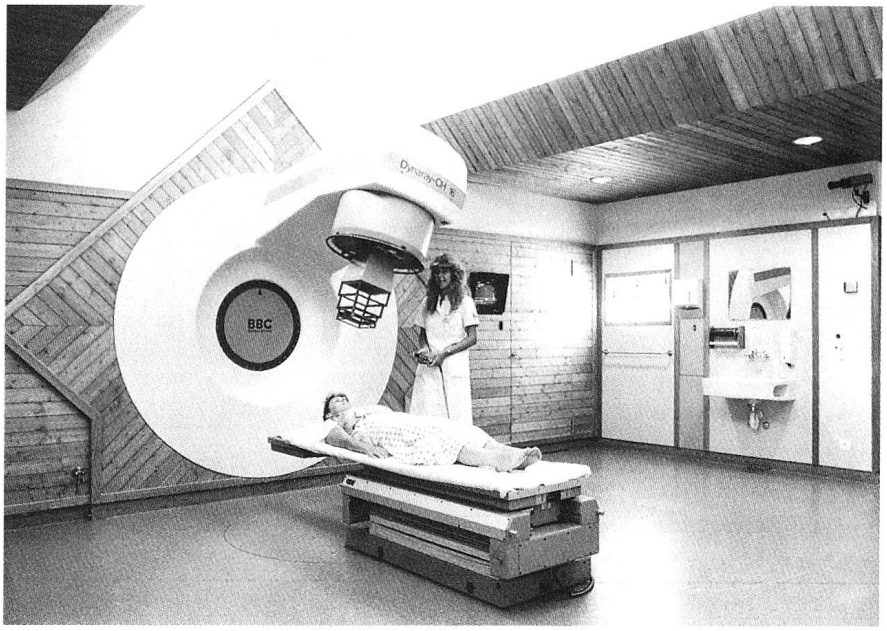
Nachdem der Patient auf seine Frage, warum gerade ich, keine Antwort erhält, beginnt als dritte Phase das *Feilschen* und *Verhandeln*. Es ist fast wie bei Kindern, die mit Toben und Trotzen ihr Ziel nicht erreichen, es dann mit dem Versprechen, brav zu sein, versuchen. Hierher gehört wohl manches Gelübde. Sprechendste Beispiele sind Geschenke an den Arzt, auch dann, wenn sie das übliche Mass kaum übersteigen.

Zur Zeit der Strahlenbehandlung, die Arzt und Patienten intensiv beanspruchen, sind Konturen und Grenzen zwischen diesen ersten drei Phasen verwischt. Dadurch sind meine persönlichen Erfahrungen mit den dargestellten Thesen eingeschränkt. Denn während der Behandlung sind Arzt und therapeutische Massnahmen für Patienten und Angehörige der konkrete Rettungsangel. Dadurch rücken die Fragen nach dem Woher und Warum für eine gewisse Zeit in den Hintergrund und der Patient verhält sich zumeist «brav». Da ich als Strahlentherapeut nur während der eigentlichen Behandlung unmittelbar für die Patienten verantwortlich war, habe ich die nach Kübler-Roos folgende vierte Phase der *Depression* bei ihnen weniger miterlebt. Sie ist aber für den Patienten eine oft sehr schwere Belastung und setzt auch seine Umgebung vor schwierige Aufgaben. Wir kommen im Abschnitt «Nachsorge» noch einmal darauf zurück.

Alternative Massnahmen, mehr als Schlagworte?

Die Frage einer aktiven Sterbehilfe wurde nie direkt an mich herangetragen. Im Gegenteil, ich war immer wieder erstaunt, in wel-

Linearbeschleuniger Dynarey CH 16 1987/88 im Kantonsspital Chur zur Bestrahlung mit ultraharten Röntgenstrahlen und schnellen Elektronen eingerichtet.



chem Masse der Widerstand gegen diese Krankheit den Lebenswillen der Patienten stärkte. Mir ist von den mehr als 7000 bestrahlten Krebspatienten ein einziger Fall von Selbstmord bekannt, ein mehrfach tieferer Anteil als in der durchschnittlichen Bevölkerung. So denke ich an den alten Herrn, den ich wegen eines Ablegers eines Magenkrebses in der Bauchwand bestrahlte. Der Patient war durch seinen Bruder, einen Medizinprofessor, eingehend orientiert worden, hatte seine Angelegenheiten geordnet und machte einen gelassenen Eindruck. Im Krankenbett sitzend sagte er ruhig zu mir: «Ich bin Ihnen dankbar für jeden Tag, um den Sie mir das Leben verlängern.» Und zur Tochter, die dabei war: «Im Ecken des Kellers sind noch fünf Flaschen Schwarze Katze (eine Weinsorte, die ich nicht kannte). Wenn ich tot bin, bringst Du Dr. Wieser eine Flasche.» Nach zwei Tagen brachte sie mir die Flasche. Oder an jenen Träger eines weit fortgeschrittenen Lungenkrebses, der ebenfalls über sein Leiden gut im Bild war und am Morgen seines Todestages ungerufen von der Abteilung zu Fuss zur Bestrahlung kam, obwohl wir diese, weil aussichtslos, abgesetzt hatten.

Wie bei andern sich in die Länge ziehenden Leiden, ist auch der Strahlentherapeut offen oder versteckt mit Alternativmedizin und Kurpfuschertum konfrontiert. Die Grundsatzfrage nach *Alternativen* ist in jeder Situation die berechtigte Reaktion der offenen und kritischen menschlichen Vernunft. Aufgrund der langjährigen eigenen Erfahrung kenne ich für örtlich begrenzte, solide Organkrebse (ohne Leukämie oder andere bösartige Erkrankungen des blutbildenden Systems) heute noch keine anderen Heilungsmöglichkeiten als Stahl und Strahl.

Für den Patienten ist es anders. Von allen Seiten erhält er gute Ratschläge, die vom Saft roter Rüben, über komplizierte Diätvorschriften bis zu Kupferdrähten unter dem Bett zur Abwehr von Erdstrahlen gehen. Auch meint irgend ein Freund von einem Bekannten zu wissen, der mit genau dem gleichen Leiden von den Ärzten aufgegeben worden wäre und dann von einem bestimmten Naturheiler kuriert worden sei.

Wenn wir uns besser kannten, haben manche Patienten den Mut gefunden, über solche Dinge mit mir zu sprechen. Gerne wollten sie dann wissen, was ich davon halte. Am häufigsten waren es besondere, oft strenge Diäten oder teure Naturheilmittel unbekannter Zusammensetzung, aber auch ein heimlicher Besuch bei einem Heiler.

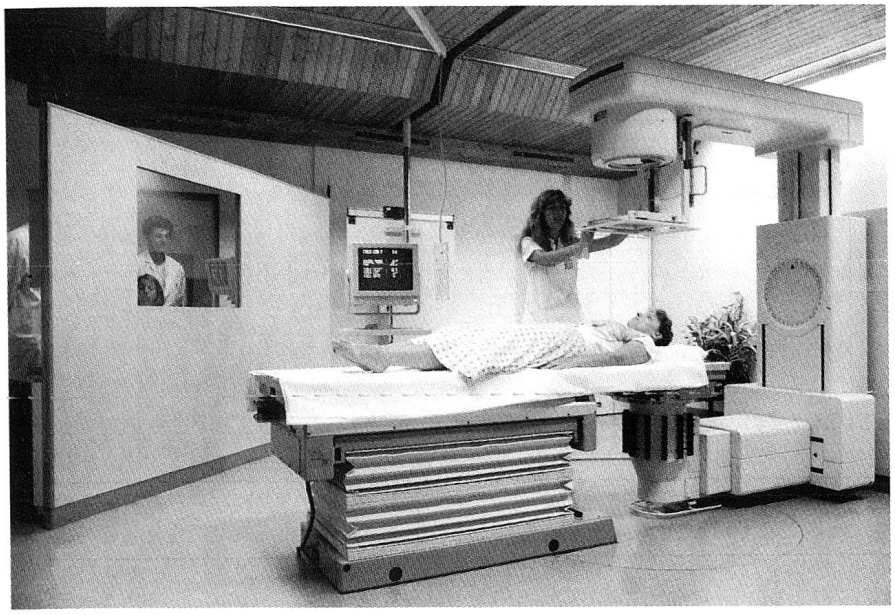
Es ist nicht immer Leichtgläubigkeit und noch seltener Misstrauen gegen unsere Behandlung als vielmehr der Wille des Patienten,

selber etwas zur Gesundung beizutragen und nicht rein passiv dem Arzt ausgeliefert zu sein. Wenn nach meiner Meinung nichts Unsinniges oder Schädliches dahintersteckte oder eine finanzielle Ausbeutung des Patienten zu befürchten war, liess ich es gut sein. Am Schluss der Behandlung habe ich dann auch nicht der Meinung des Patienten widersprochen, im Grunde hätte sein Zutun zur Heilung geführt. Dem Willen des Patienten, wieder gesund zu werden, kommt eine grosse, nicht quantifizierbare Bedeutung zu. Auch gehört eine abwechslungsreiche und vernünftige Ernährung, die dem Patienten zusagt, wie auch eine gesunde Lebensweise mit genügend Bewegung und ausreichendem Schlaf zu den wirksamen unterstützenden Massnahmen. Eine eigentliche krebsheilende Kost gibt es entgegen allen Vorstellungen einer biologischen Ganzheitsmedizin aber nicht. Noch zu meiner Assistentenzeit haben wir in der ORL-Universitätsklinik in Lausanne mit Frau Dr. Kousmine während eines ganzen Jahres ihre vielgerühmte Krebsdiät angewandt, ohne Erfolg!

Zu den Idealvorstellungen einer Alternativbehandlung des Krebses gehört die Anregung und Steigerung der *körpereigenen Abwehrkräfte* bis zum Ausgleich des unkontrollierten Zellwachstums und der Vernichtung des Tumors durch den eigenen Organismus. Über hoffnungsvolle Ansätze hinaus ist die Forschung nicht gediehen. Alternative Methoden haben meines Wissens auch hier die Grenzen eines Placeboeffektes kaum überschritten. Darüber gibt es gute Studien der Schweizer Krebsliga.

Nachkontrolle und Nachsorge

Nachkontrollen sind eine ärztliche, Nachsorge eine gesellschaftliche Aufgabe. Beide gehen ineinander über. Bereits meine Lehrer haben aus drei Gründen den regelmässigen Nachkontrollen grosse Bedeutung beigemessen. Einmal ist es für den einzelnen Patienten wichtig, mögliche Rückfälle möglichst frühzeitig zu erkennen, um diese behandeln zu können. Dann ist es gerade bei der Krebsbehandlung unerlässlich, die Ergebnisse der therapeutischen Bemühungen über lange Zeit möglichst lückenlos zu überprüfen und die eigenen Behandlungsergebnisse kritisch zu bewerten. Nicht zuletzt soll der Patient erfahren, dass man ihn nach abgeschlossener Behandlung nicht allein lässt und sich um ihn kümmert. Vielfach genügen



Therapiesimulator, Kantonsspital Chur, erlaubt nach dreidimensionaler Erfassung des Krankheitsherdes mittels Computertomographie den nachfolgenden Bestrahlungsvorgang im «Leerversuch» genau zu bestimmen und bildlich darzustellen. Seit 1987 in Betrieb.

dazu periodische ärztliche Kontrollen, besonders wenn sie in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt erfolgen, aber nicht immer. Ich denke dabei weniger an materielle Probleme, die mit Hilfe der Beratungsstellen der kantonalen Krebsligen und der Fürsorge gelöst werden können. Hier denke ich vielmehr an psychische und psychosoziale Auswirkungen der Krankheit oder der Behandlung und besonders an Niedergeschlagenheit, Isolation und Resignation nach Abschluss der Behandlung.

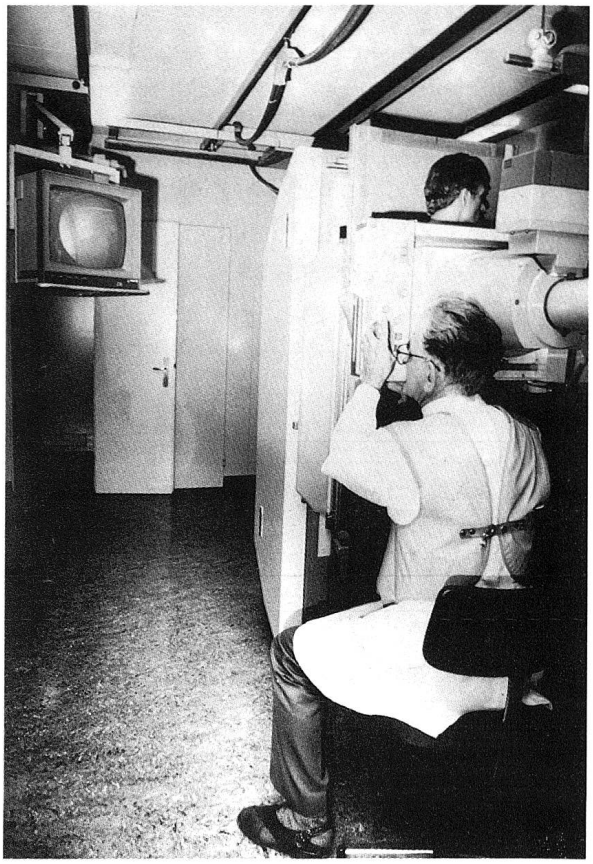
Es war schön zu beobachten, wie während der Bestrahlung Patienten sich gegenseitig stützten und aufrichteten. Gelegentlich entstand daraus eine Freundschaft. Auch ist erfreulich, wie dies heute in Selbsterfahrungsgruppen fortgesetzt wird. Diese sollten von kompetenten Fachleuten, entsprechend ausgebildeten Fürsorgerinnen und Fürsorgern und auch von Psychotherapeuten begleitet werden.

Als eine weitergehende Möglichkeit sei das Projekt eines Bündnerischen Hauses der Mitte für Psychotherapie und Erholung erwähnt. Dieses soll Menschen in irgendeiner seelischen Not logotherapeutisch betreuen. Logotherapie ist ein vom Wiener Arzt Viktor Frankl erprobte seelische Betreuung. Was am Leiden revoltiert, ist nicht das Leiden selber, meinte Nietzsche, vielmehr der Nicht-Sinn des Leidens. Dem Leben und dem Leiden seinen Sinn und Wert wieder zu geben, ist das Ziel dieser nichtanalytischen Menschenbegleitung.

*

Nemesis oder Nachdenken über Medizin

Die drei Jahrzehnte, die sich in diesen Erinnerungen widerspiegeln, umschliessen eine schwindelerregende Entwicklung der technischen Voraussetzungen und Möglichkeiten der modernen Medizin. Für die Strahlentherapie wird sie symbolhaft angedeutet in der 180 KV-Bestrahlungsröhre von 1942, die erst 1967 durch ein Telekobaltgerät ersetzt wurde, und dem Linearbeschleuniger von 1988. Fortschritt und Segen sagen die einen, Grössenwahn und Fluch die andern.



Verfasser mit Patienten am kippbaren Röntgenuntersuchungsgerät. Bei der Kobaltbestrahlung wurden unter Durchleuchtung die Bestrahlungsfelder auf der Haut des Patienten eingezeichnet. Dabei ergab sich die Gelegenheit einer ersten intensiven Kontaktnahme zwischen Patienten und Strahlentherapeuten.

Kommen wir noch kurz auf das Buch von Fritz Zorn zurück. Darin steht die moderne Gesellschaft und mit ihr die neuzeitliche Medizin auf der Anklagebank. Nemesis bedeutet noch mehr, strafende Gerechtigkeit. So versteht Zorn seine unheilbare Krankheit als folgerichtig letzte Konsequenz einer unheilbaren Gesellschaft. Sein massloser Zorn ist aus dem Krankheitserlebnis ein Stück weit einfühlbar. Ist aber die Infragestellung der modernen Medizin als Ganzes gerechtfertigt? Die Infragestellung wird, wie hier in der Einleitung zu «Mars» von Schriftstellern und anderswo von Ärzten mitgetragen. In schwarz-weiss Manier wird der Schulmedizin eine alternative Ganzheitsmedizin gegenübergestellt und beiden Heilungsweisen ein je gegensätzliches Menschenbild zugeordnet, die miteinander unver-

einbar sein sollen. Das erste wäre gekennzeichnet durch äusseren Fortschrittszwang und Wachstumseuphorie von Heiltechnikern, die von Blindheit gegenüber den Grenzen dieses Fortschrittes und der Machbarkeit geschlagen sind. Nach dem anderen Menschenbild wäre der Arzt ein Heilkundiger, der sich ernsthaft auf die geistigen Grundlagen des Arztseins besinnt, den Patienten als körperlich-seelische Einheit versteht und Kranksein ganzheitlich erfasst.

Nur eine vorwiegend rhetorische Gegensätzlichkeit, von mir hier mit Ausdrücken aus entsprechenden Publikationen in der Art einer Collage festgehalten? Oder doch ein unüberbrückbarer, berufsethischer Graben?

Ohne die Möglichkeiten der Hybris, des frevelhaften Übermutes, die jeder modernen wissenschaftlich-technischen Möglichkeit innewohnt, zu übersehen, glaube ich, auf das eigene Berufsleben zurückblickend, dass auch höchste Technik in der Medizin die Begegnung mit dem Patienten als Person und soziales Wesen keineswegs ausschliesst. Technik kann Humanität fördern, wenn sie uns Grenzen unserer Möglichkeiten vor Augen führt und uns demütig macht. Ob Segen oder Fluch, hängt letztlich von uns allen ab, Ärzten und Patienten, Gesunden und Kranken. Schärfe des Verstandes und Stimme des Herzens sind komplementär. Ihr Zusammenwirken muss täglich neu erprobt werden.