

Gebärmutter Entfernung

Häufig ein
vermeidbarer
Eingriff

F
F
G
Z

Feministisches
Frauen
Gesundheits
Zentrum e.v.
Berlin

Inhalt

Liebe Frauen	3
Erfahrungen von Frauen – Protokolle	6
Wichtige Informationen für Sie	18
Mögliche Folgen und Beschwerden	
<i>Interview mit Dr. Barbara Ehret-Wagener</i>	27
Tipps für Sie	30
Glossar	32
Serviceteil	35
Ausgewählte Literatur	36

Liebe Frauen,

vielleicht hat Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Ihnen gerade die Entfernung Ihrer Gebärmutter vorgeschlagen, oder mit Ihnen wurde schon einmal darüber gesprochen, ob ein solcher Eingriff für Sie sinnvoll sein könnte. Einen solchen Schritt sollten Sie sich sehr gut überlegen, denn diese Operation ist nicht nur ein medizinischer Eingriff. Diese Operation kann möglicherweise Ihr weiteres Leben verändern.

Natürlich können Sie danach keine Kinder mehr bekommen, aber vielleicht ist Ihre Familienplanung bereits abgeschlossen, oder Sie sind schon älter, so dass Familienplanung keine Rolle mehr für Sie spielt. Aber eine Gebärmutter ist nicht nur für eine Schwangerschaft wichtig. Viele Frauen – das zeigen auch die Geschichten in dieser Broschüre – haben nach einer Gebärmutterentfernung das Gefühl, ein Stück ihrer Weiblichkeit, ihrer „Mitte“ verloren zu haben. Auch Frauen, die sich vorher nicht viele Gedanken über ihre Gebärmutter gemacht haben, empfinden nach der Operation oft einen starken Verlust, der sie traurig, depressiv und an-

triebsarm macht. Zudem kann sich Ihre Sexualität verändern, weil Sie einerseits die Kontraktionen der Gebärmutter nicht mehr spüren und weil andererseits Operationsnarben Ihnen Schmerzen bereiten können. Auch wenn Ihre Eierstöcke erhalten geblieben sind, können sich hormonelle Probleme einstellen. Es wird diskutiert, ob eine verminderte Durchblutung der Eierstöcke nach dem Eingriff dafür verantwortlich ist, dass Frauen nach einer Gebärmutterentfernung bis zu vier Jahre früher in die Wechseljahre kommen.

Diese möglichen Folgen können, müssen aber nicht auftreten, sollten bei der Entscheidungsfindung jedoch mitgedacht werden. Manche Frauen haben nach der Operation keine Beschwerden und sind zufrieden mit ihrer Entscheidung. Wichtiges Kriterium bei der Entscheidungsfindung ist, ob Ihre Lebensqualität dadurch verbessert werden kann.

Es gibt sehr viele, sehr unterschiedliche Gründe, warum Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Ihnen eine Gebärmutterentfernung, eine sogenannte Hysterektomie, empfehlen kann, aber nur in wenigen Fällen handelt es sich dabei um eine medizinische Notwendigkeit – nur wenn eindeutig Krebs bei Ihnen festgestellt wurde, **muss** diese Operation durchgeführt werden (sogenannte „harte“ Indikation), sonst gibt es große Ermessensspielräume („weiche“ Indikation). Eine Gebärmutterentfernung

kann sinnvoll sein, wenn Sie sehr starke Beschwerden haben. Sie sollten sich in diesem Fall aber auch über andere Behandlungsmethoden informieren und diese eventuell vorher versuchen.

Nirgendwo gibt es exakte Zahlen darüber, wie viele Hysterektomien bei uns jedes Jahr durchgeführt werden. Schätzungen gehen von etwa 150.000 derartigen Operationen aus, und kritische Gynäkologinnen wie Dr. Barbara Ehret-Wagener vermuten, dass bis zu 80 % dieser Operationen überflüssig sind.

Aber – warum wird so viel, zu viel operiert?

In unserer Gesellschaft werden Frauen oft auf Jugendlichkeit und ihre Fähigkeit zum Kindergebären reduziert. Da genießen ältere Frauen kein sehr hohes Ansehen. Gerade diese Frauen, Frauen in und nach den Wechseljahren sind es häufig, denen z.B. bei Blutungen oder einem Myom* eine Hysterektomie vorgeschlagen wird. Und das wird oft mit Sätzen begleitet, wie „Sie brauchen das Ding doch nicht mehr“ oder „dann können Sie da schon keinen Krebs mehr bekommen“. Doch die

Gebärmutter ist nicht nur für Schwangerschaften wichtig, sondern auch für Ihre weibliche Identität. Und was die „Krebsprophylaxe“ angeht – da gibt es Früherkennungsuntersuchungen und Ultraschall, um Krebs der Unterleibsorgane frühzeitig aufzuspüren, statt „prophylaktisch“ eine so große Operation zu empfehlen.

Gerade Unterleibsprobleme können zudem Ausdruck ganz anderer Schwierigkeiten sein. Wenn irgend etwas in Ihrem Leben in Unordnung geraten ist, wenn Sie unglücklich sind oder unzufrieden, unter Stress oder Ängsten leiden, können schon allein dadurch z.B. starke Blutungen ausgelöst werden oder Myome wachsen. Zudem wird eine Frau, die zutiefst gekränkt ist, weil ihr Partner sie für eine Jüngere verlassen hat, eine Frau, die ihren Arbeitsplatz verloren hat oder den Auszug der Kinder aus der elterlichen Wohnung erst noch verarbeiten muss, Beschwerden viel stärker wahrnehmen als in unbelasteten Lebenssituationen. Eine Blutung, die sie sonst toleriert hätte, kann sie in einer solchen Situation völlig überfordern. Wenn ihr dann suggeriert wird, nach der Hysterektomie seien alle ihre Probleme gelöst, wird sie möglicherweise schneller zustimmen, als sie es sonst getan hätte. Nur – wie enttäuscht wird sie sein, wenn sie nach ein paar Wochen feststellt: Nichts ist gelöst, nichts ist gut! Ihre eigentlichen seelischen und sozialen Probleme wurden gar nicht bearbeitet.

Die Ergebnisse einiger Studien sollten uns nach-

denklich machen, ob wirklich immer nur aus „rein medizinischer Notwendigkeit“ zu einer Gebärmutterentfernung geraten wird.

So zeigt eine Schweizer Studie aus dem Kanton Tessin, dass männliche Gynäkologen doppelt so häufig zu einer Gebärmutterentfernung raten wie Ärztinnen.

Und: Je besser Patientinnen aufgeklärt sind, desto seltener verlieren sie ihre Gebärmutter.

Nicht jede Operation ist vermeidbar, und viele Frauen haben auch nach einer Operation keinerlei Beschwerden. Wichtig ist, dass Sie sich bei einer Entscheidung nicht unter Zeitdruck setzen lassen. Besprechen Sie sich mit Ihrem Partner oder Ihrer Partnerin und mit Freundinnen, holen Sie sich unabhängigen Rat (z.B. bei einer Beratungsstelle wie einem Frauengesundheitszentrum oder Pro Familia), und suchen Sie auf jeden Fall eine zweite Ärztin oder einen zweiten Arzt auf. Diese sogenannte zweite Meinung einzuholen, bedeutet kein Misstrauen gegenüber Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, aber es wird Sie in Ihrer Entscheidung sicherer machen.

Das alles gilt auch, wenn Sie zur Operation entschlossen sind oder wenn die Operation notwendig ist, weil Sie Krebs haben (nur 9 % aller Fälle, in denen die Gebärmutter entfernt wird!). Denn dann stellt sich die Frage: wie, mit welcher Methode soll operiert werden? Und auch da gibt es große Unterschiede, die ganz wesentlichen Einfluss darauf haben, wie gut es Ihnen nachher geht, wie viele Schmerzen Sie haben werden, und mit welchen Einschränkungen Sie rechnen müssen.

Wir wollen Ihnen Informationen über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten geben, damit Sie sich besser und kompetenter entscheiden können. Und wir wollen Ihnen Informationen darüber geben, wo Sie sich weitere Informationen holen können, denn im Rahmen dieser Broschüre können wir Ihnen natürlich längst nicht alles sagen, was Sie wissen sollten.

*Übrigens: Wo immer Sie dieses Zeichen * sehen, verweist es auf genauere Erklärungen im Glossar oder an der angegebenen Stelle.*

Erfahrungen von Frauen – Protokolle

Simone, 56 Jahre

früher Dolmetscherin und Sachbearbeiterin, jetzt Rentnerin

Diagnose: Gebärmuttervorfall mit Inkontinenz

Ich hatte ein ziemlich bewegtes Leben. Ich bin Jüdin. Meine Mutter hat mich im Untergrund geboren. Meine übrige Familie ist in Auschwitz umgekommen. Ich bin jahrelang immer zwischen Israel und Deutschland hin- und hergependelt. Mit meinem zweiten Mann bin ich dann schließlich hier sesshaft geworden. Er kommt aus der Türkei und ist Moslem. Unser Sohn David wurde automatisch Jude, weil sich das immer nach der Mutter richtet. Also, wir sind eine ziemliche Multi-Kulti-Familie.

Ich war immer kerngesund und habe mich nie viel um meinen Körper kümmern müssen. Allerdings bin ich regelmäßig zur Krebsfrüherkennung gegangen, auch alle zwei, drei Jahre zur Mammographie. Da war immer alles in Ordnung. Dann, vor zwei Jahren, sagte der Arzt: „Da ist ein Knoten. Das müssen wir genauer untersuchen.“ Also hat er das in seiner Belegklinik* operiert, und da hieß es plötzlich: Es ist Krebs! Da sind bei mir natürlich erst einmal alle Schleusen gebrochen. Es war schlimm. Ich hatte auch niemand, mit dem ich sprechen konnte, keine Freundinnen.

Es gab auch keinen Psychologen in der Klinik. Der Arm wurde dick, ich hatte Angst, aber darum hat sich kein Mensch gekümmert.

Ungefähr ein Jahr später hieß es bei der Mammographie: Da ist ein Rezidiv*, jetzt muss die Brust abgenommen werden. Und mein Professor sagte das auch. Aber diesmal habe ich mich nicht gleich operieren lassen. Ich bin erst noch zu einem Spezialisten gegangen, und der hat sofort eine Biopsie* gemacht, und nach drei Tagen hat er sich gemeldet und gesagt: „Es ist alles in Ordnung, es ist bloß Fettgewebe.“ Das hat mir die Brust gerettet, dass ich noch zu einem zweiten Arzt gegangen bin. Aber ich hatte furchtbare Angst vor Krebs. Ich bin auf den Jüdischen Friedhof gegangen und habe mir schon einmal eine Grabstelle ausgesucht.

Und dann passierte die Sache mit dem Unterleib. Ich hatte so ein Gefühl, als sei da etwas rausgerutscht, und irgendetwas drückte auf die Blase. Wenn ich etwas Schweres hob oder wenn ich niesen musste, tröpfelte es. Also bin ich wieder zu meinem Professor gegangen, und der hat festgestellt: Es ist ein Gebärmuttervorfall*, und die Gebärmutter muss sofort raus. „Das ist ja nicht schlimm, denn in Ihrem Alter wollen Sie ja sowieso keine Kinder mehr haben, und dann können Sie da unten wenigstens keinen Krebs mehr bekommen“, hat er noch gesagt.

Ohne die Brustgeschichten vorher hätte ich mich vielleicht operieren lassen. Aber inzwischen hatte ich das Gefühl: Das ist ein ganz Radikaler, der schneidet eben gern. Aber da mache ich nicht mit. Irgendwie bin ich richtig bockig geworden. Ich wollte meine Gebärmutter ganz einfach behalten, weil ich mir vorgestellt habe: Wenn er die raus-schneidet, dann gibt es ein großes Loch im

Bauch. Andererseits hatte ich Angst, dass ich etwas falsch mache. Also, jedenfalls: Ich brauchte ganz dringend jemand zum Reden. Mit meinem Mann ging das erst sehr schlecht. Männer reagieren irgendwie völlig hilflos, wenn ihre Frauen krank sind. Aber dann haben wir an einem Tag einen langen Spaziergang gemacht, und ich habe ihm erzählt, wie ich mich fühle. Er hat mich dann besser verstanden. Ich habe dann zufällig in der Zeitung gelesen, dass es ein Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum gibt, wo man sich bei solchen Problemen beraten lassen kann, und da bin ich hingegangen. Die Beraterin in dem Zentrum hat mich beruhigt und gesagt, dass es vermutlich kein Vorfall, sondern eine Senkung ist, und dass es sehr wahrscheinlich andere Behandlungsmöglichkeiten für mich gibt. Sie hat mir dann noch Adressen von anderen ÄrztInnen gegeben, und ich bin anschließend zu fünf ÄrztInnen gegangen, weil ich es jetzt wirklich wissen wollte. Und alle haben gesagt: „Es ist nur eine Senkung, und es geht auch ohne Operation.“ Die Ärztin, die sich am meisten Zeit für mich genommen hat – bei der bin ich dann als Patientin geblieben. Sie hat mir Beckenbodengymnastik verschrieben und mir auch gesagt, dass man – wenn das nicht reicht – die Bänder, an denen die Gebärmutter aufgehängt ist, operativ straffen kann. Aber auf keinen Fall muss das Organ entfernt werden. Ich gehe jetzt zweimal pro Woche zur

Beckenbodengymnastik, und ich übe jeden Tag eisern zu Hause. Ich bin selbst überrascht, wie schnell sich die Beschwerden gebessert haben. Schon nach ein paar Wochen tröpfelte da nichts mehr. Ich habe das Gefühl: Es wird da unten jeden Tag alles fester und straffer, und die Gebärmutter zieht sich wieder dahin zurück, wo sie hingehört.

Wenn ich heute darüber nachdenke, sage ich mir: Ich hätte viel früher den Arzt wechseln sollen. Warum bin ich bloß so lange bei einem Arzt geblieben, der mich überhaupt nicht ernst genommen hat? Und ich weiß: Wenn wieder eine Operation notwendig wird, würde ich nicht wieder in eine Belegklinik gehen, denn da sind ja der Arzt, der die Diagnose stellt, und der, der operiert, ein und derselbe. Und wenn der sich irrt? Wenn man sonst ins Krankenhaus eingewiesen wird, guckt da auf jeden Fall noch ein zweiter und dritter Arzt hin, da hat man zumindest eine Chance, dass einer von denen „Stopp“ sagt, wenn eine Operation gar nicht notwendig ist.

Das fiel uns auf:

Bei Simone zeigt sich, wie wichtig es ist, eine zweite ärztliche Meinung einzuholen.

Durch die Erfahrung mit ihrer Brustkrebserkrankung ist sie ÄrztInnen gegenüber kritischer geworden. Als ihr die Unterleibsoperation vorgeschlagen wird, willigt sie nicht sofort ein, sondern sucht sich Informationen und geht noch zu weiteren ÄrztInnen. Das erspart ihr letztlich diese Operation.

Das Einholen einer sogenannten „zweiten Meinung“ vor einem schwerwiegenden medizinischen Eingriff ist seit der „Gesundheitsreform 2000“, die am 1. Januar 2000 in Kraft getreten ist, gesetzlich verankertes Recht der PatientInnen. Seither müssen die Gesetzlichen Krankenkassen diesen zweiten Arztbesuch bezahlen.

Fatima, 39 Jahre

Hausfrau und Putzfrau

Diagnose: Eileiterzyste(?) * Eierstockzyste(?) *Eileiterschwangerschaft (?)*

Meinen Mann habe ich kennengelernt, als er auf Urlaub in der Türkei war. Er arbeitete schon einige Zeit in Deutschland. Wir haben vor 23 Jahren in der Türkei geheiratet. Vier Jahre danach bin ich nach Deutschland gekommen, denn eine Familie muss zusammen sein. Wir haben hier eine große Familie – Onkel, Tanten, Schwägerinnen. Wenn ich Probleme habe, gibt es immer jemand, mit dem ich reden kann.

Wir haben sechs Kinder, von denen aber nur noch vier leben: zwei Mädchen und zwei Jungen. Ich kann ein bisschen deutsch – das habe ich mir selbst beigebracht. Ich habe Fernsehen geguckt, und deutsche Nachbarn haben mir geholfen. Wenn man in Deutschland bleiben will, muss man deutsch sprechen können. Unsere Kinder sprechen sehr gut, sie sind ja auch hier geboren. Aber sie helfen mir nicht. Sie lachen mich manchmal aus, wenn ich etwas falsch sage.

1988 hatte ich ein Kind geboren, und ein Jahr später bekam ich Schmerzen. Meine Gesundheit ist mir wichtig, deshalb bin ich sofort zum Arzt gegangen. Er sagt: „Vielleicht erkältet, vielleicht entzündet.“ Es hat dann wieder aufgehört. 1992 wieder Schmerzen. Ich war ungefähr zwei Wochen im Krankenhaus, dann wieder o.k. 1995 wieder Schmerzen,

wieder Krankenhaus. Der Arzt sagt: „Man muss den Unterleib operieren – Gebärmutter ganz heraus.“ Ich hatte Angst, habe nichts machen lassen. 1997 wieder Krankenhaus. Der Arzt sagt wieder: „Operieren, Gebärmutter rausnehmen.“ Aber ich will nicht, mein Mann auch nicht. Man kann doch nicht einfach die Gebärmutter operieren. Aber ich hatte viele Schmerzen. Der Arzt sagt: „Wollen Sie noch mehr Kinder, Sie haben doch vier.“ Er denkt vielleicht: Sie hat viele Schmerzen. Wenn die Gebärmutter raus ist, hat sie keine Schmerzen mehr. Ich sage: „Vier Kinder sind genug“, aber manchmal möchte ich doch noch mehr, mein Mann auch. Wir wissen es noch nicht so genau.

Ich hatte immer wieder Schmerzen, ich habe geheult. Aber ich will nicht, dass die Gebärmutter raus ist. Sie haben dann eine Bauchspiegelung * gemacht. Der Arzt hat etwas gesagt, aber ich habe es nicht richtig verstanden. Es kann sein, dass er gesagt hat: „Es ist eine Eileiterzyste oder Eierstockzyste.“ Vielleicht hat er aber auch eine Eileiterschwangerschaft gemeint. Nach der Bauchspiegelung hatte ich keine Schmerzen mehr, aber ich bin auch nicht mehr schwanger geworden. Ich habe den Arzt gefragt, was er gemacht hat. Er sagt: „Den Eileiter geschnitten und gekratzt.“ Ich habe dann meinen Hausarzt gefragt, er soll in den Entlassungsbrief gucken, was da steht. Da steht: Auf der rechten Seite ist der Eileiter ganz weg. Vielleicht werde ich deshalb nicht mehr schwanger. Auf jeden Fall: Die Gebärmutter ist drin, und ich habe keine Schmerzen mehr.

Als ich im Krankenhaus war, konnte ich noch weniger Deutsch als heute. Und ich war ganz allein da. Da war keine, die besser sprechen konnte, auch kein Dolmetscher. Mit Dolmetscherin wäre es besser gewesen. So habe ich manches verstanden, aber manches auch nicht. Wenn man alles versteht, kann man besser antworten und kann sich besser entscheiden.

Das fiel uns auf:

Aufgrund ihrer nicht besonders guten Deutschkenntnisse bekam Fatima bei jedem Krankenhausaufenthalt nur sehr unzureichende Informationen. Sie weiß bis heute nicht, warum sie 1997 operiert wurde und was überhaupt genau operiert worden ist. Tatsächlich kann man aber nur dann rechtlich verbindlich in eine Operation einwilligen, wenn man verstanden hat, worum es geht. Es ist die Aufgabe der behandelnden ÄrztInnen, der Patientin den geplanten Eingriff genau zu erklären, gegebenenfalls mit Hilfe einer DolmetscherIn. Nur der feste Wille, ihre Gebärmutter zu behalten, hat Fatima letztlich vor einer Gebärmutterentfernung bewahrt.

Renate, 51 Jahre

Logopädin, seit kurzem berentet

Diagnose: Myom*

Ich habe zwei erwachsene Töchter, bin seit vielen Jahren geschieden und lebe allein.

Meine erste Periode bekam ich mit 10 Jahren, und es war entsetzlich. Ich fühlte mich elend und blutete eine Woche lang sehr stark. Ich war nicht aufgeklärt, und meine Mutter sagte mir auch jetzt nichts, reichte mir bloß immer die Binden rein. Ich fand mich schmutzig und konnte das gar nicht annehmen als etwas, was zu mir gehört.

Als ich 16 war, lernte ich meinen Mann kennen. Er war 5 Jahre älter als ich. Er sagte, von unse- ren Schmusereien könnte ich nicht schwanger werden, aber ich wurde ganz schnell schwanger. Ich wäre das Kind gern losgeworden, aber das war damals verboten, und wenn es einer machte, kostete es 3000 DM. So viel Geld hatte ich natür- lich nicht. Ich habe mich dann in mein Schicksal gefügt. Wir haben im Januar `65 geheiratet, und am 1. März ist unsere Tochter geboren. Kurz dar- auf war ich schon wieder schwanger. Erst hatte ich das gar nicht gemerkt, denn ich hatte noch Schmierblutungen. Als ich zum Arzt ging, war ich schon im 3. Monat. O Gott, habe ich gesagt, ich schaffe das schon mit dem ersten Kind nicht. Viel Geld hatten wir damals auch nicht. Aber der Arzt hat nur gesagt: „Wo eins satt wird, werden auch zwei groß.“

Kurz nach der Geburt des zweiten Mädchens fing das mit den Myomen an. Ich habe immer sehr stark geblutet – es war widerlich, und ich hatte starke Schmerzen.

Der Geschlechtsverkehr mit meinem Mann hat mir nie Spaß gemacht. Ich habe ihn über mich er- gehen lassen, weil ich gelernt hatte, dass das meine Pflicht war, aber es hat mich immer bloß geschüttelt. Die Schmerzen wurden auch immer schlimmer, und 1974 schlug mir mein langjähriger

Frauenarzt vor, ich sollte mir die Gebärmutter herausnehmen lassen. Die Myome seien dabei zu entarten, das wäre ein großes Risiko, und in meiner Familie seien doch schon so viele an Krebs gestorben. Aber ich war doch erst 27! Und ich war jetzt in dem Alter, dass ich mir ein Kind wirklich gewünscht hätte. Allerdings wollte mein Mann sowieso keins mehr. Doch ich wollte die Gebärmutter unbedingt behalten und habe dann insgesamt fünf Ärzte gefragt, ob es keine andere Möglichkeit gäbe. Drei der Ärzte sagten, die Gebärmutter muss raus, zwei meinten, es sei nicht nötig. Aber keiner hat mal gefragt: „Wie geht es Ihnen denn sonst?“ Oder: „Wie sieht es in Ihrer Ehe aus?“ Ungefähr nach einem dreiviertel Jahr habe ich mich dann operieren lassen, weil ich auch selber Angst vor Krebs hatte. Freundinnen, mit denen ich darüber hätte reden können, hatte ich nicht, und mein Mann hat mir zugeraten – dann hatte er ja freie Bahn!

Ich bin in einem städtischen Krankenhaus operiert worden – von der Scheide aus, weil ich auch eine starke Senkung hatte. Während der Narkose bin ich wach geworden, wahrscheinlich weil ich solche Angst hatte, und sie haben nachgespritzt. Und dann bin ich nicht mehr wach geworden. Ich habe vier Wochen im Koma gelegen. In der Zeit hat sich mein Mann eine Geliebte genommen.

Irgendwann ging es mir besser, ich bin entlassen worden, und dann ha-

be ich unter schlimmen Depressionen gelitten. Ich habe viel geweint. Zum ersten Mal habe ich mich an meinen Mann geklammert, aber mit einer schwachen Frau konnte er überhaupt nicht umgehen. Als ich gemerkt habe, dass er eine Geliebte hat, habe ich Lähmungserscheinungen in den Beinen bekommen. Ich bin dann in ein anderes Krankenhaus gekommen, und die haben mich auf den Kopf gestellt. Nach drei Monaten haben sie gesagt: „Gute Frau, wir können organisch nichts finden. Reden Sie doch `mal mit unserem Psychiater“. Ich wollte das nicht – ich war doch nicht verrückt, aber ich hatte keine andere Wahl. Sonst hätten die mich gleich so entlassen. Aber als der Psychiater vor meinem Bett stand, wusste ich sofort: Der wird mir helfen. Ich war depressiv, und ich hatte immer noch wahnsinnige Schmerzen, als ob die Myome noch drin wären. Ich habe dann ein Jahr stationäre Therapie gemacht und danach noch drei Jahre ambulant Gruppentherapie. In der Zeit habe ich mich entschlossen, meinen Haupt- und Real-schulabschluss nachzuholen. Ich habe mir dann eine Ausbildung zu Logopädin regelrecht erkämpft – gegen das Arbeitsamt und die BfA, denn die wollten das nicht bezahlen.

In der Ausbildung macht man Praktika, und beim zweiten bekam ich Kontakt mit sexuell missbrauchten Kindern. Da habe ich gemerkt, dass ich mit den Eltern dieser Kinder überhaupt nicht adäquat umgehen konnte.

Ich war in einer Bioenergetikgruppe, und bei einem Wochenendseminar sollten wir durch Hyperventilation in einen Trancezustand versetzt werden. Da bin ich völlig durchgeknallt – ich fühlte mich wie an einen elektrischen Strom angeschlossen, und ich sah plötzlich Bilder, die ich jahrelang verdrängt hatte. Da kam alles, was mein Unterbewusstsein bisher zurückgehalten hatte, plötzlich hoch. Ich sah meinen Vater, wie er mich missbrauchte, als ich praktisch noch ein

Baby war, ich fühlte den Schmerz, den er mir zufügte, als er mit dem Finger in mich eindrang. Und ein Onkel war da, und auch noch ein Cousin ... Viele Leute sagen, man kann sich an so etwas nicht erinnern, aber das stimmt nicht. Das Gehirn speichert das. Als das anfing, war ich noch so klein, dass ich es niemand erzählen konnte, weil ich noch gar nicht sprechen konnte. Und später haben sie mich dann bedroht, dass ich nichts erzählte. Als ich zehn Jahre alt war und meine erste Periode bekam, haben sie aufgehört. Plötzlich habe ich begriffen, warum ich mich immer vor dem Blut aus meiner Gebärmutter so geekelt habe. Meine Mutter und die anderen Frauen wussten übrigens genau Bescheid. Das war das Schlimmste, dass sie mich nicht beschützt haben. Heute denke ich, dass ich die Myome vielleicht nicht bekommen hätte, wenn ich mich früher hätte erinnern können.

Mit anderen Männern hat mir die Sexualität später großen Spaß gemacht, und ich hätte gern noch ein Kind bekommen. Ich habe sehr darunter gelitten, dass das nicht mehr ging. Andererseits war ich auch wieder froh, dass ich die Schmerzen und das Blut los war.

Ich habe dann unter großen Schwierigkeiten die Ausbildung zu Ende gemacht und auch als Logopädin gearbeitet, weil ich das unbedingt wollte. Dann hatte ich einen Unfall und habe schon im Rollstuhl gesessen. Aber ich habe gekämpft, und jetzt

kann ich wieder ganz gut laufen. Durch den Unfall bin ich 60% schwerbehindert und seit kurzer Zeit erwerbsunfähig berentet. Aber ich will unbedingt wieder arbeiten. Ich weiß noch nicht, was ich machen werde, aber ich weiß: Irgend etwas schaffe ich noch!

Das fiel uns auf:

Renate hat lange Zeit den sexuellen Missbrauch durch ihren Vater und andere männliche Verwandte verdrängt. Doch schon ihre erste Periode im Alter von zehn Jahren empfand sie als entsetzlich, und sie hatte später immer wieder Unterleibsprobleme.

Um sie 1974 zur Gebärmutterentfernung zu bewegen, schürt ihr Arzt ihre Krebsangst. Zunächst wehrt sie sich gegen die Operation und geht noch zu fünf anderen Ärzten, doch niemand gibt ihr die Hilfe, die sie braucht. Aus Angst vor Krebs lässt sie sich schließlich doch operieren.

Das Argument, Myome könnten zu Krebs entarten, hört man von ÄrztInnen auch heute noch, obwohl erwiesen ist, dass aus Myomen so gut wie nie Krebs entsteht.

Heidi, 47 Jahre

Heilpraktikerin

Diagnose: Gebärmutterkrebs

1998 war gesundheitlich für mich ein sehr schwieriges Jahr. Erst hatte ich eine Bartholinitis*. Das habe ich selbst homöopathisch behandelt. Dann wurde ich schwanger. Ich habe nie Kinder gewollt, weil ich meinen Beruf sehr liebe, und Kinder und Beruf zusammen hätte ich nicht geschafft. Aber dieses Mal habe ich mich für das Kind entschieden, doch jetzt war es eine Eileiterschwangerschaft mit anschließender Notoperation. Ich habe im Krankenhaus viel nachgedacht, und dann habe ich mich entschlossen, mich sterilisieren zu lassen.

Kurz darauf bin ich, wie jedes Jahr, zur Krebsfrüherkennung gegangen, und da stellte meine Frauenärztin einen Pap* III fest. Wir haben eine Kontrolluntersuchung nach einigen Monaten vereinbart. In der Zwischenzeit habe ich mich von einer Kollegin klassisch homöopathisch* behandeln lassen, und auf der psychischen Ebene habe ich nach der Methode „Wildwuchs“* gearbeitet, um die inneren Bilder in meinem Körper und ihren Bezug zu der Krankheit zu erkennen. Ich war ganz sicher, dass ich mein Problem damit in den Griff bekommen würde, denn ich habe in meiner Praxis immer wieder bei Patientinnen durch eine homöopathische Behandlung Pap-Werte senken können. Bei mir hat es leider nicht geklappt. Bei der Kontrolluntersu-

chung nach fünf Monaten stellte sich heraus, dass der Pap-Wert rasant gestiegen war: von III auf IV B. Meine Gynäkologin schlug mir deshalb eine Konisation* vor. Ich habe zugestimmt, und die Gynäkologin hat die Operation ambulant in ihrer Praxis gemacht. Ich habe natürlich geglaubt, damit sei alles erledigt, aber zwei Tage später rief die Ärztin an und sagte: „Wir haben noch nicht im Gesunden geschnitten. Da ist noch mehr, die Gebärmutter muss entfernt werden.“

Das hat mich ganz schön umgehauen. Ich hatte so ein Gefühl: Da ist etwas Lebendiges, und das soll dir herausgeschnitten werden. Das war wie eine Konfrontation mit dem Tod. Es war wie eine Amputation. Und dann hatte ich natürlich auch Angst vor den HP-Viren* in meinem Körper.

Die Operation sollte sechs Wochen später durchgeführt werden, erst musste die Wunde von der Konisation verheilen. In dieser Zeit habe ich immer wieder nachgefragt: Muss die Operation wirklich sein? Gibt es keine Alternative? Was ist mit einer Nachkonisation*? Für mich war es wichtig, dass ich fragen konnte, denn das gab mir das Gefühl, eine richtige Entscheidung zu treffen. Allerdings war ich in einer privilegierten Situation: Durch meinen Beruf als Heilpraktikerin wusste ich selbst viel, und ich wusste, wo und wen ich fragen konnte. Außerdem ist mein Bruder Arzt. Die meisten Frauen haben solche Möglichkeiten nicht. Denen wird gesagt: „Das muss gemacht werden, und Schluss.“ Und dann bleiben sie allein mit ihren Ängsten und Zweifeln.

Ich habe mich dann in einem anthroposophischen Krankenhaus operieren lassen. Das war schon angenehmer als irgendeine städtische Klinik. Man nimmt sich da mehr Zeit für die medizinischen Aufklärungsgespräche, und nach der Operation wird mit Eurythmie* gearbeitet und auf meinen Wunsch mit Akupunktur gegen die Schmerzen. Die ganze Atmosphäre ist dort freundlicher. Aber selbst in so einem Kranken-

haus geht es nicht wirklich um die ganze Person. Selbst da hat niemand mit mir darüber gesprochen, was diese Operation für mein Leben bedeutet. Und auch über mögliche Nebenwirkungen und Folgen hat mich niemand aufgeklärt oder darüber, wie sich die Sexualität verändern kann.

Weil eine Freundin von mir einen Oberarzt in der Klinik kannte, hat mich der Chefarzt selbst operiert, obwohl ich nur Kassenpatientin bin. Es war mir wichtig, dass der Chef operiert, denn er ist bekannt dafür, dass er auch in schwierigen Fällen die Gebärmutter von der Scheide aus entfernt. Ich hatte also keinen großen Bauchschnitt, und die Narben in der Scheide sind gut verheilt. Ich hatte eigentlich nur zwei, drei Tage starke Schmerzen, aber ich war noch ein halbes Jahr später sehr schnell erschöpft. Ich konnte es mir gar nicht leisten, eine Kur zu machen, denn ich konnte meine Praxis nicht so lange zumachen. Aber immer, wenn ich eine Patientin behandelt hatte, musste ich mich erst wieder eine Stunde hinlegen. Es war eben doch eine sehr große, schwere Operation. Das wusste ich natürlich vorher, aber dass es mir so schlecht gehen würde, das hat mich doch überrascht.

Ich bin im Nachhinein zufrieden, dass ich die Operation habe machen lassen, zumal auch in der Gebärmutter noch Krebszellen gefunden worden sind. Also, es war notwendig und richtig, was geschehen ist. Trotzdem

empfinde ich einen großen Verlust. Ich habe meine Mitte verloren, mein Gleichgewicht – und das meine ich ganz wörtlich: Ich konnte lange Zeit einfach nicht auf einem Bein stehen. Ich behandle mich jetzt mit Mistelpräparaten: Die Gynäkologin verschreibt sie mir, und ich spritze sie mir selbst, um mein Immunsystem zu stärken, denn die Viren sind ja möglicherweise noch in meinem Körper. Und ich habe viel Qi-Gong* gemacht. Das hat mir dann schließlich geholfen, meine Mitte wieder aufzubauen.

Die verschiedenen Unterleibsoperationen innerhalb eines Jahres, zusammen mit der Tatsache, dass ich Krebs habe, haben zu einem positiven Wendepunkt in meinem Leben geführt: Ich habe mich ein halbes Jahr nach der Operation von meinem Freund getrennt. Ich habe gemerkt: Ich musste ihn immer halten und stützen, aber als ich in dieser schwierigen Situation war, konnte ich auf ihn nicht bauen. Als ich ihn gebraucht hätte, war er völlig hilflos. Er war nicht wirklich für mich da. Also lebe ich künftig besser ohne ihn. Da hat mir die Krankheit auch eine Chance eröffnet: Einen Einschnitt zu machen in einer bestimmten Lebenssituation. Und noch etwas hat sich geändert: Ich habe immer sehr viel gearbeitet, vielleicht habe ich mich dabei auch selbst etwas vernachlässigt. Ich habe mir z.B. früher nie erlaubt, einfach einmal in den Tag hineinzuleben. Das kann ich mir jetzt zugestehen: Einfach mal faul sein und nur an mich denken.

Das fiel uns auf:

Durch ihren Beruf als Heilpraktikerin kennt sich Heidi mit gynäkologischen Krankheitsbildern selbst gut aus, und sie weiß, wie sie sich Hilfe organisieren kann.

Sie setzt sich umfassend mit der Diagnose auseinander, versucht zunächst durch erfolgversprechende naturheilkundliche Behandlungen ihren Pap-Wert zu verbessern. Als dies jedoch keinen

Erfolg zeigt, beschreitet sie einen anderen Weg: Sie lässt sich nun die Gebärmutter entfernen.

Doch selbst in diesem anthroposophischen Krankenhaus werden ihr nur die medizinischen Aspekte der Operation erklärt. Es wird viel zu wenig über die Bedeutung gesprochen, die die Operation für ihr weiteres Leben hat.

Da Heidi durch die Krebsdiagnose letztlich keine Alternative zur Gebärmutterentfernung hatte, kann sie inzwischen für sich selbst die Operation auch als positiven Wendepunkt in ihrem Leben einstufen.

Jana, 35 Jahre

Sozialpädagogin in einer Jugendfreizeitstätte

Diagnose: Myom

Ich hatte mit meinem Freund gerade einen wunderschönen Urlaub verlebt, und es ging mir sehr gut. Ich hatte keinerlei gesundheitliche Beschwerden.

Knapp ein Jahr vorher hatte ich eine Abtreibung machen lassen, und dabei hatte meine Ärztin einen Knoten in der Gebärmutter festgestellt. Den sollte man beobachten, hatte sie gemeint. Nach dem Urlaub bin ich dann zur Krebsfrüherkennung gegangen, und da war dieses Myom plötzlich sehr groß geworden, aber gespürt hatte ich nichts, keine Schmerzen, kein Druckgefühl – gar nichts.

Die Ärztin meinte, der Knoten müsse

unbedingt operiert werden. Ich könnte es gleich machen lassen oder mir noch etwas Zeit lassen. Das sei nicht bösartig, aber raus müsse er. Und wenn ich keinen Kinderwunsch mehr hätte, sollte ich mir überlegen, ob ich mir die Gebärmutter entfernen lassen wollte, aber das müsste ich nicht sofort entscheiden. Und dann hat sie mir eine Überweisung für das Krankenhaus gegeben, ihre Sprechstundenhilfe hat einen Operationstermin mit der Klinik vereinbart – und das war alles.

Ich war anschließend mit meiner Mutter verabredet, und da habe ich mich erst einmal ausgeheult. Meine Mutter hörte nur „Knoten“ und geriet völlig in Panik. „Knoten“ war für sie Krebs, und in unserer Familie sind mehrere an Krebs gestorben. Meine Mutter hat mir bloß immer zugeredet, ich sollte mir die Gebärmutter herausnehmen lassen. Es war schrecklich. Mir wurde plötzlich klar, dass ich dann nie mehr ein Kind haben könnte. Und ich würde nie mehr meine Periode haben. Das war eine ganz merkwürdige Situation. Meine Periode war immer ziemlich schmerzhaft und hat mich auch manchmal gestört. Und ich habe versucht, mir zu sagen: Darauf kannst du wirklich verzichten, und ein Kind willst du doch auch nicht. Aber da war trotzdem dieses Gefühl: Du hast dann plötzlich keine Wahl mehr, und dann wirst du dich vielleicht sehr alt fühlen – das wollte ich nicht. Ich habe einfach einen Ausweg gesucht.

Meine Freundin kannte eine Beraterin vom Feministischen Frauengesundheits Zentrum, und da hat sie mich angemeldet und ist auch mit mir hingegangen. Im Zentrum hat man mir erklärt, dass ein Myom wirklich ein gutartiger Knoten ist, aus dem nur ganz selten einmal Krebs entsteht, und dass er nicht operiert werden muss, wenn er – wie bei mir – keine Beschwerden macht. Und wenn ich später doch Beschwerden bekommen sollte, dann könnte nur das Myom entfernt werden, aber nicht gleich die ganze Gebärmutter. Ich bin anschließend noch zu einer anderen Ärzt-

tin gegangen – sie ist Gynäkologin mit der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“, und sie hat mir das alles bestätigt. Sie hat mich untersucht und mir eine homöopathische Behandlung vorgeschlagen. Damit soll verhindert werden, dass das Myom noch größer wird. Dass es sich zurückbildet, ist eher unwahrscheinlich. Ich habe mich zu dieser Behandlung entschlossen, obwohl sie ziemlich teuer ist und nicht von der Krankenkasse bezahlt wird, aber so viel bin ich mir einfach wert.

Wir haben gerade erst mit der Behandlung begonnen. Am Anfang steht eine „Anamnese“, die sehr anstrengend ist. Das war ein Gespräch über zwei Stunden, bei dem ich wirklich mein ganzes Leben erzählt habe, und bei dem die Ärztin nach allen Krankheiten und gesundheitlichen Problemen gefragt hat, die ich je gehabt habe.

Hinterher war ich wie ausgepumpt, aber ich habe mich zum ersten Mal von einem Arzt wirklich ernst genommen gefühlt. Die Ärztin hat mir dann so ein Kügelchen gegeben, das ich einnehmen musste. Und alle vier bis sechs Wochen gibt es ein weiteres Gespräch.

Merkwürdig ist: Vorher hatte ich das Myom gar nicht gespürt, aber jetzt, wenn ich mich aufrege oder sehr angespannt bin, piekst es im Bauch, genau an der Stelle, wo der Knoten sitzt. Ob das ein Warnsignal ist – reg dich nicht auf? Wenn ich auf die Toilette muss, dauert es jetzt länger als früher. Früher ging das wie ein Was-

serfall, jetzt tröpfelt es eher. Wahrscheinlich drückt der Knoten auf die Blase, aber darauf kann ich mich einstellen. Und noch etwas ist anders: Beim letzten Mal war meine Periode nicht mehr so schmerzhaft. Vielleicht liegt das an der homöopathischen Behandlung, vielleicht aber auch einfach daran, dass ich mich freue, dass ich meine Periode überhaupt noch habe.

Ich habe meine neue Ärztin übrigens gebeten, einmal nachzugucken, was genau auf der Überweisung für das Krankenhaus stand. Da stand nicht: Einweisung zur Entfernung eines Myoms, sondern Einweisung zur Entfernung der Gebärmutter! Da habe ich ja noch mal Glück gehabt, sonst wäre ich hingegangen, um einen Knoten entfernen zu lassen und wäre womöglich ohne Gebärmutter wieder aufgewacht.

Das fiel uns auf:

Jana hat ein relativ großes Myom, das ihr aber keine Beschwerden macht. Trotzdem hielt ihre Ärztin eine Gebärmutterentfernung für sinnvoll, obwohl Jana erst 35 Jahre alt ist. Auch wenn Jana derzeit keinen Kinderwunsch hat, will sie sich die Option für ein Kind offen halten. Durch den Besuch bei einer zweiten Ärztin wird ihr eine Alternative zur Gebärmutterentfernung aufgezeigt: Durch eine homöopathische Behandlung soll versucht werden, ein Weiterwachsen des Myoms zu verhindern.

Brigitte, 51 Jahre

Lehrerin, Psychotherapeutin, Tanztherapeutin

Diagnose: Myom, starke Blutungen

Ich übe tatsächlich alle meine drei Berufe aus. Das geht aber nur, weil mein Mann mich stark unterstützt – im Haushalt und bei der Erziehung unserer 13-jährigen Tochter.

Ab Mitte 40 habe ich gemerkt, dass sich vieles veränderte – körperlich, aber auch seelisch. Inzwischen ist das Kind so groß, dass es sich langsam von uns löst, und auch unsere Ehe verändert sich. Auf längere Sicht werden wir uns wohl trennen. Aber wir machen das nicht gegeneinander, sondern miteinander – und das Kind muss nicht darunter leiden, denn wir fühlen uns beide für unsere Tochter verantwortlich. Auf jeden Fall passiert ganz viel im Sinn von Trennung – von allen möglichen Dingen, auch von Werten. Manchmal bedauere ich das, aber andererseits fühle ich mich auch offener als früher, neugieriger. Es ist eine ganz merkwürdige Situation.

Ich war Mitte 40, als meine Ärztin ein Myom bei mir feststellte. Ich hatte selbst bis dahin nichts davon bemerkt, es machte keine Beschwerden. Als die Ärztin es mir sagte, habe ich das wie eine Kränkung empfunden, denn bis dahin war mit meinem Unterleib immer alles völlig in Ordnung. Auch meine Menstruation war zwar schmerzhaft, aber ganz regelmäßig. Und dann dieses Myom! Ich habe mich gefragt: Warum habe ich das? Warum ist das bei mir

gewachsen? In den ersten zwei Jahren ist es auch größer geworden, und die Blutungen wurden stärker. Dann kam noch ein zweites Myom dazu und mehrere kleine. Zunächst hat mich das nicht gestört, aber dann bekam ich immer stärkere Schmerzen und Krämpfe. Ich musste mich plötzlich permanent mit meinem Unterleib beschäftigen.

Für mich war Sexualität immer sehr lustvoll und auch sehr wichtig, aber nach und nach hatte ich das Gefühl: Diese Myome nehmen so viel Raum in meinem Leben ein und ziehen alle meine Energie von der Sexualität ab. In den letzten zwei Jahren kamen dann ganz starke Blutungen hinzu. Einmal habe ich zwei Monate ununterbrochen geblutet. Ich bin zur Frauenärztin gegangen, aber ich wollte keine Hormone nehmen. Ich habe es mit Akupunktur versucht. Das half ein bisschen, aber ich hatte so viel Blut verloren, dass die Ärztin mir eine Ausschabung* vorschlug. Es hat eine Weile gedauert, bis ich zugestimmt habe, aber es ging dann nicht mehr anders. Die Ärztin hat es ambulant in ihrer Praxis gemacht, das war angenehm, weil ich sie kannte. Danach ging es mir gut, aber kurze Zeit später fingen die Blutungen wieder an. Wir haben dann doch etwas mit Hormonen gemacht, obwohl ich das eigentlich ablehne, weil ich denke, dass man da fremdgesteuert wird. Aber dann hat die Ärztin mir diese Wunderpille gegeben, und nach zwei Tagen war die Blutung gestoppt. Dann bekam ich andere Hormone, um die Menstruation wieder in Gang zu bringen, und dann kamen wieder Ströme von Blut. Ich hatte in allen Taschen und Mänteln Tampons – von dünn bis dick – und Binden, denn ich wusste nie genau, wann es wieder losging. Irgendwann hat es mir dann gereicht, ich konnte einfach kein Blut mehr sehen!

Den Ausschlag hat aber eine Reise nach Buenos Aires gegeben. Ich tanze argentinischen Tango, und den wollte ich an Ort und Stelle sehen. Ich

habe mich sehr auf die Reise gefreut, aber dann kamen wieder die Blutungen. Ich bin ohnmächtig geworden, kam in Buenos Aires in ein Krankenhaus, und der Arzt dort hat mir auch diese Wunderhormone gespritzt. So konnte ich den Trip doch noch halbwegs genießen. Aber der Arzt hat gesagt, ich hätte einen Uterus wie im sechsten Monat. Ich hatte auch selbst schon gemerkt, dass mein Bauch ganz dick war und gebläht.

Jedenfalls – als ich aus Argentinien zurückkam, war ich entschlossen, mir die Gebärmutter herausnehmen zu lassen. Ich hatte zwei Jahre um dieses Organ gekämpft und wirklich alles versucht, aber jetzt konnte ich einfach nicht mehr. Meine Frauenärztin befürwortete die Operation, aber sie hat mich nie gedrängt. Ich habe dann noch einmal ein paar Monate gewartet, und dann habe ich mit dem besten Operateur, von dem ich wusste, einen Termin für die Operation vereinbart, und heute genau vor vier Wochen habe ich es machen lassen. Ich habe diese Operation wirklich gewollt, und meine Frauenärztin hat mir jetzt bei der Nachuntersuchung bestätigt: Der Arzt hat das sehr gut gemacht. Er hat von der Scheide aus operiert. Die Atmosphäre in dem Krankenhaus war angenehm, alle waren sehr lieb, und die Wundschmerzen waren schon nach zwei oder drei Tagen weg. Also, eigentlich war und ist alles in Ordnung – und trotzdem: Irgendwie komme ich nicht wieder auf die Beine. Die Sache war bei mir aber auch besonders kompli-

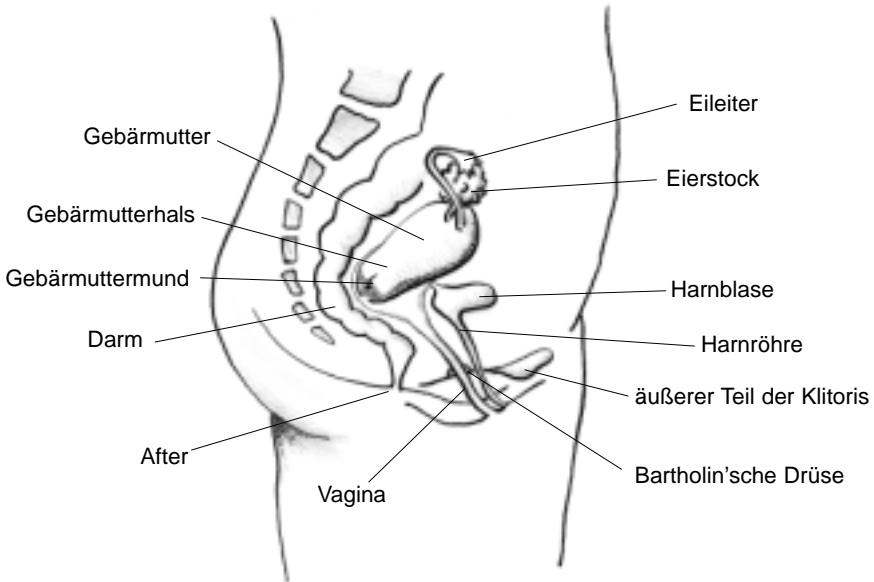
ziert, weil der Arzt bei der Operation einen Knoten am Darm festgestellt hat, und da hatte ich natürlich Angst, dass es Krebs sein könnte. Vielleicht hat diese Angst die Kräfte aufgezehrt, die ich eigentlich für die Heilung gebraucht hätte. Inzwischen ist eine Darmspiegelung gemacht worden, und es ist alles in Ordnung, aber ich war so erschöpft, dass ich freiwillig zwei Wochen in der Klinik geblieben bin. Und auch jetzt gibt es noch Tage, an denen ich nicht mal reden kann.

Ich bin froh, dass ich die Operation habe machen lassen, und ich trauere meiner Gebärmutter nicht nach. Allerdings habe ich mir ja auch alles gründlich überlegen können, und ich habe mich richtig wie in einem Ritual von meinem Uterus verabschiedet. Das war schon wichtig für mich, denn schließlich ist mein Kind darin herangewachsen. Aber jetzt ist es gut. Ich fühle mich wie gereinigt. Kein Blut mehr! Richtig jungfräulich. Andererseits ist da diese totale Erschöpfung, wie ich sie noch nie erlebt habe. Das hat mich schon erstaunt. Aber ich bin entschlossen, auf meinen Körper zu hören und mir diese Schonzeit zu geben, die er verlangt, und die ich mir vorher nie gegönnt habe.

Das fiel uns auf:

Brigitte hat sich die Entscheidung zur Gebärmutterentfernung nicht leicht gemacht. Sie versuchte zunächst verschiedene schulmedizinische und naturheilkundliche Behandlungen, um die starken Blutungen zu stoppen. Als sie sich schließlich zu der Operation entschlossen hatte, nahm sie sich noch einmal mehrere Monate Zeit, um den Entschluss zu überdenken. Dann hat sie sich einen besonders guten Operateur gesucht und sich regelrecht von ihrer Gebärmutter verabschiedet. Heute hat sie das Gefühl: Es war ihre eigene, autonome Entscheidung, und sie war richtig.

Wichtige Informationen für Sie



Die Gebärmutter

Sie ist ein ausschließlich weibliches Organ, dem nichts im männlichen Körper entspricht. Im Aussehen ähnelt sie einer entstielt Birne. Ihr oberer Teil, der Gebärmutterkörper, liegt im Becken, und ihr unterer Teil, der Gebärmutterhals, ragt in die Vagina hinein und schließt mit dem Muttermund ab. Gebärmutterhals und Muttermund lassen sich selbst leicht tasten. Sie fühlen sich in etwa wie eine Kirsche an. Die Seiten der Vagina sind mit dem Gebärmutterhals verwachsen. Zwischen den inneren Lippen (sogenannte kleine Schamlippen) ist der äußere Teil der

Klitoris sichtbar. Deren innerer Teil besteht aus Schwellkörpern, Muskeln und Nerven, die weit in den Beckenboden hinein reichen. Bei einer Operation wird dieser Bereich in Mitleidenschaft gezogen, und es kann später zu sexuellen Problemen kommen.

Die Gebärmutter ist an dehnbaren Bändern im kleinen Becken befestigt. Sie besteht vor allem aus Muskelgewebe. Der Gebärmutterkörper ist außen von Bauchfell überzogen und innen mit mehreren Schichten Schleimhaut ausgekleidet. Diese Schleimhaut wird in jedem Zyklus neu aufgebaut. Während der Menstruation blutet sie ab. Die Eileiter gehen wie Arme seitlich vom Gebärmutterkörper ab. Ihre trichterförmigen offenen Enden liegen nahe bei den Eierstöcken. Die

etwa walnussgroßen Eierstöcke sind durch Bänder mit der Gebärmutter verwachsen und im Bauchraum ebenfalls an Bändern aufgehängt. In ihnen reifen die Eizellen in Eibläschen heran. Außerdem produzieren sie die weiblichen Geschlechtshormone Östrogen und Progesteron.

Dicht bei der Gebärmutter liegt nach vorn hin die Harnblase, nach hinten der Darm. Deren Öffnungen, die Harnröhre und der After sowie der Eingang zur Vagina, sind in eine mehrschichtige Muskel- und Bindegewebsplatte eingebettet: in den Beckenboden, der den Druck der Organe und Eingeweide nach unten hält. Wenn die Gebärmutter entfernt wird, fehlt eine wesentliche Stütze des Beckenbodens. Dadurch kann es zu Beschwerden kommen.

Gebärmuttererhaltende schulmedizinische Behandlungsmöglichkeiten werden immer weiterentwickelt. Wir stellen Ihnen die in Deutschland am meisten praktizierten Verfahren vor. Welche Methode wann sinnvoll ist, hängt vor allem von der Diagnose ab. Darüber hinaus haben die behandelnden ÄrztInnen einen gewissen Ermessensspielraum, und sie werden je nach Spezialisierung und Erfahrung die eine oder andere Methode bevorzugen. Deshalb ist es wichtig, vor einer Behandlung Ihre Erwartungen ebenso wie die Grenzen und Möglichkeiten der verschiedenen Verfahren zu besprechen und eine zweite Meinung einzuholen.

1. Myome

Myome sind immer noch die häufigste Ursache für eine Gebärmutterentfernung. Bei 20 bis 30% aller Frauen treten zwischen dem 25. und 50. Lebensjahr diese fast immer gutartigen Neubildungen aus Muskelgewebe auf – häufig unbemerkt und ohne Beschwerden hervorgerufen. In diesem Fall ist keinerlei Behandlung notwendig. Das Risiko, dass Myome entarten, ist geringer als 0,3%. Myome können andererseits aber auch die Ursache für starke, lang andauernde Blutungen und ungewollte Kinderlosigkeit sein. Sehr große und schnell wachsende Myome können auf andere Organe wie die Blase oder den Darm drücken und dadurch Beschwerden verursachen. In den Wechseljahren bilden sich Myome durch das Nachlassen der Östrogenproduktion zurück, sofern Sie sich keiner Hormonbehandlung unterziehen.

Falls Sie starke Beschwerden haben oder Beschwerden, die für Sie persönlich inakzeptabel sind, stehen verschiedene Methoden zur Entfernung bzw. zur Verkleinerung der Myome zur Verfügung.

Operative Verfahren

Eine Methode der Myomenukleation* ist die **laparoskopische Entfernung** (Laparoskopie*, Laparoskopische Operation*), bei der die Myome aus der Gebärmutter herausgeschält werden.

Risiken:

- Komplikationen, die mit einer Vollnarkose einhergehen können
- Verletzungsrisiko während der Operation
- starke Blutungen bei der Operation
- postoperatives Risiko (Infektionen, Nachblutungen)
- Schmerzen durch das während der Operation eingeleitete Gas

➔ Zu bedenken ist, dass es je nach Lage, Größe und Sitz der Myome möglich sein kann, dass die ÄrztIn während der Operation feststellt, dass eine gebärmuttererhaltende Entfernung nicht möglich ist. Sie sollten deshalb schon im Vorgespräch klären, wie dann verfahren wird: Ob die Gebärmutter entfernt wird, oder ob die Möglichkeit besteht, die Operation abzubrechen und die Myome zu belassen, um gegebenenfalls eine neue Entscheidung zu treffen.

Bei der **hysteroskopischen Myomabtragung** werden Myome, die in die Gebärmutter hineinragen, mit Hilfe einer elektrischen Schlinge abgetragen. Sie wird durch die Vagina in die Gebärmutter geschoben.

Mit dieser Methode können auch Polypen* entfernt werden, sofern sie Beschwerden machen.

➔ Zu bedenken ist, dass sich bei etwa der Hälfte der Frauen innerhalb von 5 Jahren erneut Myome bilden.

Die **Embolisation** der Myome (sogenannte Transarterielle percutane Embolisation) ist eine neue Methode, die in Deutschland erst wenige Kliniken anwenden. Hierbei wird unter örtlicher Betäubung und unter Röntgenkontrolle ein Medikament gespritzt und das umliegende Gewebe verödet. Dadurch werden die Myome nicht mehr durchblutet und schrumpfen ein.

Hormone

Früher wurden bei Myomen häufig Hormone, sogenannte **GnRH-Analoga***, verschrieben, durch die Myome schrumpfen. Inzwischen raten nur noch wenige ÄrztInnen zu dieser Behandlung, da die Myome nach Absetzen der Hormone erneut und schnell zu wachsen beginnen. Zudem ist diese hormonelle Behandlung für Frauen massiv belastend, denn es treten abrupt ausgeprägte Wechseljahressymptome auf.

Eine andere Möglichkeit ist die Verschreibung von **Gestagenen** (vgl. Blutungen).

2. Blutungen

Die Menstruation unterliegt einem hormonellen Zusammenspiel von Eierstöcken und verschiedenen Hirnzentren (Hypophyse* und Hypothalamus*). Viele Blutungen außerhalb der Menstruation, aber auch sehr starke oder stark verlängerte Blutungen, haben ihre Ursache nicht in der Gebärmutter, sondern sind durch Unregelmäßigkeiten des Hormonhaushaltes bedingt. Freude, Stress, Krankheiten, körperliche oder psychische Belastungen können sich hier auswirken. Körperliche Ursachen von Blutungen können die bereits genannten Myome oder Polypen sein.

Hormone

Es gibt Hormontabletten (z.B. Gestagene) und Hormonpflaster in unterschiedlichen Dosierungen, mit denen Ihre Ärztin oder Ihr Arzt zunächst versuchen wird, die Blutungen zu verringern. Das Gleiche kann auch mit einer gestagenhaltigen Spirale erreicht werden, die in die Gebärmutter eingelegt wird.

Risiken:

● Hormone können körperliche und psychische Nebenwirkungen haben.

➔ Zu bedenken ist, dass nach dem Ende der Behandlung bei rund 30% der Frauen die Blutungen erneut auftreten.

Operative Verfahren

Bei der **Ausschabung oder Kürettage*** wird in örtlicher Betäubung oder in Vollnarkose mit einem scharfen Löffel nur die obere Schicht der Gebärmutter Schleimhaut ausgeschabt. Das Gewebe wird anschließend histologisch* untersucht. Die Ausschabung dient vor allem der Abklärung möglicher Blutungsursachen. Wird dabei ein Gebärmutterkrebs festgestellt, muss die Gebärmutter anschließend entfernt werden. Ausschabungen werden z.T. in der Hoffnung gemacht, Blutungen damit zu stoppen. Da sich nach dieser Behandlung die Schleimhaut wieder aufbaut, ist eine Schwangerschaft weiterhin möglich. Risiken:

- Der Gebärmuttermuskel kann verletzt werden.

- ➔ Zu bedenken ist, dass hormonell bedingte Blutungsstörungen durch eine Ausschabung nicht beseitigt werden.

Daneben gibt es Methoden, bei denen die gesamte Gebärmutter Schleimhaut abgetragen (**Ablation***) oder verödet (**Koagulation***) wird.

- ➔ Zu bedenken ist, dass es bei der Ablation, die mit einer elektrischen Schlinge oder einem elektrischen Rollerball vorgenommen wird, zu Organverletzungen kommen kann. Bei der Koagulation, die meistens mit heißen Flüssigkeiten erfolgt, kann es zu Verbrennungen kommen.

Nach diesen Behandlungen ist eine Schwangerschaft nicht mehr möglich. Bei 10 bis 15 % der Frauen tre-

ten die Blutungen erneut auf, wenn auch in verminderter Stärke.

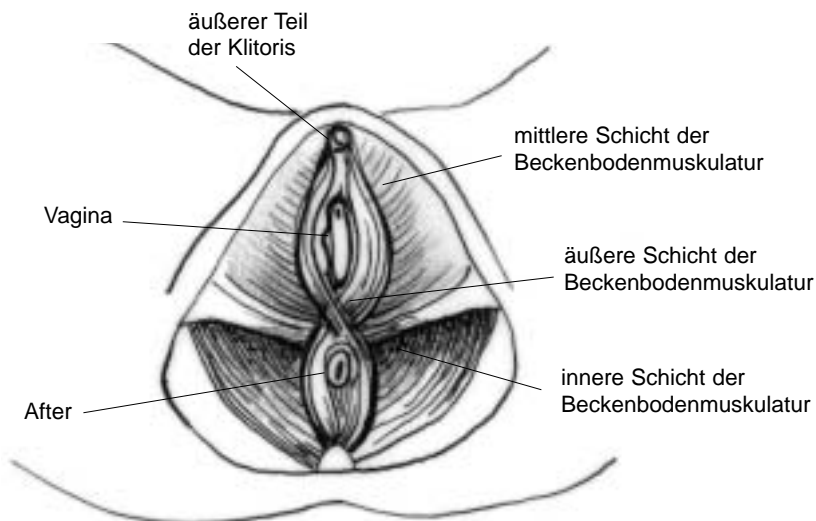
3. Gebärmutter Senkung und -vorfall

Blase, Gebärmutter und Vagina liegen in enger räumlicher und funktionaler Beziehung zueinander. Wenn Sie schwaches Bindegewebe haben oder Ihr Beckenboden durch Geburten oder schwere körperliche Arbeit stark belastet wurde, kann sich der Halte- und Stützapparat der Gebärmutter lockern. Die Gebärmutter senkt sich und rutscht weiter nach unten in die Vagina. Beim Vorfall (Prolaps) tritt sie sogar aus der Vagina heraus. In beiden Fällen drückt sie auf die Blase oder den Darm. Zudem senkt sich die Blase nach einer Gebärmutter Senkung in vielen Fällen ebenfalls. Frauen mit einer Senkung klagen häufig über unfreiwilligen Harndrang und über ein schmerzhaftes Senkungsgefühl. Außerdem kann es zu Blasenentleerungsstörungen kommen, oder Sie werden anfälliger für Blasenentzündungen.

Beckenbodentraining

Der Beckenbodenmuskel umschließt in Form einer Acht die Harnröhre, die Vagina und den After. Im Alltag nehmen wir die Beckenbodenmuskeln nur unbewusst wahr. Sie können sie jedoch gut spüren, wenn Sie während des Wasserlassens den Strahl anhalten.

Bei einer leichten Senkung der Gebärmutter (oder der Blase) reicht oft allein ein regelmäßiges Beckenbodentraining aus, um die Beschwerden zu bessern. Darüber hinaus ist es immer sinnvoll und notwendig als Begleitung zu anderen Therapien. Regelmäßiges Training, etwa 15 Minuten täglich, stärkt die Muskulatur und regt die Durchblutung des Unterleibs an. Ziel der Beckenbodengymnastik ist es, das Gleichgewicht zwischen dem Bauchraum (Druck von oben) und dem Beckenboden (Kraft von unten) aufrecht zu erhalten bzw. wieder herzustellen.



Der Beckenboden

Damit Sie bei dem Training nichts falsch machen, sollten Sie zunächst einen entsprechenden Kurs belegen. Solche Kurse werden unter anderem von Krankenkassen, in Gesundheitszentren und Volkshochschulen angeboten. Sie können sich auch von einer erfahrenen Krankengymnastin anleiten lassen. Ein Hilfsmittel sind Vaginalkonus, kleine eiförmige Gebilde, die verschrieben werden können. Sie haben verschiedene Gewichte und werden täglich 2x15 Minuten in die Vagina eingeführt. Dabei muss die Beckenbodenmuskulatur angespannt werden, um die Kone zu halten.

Mechanische Methode

Zur Stützung der Gebärmutter kann die GynäkologIn oder UrologIn ein Ring- oder Würfelpessar anpassen, das in der Vagina getragen wird. Sie können es je nach Bedarf selbst einsetzen und herausnehmen.

Operative Methode

In einer laparoskopisch durchgeführten Operation können die Bänder der Gebärmutter gekürzt und gestrafft werden. Die Blase wird angehoben.

➤ Zu bedenken ist, dass sich die Bänder nach einiger Zeit häufig wieder dehnen, oder dass Empfindungsstörungen und eine Verengung der Vagina durch Narbengewebe auftreten können. Deshalb sollten Sie eine solche Operation, so lange es geht hinauszögern.

Gebärmuttererhaltende naturheilkundliche Behandlungsmöglichkeiten

Eine Erfolgsgarantie gibt es hierbei ebenso wenig wie bei schulmedizinischen Behandlungen. Welches Verfahren für Sie sinnvoll ist, müssen Sie je nach Ihren Beschwerden und persönlichen Vorlieben entscheiden. Vielleicht müssen Sie mehrere Methoden ausprobieren, bevor Sie die für Sie richtige gefunden haben. Fragen Sie auf jeden Fall bei Ihrer Krankenkasse nach, ob die Kosten übernommen werden oder ob zumindest ein Zuschuss bezahlt wird.

Wir können Ihnen hier nur einige Anregungen geben:

Bei **Myomen** werden durch Entschlackung, Entgiftung und Ernährungsumstellung gute Erfolge erzielt. Akupunktur, Homöopathie, Pflanzenheilkunde und chinesische Medizin sind ebenfalls erfolgreiche Methoden, um ein Myomwachstum, aber auch um Blutungsbeschwerden einzuschränken. Diese Methoden sollten Sie nur in Zusammenarbeit mit HeilpraktikerInnen oder ÄrztInnen für Naturheilkunde anwenden.

Bei starken **Blutungen** helfen blutungsstillende Kräutertees wie Eichenrinde, Frauenmantel, Hirtentäschel oder Schafgarbe. Wichtig ist, dass Sie wegen des Blutverlustes genügend Vitamine, Mineralien und Eisen zu sich nehmen, wie sie z.B. in Löwenzahn-Press-Saft oder Löwenzahnblättern vorkommen. Günstig sind auch alle grünen Gemüse und Rosinen.

Die folgenden Tipps zur Selbsthilfe dienen in erster Linie der Vorbeugung. Sie können aber auch bei schon bestehender **Senkung** oder bei Blasenproblemen helfen:

- Bei einer Bindegewebschwäche, die eine Senkung begünstigen kann, sollten Sie einseitige Haltungen, Pressen beim Stuhlgang und schweres Heben und Tragen vermeiden. Treiben Sie Sport, machen Sie konsequent Beckenbodengymnastik, und achten Sie auf eine ausgewogene Ernährung.

- Bindegewebsfestigend wirken Kieselsäure, Zinnkrauttee und Schüsslersche Salze. Eine gute Methode, zusätzlich die Durchblutung des Beckens anzuregen, bietet das Reibesitzbad*.

- Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Therapiemethoden, die Ihnen möglicherweise helfen können, wie Luna Yoga – eine spezielle Form von Yoga für den Unterleib, Bachblüten, Fußreflexzonenmassage, Heilfasten, Visualisieren oder Shiatsu.

Gebärmutterentfernung

Wenn Sie sehr starke Beschwerden z.B. durch Blutungen, große Myome oder eine Senkung haben, kann eine Entfernung der Gebärmutter sinnvoll sein. Unumgänglich ist eine solche Operation, wenn die Diagnose Krebs heißt. Auch im Fall von Krebs sollten Sie sich nicht unter Druck setzen lassen: Sie haben auf jeden Fall genug Zeit, um sich nach einem Krankenhaus umzusehen, in dem ÄrztInnen auf Ihre Bedürfnisse eingehen und nach einer Methode operieren, die für Sie akzeptabel ist.

Krebs oder Krebsvorstufen

Gesunde Zellen am **Gebärmutterhals** entarten nicht plötzlich, sondern es kann zu Zellveränderungen kommen. Wenn Ihre Ärztin oder Ihr Arzt bei der Krebsfrüherkennungsuntersuchung einen sogenannten Pap*-Abstrich macht, lassen sich solche Zellveränderungen (Dysplasien*) erkennen. Diese sind in Gruppen von Pap I bis V eingeteilt.

Die oberste Zellschicht regeneriert sich innerhalb von vier bis sechs Wochen. Daher wird bei leichteren Zellveränderungen frühestens nach 12 Wochen mit einem erneuten Abstrich untersucht, ob sich das Zellbild normalisiert hat. Bei Verdacht auf einen Oberflächenkrebs (Carcinoma in situ – ab Pap IV b) muss durch eine Biopsie* mit einem Kolposkop* Gewebe gewonnen werden, um eine genaue Diagnose zu stellen. Die Konisation*, der größere Eingriff, stellt gleichzeitig eine

Behandlungsmethode dar. Wenn dabei nicht vollständig im Gesunden operiert wurde, kann eine Nachkonisation notwendig sein. Ausserdem muss nach möglichen Ursachen der Zellveränderungen, wie z.B. Humane Papilloma Viren (HP-Viren*), gesucht werden.

Falls sich nach Auswertung der Gewebeproben herausstellt, dass Sie an Gebärmutterhalskrebs leiden, muss die Gebärmutter entfernt werden.

Gebärmutterkörperkrebs entsteht meist an der Gebärmutter schleimhaut und wird deshalb auch Endometriumkarzinom genannt. Wenn bei Ihnen ein solcher Krebs diagnostiziert wurde, ist eine Gebärmutterentfernung unausweichlich.

Abhängig vom Stadium der Erkrankung wird als schulmedizinische Nachbehandlung bei diesen beiden Krebsarten eine Nachbestrahlung oder eine Chemotherapie empfohlen. In beiden Fällen kann eine Misteltherapie das Immunsystem stimulieren.

Operationsmethoden: Was wird entfernt? Wie wird entfernt?

Der Umfang der Operation und die Operationsmethoden können sehr unterschiedlich sein. Welche Methode wann sinnvoll ist und in welchem Umfang operiert wird, ist unter ÄrztInnen zum Teil heftig umstritten und hängt einerseits von der genauen Diagnose, andererseits aber auch von der Spezialisierung und Erfahrung der Operierenden ab.

Viele Frauen haben nach der Operation keine Beschwerden und sind zufrieden mit ihrer Entscheidung. Manche leiden aber langfristig unter den Folgen wie beispielsweise starken Schmerzen, Darm- oder Blasenstörungen. Das sexuelle Erleben kann sich verändern, die Narbe in der Vagina kann beim Geschlechtsverkehr Schmerzen bereiten, und es kann vorkommen, dass Sie Ihre Sexualität weniger lustvoll erleben.

Bei der **abdominalen Gebärmutterentfernung** wird die gesamte Gebärmutter durch einen Bauchschnitt unter Vollnarkose entfernt und die Vagina durch eine Naht verschlossen. Diese Operation wird häufig dann angewandt, wenn eine Krebserkrankung vorliegt oder die Eierstöcke ebenfalls erkrankt sind und gleichzeitig entfernt werden müssen. Wenn die Eierstöcke und Eileiter nicht erkrankt sind, sollten sie jedoch erhalten bleiben. Außerdem wird abdominal operiert, wenn die Gebärmutter für den Durchgang durch die Vagina zu groß ist, z.B. weil Sie sehr viele und sehr große Myome haben, oder wenn aufgrund von Voroperationen mit vielen Verwachsungen im Bauch gerechnet wird. Die Operation dauert ungefähr eine Stunde, der Klinikaufenthalt etwa 10 Tage, und Sie müssen damit rechnen, dass Sie anschließend noch vier bis sechs Wochen nicht arbeitsfähig sind.

Für die Patientin bedeutet eine abdominale Operation, dass der Heilungsprozess aufgrund der großen Narbe relativ lange dauert und recht schmerzhaft ist. Die Darmfunktion kommt schlechter in Gang, und insgesamt kann die Narbe auch später immer wieder Beschwerden verursachen.

Ein Vorteil dieser Operationsmethode ist jedoch, dass der Gebärmutterhals erhalten bleiben kann. Damit behält die Vagina ihren natürlichen Abschluss. Gefäße und Nerven werden geschont, ihre Funktion bleibt erhalten, so dass Sie seltener mit sexuel-

len Problemen rechnen müssen. Die Stabilität des Beckenbodens wird weniger beeinträchtigt. Manche ÄrztInnen argumentieren allerdings, wenn der Gebärmutterhals erhalten bliebe, könne sich dort erneut Krebs bilden, und deshalb müsse er mit entfernt werden. Tatsächlich liegt dieses Krebsrisiko aber nur bei 0,3%, und mit dem Abstrich bei der Krebsfrüherkennungsuntersuchung steht zudem eine recht zuverlässige Diagnosemethode zur Verfügung.

Da nur in wenigen Kliniken so operiert wird, dass der Gebärmutterhals erhalten bleibt, sollten Sie sich auf jeden Fall genau erkundigen und gegebenenfalls auf dieser Operation bestehen.

Körperlich weniger belastend für Frauen ist die **vaginale Gebärmutterentfernung**. Dies ist heute die üblichste Art der Operation. Dabei wird die Gebärmutter von der Vagina aus – also ohne Bauchschnitt – entfernt. Das Ende der Vagina wird mit einer Naht verschlossen. Nach dieser Operation haben Sie keine äußerlich sichtbaren Narben. Allerdings haben Sie eine Narbe am Ende der Vagina und kleine Narben in der Bauchhöhle. Der Gebärmutterhals muss in diesem Fall immer entfernt werden. Der Eingriff dauert in der Regel nur etwa 30 Minuten. Aufgrund der kleineren Wundflächen haben viele Frauen weniger Schmerzen und können das Krankenhaus meist schon nach etwa fünf Tagen verlassen. Da die Infektionsgefahr bei einer vaginalen Operation etwas größer ist, werden oft vorbeugend Antibiotika gegeben.

Manchmal stellt sich erst während der Operation heraus, dass eine vaginale Gebärmutterentfernung nicht möglich ist. Dann wird zusätzlich doch noch ein Bauchschnitt notwendig.

Wird die vaginale Gebärmutterentfernung wegen einer Senkung vorgenommen, wird häufig eine sogenannte Vaginalplastik gemacht. Dabei wird kein Plastik eingesetzt, wie viele denken, sondern es handelt sich um eine operative Rekonstruktion

des Beckenbodens, bei der die Senkung der Blase und des Darms korrigiert wird. Es wird eine Art „Abnäher“ in die vordere und hintere Vaginalwand gelegt.

➔ Zu bedenken ist, dass es nach einiger Zeit erneut zu einer Senkung der Organe kommen kann. Sie sollten sich vorher gut überlegen, ob Sie diesen Eingriff machen lassen, und versuchen, durch Beckenbodentraining die Operation so lange wie möglich hinauszuschieben. Da es sich um einen größeren Eingriff handelt, dauert der Heilungsprozess länger, und es können Komplikationen mit Darm und Blase entstehen.

Nach dieser Operation können Sie durch konsequentes Beckenbodentraining versuchen, den Erfolg der Operation möglichst lange zu erhalten. Wenn bei alten Frauen erneut eine Senkung auftritt, kann es als allerletzte Möglichkeit notwendig sein, die Vagina zuzunähen. Dazu wird allerdings zu schnell geraten.

Eine weitere Operationstechnik ist die **laparoskopisch assistierte vaginale Gebärmutterentfernung** (LAVH). Diese Technik wird zunehmend angewandt. Durch kleine Schnitte im Bauch werden mikrochirurgische Instrumente und eine Minikamera in den Bauchraum eingeführt. Die Gebärmutter wird innerhalb des Bauches zerkleinert und anschließend durch die Vagina entfernt.

Diese Operation erfordert allerdings ein großes Können der OperateurIn

und wird bei einer Krebsdiagnose fast nie angewandt, da die Gefahr besteht, dass sich Krebszellen absiedeln.

Bei viel Erfahrung der Operierenden dauert der Eingriff etwa 90 Minuten.

➔ Zu bedenken sind bei solch einem Vorgehen die Risiken, die ein zusätzlicher laparoskopischer Eingriff mit sich bringt (vgl. laparoskopisches Herausschälen bei Myomen). Ein Vorteil wiederum ist die Vermeidung des großen Bauchschnittes.

Eine eher seltene Methode ist die **Laparoskopische supracervicale Hysterectomie** (LASH oder auch „subtotale Hysterektomie“). Dabei wird nur der Gebärmutterkörper laparoskopisch entfernt. Der Gebärmutterhals bleibt erhalten.

Allerdings ist diese Operation sehr schwierig und erfordert großes Können und große Erfahrung der OperateurIn. Sie können daher nur in sehr wenigen Kliniken damit rechnen, dass diese Methode durchgeführt wird. Zudem kann die Methode nicht angewandt werden, wenn Sie an einer Krebsvorstufe oder an Krebs leiden.

Eine **Mitentfernung der Eierstöcke** wird Frauen in oder nach den Wechseljahren bei einer Gebärmutterentfernung fast schon routinemäßig angeraten. Häufig wird argumentiert, die Eierstöcke hätten jetzt keine Funktion mehr, und es könne so ein Eierstockkrebs vermieden werden. Vor allem vor den Wechseljahren greift die Entfernung der Eierstöcke massiv in Ihren Hormonhaushalt ein. Die in den Eierstöcken gebildeten Hormone fehlen Ihnen, und Sie bekommen schlagartig Wechseljahressymptome. Aber auch ältere Frauen profitieren vom Erhalt der Eierstöcke, denn neuere Erkenntnisse gehen davon aus, dass die Eierstöcke bis ins hohe Alter hormonelle Funktionen behalten. Sie sollten deshalb einer „vorsorglichen“ Entfernung der Eierstöcke möglichst nicht zustimmen.

Mögliche Folgen und Beschwerden

Interview mit Dr. Barbara Ehret-Wagener

„Es wird zuviel operiert“ – so überschrieb Dr. Barbara Ehret-Wagener, Frauenärztin und Leiterin der gynäkologischen Abteilung einer Rehabilitationsklinik, 1980 einen Artikel in einer Fachzeitschrift. Darin redete sie ihren Kollegen ins Gewissen, bei Gebärmutterentfernungen genauer hinzusehen, ob die Operation wirklich notwendig sei. In den letzten Jahren hat sich die Gynäkologin immer wieder zu Wort gemeldet.

Wir haben mit ihr gesprochen: Über die heutige Praxis der Gebärmutterentfernungen und über das Leid der Frauen, die sich bei ihr in der Klinik von den Folgen der Operation erholen.

Frau Dr. Ehret-Wagener, gibt es eigentlich genaue Zahlen darüber, wie viele Gebärmutterentfernungen bei uns jährlich durchgeführt werden und wie viele davon überflüssig oder doch zumindest nicht wirklich notwendig sind?

Dr. Ehret-Wagener Neuere Zahlen gibt es nicht. Es gibt eine Infratest-Umfrage von 1991. Damals wurde gesagt: 146.000 Gebärmutterentfernungen in Westdeutschland. Man hat das dann auf 200.000 für Gesamtdeutschland hochgerechnet. Heute, schätze ich, sind es 120-140.000 Operationen in Deutschland jährlich. Das ist deutlich weniger als damals, aber immer noch viel zu viel. Sie können davon ausgehen, dass nur etwa 10% der Hysterektomien wirklich unumgänglich sind im streng medizinischen Sinn, weil die Frauen Krebs hatten oder Krebsvorstufen, starke

Senkungen, starke Blutungen. Wenn ich ganz vorsichtig bin, dann sage ich: 80% der Gebärmutterentfernungen sind auch heute noch nicht wirklich notwendig. Da könnte man auch anders behandeln. Auch ein sogenanntes Carcinoma in situ*, ist kein Grund für eine Gebärmutterentfernung. Da reicht eine Konisation fast immer aus.

Immerhin – es sind weniger Operationen geworden. Worauf führen Sie das zurück?

Dr. Ehret-Wagener Zuerst einmal auf die Frauen selbst. Sie sind sehr viel bewusster geworden. Sie haben gelernt, dass sie sich wehren können, dass sie nicht jede Diagnose und jeden Therapievorschlag des Doktors akzeptieren müssen. Sie sind auch besser informiert. Das ist ganz wichtig: Je besser eine Frau informiert ist, desto weniger wird sie sich überreden lassen. Aber auch die Ärzteschaft ist sensibler geworden. Es hat sich einfach inzwischen herumgesprochen, dass das eine große Operation ist, dass es Komplikationen gibt. Viele Kollegen können inzwischen auch sehr gut organerhaltend operieren und tun das auch gern. Dass andererseits aber immer noch so viele Organe entfernt werden, hängt meiner Meinung nach damit zusammen, dass die Kollegen in der Ausbildung diese Operation so häufig durchführen müssen. Diese Operation ist ein Schwerpunkt in der Ausbildung zum Frauenarzt oder zur Frauenärztin. Wenn da jemand Zweifel zulässt über den Sinn der Operation, kann er eigentlich die Ausbildung nicht zu Ende machen, weil er in Konflikte kommt. Und dann kommen diese jungen Ärzte in die Praxis, und da machen sie so weiter, wie sie es gelernt haben. Für sie ist die Gebärmutter ein blutungsproduzierendes und für eine Schwangerschaft sorgendes Muskelorgan, völlig getrennt von der Frau. Die haben noch immer kein

ganzheitliches Bild von der Frau. Und sie sehen ja auch nicht unbedingt, wie schlecht es vielen Frauen nach so einer Operation geht. Die Folgen sehen wir hier in der Rehabilitationsklinik.

Sie sagten, immer mehr Frauen wehren sich, aber wenn man sich die Zahlen ansieht, dann wehren sich doch offenbar noch viel zu wenig Frauen.

Dr. Ehret-Wagener Das ist richtig. Oft trifft so eine Diagnose eine Frau in einer sehr schwierigen Lebenssituation. Nehmen Sie einmal als Beispiel starke Blutungen. Die sind bei vielen Frauen Ausdruck einer Problemsituation – Eheprobleme, starke psychische Belastungen, Pflege der alten Eltern, Probleme mit den Kindern. Und da reagieren viele Frauen mit dem Unterleib. Wenn Frauen Kopfschmerzen haben oder Rückenschmerzen, dann wissen sie oft: Das kommt daher, weil ich von allen Seiten Druck bekomme. Dass auch der Unterleib reagieren kann, ist nicht so bekannt. Dann wird das eben auf ein kleines Myom geschoben oder auf die Wechseljahre. Und wenn ein Arzt ihnen dann vermittelt: Das hat nur mit der Gebärmutter zu tun, dass sie sich so kaputt fühlen und sexuell nicht mehr aktiv sind, dass sie sich dauernd Sorgen machen und nicht schlafen können, wollen die Frauen das gern glauben, und lassen sich die Gebärmutter entfernen. Und danach merken sie plötzlich: Kein einziges meiner Probleme ist dadurch gelöst worden, denn meine Probleme hatten ganz andere Ursachen. Und dann fragen sie sich: Wann hat das eigentlich

angefangen mit den Blutungen. Dann kommen sie drauf: Das fing an, als ich gemerkt habe, dass mein Mann fremd ging. Viele werden dann traurig, andere wütend. Aber es ist schon so, dass viele Frauen sich über den Sinn und den Wert der Gebärmutter überhaupt nicht klar werden, solange sie sie haben. Das Erwachen kommt oft erst nach der Operation, und dann kommt dieses Verlustgefühl und das Gefühl: Ich habe auf ein wichtiges Organ nicht richtig aufgepasst.

Etwas anderes kommt hinzu – nennen wir es einmal ein Missverständnis zwischen Arzt und Frau. Viele Frauen nehmen sich selbst nicht wichtig genug. Sie denken: Der Arzt hat so viel zu tun, da will ich ihn nicht noch mit meinen Fragen belästigen. Außerdem wird er mir alles sagen, was wichtig ist. Aber die Ärzte ihrerseits warten auf Fragen, und wenn keine kommen, glauben sie, die Frau weiß schon alles oder sie will es nicht so genau wissen. Deshalb ist es ganz wichtig, dass man den Frauen immer wieder sagt: Fragt so lange, bis ihr alles verstanden habt.

Die meisten Operationen verlaufen immerhin so, dass die Frauen hinterher keine allzu großen Beschwerden haben. Aber dann gibt es doch auch immer wieder ernsthafte Komplikationen.

Dr. Ehret-Wagener Wir müssen da unterscheiden zwischen den „normalen“ Störungen, die einfach mit der Operation zu tun haben und praktisch regelhaft passieren, und den langfristigen Beschwerden. Eine Gebärmutteroperation ist ein großer Eingriff. Die Gebärmutter muss dabei aus ihrer Umgebung herausgeschält werden. Sie wird vorn von der Blase abgeschält, vom Darm, rechts und links von den Eierstöcken und von der Scheide. Und in all diesen Bereichen können anschließend Störungen auftreten, die innerhalb der ersten sechs bis neun Monate nach der Operation normal sind. Es gibt Untersuchungen darüber, dass die Wundheilung erst nach neun Monaten komplett abgeschlossen ist. Immerhin sieben bis neun Prozent der Frauen müssen mit

solchen Störungen rechnen – Darmproblemen, Blasenproblemen beispielsweise. Aber dann gibt es mindestens 10% Frauen, die auch nach diesen neun Monaten Beschwerden haben, die chronisch werden: Ihr Hormonsystem ist völlig durcheinander, ihre Sexualität funktioniert nicht mehr richtig, sie haben ständig starke Schmerzen, sie müssen damit rechnen, dass sie später vermehrt Osteoporose bekommen, eben weil das Hormonsystem sich verändert hat. Und es gibt Untersuchungen, die besagen, dass das Herz-Kreislauf-System sich verändert, dass die Frauen also z.B. Herzprobleme bekommen. Wir hier in dieser Rehabilitationsklinik sehen natürlich nur die Frauen, denen es schlecht geht – die anderen gehen ja nicht zur Kur, beziehungsweise sie bekommen gar keine Kur. Aber was wir hier an Leid und an Problemen sehen, das können Sie sich kaum vorstellen. Ich habe hier ein Bild, das eine Patientin in der Maltherapie gemalt hat. Sehen Sie: Sie hat ihren Körper gemalt, und der Körper ist eine einzige offene Wunde. Und so fühlte sich diese Frau auch: verwundet und zerstört.

Ich greife Ihr Stichwort Sexualität auf. Sprechen Frauen hier bei Ihnen von sich aus darüber – Sexualität nach einer Gebärmutterentfernung?

Dr. Ehret-Wagener Nein, die Frauen sprechen es selten von sich aus an, aber wir fragen ganz gezielt danach, weil es unsere Erfahrung ist, dass sehr viele Frauen da Probleme haben. Und wenn man sie fragt, dann bricht das plötzlich aus den Frauen

raus, dass sie keine Lust mehr haben, dass sie auch Angst vor der Sexualität haben. Und dann sagen wir ihnen, dass es ganz normal ist, wenn sie zunächst keine Bedürfnisse haben. Bis sie sich körperlich wirklich ganz regeneriert haben, ist das völlig normal. So lange die Frauen nicht sicher sind, dass sie wirklich wieder heil sind – rein körperlich – kann das mit der Sexualität gar nicht klappen. Aber dann kommt die psychische Seite. Viele Frauen denken: Ach, mein armer Mann, jetzt hat er schon so lange nichts mehr gehabt, vielleicht geht er fremd, und dann muss ich halt wieder ... Das ist ein großer Fehler, denn mit jedem Mal, wenn die Frau glaubt: Sie muss mal wieder mit ihm schlafen, geht eigentlich die Widerstandsschwelle in ihr hoch. Also, ganz wichtig: Sie sollte sich auf keinen Fall dazu zwingen. Sie sollte versuchen, ihrem Mann zu erklären, wie wund noch alles in ihr ist und wie sie sich fühlt.

Viele Frauen wundern sich, dass sie sich oft monatelang nach der Operation noch schlapp fühlen. Wie lange dauert denn im Durchschnitt die Erholung?

Dr. Ehret-Wagener Das kann sehr unterschiedlich sein. Das hängt auch vom Alter der Frau und von ihren Vorbelastungen ab. Wenn Frauen sehr erschöpft waren und vorher auch psychische Gründe eine Rolle gespielt haben, eine Ehescheidung beispielsweise, dann erholen sich die Frauen sehr schlecht und dann ist auch die Komplikationsrate deutlich höher. Dann kann es leicht ein dreiviertel bis ein Jahr dauern, bis sie wieder die Alten sind, geschweige denn, dass es ihnen besser geht. In den anderen Fällen, vor allem dann, wenn eine Operation notwendig war, und die Frauen sich nicht mit der Frage quälen müssen: Habe ich richtig entschieden – einfach weil keine andere Entscheidung möglich war – dann geht es mit der Erholung und der Verarbeitung der Operation viel schneller. Aber drei bis sechs Monate müssen Frauen auf jeden Fall rechnen. Darunter schafft es kaum eine.

Tipps für Sie

... während der Entscheidungsfindung

● Die Entfernung der Gebärmutter ist ein schwerwiegender Eingriff mit möglichen Folgen für Ihr weiteres Leben. Überlegen Sie sich sehr gut, ob Sie ihm zustimmen – sofern Sie nicht eindeutig unter Krebs leiden. In dem Fall ist eine Operation unbedingt notwendig.

● Wenn Ihnen eine Operation vorgeschlagen wird, fragen Sie genau nach dem Grund, der Diagnose. Fragen Sie, ob es keine andere schulmedizinische oder naturheilkundliche Behandlung gibt. Fragen Sie, ob Ihre Beschwerden durch eine Operation wirklich beseitigt werden können.

● Vor allem, wenn Sie sich zum Zeitpunkt einer Diagnose seelisch belastet fühlen (Arbeitsplatzverlust, PartnerInnenverlust, Wechseljahresbeschwerden), sollten Sie Rat bei einer Psychologin oder einer Beratungsstelle für Gesundheitsfragen einholen. Starke Blutungen, Unterleibschmerzen, auch Myome können Ausdruck Ihrer seelischen Belastung sein. In diesem Fall wird es Ihnen nach der Operation wahrscheinlich nicht besser gehen als vorher, denn eine Gebärmutterentfernung löst keine Lebenskrisen.

● Holen Sie vor einer Entscheidung auf jeden Fall eine zweite ärztliche Meinung ein. Fürchten Sie nicht, Ihr Arzt oder Ihre Ärztin könnte das als Misstrauensvotum interpretieren. Als

Maßnahme der Qualitätssicherung wird die zweite Meinung von der Ärzteschaft und den Krankenkassen ausdrücklich befürwortet.

● Schreiben Sie vor Untersuchungen und Gesprächen Ihre Fragen auf, und nehmen Sie eine Vertrauensperson mit. Vier Ohren hören mehr als zwei. Zumal wenn Sie – verständlicherweise – aufgeregt sind, kann eine nicht direkt betroffene Person oft nachdrücklicher fragen.

● Lassen Sie sich bei Ihrer Entscheidung nicht unter Druck setzen. Nehmen Sie sich viel Zeit, um sich zu entscheiden. Es gibt kaum eine Situation, bei der eine Operation innerhalb weniger Tage notwendig ist.

● Wenn bei Ihnen z.B. ein Myom gefunden wurde, das Ihnen aber keine Beschwerden macht, müssen Sie sich nicht operieren lassen. Das gleiche gilt, wenn Sie zwar Beschwerden haben, diese aber gut ertragen können und wollen (z.B. Blutungen). Sollte das Myom später einmal Beschwerden machen, die Sie nicht tolerieren wollen, können Sie neu nachdenken. Häufig bleiben Myome aber über Jahre symptomlos. In den Wechseljahren werden sie in der Regel kleiner.

● Lassen Sie sich nicht „vorsorglich“ operieren („Dann können Sie keinen Krebs mehr bekommen“). Kein anderes Organ wird „vorsorglich“ operiert. Das gilt auch für die „vorsorgliche“ Entfernung der Eierstöcke.

● Auch wenn Sie keine Kinder möchten oder schon älter sind, ist das **kein** Grund für eine Gebärmutterentfernung.

● Ansonsten verfallen Sie nicht in Panik, holen Sie in aller Ruhe Informationen ein – aber ignorieren Sie es nicht.

... wenn Sie sich zur Operation entschlossen haben

● Wenn Sie sich für eine Operation entschieden haben, fragen Sie, ob es nicht eine schonendere Art des Eingriffs gibt als die, die Ihnen vorgeschlagen wird. Informieren Sie sich bei unabhängigen Beratungsstellen und wählen Sie das Krankenhaus, das Ihren Bedürfnissen am meisten entspricht.

● In einer Belegklinik werden Sie von Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt operiert. Vielleicht ist Ihnen das besonders angenehm. Bedenken Sie aber andererseits, dass in diesem Fall keine weiteren ÄrztInnen die Operationsentscheidung noch einmal mit Ihnen besprechen. Gerade dann ist es besonders wichtig, dass Sie vorher noch eine zweite Ärztin oder einen zweiten Arzt aufsuchen und nach ihrer Meinung fragen, bevor Sie sich endgültig zur Operation entschließen.

● Sie haben ein Recht auf eine gründliche Aufklärung über die Operation, die Operationstechnik, die Folgen und alternative Behandlungsmöglichkeiten. Bereiten Sie sich auf das Aufklärungsgespräch vor, und fragen Sie so lange, bis Sie keine Zweifel mehr haben. Auch hier gilt: Nehmen Sie eine Vertrauensperson zu den Gesprächen mit. Unterschreiben Sie nichts, was Sie nicht wirklich verstanden haben. Je

mehr Sie überzeugt sind, dass Sie wirklich mitentscheiden konnten, desto besser werden Sie die Operation verarbeiten – körperlich, vor allem aber auch seelisch.

● Vereinbaren Sie genau (schriftlich!), was gemacht werden soll und was nicht (z.B. ob die Eierstöcke mit entfernt werden müssen). Fragen Sie nach dem Ablauf der Operation, der Operationsmethode, danach, wer Sie operiert, wie lange Sie vermutlich im Krankenhaus bleiben müssen, ob irgendwelche Anschlussbehandlungen notwendig sind und wie lange Sie wahrscheinlich nicht arbeitsfähig sein werden.

● Falls Sie nicht gut Deutsch sprechen, verlangen Sie eine Dolmetscherin.

● Versuchen Sie nicht, an Ihrem Arbeitsplatz noch möglichst viel vorzuarbeiten oder noch Ihren ganzen Haushalt in Ordnung zu bringen. Je erschöpfter Sie ins Krankenhaus gehen, desto mehr wird die Operation Sie anstrengen, und umso schlechter werden Sie sich erholen. Gönnen Sie sich lieber vorher ein paar Tage Verschnaufpause – und tun Sie einfach nur, was Ihnen Freude macht.

● Besprechen Sie mit FreundInnen, wer Ihnen in der ersten Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt hilft – wer z.B. für Sie einkauft, denn Sie können und dürfen zunächst nichts tragen.

● Fragen Sie im Krankenhaus, was Ihnen nach der Operation zusteht (Haushaltshilfe, bei Krebs: Anschlussheilbehandlung).

Glossar

Adnektomie	Entfernung von Eierstock und Eileiter (ein- oder beidseitig)
Adnexe	Eileiter und Eierstöcke
Ausschabung	Entfernung der oberen Schicht der Gebärmutter Schleimhaut
Bartholinitis	Entzündung der Bartholinischen Drüsen, die beidseitig in der Vaginalöffnung liegen und bei sexueller Erregung eine Flüssigkeit absondern
Bauchspiegelung	Laparoskopie*
Belegklinik	Klinik, in der niedergelassene ÄrztInnen Operationen durchführen
Biopsie	Entnahme einer Gewebeprobe
Carcinoma in situ	Oberflächenkrebs
Descensus	Gebärmutter senkung
Dysplasie	veränderte Zellen am Gebärmutterhals, aus denen sich Tumorzellen entwickeln können
Eierstockzyste	mit Flüssigkeit gefüllter Gewebesack am Eierstock
Eileiterschwangerschaft	das befruchtete Ei wandert nicht in die Gebärmutter, sondern bleibt im Eileiter
Eileiterzyste	mit Flüssigkeit gefüllter Gewebesack am Eileiter
Endometriose	Gebärmutter Schleimhaut, die sich außerhalb der Gebärmutter befindet, sich im Zyklus auf- und abbaut und starke Schmerzen verursachen kann
Endometrium	Schleimhaut, die die Gebärmutterhöhle auskleidet
Endometriumablation	Entfernung der gesamten Gebärmutter Schleimhaut
Endometriumhyperplasie	Verdickung der Gebärmutter Schleimhaut
Endometriumkoagulation	Verödung der gesamten Gebärmutter Schleimhaut
Endoskopie	Ausspiegelung von Körperhöhlen, Oberbegriff für Laparoskopie* und Hysteroskopie*
Eurythmie	künstlerische Therapie der anthroposophischen Medizin, bei der Laute und Rhythmen mit Bewegungen des gesamten Körpers gestaltet werden
Fibrom	gutartige Geschwulst aus Bindegewebe
Follikelstimulierendes Hormon (FSH)	wird in der Hypophyse* gebildet und zyklisch ausgeschüttet, um die Eireifung und die Bildung von Östrogen im Eierstock anzuregen
Gebärmutter Spiegelung	Betrachten der Gebärmutter mittels eines Hysteroskops*; zur Diagnose und für operative Eingriffe
Gebärmuttervorfall	Senkung der Gebärmutter, so dass der Gebärmutterhals im Vaginaeingang sichtbar ist
Gestagen	künstlich hergestelltes Gelbkörperhormon, Progesteron*

GnRH-Analoga	Gonadotropin-Releasing-Hormon, das im Hypothalamus* gebildet wird und auf die Hypophyse* wirkt
histologischer Befund	Ergebnis einer Gewebeuntersuchung, die Aufschluss über veränderte Zellen geben kann
Homöopathie	Heilverfahren, bei dem Krankheiten mit Substanzen in niedriger Dosierung behandelt werden, die in hoher Dosis den Krankheitserscheinungen ähnliche Symptome hervorrufen
Hormone	körper eigene Botenstoffe, die durch Drüsen produziert werden und die biologischen Abläufe im Körper steuern
Humanes-Papilloma-Virus (HP-Virus)	Warzenvirus, bestimmte Typen des HPV stehen im Verdacht, Gebärmutterhalskrebs und Carcinoma in situ* auszulösen
Hypermenorrhoe	starke Menstruationsblutung
Hypophyse	Hirnanhangdrüse, in der Hormone wie FSH* und LH* gebildet werden
Hypothalamus	Teil des Zwischenhirns, von dem Steuerungshormone ausgehen, die die Produktion der Botenstoffe anregen
Hysterektomie	Gebärmutterentfernung
abdominal	durch die Bauchdecke
vaginal	durch die Vagina
Hysteroskop	Instrument zum Betrachten des Gebärmutterinneren durch die Vagina
Hysteroskopie	Gebärmutter Spiegelung*
Karzinom	Krebsgeschwulst
Kolposkopie	Spiegelung des Gebärmuttermundes
Konisation	Entnahme eines kegelförmigen Gewebestücks aus dem Gebärmutterhals
Kürettage	Ausschabung*
Laparoskopie	Betrachten innerer Organe mit Hilfe einer Mini-Kamera, die durch ein Rohr über einen kleinen Schnitt in den Bauchraum eingeführt wird. Für eine bessere Sicht wird Gas in die Bauchhöhle eingeleitet.
laparoskopische OP	Operationsmethode mit Hilfe der Laparoskopie
Luteinisierendes Hormon (LH)	im Hirnanhangdrüsen vorderen Lappen gebildetes Hormon, das den Eisprung auslöst und die Entwicklung und Funktion des Gelbkörpers im Eierstock bewirkt
minimal-invasive Chirurgie	laparoskopische Operation*
Misteltherapie	Behandlung mit Extrakten der Mistelpflanze zur Stärkung des Immunsystems
Myom	gutartige Geschwulst aus Muskelgewebe an oder in der Gebärmutter

Myomenukleation	Herausschälen eines Myoms mittels Bauchschnitt, Laparoskopie oder Hysteroskopie
Nachkonisation	erneute Konisation*, wenn nicht vollständig im gesunden Gewebe geschnitten wurde
Östrogen	weibliches Geschlechtshormon, das in den Eierstöcken gebildet wird, in geringen Mengen auch in den Nebennierenrinden und im Unterhautfettgewebe
Ovarien	Eierstöcke
Pap-Abstrich	Entnahme von Zellen am Gebärmutterhals bei der Krebsfrüherkennungsuntersuchung
Pelviskopie	Laparoskopie*
Phytotherapie	Behandlung von Krankheiten mit pflanzlichen Präparaten
Pflanzenheilkunde	Phytotherapie*
Polyp	meist gutartige Schleimhautgeschwulst am Gebärmutterhals oder im Gebärmutterkörper
Portio	Gebärmuttermund
Progesteron	Gelbkörperhormon, das in der Eihülle gebildet wird und u.a. die zweite Phase des Menstruationszyklus bestimmt
Prolaps	Gebärmuttervorfall*
Qi-Gong	Atem- und Meditationstherapie der chinesischen Medizin
Reibesitzbad	eine Art Kneippkur für den Unterleib
Rezidiv	Wiederauftreten einer Erkrankung
Schlüsselloch-Chirurgie	laparoskopische Operation*
Sonographie	Ultraschalluntersuchung
Spekulum	Instrument zum Betrachten des Gebärmutterhalses und der Vagina
Totaloperation	im alltäglichen Sprachgebrauch wird darunter die Entfernung der Eileiter, der Eierstöcke und der Gebärmutter verstanden
Tuben	Eileiter
Uterus	Gebärmutter
myomatosis	Gebärmutter mit gutartigen Muskelgeschwülsten (Myomen)
Vaginalplastik	Operation zur Wiederherstellung der anatomischen Strukturen in der Vagina, z.B. nach Gebärmutterentfernung
„Wildwuchs“	Methode der Visualisierung. Über Vorstellungskraft werden Selbstheilungskräfte aktiviert
Zervix	Gebärmutterhals, der Teil der Gebärmutter, der in die Vagina ragt
Zyste	mit Flüssigkeit gefüllter Gewebesack

Serviceteil

Bundesverband der Frauengesundheitszentren in Deutschland e.V.

Goetheallee 9
37073 Göttingen
Tel: 0551 - 48 45 30
www.frauengesundheitszentren.de

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.

Knochenhauerstr. 20-25
28195 Bremen
Tel: 0421 - 434 93 40
www.akf-info.de

Theodor Springmann Stiftung – PatientInnentelefon, Informationsstelle, Datenbank

Albrecht-Achilles-Str. 65
10709 Berlin
Tel: 030 - 44 02 40 79
www.patiententelefon.de

Patienteninformation für Naturheilkunde und ganzheitliche Medizin e.V.

Akazienstr. 28
10823 Berlin
Tel: 030 - 76 00 87 60
www.datadiwan.de/pi

Anschlussheilbehandlungen – Frauenkuren

Kliniken am Burggraben Bad Salzflen
Alte Vlothoerstr. 47-49
2105 Bad Salzflen
Tel: 05222 - 370
www.frauenbewegungskur.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – „Pillbox“

Markgrafenstr. 66
10969 Berlin
Tel: 030 - 258 00-0
www.vzbv.de

Geschäftsstelle der BAG der PatientInnenstellen Gesundheitsladen München e.V.

Auenstr. 31
80469 München
Tel: 089 - 77 25 65
www.gesundheitsladen-muenchen.de

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)

Wilmerdorferstr. 39
10627 Berlin
Tel: 030 - 31 01 89 60
www.nakos.de

Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

Frau Helga Kühn-Mengel
Wilhelmstr. 49
10117 Berlin
Tel: 01888 - 441 - 34 20
www.patientenbeauftragte.de

Ausgewählte Literatur

Gebärmutter allgemein

Buse, Gunhild: „...als hätte ich ein Schatzkästlein verloren.“ Hysterektomie aus der Perspektive einer feministisch-theologischen Medizinethik. LIT Verlag, Münster 2002
Frauen Gesundheits Zentrum Heidelberg e.V. (Hrsg.): *Gebärmutterentfernung und alternative Operationsmethoden zur Organerhaltung*. Diametric Verlag, Würzburg 2001
Kleine-Gunk, Bernd: *Die Gebärmutter: Gezielte Hilfe bei Erkrankungen*. Thieme Verlag, Stuttgart 1997

Beckenboden

Cantieni, Benita: *Tiger Feeling – Das sinnliche Beckenbodentraining für sie und ihn*. Südwest Verlag, München 2003
Kitchenham-Pec, Susanne; Bopp, Annette: *Beckenbodentraining*. Trias Verlag, Stuttgart 2001

Myome

Frauengesundheitszentrum München (Hrsg.): *Myome*. München 2005
Gauwerky, Johannes F.W (Hrsg.): *Uterus myomatosus*. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg 2003
Struck, Dorothee; Biller; Marion; Tsolodimos, Christine: *Wirksame Hilfe bei Myomen*. Trias Verlag, Stuttgart 2000

Pap-Abstrich

Frauen Gesundheits Zentrum Bremen e.V. (Hrsg.): *Zellveränderungen am Gebärmutterhals*. Eine Broschüre zum Pap-Abstrich aus ganzheitlicher Sicht. Bremen 2001
Pap, CIN und HPV – Verwirrung am Gebärmutterhals. clio – Die Zeitschrift für Frauengesundheit Nr. 54, 2002

Alternative Heilmethoden

Minker, Margret: *Naturheilkunde – Das Handbuch für Frauen – Verfahren, Beschwerden und Beratung von A-Z*. Deutscher Taschenbuchverlag, München 1996
Nissim, Rina: *Naturheilkunde in der Gynäkologie*. Ein Handbuch für Frauen. 10. überarb. Auflage, Orlanda Frauenverlag, Berlin 1998
Northrup, Christiane: *Frauenkörper, Frauenweisheit. Bewusst leben – ganzheitlich heilen*. Verlag Zabert Sandmann, München 1994
Ohlig, Adelheid: *Die bewegte Frau. Luna Yoga. Für Gesundheit und Wohlbefinden*. Nymphenburger Verlag, München 2004

Broschüren und clios des Feministischen Frauen Gesundheits Zentrums Berlin e.V. (Hrsg.)

Wechseljahre – Aufbruch in eine neue Lebensphase, 2003
Endometriose – verstehen und verändern. Eine Informationsbroschüre, 2001
Das Reibesitzbad, *clio* Nr. 59, S.31
Myome in *clio* Nr. 57 und Nr. 52 (ist vergriffen, als Download unter www.ffgz.de)
Pap-Abstrich, Humane Papilloma Viren, Gebärmutterkrebs in *clio* Nr. 54, 2002
Myomembolisation, Behandlungsmöglichkeiten bei Myomen in *clio* Nr. 57, 2003