

Wer hilft den Helfern im weissen Mantel
im Kampf gegen den Krebs?

Menschen werden unversehens auf die Rückseite des Lebens geworfen, wenn eine schwere Krankheit sie befällt. Erfahren sie gar, dass sie Krebs haben, so fühlen sie sich wie in einen lichtlosen Tunnel gestossen, dessen wirkliches Ausmass und dessen möglichen Ausgang sie nicht kennen, in dem alles sie ängstigt, insbesondere die Finsternis der völligen Ungewissheit. Viele von diesen Menschen haben die Vorderseite gar nie als Sonnenseite erlebt, und nun neigen sie dazu, gerade die Tatsache des nicht gekannten Glücks, der vermissten Leichtigkeit des Daseins und der Notwendigkeit des beständigen Kampfes als Erklärung für die Erkrankung heranzuziehen. Ihre erbitterte Auflehnung gegen das Schicksal, ihre Anklage, ihre Verzweiflung und ihre furchtbare Angst vor einem schnell und schrecklich heranrückenden Tod richtet sich häufig auch gegen die Ueberbringer der Hiobsbotschaft, gegen die Aerzte, und gegen die Ausführenden von - zuerst einmal - ängstigenden Therapiemassnahmen, gegen die Krankenschwestern und Pfleger.

"Mir kam es vor, als würde ich in einen haltlosen Abgrund stürzen, als ich erfuhr, dass ich Brustkrebs habe: Brustkrebs, Metastasen, Operation, Bestrahlungen, sonst hörte ich nichts, ich konnte nichts anderes hören, nur diese Worte, die wuchsen in mir an wie etwas Schweres, Zorniges, Böses. Nicht auch das noch, nein, schrie

ich den Arzt vor mir an und dann weinte ich los", schloss Erna K. ihren kruzigen Bericht.

"Und der Doktor, ging er da weg?", fragte ich sie.

"Nein, eben nicht, er ging nicht weg, er liess mir Zeit, er sagte ruhig, diesmal sei ich nicht allein mit dem Schweren. Er erklärte mir, dass die Therapien in vielen Fällen sehr erfolgreich wirkten, und welche Schwestern und Spezialisten für mich da seien, er liess mich von früher erzählen, von den Entbehrungen und vom harten Leben, vom Mann, der immer trank und ^{dan}vor zwei Jahren von einem Auto angefahren wurde und starb, von den fünf Söhnen, von denen der älteste von einem Baugerüst stürzte und seither querschnittgelähmt ist. Ich weiss nicht, wie lange ich in seinem Sprechzimmer sass, am Schluss war ich doch etwas ruhiger."

Gewiss, "alles ist Leben", wie die Prager Journalistin Jelena Jesenská schrieb, als es ihr selbst bitter schlecht ging und sie in der Fremde nicht mehr ein noch aus wusste. Aber das Ausmass der von Erna K. durchgestandenen Prüfungen - und nun noch Krebs? Ist das alles "Leben"? Auch die fortschreitende Entkräftung und Zerstörung des Körpers? Die Schmerzen? Die Todesangst?

Wie halten es die Männer und Frauen aus, deren Beruf es ist, den Kranken als Verbündete im Kampf gegen den Krebs zur Seite zu stehen, die Aerzte und Aerztinnen, die Krankenschwestern und Pfleger, die

technischen Assistentinnen auf der Radio-Onkologie (Krebsbestrahlungsabteilung) bis zum stillen, aber allgegenwärtigen Hilfspersonal auf den Bettenstationen? Wie schaffen sie es, unvermindert den täglichen Anforderungen gerecht zu werden, welche die ungezählten schwerkranken Menschen an sie stellen, an ihr Einfühlungsvermögen, an ihren Verstand, an ihre berufliche Zuverlässigkeit, an ihren Optimismus, an ihre Vorstellungskraft, an ihre Generosität und ihren Durchhaltewillen, an ihre unverminderte physische Präsenz? Woher nehmen sie die Kraft? Brechen sie nicht nach kurzer Zeit zusammen oder stumpfen ab?

Wer hilft den Helfern?

Im vergangenen Herbst veröffentlichte Andreas Ullrich, ein junger Wissenschaftler vom Max Planck-Institut für Psychiatrie in München eine Studie, in der er nachweist, dass das ärztliche und pflegerische Personal, welches Krebspatienten betreut, psychisch und physisch überlastet ist, bis zur Erschöpfung. Mehr als 80% der befragten Krankenschwestern und etwa die Hälfte der Ärzte klagen über Rücken- und Nackenschmerzen und über Schlaflosigkeit, viele fühlen sich am Rand ihrer Leistungsfähigkeit und kommen sich buchstäblich "ausgebrannt" vor. "Dieses 'Burn-out'-Syndrom betrifft gerade diejenigen Helfer, die sich persönlich stark in ihrem Beruf engagieren, jedoch keine geeigneten Kompensationsmöglichkeiten haben, sei es durch die Arbeit selbst, sei es in einer befriedigenden Freizeitgestaltung", stellt der junge Münchner

Arzt fest. Schuld daran sind nicht nur die seelischen Belastungen, welche aus dem schweren, oft aussichtslosen Leiden der Krebskranken für die Helfer erwachsen, nicht nur die damit verbundene Verantwortung und das häufige Gefühl der Hilflosigkeit. Ebenso sehr fallen organisatorische Erschwernisse ins Gewicht, besonders die unregelmässigen Arbeitszeiten durch Bereitschaftsdienste, lange Arbeitszeiten der Aerzte (10 bis 12 Stunden täglich sind auch in Zürich keine Ausnahme), durch Wechschichten des pflegerischen Personals und durch die, im Vergleich mit Verantwortung und Einsatz, schlechte Entlohnung der Schwestern und Assistenzärzte. (Schwestern verdienen nach 3 bis 4 Berufsjahren am Zürcher Universitätsspital durchschnittlich 3400.- pro Monat; nach ~~6~~ 15 Berufsjahren erreichen sie einen Maximallohn von etwa 4200.- Franken. Assistenzärzte beginnen am gleichen Ort mit durchschnittlich 3900.- und erreichen nach 66 Monaten Dienstzeit maximal 5900.- Franken, bei einer Arbeitszeit von durchschnittlich 64 Stunden pro Woche).

Nun, die Schwestern und Aerzte, die ich insbesondere in Zürich und in St.Gallen befragen konnte, bestätigen zwar die Tatsache der schweren Belastungen, doch sie legen ganz andere Schlussfolgerungen nahe: Selten erlebte ich so viele berufsbegeisterte, selbstbewusste und selbstlose Frauen und Männer wie auf den Stationen, auf denen Tumorkranke gepflegt werden, ob es sich dabei um einheitliche Krebsstationen handle wie in St.Gallen oder um gemischte Abteilungen wie in Zürich oder um die onkologi-

schen Ambulatorien des Kantonsspitals St. Gallen, des Universitätsspitals Zürich oder des Kinderspitals Zürich.

Lauter Uebermensch und Helden? Oder sind die Krankenhausbedingungen bei uns wesentlich besser als anderswo? Oder macht der weisse Mantel in der Schweiz eher gefeit gegen Ueberforderung, Müdigkeit, Zweifel und Aengste als etwa in Bayern, wo Andreas Ullrich seine Erhebungen machte?

Dass dem nicht so ist, nicht sein kann, liegt auf der Hand. Trotzdem: Da gibt es erstaunliche Aussagen, die aufhorchen lassen:

- "Wir wurden schliesslich Aerzte, um kranken Menschen zu helfen. Auch wo wir nicht mehr heilen können, können wir noch helfen. Ich möchte daher den Spiess umdrehen und behaupten, dass keine aerztliche Tätigkeit mehr Befriedigung verleihen kann als der Einsatz für Krebskranke. Wir haben ja auch die enormen Fortschritte vor uns, die, entgegen der Volksmeinung, in den letzten Jahren in der Krebstherapie erreicht wurden: Verschiedene Krebsformen sind heute auch im metastasierenden Stadium völlig heilbar, etwa der metastasierende Hodenkrebs junger Männer oder die Hodgkin'sche Form des Lymphknotenkrebses oder viele Formen kindlicher Leukämie. Das macht uns optimistisch. Krebs, selbst im fortgeschrittenen Stadium, muss heute kein Todesurteil mehr sein" (Georg Martz, Chef der Onkologischen Abteilung des Zürcher Universitätsspitals).

- "Hier kann ich den Patienten wirklich geben, was sie brauchen. Ich kann am meisten von mir selbst einbringen und kann mit offenen Karten arbeiten" (Kathrin Fellingner, Stationsschwester auf der Abteilung von Professor Martz).

- "Auf dem Ambulatorium haben wir für jeden Patienten genug Zeit. So sind die Belastungen zu verkraften. Die ganz aggressiven Therapien mit den überaus belastenden Nebenfolgen wenden wir in Zürich nur an, wenn grosse Heilungschancen bestehen. In den anderen Fällen bemühen wir uns, mit Hilfe palliativer (lindernder) Therapien eine möglichst befriedigende Lebensqualität zu schaffen und vor allem die Schmerzen zu reduzieren" (Urs Strebel, Oberarzt auf der Onkologischen Abteilung des Universitätsspitals Zürich).
- "Die Morphindosis ist durch nichts limitiert, höchstens durch den Wunsch des Patienten, der es vorziehen mag, wacher und gesprächsfähiger zu sein als schmerzfreier. Alle Wünsche des Patienten werden nach Möglichkeit respektiert. Aber selbst wenn wir eine optimale Schmerzlinderung und Pflege erreichen, geht uns das Sterben eines Patienten nahe; meistens haben wir ihn ja über lange Jahre hinweg betreut. Da ist der Satz, dass jeder Mensch unweigerlich einmal sterben muss, kein Trost. Als anständiger Arzt ist man immer involviert" (Oswald Oelz, Leitender Arzt Innere Medizin Universitätsspital Zürich).
- "Es gibt Menschen, die sich mit der Tatsache des Todes erst auseinandersetzen, wenn es so weit ist. Wir müssen sie schon früh akzeptieren lernen, auch unsere eigene Sterblichkeit. Was meine Patienten durchmachen, empfinde ich in starkem Mass mit; bei jungen Menschen bedeutet das Kampf, bei alten, etwa bei einem 80-jährigen Alkoholiker, ist das Kämpfen nicht mehr nötig. Die Hauptbelastung liegt auf den Schwestern. Sie sind mit allen Fragen und Ängsten der Kranken konfrontiert, sie erfahren die privaten Probleme, alles, was mit dem Leben draussen zusammenhängt und was häufig die Therapie beeinflusst. Die vollumfängliche Information der Schwestern über die Diagnose und die Therapie und das wöchentliche Gespräch über alle Patientenzusammenhänge sind daher unabdingbar nötig. Für mich können Therapieentscheide sehr

len

belastend sein. Zwar werden sie kollektiv getroffen, d.h. gemeinsam durch die behandelnden Spezialisten, unter Einbezug des Patienten. Aber ein kollektiver Entscheid kann das individuelle Gewissen nicht entlasten. Und nur wenn ich von der Richtigkeit eines Entscheides ganz überzeugt bin, gelingt es mir, dem Patienten die Angst davor zu nehmen und auch die betreuenden Schwestern bei der Anwendung der Therapie zu stützen" (Urs M. Lütolf, Chefarzt Radio-Onkologie Kantonsspital St.Gallen).

- "Als Onkologieschwestern (in St.Gallen gibt es für diplomierte Krankenschwestern einen 2-jährigen Weiterbildungskurs in der Pflege von Tumorkranken) sind wir vielleicht besonders motivierte und auch spezialisierte "Pflegerinnen". Die Belastungen sind oft zwar schier untragbar, auf den Bettenstationen noch stärker als auf dem Ambulatorium, aber wir haben gelernt, ~~aber wir haben gelernt~~, sie als Alltagsrealität anzunehmen, ^{und} auch unabhängiger vom medizinischen Erfolgsdenken zu werden. Durch die tägliche Pflege sind wir dem Kranken sehr nahe, wir erleben ihn vor allem als leidenden Menschen, und es gelingt uns oft, ihm Hoffnung zu machen, ohne ihn anzulügen. Wir sind auch die Vermittlerinnen zwischen den Ärzten und dem Patienten einerseits und andererseits zwischen dem Patienten und der Welt draussen, wir stellen Verbindungen - wieder - her, wir können helfen, irrationale Ängste der Familie abzubauen. Gewiss, Krisen kommen vor, gerade bei jungen Schwestern, die sich zuerst mit besonderem Enthusiasmus einsetzen. Da braucht es auf der Station ein tragfähiges und belastungsfähiges Team, um sie zu stützen" (Agnes Glaus, Oberschwester Onkologische Abteilung Klinik C Kantonsspital St.Gallen).

Und damit

- "Wir haben auf der Onkologie keinen grösseren Schwesternwechsel als auf anderen Stationen. Das spezifische Problem bei der Betreuung aller Schwerkranken besteht darin, ein einheitliches, harmonisches

Pflegeklima zu schaffen. Das ist zugleich ein Strukturproblem und ein Ausbildungsproblem. In jeder Hinsicht scheint uns daher eine einheitliche Bettenstation, auf der nur Tumorkranke betreut werden, optimal. Das gibt den Patienten und den Helfern grössere Sicherheit. Belastend ist vor allem die Erfahrung der Rezidive (des Wiederauftretens der Krankheitssymptome) und der damit verbundenen Entmutigung. Da muss man lernen, vorweg zu entscheiden und sich mit grosser Offenheit den gestellten und den unausgesprochenen Fragen des Kranken zu stellen, auch wenn es uns Sterben geht. Eine ungenügende Information des Patienten oder der betreuenden Schwestern ist nicht zu verantworten" (Hans-Jörg Senn, Chefarzt Onkologische Abteilung Klinik C Kantonsspital St.Gallen).

- "Auch der rein ausführende und pflegerische Teil der Krankenbetreuung, der uns zufällt, ist sehr anspruchsvoll: 'High tech - high touch'! Es gibt daher auf der Onkologie besonders viele selbständige und eigenständige Schwestern; sie sind, zum Beispiel, in der Lage, Nebenwirkungen, welche durch Zytostatika (krebshemmende Medikamente) entstehen, zu verhindern; sie können den Kranken zeigen, wie sie mit ihrem Leiden besser umgehen können. Eine grosse Entlastung für uns bedeutet der Einsatz spezialisierter Therapeuten. In St.Gallen arbeitet zum Beispiel seit einiger Zeit eine Musiktherapeutin auf der Onkologie; ein besonderer Raum steht ihr zur Verfügung, und die Patienten schätzen diese besondere Art der Psychotherapie sehr" (Irene Bachmann, Instruktionsschwester Onkologische Abteilung Klinik C Kantonsspital St.Gallen).
- "Die emotionalen Ressourcen des Arztes und der Schwester wachsen mit den Kenntnissen. Wenn wir heute wissen, dass die Hälfte aller an Leukämie erkrankten Kinder geheilt werden können, definitiv und ohne Rezidive, so ist dies das wirksamste Gegenmittel gegen Resignation. Trotzdem sind wir am Kinderspital noch

häufig konfrontiert mit unheilbaren Erkrankungen und mit dem Sterben der Kinder. Für diejenigen Helfer, welche den Tode als Teil des Lebens annehmen können, braucht es wenig Hilfe, für die anderen wohl. Es gibt am Kinderspital eine Balint-Gruppe (psychotherapeutische Gesprächsgruppe) für die Schwestern, Assistenten und das nicht-pflegerische Personal, welche wöchentlich einmal zusammenkommt. Es kommt darauf an, wie man an das Leiden und Sterben der Kinder herangeht, die häufig selbst sehr gut wissen, was in ihrem Körper vorgeht und dieses "innere Wissen" zum Beispiel in Zeichnungen mitteilen. Früher wurden die grossen Anforderungen in der Pflege vor allem religiös gelöst; damals waren Diakonissinnen am Kinderspital tätig. Heute braucht es zumeist andere Ressourcen; wer keine hat, versagt" (Walter Hitzig, Chefarzt Kinderspital Zürich).

- "Ich bin nun seit 1970 hier auf dem Ambulatorium für die kleinen Krebspatienten tätig. In dieser Zeit habe ich erlebt, dass viele an Leukämie erkrankte Kinder geheilt werden konnten. Eine Therapie dauert etwa 2 1/2 Jahre; dann werden die Kinder weiter kontrolliert, bis sie erwachsen sind. Je grösser die Ängste der Eltern sind, umso schwieriger ist es, dem Kind die Angst zu nehmen, zum Beispiel vor den Injektionsnadeln. Wir sind hier ein gutes Team und besprechen die anstehenden schwierigen Fälle vorweg oder im Rahmen der Balint-Gruppe. Vor allem haben wir für jedes Kind und für die verängstigten Eltern genug Zeit. Mit der Zeit konnte ich eine Haltung der Gelassenheit lernen, die mir hilft. Gewiss, es kommt vor, dass einzelne Kinderschicksale mich wieder auf besondere Weise ergreifen, etwa das des 3-jährigen Leukämiekranken Türkenmädchens mit den grossen Augen unter dem schön gebundenen muslimischen Kopftuch. Die Eltern arbeiten in einem Bergdorf

] bei der Arbeit

und bringen es regelmässig zu uns zur Behandlung.

Da kann es vorkommen, dass ich mich frage, warum gerade Kinder so schwer leiden müssen" (Georgette Sand, Kinderkrankenschwester Onkologisches Ambulatorium Kinderspital Zürich).

- "Bei mir auf der Abteilung liegen Kinder mit verschiedenen schweren Krankheiten, auch solche mit Leukämien, mit Hirntumoren und anderen Krebserkrankungen. Ich bin nun seit drei Jahren auf der Abteilung; allmählich habe ich gelernt, mit den Belastungen umzugehen. Sie sind sehr unterschiedlich. Die Unterschiede hängen nicht zuletzt von der Einstellung der Eltern ab, ob sie zur Zusammenarbeit mit uns bereit sind oder ob sie ihre Ängste auf die Kinder übertragen. Das Gespräch mit den Eltern ist überaus wichtig. Andererseits bin ich froh um die Gespräche, die wir auf der Abteilung führen können und bei denen die behandelnden Ärzte, die Psychologen und wir Schwestern unsere Erfahrungen austauschen. Als "Anfängerin" erschrickt man wegen der Härte der Therapien, die man den Kindern aufzwingen muss; man hat das Gefühl, sie mit all den Spritzen und Knochenmarkpunktionen nur zu plagen, und dann stellt man fest, dass Heilungen wirklich möglich sind. Ja, man wird auch mit dem Sterben und dem Tod der Kinder konfrontiert. Man muss mitfühlen können, ohne sich zu identifizieren und man muss loslassen können, ohne die Tatsache der Trauer und des Verlustes zu negieren. Dass ich das gelernt habe, hilft mir auch in meinem privaten Leben" (Renate Ruh, Kinderkrankenschwester Medizinische Akutabteilung Kinderspital Zürich).
- "Es gibt bei uns wenig Schwestern zwischen 35 und 45 Jahren. Vor allem der unregelmässige Dienst ist für junge Schwestern sehr belastend; da bleiben viele nur kurze Zeit, machen zum Beispiel noch eine Zusatzausbildung oder verlassen das Spital, um in einer privaten Praxis zu arbeiten" (Susi Pfister, Leitung Pflegedienst Kinderspital Zürich).

Allein die "administrative" Stimme klingt ein wenig anders als der übereinstimmende Chor der Helfer, von dem nicht einmal die noch kindliche, rotwangige Schwesternschülerin in St.Gallen abweicht, die mir treuherzig gestand, nein, es sei für sie nicht besonders erdrückend zu erleben, dass auf ihrer Station viele Menschen sterben.

- "Jahrelang haben sie gelitten, wir geben ihnen, was wir können, jetzt noch die letzte Pflege, damit sie möglichst schmerzfrei sterben können. Wenn es einmal sehr schwierig ist, sprechen wir auf der Station darüber."

Die Antwort dieses jungen Mädchens, das sich mit unverkrampfter Natürlichkeit Tag für Tag den Todkranken widmet, stellt mir von allen Antworten die grössten Rätsel. Was steckt dahinter? Wie ist diese furchtlose Haltung zu erklären, mitten im leidvollen Alltag auf der Rückseite des Lebens?

Wenn jemand Bescheid weiss, so ist es der Psychiater Fritz Meerwein, Begründer und Leiter der Psycho-Onkologie in Zürich. Bei der Psycho-Onkologie geht es um den Einbezug der seelischen Betreuung des Krebskranken, der Aufarbeitung seiner oft schweren Lebensgeschichte und Lebensumstände in den Zusammenhang der manchmal Jahre dauernden verschiedenen medizinischen, chirurgischen und radiologischen Therapien und um die Entlastung des Patienten, dessen Angehörigen und dessen Betreuer im Lauf der emotional anspruchsvollen Zeit der Krankheit durch eine allen gleich verfügbare helfende Instanz. Oft gelingt es dem Kran-

ken allein durch deren Vermittlung, Ablehnung und Zorn, Neid auf die Gesunden, Schuldgefühle, Mutlosigkeit und Angst in "gute" Gefühle umzuwandeln, die Krankheit zu akzeptieren und sich mit dem eigenen Leben und mit der Umwelt zu versöhnen. Und dem Pflegepersonal mag es ebenfalls dank der gleichen Vermittlung gelingen, zum Beispiel einer Haltung der Ablehnung, die der Kranke gelegentlich seine Helfer spüren lässt, statt mit Abwehr mit Einfühlung und Geduld zu begegnen.

Wie ist es möglich, dass alle Aerzte und Schwestern, mit denen ich sprach, sich dieser Einfühlung für fähig erklären und von ihrer Arbeit ohne Zeichen der Ueberforderung sprechen? Die Aussagen stimmen zweifellos, aber geben sie die ganze Realität wieder, d.h. können verantwortliche Aerzte und Schwestern einer Journalistin, die nicht zum Krankenhausalltag gehört, überhaupt offen Auskunft geben?

- "Es kommt tatsächlich darauf an, durch wen Fragen gestellt werden, aber ebenso sehr, wie eine Abteilung strukturiert ist", erklärt Fritz Meerwein, "wie gut die für dieselben Patienten tätigen, aber für verschiedene Belange verantwortlichen Helfer harmonieren, wie sie die Zusammenarbeit gestalten, wie sie den Informations- und Erfahrungsaustausch organisieren und wie sie die Not der Patienten verstehen. Je beständiger zum Beispiel der Personalbestand ist, desto eher lässt sich ein optimales Arbeitsklima herstellen, desto eher lässt sich auch das Wohlbefinden der Patienten gewährleisten. Ueberaus entlastend und nutzenbringend ist in diesem Zu-

sammenhang die Funktion eines psychiatrischen Liaison-Dienstes, wie er etwa in Basel und Genf in den Spitalbetrieb integriert ist, jedoch nicht in Zürich. Auf der Medizinischen Klinik des Universitätsspitals kann eine psychiatrische Liaison-Assistentin nur dank dem Entgegenkommen der psychiatrischen Poliklinik tätig sein. Dem Prinzip nach sollte sie sich ständig auf der Abteilung aufhalten können, als ratendes und helfendes Bindeglied im Team, das einerseits aus den Patienten und deren Angehörigen, andererseits aus den behandelnden Spezialisten, den Schwestern und eventuell auch dem Hausarzt besteht. "

Fritz Meerweins psycho-onkologisches Konzept ist zweifellos geeignet, den Helfern zu helfen. Seit den frühen Sechzigerjahren stellt Meerwein seine psychosozialen und psychosomatischen Erkenntnisse und Erfahrungen in den Dienst eines vertieften therapeutischen Gesprächs zwischen den schwerkranken Menschen und deren ärztlichen und pflegerischen Betreuern. Auch die Maltherapie, die innerhalb dieses Konzepts in besonderen Situationen zur Anwendung kommt, schafft die Möglichkeit einer vertieften Auseinandersetzung des Kranken mit seiner Krankheit, seiner Umwelt und seinen Helfern. Dieses Konzept findet einerseits einen dankbaren Widerhall dort, wo es, wie in St.Gallen, auf klinikautonome Weise verwirklicht wird, oder wie in Zürich, wo unter Fritz Meerweins Leitung auf einigen wenigen Abteilungen der Medizinischen Klinik psycho-onkologische Therapeutinnen arbeiten.

Der Skandal besteht darin, dass trotz der erwiesenen - und auch in meinen Befragungen spürbaren - Verbesserungen des Abteilungs-

klimas und der therapeutischen Bedingungen die kantonale Gesundheitsdirektion für die Tätigkeit des Psycho-Onkologischen Dienstes keinen Franken frei macht! Um seinem Mitarbeiterstab einen Lohn entrichten zu können, gründete Fritz Meerwein 1982 die Stiftung für Psycho-Onkologie, deren Mittel bis heute buchstäblich zusammengebettelt werden müssen und ausschliesslich von den möglicherweise anfallenden Spenden abhängen.

Es ist bekannt, dass etwa ein Drittel der Bevölkerung an Krebs erkrankt, dass durchschnittlich jede 14. Frau an Brustkrebs leidet, dass Krebs zur zweithäufigsten Todesursache bei Kindern geworden ist (Unfallfolgen machen die häufigste aus), dass allein 1986 über 15'000 Menschen in der Schweiz an Krebs starben (für 1987 liegen noch keine statistischen Zahlen vor): Aber in Zürich, in einer der reichsten Städte der Welt, wird die Frage der Hilfe für die Helfer der ungezählten Krebskranken zu einem Wohltätigkeitsproblem.

Maja Wicki