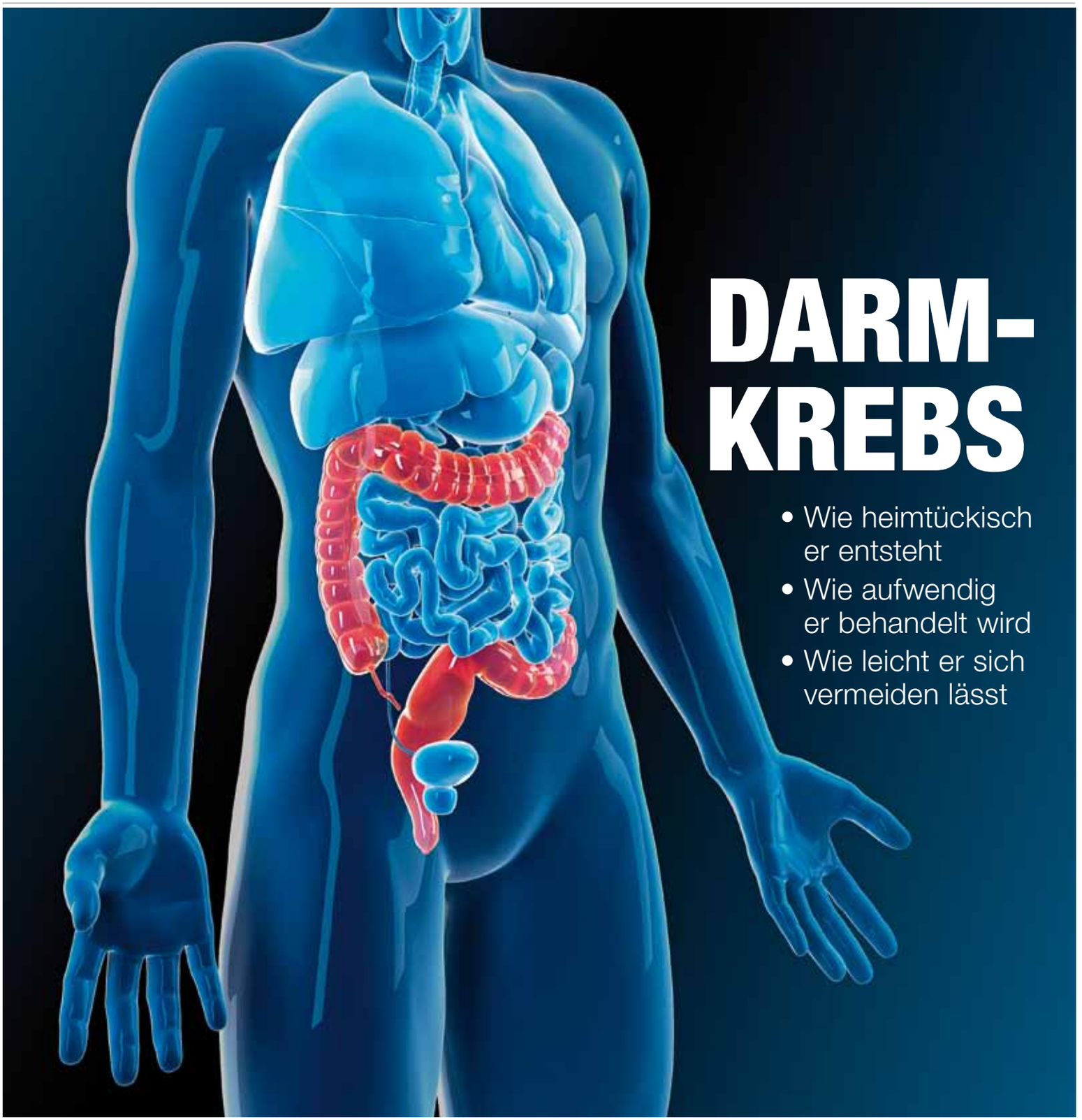
19.08.2016 | www.magazin-forum.de | Sonderheft zu FORUM-Ausgabe 34

FORUM GESUNDHEIT



DARM-KREBS

- Wie heimtückisch er entsteht
- Wie aufwendig er behandelt wird
- Wie leicht er sich vermeiden lässt

PRÄVENTION

Betriebliches Gesundheitsmanagement auch in kleineren Unternehmen immer wichtiger

E-HEALTH

Risiken und Nebenwirkungen von Wearables, Gesundheits-Apps und neuer Gesetzgebung

Victor's
RESIDENZ-HOTEL
GUMMERSBACH
★ ★ ★ ★

Auf Schritt und Tritt.

Gummersbach, keine Autostunde von Köln entfernt, ist der ideale Ausgangspunkt für viele Aktivitäten im Oberbergischen Land – wo traumhafte Stauseen, attraktive Wanderwege und ein herzliches First-Class-Hotel mit perfektem Service auf Sie warten.

ARRANGEMENT
Bergisches Wanderland

Freuen Sie sich auf:

- *zwei Übernachtungen im Studio-Doppelzimmer inklusive Frühstück*
- *ein Begrüßungscocktail*
- *Wanderverpflegung, damit Sie unterwegs bei Kräften bleiben*
- *eine Wanderkarte der Region*
- *eine entspannende Wandermassage*
- *eine Wohltat für müde Füße im Zimmer*

ab € 119 pro Person

Schöne Wander-Tage!

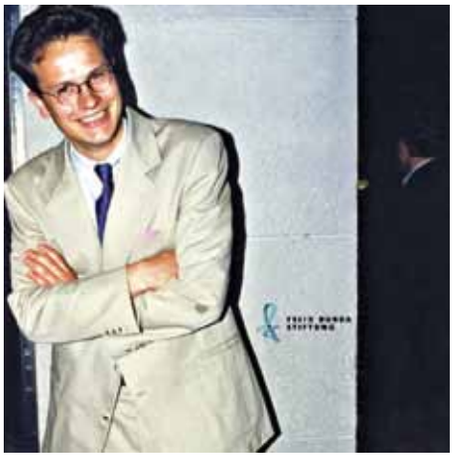
Brückenstraße 52 · 51643 Gummersbach · Tel. +49 2261 801-09 · Fax +49 2261 801-599 · info.gummersbach@victors.de
Ein Unternehmen der Victor's Residenz-Hotels Süd GmbH · Carl-von-Linde-Straße 42 · D-85716 Unterschleißheim

Susanne Kleehaas

Liebe Leserinnen,
liebe Leser,

Gefährlich, verbreitet, unnötig.

Darmkrebs ist ein ganz besonderer Krebs. Nicht nur, weil er so häufig vorkommt – immerhin rangiert er auf Platz drei der deutschen Krebsstatistik, und ganze fünf Prozent aller Deutschen werden im Laufe ihres Lebens mit der Diagnose „Kolorektales Karzinom“ konfrontiert. Das ganz Besondere, ja, Einzigartige an Darmkrebs aber ist: seine Unnötigkeit. Darmkrebs ist kein unabwendbares Schicksal. Er wurde mittlerweile so gut erforscht, dass wir genau wissen, wie man die Entstehung dieser lebensbedrohlichen Krankheit weitgehend verhindern kann.
Eigentlich eine gute Nachricht. Und doch erkranken jedes Jahr alleine in Deutschland etwa 60.000 Menschen an Darmkrebs. Das sind 60.000 zu viel. Wie kann das sein?
Es liegt zum Teil an unserer heutigen, „darmunfreundlichen“ Lebensweise. Vor allem aber ist noch viel zu wenigen Menschen bewusst, wie drastisch sie ihr persönliches Darmkrebsrisiko mithilfe ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen senken könnten. Mein Rat: Nutzen Sie diese Möglichkeit!
Eine Frau, die seit Jahren kräftig Werbung für die Darmkrebs-Vorsorge macht, ist Dr. Christa Maar, Mutter des Krebsopfers Felix Burda. Sie kommt in dieser Ausgabe ebenso zu Wort wie ein Patient und ein Krebschirurg.
Überhaupt haben wir diesmal besonders viele interessante Experten-Interviews zu bieten, etwa zur Digitalisierung im Gesundheitsbereich, zur Prävention in Handwerksbetrieben und vielem mehr. Dass dabei ein spezieller Operationsroboter gleich zwei Mal ins Rampenlicht rückt, ist purer Zufall: Nachdem wir einen Homburger Urologen zur roboterassistierten Nierenverpflanzung befragt hatten, entpuppte sich auch unser Berliner Darmkrebs-Spezialist als Liebhaber dieser hochmodernen OP-Technik.
Wie immer finden Sie in FORUM Gesundheit auch wieder etliche Tipps und Ratschläge. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen viel Spaß beim Lesen – und bleiben Sie gesund!



Felix Burda starb 2001 mit nur 33 Jahren an Darmkrebs. Vor seinem Tod gab er den Anstoß zur Gründung einer Stiftung zur Präventionsförderung.

Herzlichst, Ihre

Foto: Felix Burda Stiftung

40 **Clownin Bimbambine besucht Demenzkranke in Lahnstein**

36 **SAPV-Pionier im Interview**

50 **Was gegen Wechseljahresbeschwerden hilft**

TITELTHEMA

SCHLEICHENDE GEFAHR
Darmkrebs ist eine der häufigsten Krebserkrankungen in Deutschland. Leider bemerkt man ihn am Anfang nicht selbst. **8**

DARMKREBS-CHIRURGIE
Ein Interview mit dem Berliner Chirurgen Dr. Michael Holmer über den neuesten Stand der Medizin. **12**

PATIENTENGESCHICHTE
Klaus Becker hatte Darmkrebs im fortgeschrittenen Stadium. Heute ist er krebsfrei, hat aber so einiges durchgemacht. **16**

IN DREI SCHRITTEN DEN KREBS VERMEIDEN
Wie Sie Ihr Darmkrebsrisiko drastisch senken? Durch die richtige Prävention. Mit Test. **18**

AKTUELLES

ERNÄHRUNGSSTUDIE
Länger leben mit Gemüse, Getreide und Hülsenfrüchten – eine neue Untersuchung liefert Belege für den höheren Gesundheitswert von pflanzlichem Eiweiß gegenüber tierischem. **24**

RAT UND HILFE

WOHLTUENDES WASSER
Marken-Abfüllung, Wellness-Drink, Billig-Sprudel oder einfach Leitungswasser – was trinken? **26**

PFLEGEZUSATZVERSICHERUNG
Unser Finanztipp über Vor- und Nachteile von Zusatzversicherungen angesichts der Pflegereform. **28**

BÜCHERTIPPS **29**

NATURHEILVERFAHREN

NARBENENTSTÖRUNG
Sieht aus wie Akupunktur, pikst aber nicht: Der Naturheiler Pablo Bianchini behandelt Narben mit Licht. **30**

TITELFOTO: IMAGO / SCIENCE PHOTO LIBRARY

54 **Warum sich mehr Kommunikation zwischen Arzt und Patient lohnen würde**

FAMILIE

KEINE NÜSSE FÜR DIE KLEINSTEN
Wenn Kinder Fremdkörper verschlucken, kann das gefährlich werden. Eltern sollten vorbereitet sein. **34**

BEGLEITUNG ZU HAUSE
Paul Herrlein im Gespräch über die Entwicklung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung. **36**

SENIOREN

MITGEMACHT UND MITGELACHT
Sabine Link arbeitet ehrenamtlich mit Demenzkranken. Als Clownin Bimbambine. **40**

DEMENTE ALS VERSUCHSKANINCHEN?
Eine Initiative des Bundesgesundheitsministeriums sorgt weiterhin für Kontroversen. **43**

MEDIZIN

E-HEALTH: CHANCEN UND RISIKEN
Was bringen Apps, Wearables & Co.? Experteninterview mit Tobias Neisecke, Berlin. **44**

NEUE NIERE PER ROBOTER
Prof. Dr. Michael Stöckle gelang die erste roboter-assistierte Nierentransplantation Deutschlands. **48**

LEBENSSTIL IST ENTSCHEIDEND
Der Frauenarzt Dr. Klaus-Henning Kraft verrät, was gegen Beschwerden in der Menopause hilft. **50**

TEURE SPARSAMKEIT
Patientenberatung wird Ärzten oft nicht ausreichend vergütet. Doch mehr Kommunikation würde sich lohnen. **54**

SPRECHENDE MEDIZIN
Prof. Dr. Norbert Graf lehrt Medizinstudenten, wie man ein richtiges Patientengespräch führt. **56**

PRÄVENTION

GESUND AM ARBEITSPLATZ
Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) kann auch in kleineren Betrieben funktionieren. Zwei Beispiele. **60**

CHEFSACHE GESUNDHEIT
IKK-Geschäftsführer Prof. Dr. Loth über die Vorteile von Prävention für kleinere und mittlere Unternehmen. **62**

FITNESS

RUMPF IST TRUMPF
Core-Training kümmert sich gezielt um die Rumpfmuskulatur. Mit vielen Übungsbeispielen. **64**

IMPRESSUM FORUM GESUNDHEIT erscheint in FORUM – Das Wochenmagazin.
Verlag: FORUM Agentur für Verlagswesen, Werbung, Marketing und PR GmbH, Deutschmühlental, Am Deutsch-Französischen Garten, 66117 Saarbrücken, Telefon 0681-93613-2.
Geschäftsführung: Susanne Kleehaas (V.i.S.d.P.). **Verlagsleitung:** Dr. Bernd Coen.
Redaktion: Peter Böhnel **Layout:** Sibylle Schmidt

FOTOS: TOBIAS VOLLMER — JENNIFER WEYLAND — ISTOCK / BERNARDASV — FOTOLIA / COLDWATERMAN

Victor's FINE DINING BY CHRISTIAN BAU

Tasting & Wine Pairing
als Lunch

Saturday-Midday-Fever. Blickfang. Hochgenuss. 4 Gänge. 3 Gläser Wein. Café

Jeden Samstagmittag & Sonntagmittag

Für € 178 pro Gast.
Unter 06866 79-118 freuen wir uns, von Ihnen zu hören.

Victor's FINE DINING by Christian Bau
im Victor's Residenz-Hotel Schloss Berg
Schloßstraße 27–29 · D-66706 Perl-Nennig/Mosel · Telefon +49 6866 79-118
info@victors-fine-dining.de

www.victors-fine-dining.de

Ein Unternehmen der Victor's Residenz-Hotels GmbH
Kurfürstendamm 100 · D-10709 Berlin

Nach dem Urlaub abgespannt: Lebererkrankung mögliche Ursache

Wer nach dem Urlaub etwa im Mittelmeerraum aus unerklärlichen Gründen müde und abgespannt ist, sollte seine Leber überprüfen lassen. Gleiches gilt bei Konzentrationsschwäche und Antriebsarmut, rät der Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen. Es können Anzeichen für eine Lebererkrankung wie Hepatitis A sein. Das Virus ist in der Mittelmeerregion verbreitet und kann zum Beispiel durch verunreinigtes Trinkwasser übertragen werden. Bei gesunden Menschen heilt die Erkrankung meist von selbst aus. Schützen kann eine Impfung.

Keimfrei-Putzmittel sind problematisch

Putzmittel zum Bekämpfen von Keimen oder stärkere Desinfektionsmittel sind nur in Ausnahmefällen etwas für den Haushalt. Dazu rät die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen.
Denn beide bekämpfen nicht nur Keime, die krank machen, sondern auch gesundheitlich unbedenkliche. Letztere sind aber gut für den normal gesunden Menschen: Sie stärken die Abwehrkräfte.
Daher sollten stark desinfizierende Mittel nur in Krankenhäusern angewendet werden sowie im Haushalt in Extremfällen, etwa wenn ein Bewohner ansteckend krank ist. Außerdem können die Inhaltsstoffe der Haut zusetzen und sogar die Ausbildung von Allergien fördern.
Wer wirklich etwas desinfizieren muss, sollte dann auch zu entsprechenden Mitteln greifen. Denn Haushaltsreiniger, die Keimen entgegenwirken sollen, haben meist nur eine niedrige Konzentration desinfizierender Stoffe, erklären die Verbraucherschützer. Das sorgt letztlich dafür, dass Bakterien vermehrt resistent werden.

Macht Essen nach 18.00 Uhr dick?

Zum Thema schlank werden oder bleiben gibt es unzählige vermeintliche Weisheiten. Eine ist: Essen nach 18.00 Uhr macht dick. Aber stimmt das eigentlich? Jein, sagt Prof. Andreas Pfeiffer, Leiter der Medizinischen Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselmedizin an der Charité Berlin Campus Benjamin Franklin. Es lasse sich durchaus beobachten, dass die gleiche Mahlzeit morgens und abends anders vom Körper verarbeitet wird. Der Blutzuckeranstieg nach dem Essen ist abends höher, und der Fettstoffwechsel funktioniert langsamer. „Abends essen ist ungünstiger“, fasst Pfeiffer zusammen. Und das gilt unabhängig davon, was man zu sich nimmt. Aber: „Ein Zusammenhang mit Gewichtszunahme ist nicht eindeutig belegt.“ Wer auf seine Figur achten möchte, könne in der ersten Hälfte des Tages mehr essen und sollte abends möglichst wenig – also kalorienarm – essen. Pfeiffer rät zum Beispiel zu Salat und Gemüse. Oft hilft es aber auch schon, abends auf Alkohol und Knabberei zu verzichten.

Kaugummi kauen:

DRUCKAUSGLEICH BEIM FLIEGEN MIT KINDERN UNTERSTÜTZEN

Besonders der Landeanflug macht Kindern oft Ohrweh.

Die wechselnden Druckverhältnisse auf Flugreisen machen Säuglingen und Kleinkindern besonders zu schaffen. Kleinkinder sollten am besten beim Starten und vor dem Landen ein Bonbon lutschen oder einen Kaugummi kauen, empfiehlt der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ). Säuglinge können zwei bis drei Schlucke trinken. Die Gehörgänge werden durch das Schlucken, Kauen oder Gähnen belüftet, und das ermöglicht einen Druckausgleich im Ohr.
Schlafen sollten Kleinkinder und Babys deshalb während des Sinkfluges nicht.
www.kinderaerzte-im-netz.de

FOTOS: ISTOCK / FOXYS_FOREST_MANUFACTURE — ISTOCK / NOBLIGE — PETER BÖHNEL

Krebs-Therapie:

ONLINE-PETITION FÜR THERAPEUTISCHE HYPERTHERMIE

Reinhilde Detemple und Emanuela Uhrig wollen den Deutschen Bundestag überzeugen.

Die Saarländische Krebsliga hat eine Online-Petition an den Deutschen Bundestag gestartet. Ziel: Die Hyperthermiebehandlung für Krebskranke soll von allen Krankenversicherungen bezahlt werden. Nun sucht die Liga Unterstützer. „Wir haben jetzt knapp 40.000 Unterschriften, unser Ziel sind mindestens 120.000“, so Emanuela Uhrig von der Saarländischen Krebsliga. Die Liga betreut Krebspatienten bundesweit.

Die Therapeutische Hypothermie wird in der Naturheilkunde zur Unterstützung von Chemotherapie oder Bestrahlung eingesetzt. Hierbei wird das Tumorgewebe gezielt überwärmt. Die Krebsliga-Vorsitzende Reinhilde Detemple verweist auf positive Erfahrungen zahlreicher Krebspatienten in ganz Deutschland, die sie über die Krebsliga betreut. Seit über 40 Jahren kämpft Detemple schon dafür, dass das Verfahren neben Chirurgie, Chemo- und Strahlentherapie als vierte Säule der Krebsmedizin anerkannt wird. Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten die Kosten für Hyperthermie bisher nicht. Das soll sich nach dem Willen der Saarländischen Krebsliga nun ändern. Doch es geht nicht nur um die Kostenübernahme. Dadurch, dass die Hyperthermie (noch) als Alternativmedizin gilt, wird sie von vielen Krebspatienten erst entdeckt und ausprobiert, wenn die klassische Therapie versagt hat oder der Krebs zurückgekommen ist. „Dabei wäre es viel wirkungsvoller, die Hypothermie von Anfang an unterstützend einzusetzen“, so Detemple.

Zur Petition: QR-Code links oder www.saarl-krebsliga.de

Parkinson geht nicht selten mit Depression einher

Parkinson bereitet Betroffenen oft auch psychische Probleme. Bei rund 40 Prozent beeinträchtigen Depressionen die Lebensqualität zusätzlich, erläutert der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN). Sie können sich im Verlauf der Erkrankung entwickeln, aber auch schon im Vorfeld oder im Frühstadium auftreten. Je früher eine Depression erkannt wird, desto besser kann sie behandelt werden. In Deutschland haben laut BVDN rund 220 000 Menschen Parkinson, die Erkrankung ist zurzeit nicht heilbar. Die Symptome wie Bewegungsstörungen, Muskelzittern und Gleichgewichtsstörungen lassen sich mit Medikamenten verringern.

Brennen in den Füßen mögliches Anzeichen für Nervenschädigung

Brennen oder Taubheitsgefühle in den Füßen können ein Anzeichen für eine Nervenschädigung sein. Die Beine fühlen sich dabei unter Umständen auch geschwollen an, oder Betroffene spüren einen Druck in den Füßen, obwohl die Schuhe nicht zu eng sind, wie der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) erläutert. Die Beschwerden bei der sogenannten Polyneuropathie treten vor allem in Ruhe, meist nachts auf. Häufig sind Diabetiker betroffen.

Bei Insektenstichen nicht kratzen

Bei einem Insektenstich sollte man möglichst nicht kratzen. Denn dadurch könne es zu Infektionen kommen, erläutert Christine Eichler, Chefärztin des Evangelischen Zentrums für Altersmedizin in Potsdam. Anzeichen dafür sind etwa Verhärtungen und Schmerzen an der Einstichstelle. Einen solchen Fall sollte man unbedingt vom Arzt abklären lassen.

SCHLEICHENDE GEFAHR

Darmkrebs ist eine der häufigsten Krebsarten. Das Erkrankungsrisiko eines Deutschen liegt im Schnitt bei fünf Prozent. In der Anfangsphase macht der Krebs keine Beschwerden. Dabei könnte rechtzeitige Früherkennung diese lebensbedrohliche Krankheit drastisch zurückdrängen.

*Von **Alexander Schmid***

Bei Frauen liegt der Darmkrebs hinter dem Brustkrebs auf Rang zwei der häufigsten Krebsarten. Männern kriegen noch häufiger Darmkrebs als Frauen. Dass er bei ihnen „nur“ auf Platz drei rangiert, liegt an den vielen Lungenkrebspatienten und dem Spitzenreiter Prostatakarzinom.

2012 wurde bei 28.490 Frauen und 33.740 Männern erstmals ein Darmkrebs festgestellt. Immerhin, dieses Jahr werden laut Schätzung der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V und des Zentrums für Krebsregisterdaten im Robert-Koch-Institut etwas weniger erkranken: 27.600 Frauen und 33.400 Männer.

FOTO: FOTOLIA / PSDESIGN1

Dabei waren die Zahlen bis 2008 kontinuierlich gestiegen. Zwischen 1990 und 2004 hatten sich die Erkrankungen bei den Männern sogar verdoppelt. Als Grund für das (vorläufige) Bremsmanöver dieser Lawine vermuten die Experten vermehrte Angebote zur Krebsfrüherkennung. Insbesondere die Darmspiegelung spielt hier eine wichtige Rolle. Warum, dazu später. Grundsätzlich steigt die Darmkrebshäufigkeit mit dem Alter an. Unter 55 Jahren ist Darmkrebs noch sehr selten.

WO DER DARMKREBS SITZT

Darmkrebs betrifft eigentlich nur die letzten anderthalb Meter unseres Darms. Dieser krebsanfällige Abschnitt beginnt im Bereich des Blinddarms und besteht aus Dickdarm (Kolon) und Enddarm (Rektum, siehe Bild rechts). Der Mediziner redet vom kolorektalen Karzinom. Karzinome sind Krebserkrankungen, die vom Deckgewebe der Haut oder Schleimhaut ausgehen. Beim kolorektalen Karzinom geht die krankhafte Wucherung von der Darmschleimhaut aus. Zwar kann es auch im Bereich des Dünndarms zu Tumoren kommen, die sind aber sehr selten.

Der kolorektale Teil des menschlichen Darms sieht aus wie ein umgekehrtes U. Er steigt im Bereich des Blinddarms auf der rechten Körperseite nach oben, verläuft dann weiter oben in der Bauchhöhle quer nach links, wo er wieder hinunterführt und schließlich im After mündet.

ARZT- UND KLINIKWAHL WICHTIG

Nicht nur die Schwere der Krebserkrankung beeinflusst die Heilungschancen des Darmkrebspatienten. Eine wichtige Rolle spielen auch die Erfahrung des Chirurgen und die Häufigkeit, mit der Darmkrebs in der jeweiligen Klinik operiert wird. Bei einem erfahrenen Operateur in einem renommierten Darmkrebszentrum kann die Überlebensrate bis zu 30 Prozent höher sein, schätzt der Berufsverband deutscher Internisten.

Nur eine Darmspiegelung kann den Krebs sicher und frühzeitig enttarnen

Die Aufgabe dieses U als Verdauungsorgan ist vornehmlich die Aufnahme von Wasser. Seine Nährstoffe ist der Darminhalt bereits im Magen und im Dünndarm losgeworden.

WIE DER KREBS ENTSTEHT

Krebszellen sind entartete (mutierte) Körperzellen. Gründe für diese Mutationen gibt es viele. Strahlen, Gifte oder bestimmte Viren zum Beispiel. Normalerweise erkennt unsere körpereigene Abwehr solche mutierten Zellen und macht sie unschädlich. Doch manchmal klappt das eben nicht so wie vorgesehen. Zu viele Mutationen, zu schwache Abwehr … oder einfach zu großes Pech. Stirbt die Zelle nicht aufgrund der Mutation ab und wird sie auch nicht vom Immunsystem zerstört, kann sie sich weiter teilen und vermehren. So kann schließlich eine bösartige Geschwulst mit eigener Blutversorgung entstehen.

Bei manchen Dingen, die offensichtlich zum Darmkrebs führen, wissen die Forscher noch nicht so genau, warum sie das tun, weshalb sie lieber von Risikofaktoren reden als von Ursachen. Ein Risikofaktor lässt sich oft anhand von Statistiken feststellen. Zum Beispiel sind Raucher deutlich häufiger von Darmkrebs betroffen als Nichtraucher.

DIE WICHTIGSTEN DARMKREBS-RISIKOFAKTOREN:

- Rauchen
- Zu viel Alkohol
- Ungesunde Ernährung
- Bewegungsmangel
- Genetische Vorbelastung
- Hohes Alter

Darmkrebs entsteht nicht über Nacht. Es dauert viele Jahre, bis sich der Tumor entwickelt. Die Forschung hat herausgefunden, dass Darmkrebs meist aus zunächst gutartigen Wucherungen der Schleimhaut auf der Innenseite des Darms entsteht. Diese sogenannten Darmpolypen bleiben normalerweise harmlos. Doch manchmal können sie sich in mehreren Schritten zum Karzinom entwickeln. Der Prozess dauert etwa zehn Jahre. Dieses Wissen hat die Prävention von Darmkrebs stark verbessert.

DIAGNOSE DARMKREBS

Wie Sie einen Darmkrebs an sich selbst erkennen? Das ist schwierig bis unmöglich. Zumindest in der Anfangsphase macht er keine oder nur wenige Beschwerden. Und kommt es dann zu Beschwerden, könnten sie auch von anderen Ursachen herrühren. Das heißt, die Symptome für Darmkrebs sind meist unspezifisch. Meist legt das sogenannte Reizdarmsyndrom eine falsche Fährte. Dann führen Nahrungsmittelunverträglichkeiten zu Beschwerden, die Angst vor Darmkrebs machen. Reizdärme füllen die Hälfte des Wartezimmers beim Gastroenterologen (Magen-Darm-Arzt). Und doch tun diese Patienten gut daran, hier zu sitzen. Denn nur die Darmuntersuchung durch den Spezialisten kann den Krebs ausschließen. Oder eben rechtzeitig erkennen.

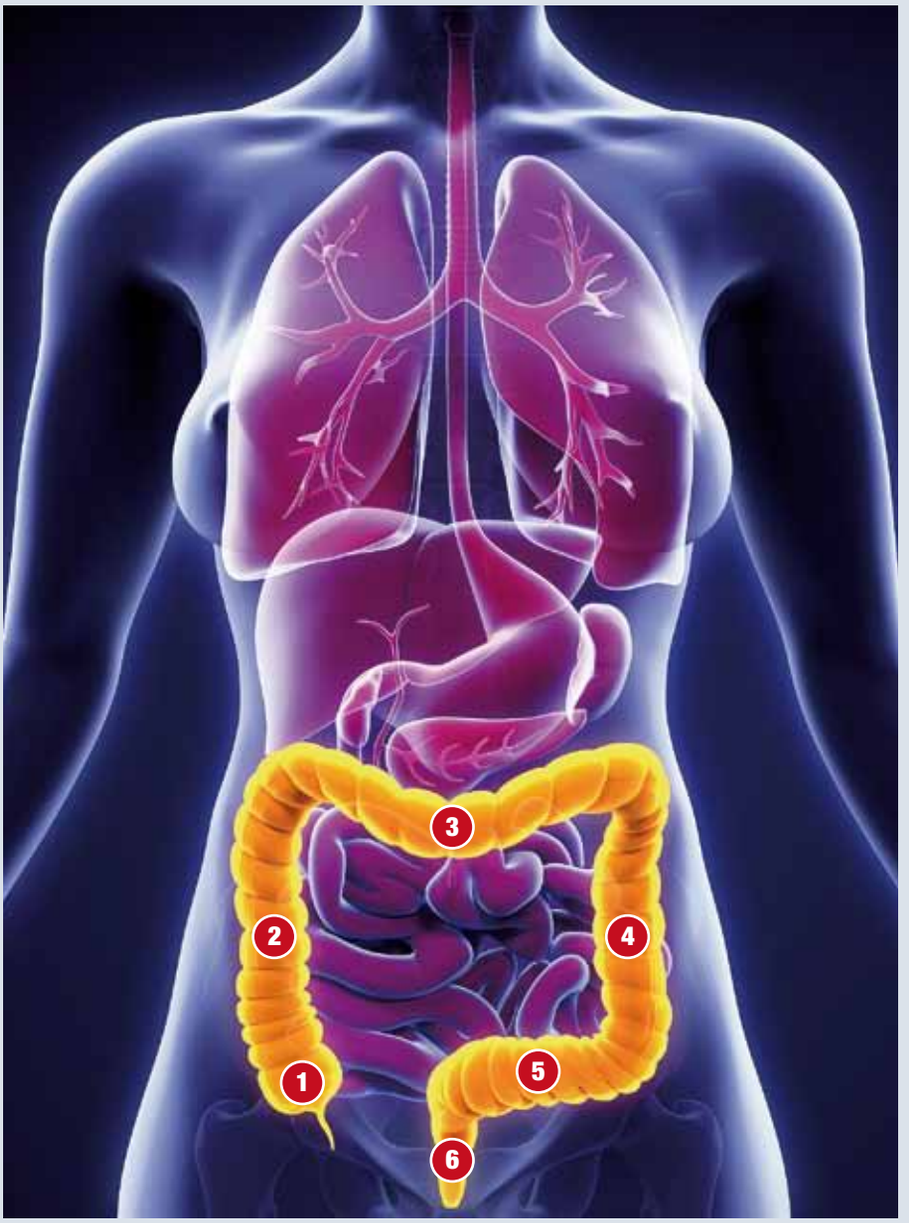
Die zuverlässigste Untersuchungsmethode zur Darmkrebsdiagnose ist die Darmspiegelung, die Koloskopie. Eine kleine Kamera zeigt dem Arzt den Zustand der Darmschleimhaut. Dabei kann der Arzt schon kleinere, verdächtige Wucherungen entfernen.

BEHANDLUNG

In fast allen Fällen muss ein kolorektales Karzinom chirurgisch entfernt werden. Im ganz frühen Stadium kann der Arzt das endoskopisch durch den After erledigen. Etwa im Rahmen einer Koloskopie. Ansonsten landet der Patient auf dem OP-Tisch (Siehe auch seite 12) und der Chirug schneidet alles heraus, was befallen ist. Zum Glück kann der Mensch auch mit einem verkürzten Dickdarm noch ganz gut leben. Manchmal jedoch wird ein künstlicher Darmausgang fällig. In seltenen Fällen können auch Beckennerven zerstört werden, was zu Inkontinenz oder Sexualproblemen führt.

Wie auch bei vielen anderen Krebsarten lässt sich der Darmkrebs umso besser behandeln, je früher er erkannt

FOTO: FOTOLIA / NERTHUZ



DARMCHINESISCH

Bei Laien sorgt die Benennung der verschiedenen Gedärme oft für Verwirrung. Das liegt an unterschiedlichen Namen für identische Abschnitte. Der Enddarm wird auch Mastdarm oder Rektum genannt. Der Dickdarm heißt gleichzeitig Grimmdarm, lateinisch Colon und eingedeutscht Kolon. Der Dickdarm wird wiederum in mehrere Abschnitte unterteilt: Über dem Blinddarm (Caecum) mit dem Wurmfortsatz (Appendix) beginnt der aufsteigende Teil des Dickdarms (Colon ascendens), dann folgen Querdarm (C. transversum), absteigender (C. descendens) und S-Darm (Colon sigmoideum, Sigma).

1. **BLINDDARM**
2. **AUFSTEIGENDER DICKDARM**
3. **QUERDARM**
4. **ABSTEIGENDER DICKDARM**
5. **S-DARM**
6. **ENDDARM**

wird. Neben der klassischen offenen OP operieren die Chirurgen heute auch minimal-invasiv durch sehr kleine Schnitte im Bauchraum, oft als Schlüsselloch-OP bezeichnet.

Nach der OP wandern Tumor und umliegendes Gewebe ins Labor zur histologischen Untersuchung. Sind weitere Organe befallen? Dann muss weiter behandelt werden. Um das Risiko eines Rückfalls zu senken, kriegen Patienten mit größeren Tumoren oder befallenen Lymphknoten nach der Operation auch noch eine Chemotherapie, meist über ein halbes Jahr. Sie kann auch mit Bestrahlung kombiniert werden. Ziel ist das Ausschalten versteckter Tumorzellen im Körper, um einer Rückkehr des Krebses (Rezidiv) vorzubeugen.

HEILUNGSAUSSICHT

Die sogenannte 5-Jahres-Überlebensrate liegt im Falle von Darmkrebs bei 62 Prozent. Das heißt, fünf Jahre nach der Diagnose (und Behandlung) lebt noch etwas mehr als die Hälfte der Erkrankten. Das ist aber nur ein Durchschnittswert. Die Prognose schwankt stark, je nachdem, wie weit fortgeschritten der Krebs schon ist. Sie reicht von hervorragend bis fast hoffnungslos. Kolorektale Karzinome werden in vier Stadien eingeteilt. Je nach Größe und Gefährlichkeit. Nach der OP eines Stadium-I-Tumors ist keine anschließende Chemotherapie nötig, und die 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei guten 95 Prozent. Wurde ein Stadium-IV-Tumor klassifiziert, sind die Heilungschancen nach der OP sehr schlecht und die Chemo kann den Tod vielleicht noch ein Jahr hinauszögern. Wie auch immer: Nach jeder Krebsbehandlung sind lebenslang Folgeuntersuchungen notwendig, um eine eventuelle Rückkehr des Tumors rechtzeitig zu erkennen.

„Am liebsten operiere ich minimal-invasiv“

Chirurg **Dr. Michael Holmer** vom Darmkrebszentrum der Berliner Charité über den neuesten Stand der Operationstechnik bei Darmkrebs.

Interview: ***Peter Böhnel***

FOTO: MICHAEL BRUNNER

Herr Dr. Holmer, was macht den Erfolg einer Darmkrebs-OP aus? Worauf kommt es an?

Ziel ist es, den Tumor vollständig zu entfernen. Dabei ist es wichtig, nicht nur den tumortragenden Darmabschnitt, sondern insbesondere auch das zugehörige Lymphabflussgebiet zu entfernen, um ein Tumorrezidiv (die Rückkehr des Krebses) zu verhindern oder zumindest das Risiko zu minimieren. Eventuell müssen bei fortgeschrittenen Tumoren auch Nachbarorgane beziehungsweise benachbarte Gewebe entfernt werden, sollte der Tumor diese bereits infiltrieren. Wie umfangreich letztlich die OP sein muss, hängt von der Größe und Lage des Tumors ab.

Operieren Sie lieber offen oder minimal-invasiv, das heißt mit der sogenannten Schlüssellochtechnik?

Ich persönlich operiere lieber minimal-invasiv. Nach Möglichkeit werden in unserer Klinik auch alle Patienten minimal-invasiv operiert. Das ist nicht nur kosmetisch vorteilhafter, sondern vor allem für die postoperative Behandlung schonender.

Kann man nach dem Eingriff eine genauere Prognose für den Patienten treffen?

Die Prognose lässt sich letztendlich nach der feingeweblichen Untersuchung (Histologie) des OP-Präparates abschätzen, wobei es sich hierbei um Anhaltswerte handelt. Abhängig ist die Prognose im Wesentlichen von der Infiltrationstiefe des Tumors in die Darmwand sowie von einem etwaigen Befall von Lymphknoten. Ferner ob der Tumor bereits in andere Organe, wie Leber oder Lunge, metastasiert hat. Im letzten Fall handelt es sich um sogenannte Fernmetastasen. Metastasen sind Tumorabsiedlungen. In Bezug auf die Prognose spricht man von der Fünfjahres-Überlebensrate, das heißt die Anzahl der Patienten, die nach fünf Jahren noch leben. Ist der Tumor auf die Darmwand beschränkt, ohne Lymphknoten- oder Fernmetastasen, so leben nach fünf Jahren noch etwa 85 bis 96 Prozent der betroffenen Patienten. Sollten dagegen bereits Fernmetastasen vorhanden sein, so sinkt die Fünfjahres-Überlebensrate auf etwa 20 bis 40 Prozent.

Gibt es auch Darmkrebspatienten, die ohne OP geheilt werden können?

Bei sehr kleinen Tumoren gibt es unter bestimmten Gegebenheiten die Möglichkeit, die Tumoren auch im Rahmen einer Darmspiegelung endoskopisch zu entfernen und somit ohne Operation kurativ zu behandeln. Ferner gibt es auch Ansätze, Tumoren im End- beziehungsweise Mastdarm durch eine kombinierte Radiochemotherapie zu heilen, wobei es hierfür noch keine verlässlichen Studienergebnisse und somit keine allgemeingültigen Therapieempfehlungen gibt. In der Regel ist eine Operation erforderlich.

Haben Sie auch fortgeschrittene Krebsfälle, in denen eine OP unterlassen wird, weil sie nichts bringt?

Auch solche Fälle gibt es. Hierbei liegt in der Regel eine fortgeschrittene Tumorerkrankung mit zahlreichen Metastasen vor. Eine Operation ist in einem solchen Fall nur dann noch sinnvoll möglich, wenn Aussicht besteht, alle Tumormanifestationen, das heißt sowohl den Darmtumor als auch seine Metastasen, vollständig operativ entfernen zu können. Andernfalls würde man in der Regel eine Chemotherapie empfehlen. Die Entscheidung für das eine oder andere Verfahren wird prinzipiell immer im Rahmen einer interdisziplinären Tumorkonferenz getroffen, in der neben der Chirurgie auch andere Fachrichtungen (Onkologie, Gastroenterologie, Strahlenheilkunde, Radiologie) vertreten sind.

Wie lange dauert eine Darmkrebs-OP im Schnitt?

Priv.-Doz. Dr. med. Christoph Holmer leitet seit diesem Jahr die Kolorektale Chirurgie (= Fachbereich für Darmoperationen) am Campus Benjamin Franklin der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Der Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie studierte Medizin in Berlin und Dresden.
Der Fachbereich von Christoph Holmer ist Teil des Interdisziplinären Darmkrebszentrum der Charité. Neben dem Campus Benjamin Franklin sind auch die Standorte Campus Charité-Mitte und Campus Virchow-Klinikum beteiligt. Am Campus Benjamin Franklin wird knapp die Hälfte aller Patienten des interdisziplinären Darmkrebszentrums behandelt. Im Jahr 2015 waren es insgesamt 227 neuerkrankte Patienten, von denen 204 operiert wurden.

Die Dauer einer Darmkrebsoperation hängt von der Lokalisation des Tumors im Darm ab. Ferner spielen patientenindividuelle Faktoren, wie zum Beispiel Fettleibigkeit, eine Rolle. Dementsprechend kann die Dauer eines operativen Eingriffes variieren. In der Regel dauert eine Darmkrebsoperation circa zweieinhalb bis drei Stunden. In Einzelfällen kann es auch bis zu zehn Stunden dauern, insbesondere bei einer Rezidiv-Operation. Das heißt, wenn der Tumor nach einer OP erneut auftreten sollte, kann die nächste Operation ziemlich aufwendig werden.

Sie haben eben angesprochen, dass Sie bevorzugt minimal-invasiv operieren. Seit 2014 haben Sie an der Charité auch ein Da-Vinci-System. Das ist ein Roboter, der vom Chirurgen gesteuert wird. Was ist das Besondere an so einer High-tech-OP bei Darmkrebs?

Am Da-Vinci-System werden die Operationen analog zu den herkömmlichen laparoskopischen Eingriffen minimal-invasiv, das heißt in Schlüssellochtechnik, durchgeführt. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von roboter-assistierter Laparoskopie. Der Operateur steht hierbei nicht mehr unmittelbar am Patienten beziehungsweise am OP-Tisch, sondern sitzt im OP-Saal an einer Steuerkonsole, über die die Roboterarme des Da-Vinci-Systems mit den laparoskopischen Mikroinstrumenten in Echtzeit und zitterfrei gesteuert werden. Der Operateur ist zu jederzeit vollständig Herr der Operation. Selbst-

Auch beim Darmkrebs sind minimal-invasive Techniken auf dem Vormarsch. Hier ein roboter-assistierter Eingriff mit dem Da-Vinci-System.

ständig führt der OP-Roboter keine einzige Bewegung aus. Das Operationsgebiet sieht der Operateur über eine Kamera vergrößert und in 3D-Technik hochauflösend auf einem Monitor. Bedeutung hat der OP-Roboter durch die nahezu vollständige Bewegungsfreiheit der Instrumente insbesondere in engen Operationsfeldern, wie sie bei Eingriffen im Becken vorliegen. Zur Anwendung kommt der OP-Roboter in unserer Klinik somit bislang vor allem bei Operationen bei End- beziehungsweise Mastdarmkrebs, aber auch bei Tumoren im sogenannten S-Darm (Colon sigmoideum).

Was sind die Vorteile der Da-Vinci-OP für den Patienten?

Neben den allgemeinen Vorteilen der minimal-invasiven Chirurgie (kürzere Erholungsphase, kürzerer Krankenhausaufenthalt, geringerer Schmerzmittelbedarf, bessere Kosmetik) sehen wir als Vorteil der Da-Vinci-OP: eine bessere Schonung der Beckennerven mit einem geringeren Risiko für Blasen- und Sexualfunktionsstörungen sowie Inkontinenzproblemen.

Wie hoch ist der Anteil robotergestützter Eingriffe unter allen Darmkrebs-OPs in Ihrer Klinik?

Etwa 10 bis 15 Prozent unserer Patienten werden roboter-assistiert operiert.

In welchen Fällen kommt das System zum Einsatz?

Wenn wir wissen, dass diese minimal-invasive Technik auch durchführbar ist, und wir absehen können, dass wir während des Eingriffs nicht zu einer offenen OP wechseln müssen. Bei bestimmten Patienten können wir die roboter-assistierte OP nicht einplanen, zum Beispiel bei starker Fettleibigkeit.

Wie geht's nach einer Operation weiter? Wie sieht die Nachsorge aus?

In Abhängigkeit des Tumorstadiums kann eine nachfolgende, sogenannte adjuvante Chemotherapie erforderlich sein, zum Beispiel bei nachgewiesenen Lymphknotenmetastasen im OP-Präparat. Bei bestimmten Gegebenheiten kann im Falle eines Mastdarmkrebses auch eine kombinierte Radiochemotherapie nach der Operation sinnvoll sein, also eine Kombination aus Strahlen- und Chemotherapie. Sollte der Tumor auf die Darmwand beschränkt sein, ohne Lymphknoten- oder Fernmetastasen, so ist in der Regel nach der Operation keine weitere Therapie indiziert. Grundsätzlich ist aber eine Nachsorge notwendig. Die Nachsorge sollte leitliniengerecht nach der Leitlinie für Darmkrebs erfolgen. Das ist die S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Sie sieht bestimmte diagnostische Maßnahmen zu definierten Zeitpunkten über einen Zeitraum von fünf Jahren nach erfolgter Therapie des Darmkrebses vor. Zum Beispiel körperliche Untersuchung, Darmspiegelung, Sonographie, Tumormarker-Bestimmung. Ziel der Nachsorge ist es, für eine Lebensverlängerung und subjektiv für eine bessere Lebensqualität zu sorgen, durch das frühzeitige Erkennen eines Tumorrezidivs, von Fernmetastasen oder aber sogenannten Zweittumoren.

Zur Darmkrebsprävention wird ja die Darmspiegelung empfohlen. Haben Sie selbst schon mal eine bei sich vornehmen lassen?

Bislang nicht. Sobald ich aber das entsprechende Alter erreicht habe oder gewisse Symptome bekomme, würde ich definitiv eine Darmspiegelung machen lassen.

Wird es in absehbarer Zeit Frühdiagnose-Verfahren geben, die die Darmspiegelung überflüssig machen, zum Beispiel verfeinerte Stuhltests?

Nach meinem Dafürhalten nicht. Es gibt zwar bereits neben dem im Rahmen des gesetzlichen Früherkennungsprogramms etablierten Test auf Blut im Stuhl (dem sogenannten Hämoccult-Test) weitere Stuhltests, die zum Beispiel nach krebstypischen Enzymen suchen, oder auch genetische Tests zum Nachweis von Tumor-DNA. Die kommen aber hinsichtlich der Genauigkeit nicht an eine Darmspiegelung heran. Goldstandard bleibt somit in der Darmkrebsvorsorge bis auf Weiteres die Darmspiegelung.

„Der OP-Roboter kommt vor allem in engen Operationsfeldern der Beckenregion zur Anwendung"

FOTO: PICTURE ALLIANCE / EMPICS

Betreutes Wohnen · Langzeitpflege · Kurzzeitpflege

Ich will mein Leben leben

Leben Sie *Ihr* Leben in einer
Residenz von Pro Seniore!

„Wenn man irgendwas benötigt, ist immer sofort Hilfe da. Man ist nie allein.
Außerdem gibt es jeden Tag irgendetwas zu tun oder zu erleben."
Elfriede Luy

Über 100 x in Deutschland

www.pro-seniore.de
Info-Hotline 01801 848586
(3,9 ct/min a.d.dt. Festnetz, Mobilfunk max. 42 ct/min)

pro seniore
Immer mehr

„Bei mir war es schon zwei Minuten nach zwölf“

Klaus Becker hat vier harte Jahre hinter sich: Mit **Darmkrebs im fortgeschrittenen Stadium** musste er nicht nur dem Tod von der Schippe springen, sondern auch mit den Tücken des französischen Gesundheitssystems kämpfen. Heute hat er den Krebs besiegt und leitet eine Selbsthilfegruppe. Aber er leidet immer noch an den Folgen der Behandlung.

Klaus Becker bestellt einen Cappucino. „Normalen Kaffee vertrage ich nicht mehr“, sagt er. Der Treffpunkt am Deutsch-Französischen Garten könnte nicht besser gewählt sein: Becker ist Deutscher, hat ein Haus in Frankreich und betrieb dort mit seiner Frau eine kleine Installationsfirma für Elektro, Heizung und Sanitär. Das ist aber Vergangenheit und gehört zum Tribut, den der Darmkrebs gefordert hat. Die Firma ist weg. Aber der Darmkrebs auch. „Und der kommt nicht wieder“, da ist er sich ganz sicher. Der gelernte Elektroinstallateur trägt ein weißes Shirt mit dem Logo eines französischen Heizungsherstellers. Frankreich aber hat er den Rücken gekehrt, wohnt wieder in seiner alten Heimatstadt Sulzbach im Saarland, während die Ehefrau aufs Haus in Frankreich aufpasst. Becker ist nicht gut zu sprechen auf seine ehemalige Wahlheimat. Wegen des Gesundheitssystems dort, wegen seiner Ärzte, mit denen er schlechte Erfahrungen machte. Denn um ein Haar wäre er gestorben, weil niemand den großen, wachsenden Tumor in seinem Darm bemerkte.

Vor vier Jahren, im Juli 2012 ging das Martyrium los. Da war Becker 59. „Ich ging zum Arzt, weil ich mich zunehmend schlapper fühlte. Ich hatte Schmerzen wie bei einem Leistenbruch, aber unter den Rippen, und ich hatte ungewöhnlich dünnen Stuhlgang“, erzählt Becker. „Doch mein Hausarzt überwies mich nicht weiter zum Spezialisten.“

Dann, im August, erlitt er einen Leistenbruch. Der Hausarzt war in Urlaub, die Vertretung überwies zur Leistenbruch-OP nach Saargemünd. „Dort gab’s aber frühestens im Januar einen Termin“, so Becker. Schlimm für den Handwerker: Wie sollte er mit Leistenbruch arbeiten? Ihm ging es immer schlechter. Er fand Blut im Stuhl, konsultierte im Oktober erneut einen Arzt. Der verstand kein Deutsch, und Becker spricht kaum Französisch. „Die Krankenschwester hat ihm übersetzt, dass ich Blut im Stuhl habe, aber es kam keine Reaktion“, sagt Klaus Becker.

Dann, im November, passierte es: Er war zu Besuch bei seinem Vater in Deutschland. In Sulzbach, nicht weit von der französischen Grenze entfernt. „Da bekam ich plötzlich starke Schmerzen, konnte nicht mehr richtig gehen.“ Statt den Notarzt zu rufen, fuhr er selbst mit dem Auto ins Krankenhaus. Zur Knappschaftsklinik Sulzbach waren es nur ein paar Minuten. „Dort gab’s dann Probleme wegen der Abrechnung mit meiner französischen Krankenkasse“, erinnert er sich. Doch der Oberarzt Dr. Patrizio Merloni kam hinzu, erfasste die Situation und verordnete sofort eine Koloskopie, eine Darmspiegelung. „Ich erinnere mich noch gut. Es war am 19. November, ein Montag. Meine Frau wartete draußen, erfuhr das Ergebnis während ich noch schlief und empfing mich schließlich mit den Worten: ‚Du, wir haben gleich noch einen Termin beim Chirurgen.‘“ Die Diagnose: Darmkrebs im fortgeschrittenen Stadium. „Bei der Untersuchung war der Arzt mit dem Endoskop gar nicht mehr am Tumor vorbeigekommen, so groß war er schon. Ich stand also kurz vorm Darmverschluss. ‚Das war eigentlich bereits zwei Minuten nach zwölf‘, sagte der Oberarzt zu mir.“ Merloni, der die Gastroenterologie in Sulzbach leitet, wollte Klaus Becker gar nicht mehr heimgehen lassen. Der Chefarzt der Chirurgie, Dr. Hinnerk Gebhard, ließ ihn dann auf Bitten noch zwei Tage nach Hause. Die nutzte er, um die Kassenabrechnung zu regeln. „Der Chirurg sagte später, das hätte man auch als Notfall abrechnen können.“

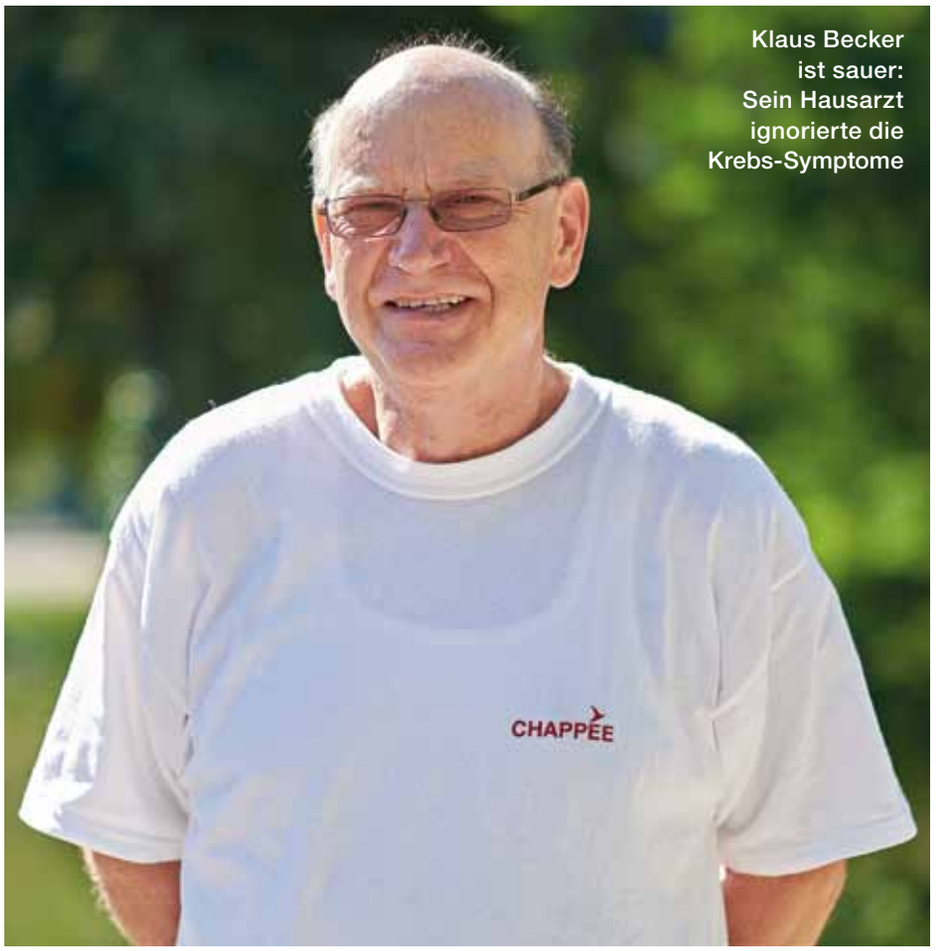
Der Arzt kam nicht mehr durch den Darm – so groß war der Tumor bereits

Becker aber hatte schon vorgesorgt: Seit dem 8. November hatte er wieder seinen Wohnsitz nach Deutschland verlegt und sich bei der Knappschaftskrankenkasse angemeldet, um sich in Deutschland behandeln lassen zu können. Genau der Fall trat jetzt ein. Donnerstags ging’s also wieder in die Klinik, zur OP-Voruntersuchung. „Zum Glück fand die Computertomografie keine Metastasen“, so Becker. Am Freitag sollte er dann gleich unters Messer, Eile war geboten. Doch zwei Ärzte aus dem OP-Team fielen kurzfristig aus, die OP musste auf Montag verschoben werden. „Der Chefarzt hielt sich aber am Wochenende bereit, für den Notfall.“

Dann, am Montag eine Woche nach der Diagnose, war es so weit. Die Chirurgen rückten dem Krebs zu Leibe. „Es war eine große, offene Bauch-OP“, erzählt Becker. „Der Schnitt war 25 Zentimeter lang, die OP dauerte sieben Stunden, und danach hatten sie gut die Hälfte meines Dickdarms rausgeschnitten.“ Dabei gelang es Chirurg Gebhard und seinem Team, den verbleibenden Darm wieder zu einer funktionierenden Einheit zu vernähen. „Ich brauchte kein Stoma, keinen künstlichen Darmausgang“, so Klaus Becker. Neben einem Stück Darm fehlen ihm seit der OP auch 17 Lymphknoten („meine linke Seite ist jetzt komplett leer“) und zwei Segmente der Leber, die wohl irgendwie verdächtig ausgesehen hatten. Sicher ist sicher.

Nach der OP ging das Zittern erst mal weiter. Nun stand die histologische Untersuchung an. War der Krebs bereits in benachbarte Gewebe eingedrungen, hatte

FOTO: PETER BÖHNEL



Klaus Becker ist sauer: Sein Hausarzt ignorierte die Krebs-Symptome

er sich gar schon in weiteren Organen eingenistet? Ein Labor in St. Ingbert wertete die Gewebeproben aus. Das Ergebnis ließ alle Beteiligten aufatmen: ohne Befund. Der Krebs hatte zwar die Darmwand schon vollständig durchdrungen, aber das umliegende Gewebe noch nicht infiltriert. Gerade noch mal gut gegangen. Doch damit war die Leidensgeschichte nicht zu Ende. Um einer Rückkehr des Krebses durch versteckte Tumorzellen vorzubeugen, musste Klaus Becker noch eine Chemotherapie machen. „Zum Jahreswechsel 2012/13 startete ich in der Onkologischen Tagesklinik in Saarbrücken mit der Behandlung“, erzählt Becker. „Eine Chemo mit Tabletten. Bis Juli schluckte ich insgesamt 800 Stück.“ Ihrer Aufgabe, die Rückkehr des Tumors zu verhindern, sind die Tabletten nachgekommen. Doch ihre Nebenwirkungen haben bleibende Schäden hinterlassen. „Bei mir war es das Hand-Fuß-Syndrom“, so Becker. „Die Hornhaut wurde abgestoßen, ich hatte neurologische Ausfälle.“ Bis heute hat er mit den Folgen zu kämpfen. Die Nerven in den Fußsohlen sind kaputt, was das Gehen erschwert, und manchmal leidet er unter Schwindel. Toxische Polyneuropathie heißt das Ganze. Halt gab ihm unter anderem die Darmkrebs-Selbsthilfegruppe in Saarbrücken, der er sich 2013 anschloss, im Jahr der Chemo.

Trotz allem: Der Krebs war weg. Zeit, durchzuatmen. Und Zeit, die Negativerfahrung mit dem französischen Gesundheitssystem aufzuarbeiten, auf das Klaus Becker stinksauer ist. „Die Franzosen interessierten sich nicht für EU-Regeln, nach denen ich hätte behandelt werden dürfen“, empört er sich. Gegen die Ärzte in Frankreich, die seine alarmierenden Beschwerden ignorierten (oder ihn nicht verstanden), ging Becker mithilfe eines Anwalts vor. „Es ging mir nicht darum, die gezahlten Beträge zurückzubekommen. Ich wollte, dass die Ärzte eine Abmahnung kriegen.“ Der ärztliche Gutachter habe jedoch entschieden, die Kollegen hätten keine Fehler gemacht, weil sie ja eben nichts gemacht hätten. Mit seiner alten Krankenkasse, der Sécurité Sociale, hatte er mehr Glück. „Die hatten meine Krankenscheine verschwinden lassen. Aber ich hatte noch die Originale von der Knappschaft“, sagt Becker. „Die Sécurité musste OP-Kosten und Krankengeld übernehmen.“

Heute lebt Klaus Becker von Erwerbsminderungsrente, wohnt wieder im Saarland und arbeitet gelegentlich bei einer Heizungsbaufirma. „Wartungsarbeiten. Höchstens drei Stunden am Tag, höchstens vier Tage die Woche. Schwer heben kann ich nicht mehr.“ Immerhin war die große OP in letzter Minute ein voller Erfolg. Trotz der Riesennarbe hat er dort keine Schmerzen. In der Onkologischen Tagesklinik kriegt er nun regelmäßig Lymphdrainage. Ohne die würde sein linker Bauch anschwellen, wegen der fehlenden Lymphknoten. Seine Ernährung musste Klaus Becker umstellen. „Ich vertrage vieles nicht mehr. Zum Beispiel kein Kohlgemüse.“ Der Selbsthilfegruppe ist er treu geblieben. Mehr noch: Vor einem Jahr hat er die Leitung übernommen. „Bei uns wird über alles gesprochen. Keine Tabus.“ Jeden ersten Donnerstag im Monat trifft sich die Gruppe. Meist kommen nur eine Handvoll Leute. „Wenige trauen sich“, klagt Becker. Dabei findet er den Austausch der Betroffenen sehr hilfreich. „Viele Darmkrebspatienten wissen nicht, wo sie sich hinwenden können, etwa wo man einen Behindertenausweis beantragen kann und so weiter.“ Da helfen einem dann die Gruppenmitglieder weiter. Mittlerweile, so Becker, habe er auch gelernt, die Gespräche in der Selbsthilfegruppe positiver zu führen, sich nicht immer nur auf die Probleme zu konzentrieren. „Und einmal im Jahr“, erzählt er, „da reden wir gar nicht über Darmkrebs. Da gehen wir einfach schön miteinander essen.“

Alexander Schmid

Darmkrebs-Selbsthilfegruppe Saar
KISS, Futterstraße 27
66111 Saarbrücken
Tel.: 0157 75057412
www.darmkrebs-saar.de

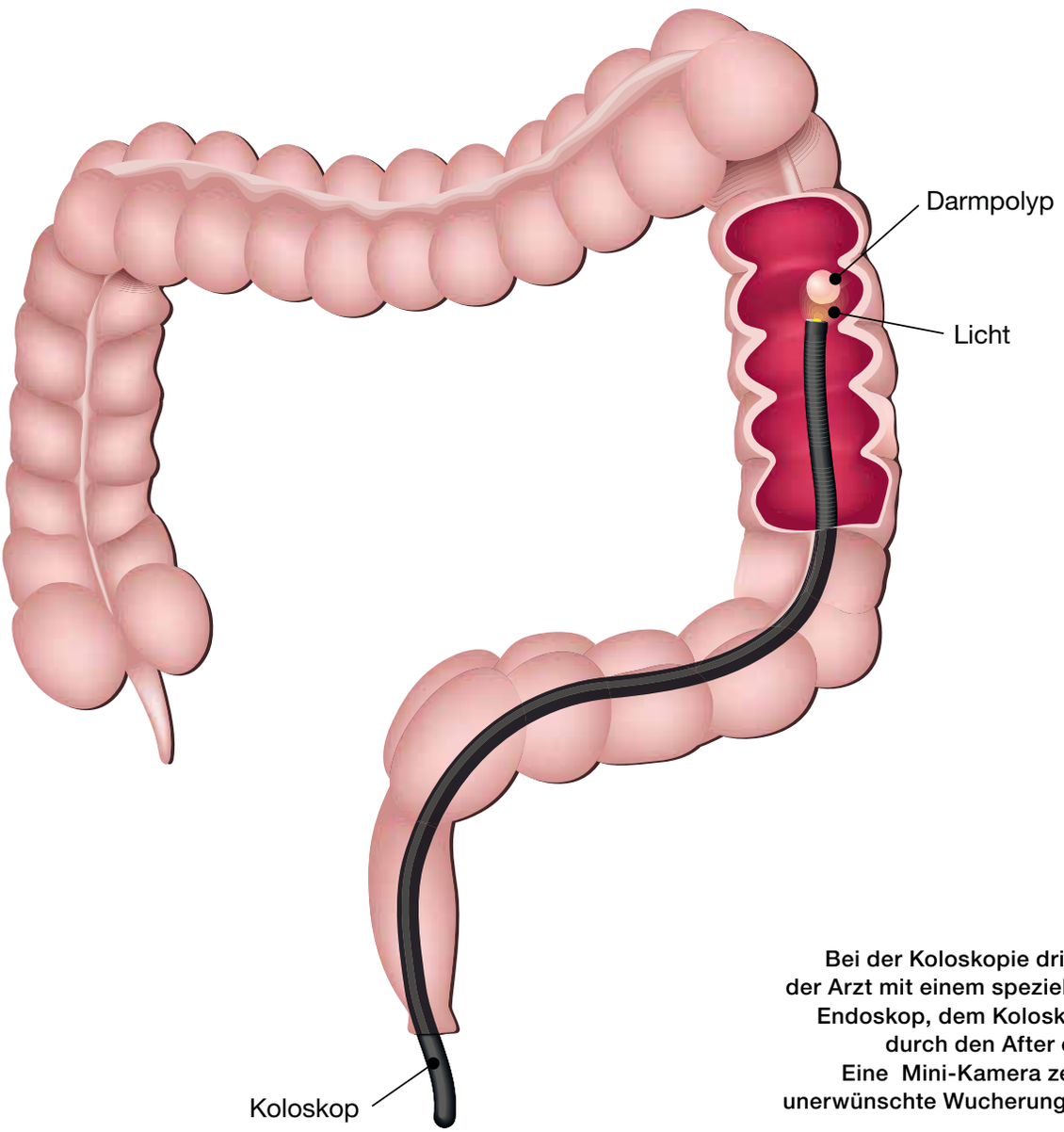
NET Neuro-Endokrine Tumoren Selbsthilfegruppe e.V.
Schluchseestr. 49
13469 Berlin
Tel.: 030-4 02 13 23
www.net-shg.de

DARMKREBS-PRÄVENTION

Der Krebs, der nicht sein muss.

Darmkrebs ist wahrscheinlich der unnötigste Krebs überhaupt. Denn seine Entstehung ist ebenso gut erforscht wie leicht zu verhindern. FORUM Gesundheit verrät Ihnen, wie Sie **in drei Schritten den Darmkrebs vermeiden**.

Von ***Peter Böhnel***



Bei der Koloskopie dringt der Arzt mit einem speziellen Endoskop, dem Koloskop, durch den After ein. Eine Mini-Kamera zeigt unerwünschte Wucherungen.

Einen hundertprozentigen Schutz vor Krebs wird es nie geben. Aber beim Darmkrebs können Sie sich diesem Ziel am ehesten annähern. Aus zwei Gründen: Zum einen sind die meisten Risikofaktoren relativ leicht auszuschalten. Primärprävention nennt das der Mediziner. Vor allem aber ist Darmkrebs praktisch die einzige Tumorart, die man bereits behandeln kann, bevor sie entsteht. Zum drastischen Senken Ihres Darmkrebsrisikos müssen Sie lediglich folgende drei Schritte vollziehen: Erstens Ursachen ausschalten, zweitens Risiken (er)kennen und drittens Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen.

1. VORBEUGEN

Gegen das Älterwerden können Sie nichts tun. Auch nicht gegen erbliche Veranlagung. Aber Sie können vermeidbare Ursachen und Risikofaktoren ausschalten. Und davon gibt es genug.
Vorteil: Senkt auch das Risiko vieler anderer Krankheiten.
Nachteil: Alleine kein vollständiger Schutz vor Darmkrebs.

Die wichtigsten Maßnahmen:

NICHT RAUCHEN

Rauchen schlägt einem nur auf die Lunge? Von wegen. So ziemlich alle Organe leiden unter dem Giftcocktail aus dem Glimmstängel. Das Darmkrebsrisiko steigt zwar nicht so stark wie das Lungenkrebsrisiko, aber es steigt. Grenzwerte gibt es da übrigens keine. Es geht also nicht darum, weniger Zigaretten zu qualmen. Sondern um völligen Verzicht. Übrigens schadet auch Passivrauchen.

GESUND ESSEN

Gesunde, vollwertige Ernährung ist ein Grundpfeiler der Prävention. Erst recht beim Darmkrebs. Seit langem ist bekannt, dass Faserstoffe (früher Ballaststoffe genannt) in Gemüse, Obst und Vollkornprodukten sehr wichtig für den Darm sind. Natürlich braucht der Körper auch die restlichen darin enthaltenen Vitalstoffe zum Gesundbleiben. Die Darmflora spielt eine wichtige Rolle und lässt sich ebenfalls durch die Zusammensetzung der Nahrung beeinflussen. Fleisch kann hier keinen positiven Beitrag leisten. Im Gegenteil. Insbesondere rotes Fleisch steht aktuell am Pranger. Vegetarier haben es da natürlich am leichtesten. Auch Alkoholkonsum erhöht nachweislich das Darmkrebsrisiko.

Folgende Ernährungstipps senken Ihr Darmkrebsrisiko:

- Viel, viel frisches Gemüse essen. Ein Teil davon auch roh als Salat. Oder einfach mal eine frische Möhre am Stück knabbern. Obst ist natürlich auch gut. Aber bitte frisch und ganz. Also nicht als Apfelkompott oder Saft.
- Auszugsmehlprodukte durch Vollkornprodukte ersetzen. Auch hier bringt frische Verarbeitung einen Vorteil. Vollkorn-Fertigbackmischungen sind zu vitaminarm.
- Fleischkonsum einschränken. Insbesondere rotes Fleisch.
- Zucker vermeiden. Alle Zuckerarten. Zuckerkonsum wirkt sich schädlich auf die Darmflora aus.
- Alkohol nur in Maßen genießen. Je weniger, desto besser.

VIEL BEWEGEN

„In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass bereits 30 bis 60 Minuten Bewegung täglich das Risiko für Darmkrebs senken“, sagt das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg. Dabei ist es den Experten relativ egal, ob es sich um Sport im eigentlichen Sinn handelt oder um anstrengende Alltagstätigkeit in Beruf oder Freizeit.

2. EIGENE RISIKEN KENNEN

Es gibt Risikofaktoren, die Sie nicht vermeiden können. Jetzt denken Sie vielleicht „Da kann man dann eben nichts machen.“ Falsch gedacht: Beim Darmkrebs können Sie erhöhte Risiken durch bessere Vorsorge ausgleichen. Und das sollten Sie auch. Also früher und öfter zur Untersuchung gehen. Etwa bei entsprechender Veranlagung. „Rund jeder dritte Darmkrebs ist durch eine familiäre Vorbelastung mit bedingt“, sagt Christa Maar von der Felix-Burda-Stiftung, die sich für mehr Vorsorgeuntersuchungen einsetzt. Sie empfiehlt: „Gibt es in Ihrer Familie Hinweise auf eine familiäre Häufung von Darmkrebs, sollten Sie früher als andere Menschen zur Darmspiegelung gehen. Es gilt, dass Ihre erste Vorsorgedarmspiegelung zehn Jahre vor dem Alter liegen soll, in dem beim Familienmitglied Darmkrebs oder Darmpolypen festgestellt wurden.“ Das heißt: Wurde bei Ihrem Vater mit 60 Jahren Darmkrebs gefunden, sollten Sie spätestens mit 50 einen Gastroenterologen (Magen-Darm-Arzt) aufsuchen. Weitere Risikofaktoren erfahren Sie in unserem Selbsttest auf Seite 22.
Vorteil: Sie können erhöhte Risiken drastisch senken
Nachteile: keine

Nicht rauchen ist eine wichtige Grundlage der Krebsprävention.

Sport tut nicht nur dem Herz gut. Er senkt auch das Darmkrebsrisiko.

FOTOS: FOTOLIA / DESIGNUA — ISTOCK / VM — ISTOCK / HENK BADENHORST — ISTOCK / NIKOLA NASTASIC

3. DARMKREBS-VORSORGE-UNTERSUCHUNG

Ein ganz wichtiger Erfolgsfaktor bei der Darmkrebsvermeidung. Normalerweise sind Maßnahmen der Krebs-Frühdiagnostik ja keine echte Vorbeugung. Man lässt den Krebs erst entstehen, um ihn dann möglichst schnell zu behandeln. Bei Darmkrebs aber ist es anders. Denn er entsteht fast immer aus Darmpolypen. Zwar sind diese Wucherungen harmlos und meistens bleiben sie das auch. Doch manchmal kann ein Krebs daraus entstehen. Das dauert etwa zehn Jahre. Man sieht neuen Polypen nicht an, ob mal ein Krebs draus wird. Doch sie lassen sich relativ leicht und komplikationslos entfernen. Warum also ein unnötiges Risiko eingehen? Deshalb heißt die Devise sobald ein Polyp entdeckt wird: raus damit! Zur Früherkennung existieren mehrere Untersuchungsmethoden:

Mit der Darmspiegelung (Koloskopie) erkennt der Arzt auch potenzielle Krebsvorstufen.

ENDOSKOPISCHE KOLOSKOPIE

Die „richtige" Darmspiegelung ist auch die beste. Die Koloskopie dient zur optischen Untersuchung von Dickdarm und Endddarm. Sie macht sich den Umstand zunutze, dass man alle möglichen kolorektalen Geschwüre relativ gut per Endoskop vom After aus erreichen kann. Das macht der Gastroenterologe ambulant. Auf Wunsch gibt's ein Schlafmittel. Am Tag zuvor muss der Patient eine Art Darmspülmittel einnehmen und den Darm entleeren. Per Minikamera checkt der Arzt nun die Darmschleimhaut und kann nicht nur Krebsgeschwüre, sondern auch Polypen entdecken. In einem nächsten Schritt kann der Arzt dann solche Polypen endoskopisch entfernen. So wird die Untersuchung gleich zur vorbeugenden Behandlung, alles in einem Aufwasch. Selbst Frühstadien des Krebses sind auf diese Art operabel. Ist der Darm sauber, haben Sie sieben bis zehn Jahre Ruhe. Ab einem Alter von 55 Jahren haben Sie gesetzlichen Anspruch auf eine Darmspiegelung alle zehn Jahre.

Vorteil: Zuverlässige Untersuchungsergebnisse, Krankenkasse zahlt, Gewebeentnahme und vorbeugende Sofortbehandlung möglich, daher das nachhaltigste Ergebnis

Nachteil: Zeitaufwand (Darmspülung), Endoskopie kann ohne Sedierung unangenehm sein.

STUHLTESTS

Blut im Stuhl kann (muss aber nicht) ein Hinweise auf Polypen oder Tumoren sein. Sogenannte Okkultbluttests finden auch für das Auge unsichtbare Spuren von verstecktem Blut im Stuhl. Wer so einen Stuhltest einmal im Jahr durchführt, hat ein wesentlich geringeres Risiko, an Darmkrebs zu sterben. Ein positives Testergebnis muss nichts Schlimmes bedeuten, sollte aber immer zu einer Darmspiegelung (Koloskopie) führen. Nur so kann eine sichere Diagnose gestellt werden. Menschen ab 50 Jahren haben in Deutschland jährlich Anspruch auf den klassischen, chemischen Okkultbluttest. Der neuere immunologische Stuhltest muss noch privat gezahlt werden.

Vorteil: Tests gibt's in der Apotheke. Geht schnell, senkt zumindest das Sterberisiko bei Darmkrebs.

Nachteil: Ungenau, engmaschigere Untersuchung nötig, Krebs könnte eventuell unerkannt bleiben.

VIRTUELLE KOLOSKOPIE

Die virtuelle Darmspiegelung wird nicht von innen mit dem Endoskop, sondern von außen mit dem Computertomographen (CT) durchgeführt. Das 3D-Computerprogramm zeigt ein räumliches Bild des Darms.

Vorteil: Kein Eindringen durch den After nötig

Nachteil: (noch) nicht so genau wie die normale, endoskopische Koloskopie

KAPSELENDOSKOPIE

Der neueste Schrei: Sie schlucken eine längliche Pille, und während diese durch Ihren Darm rutscht, verfilmt eine hochauflösende Minikamera in der Pille ihre Darmwand, funkt das Material nach draußen, und der Arzt begutachtet alles auf dem Monitor. Entdeckt er etwas Verdächtiges, wird eine Endoskopie wie bei der normalen Darmspiegelung nötig.

Vorteil: Relativ bequem

Nachteil: teuer und (noch) nicht ganz so zuverlässig wie die normale Koloskopie. Es können damit keine Gewebeproben entnommen oder Polypen entfernt werden.

APP ZUM ARZT!

Das kleine **Handy-Programm AppzumArzt** wird herausgegeben von der Felix-Burda-Stiftung und soll so eine Art „Gesundheits-Butler" fürs Smartphone sein. Neben einem Darmkrebs-Risikotest bietet die App auch Selbsttests zu Herzinfarkt-, Schlaganfall- und Diabetesrisiko (neu). Die App kennt sämtliche gesetzlich empfohlenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen, Impfungen sowie Zahnarztleistungen und U-Untersuchungen. So zeigt die App alle Präventionsmöglichkeiten auf, die von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden.

Gratis herunterladen:
www.felix-burda-stiftung.de/appzumarzt

FOTOS: IMAGO / REINHARD KURZENDÖRFER — ANDREAS NESTL

„Ausreden können tödlich sein“

Die Kunsthistorikern Dr. phil. Christa Maar leitet die **Felix-Burda-Stiftung**, benannt nach ihrem Sohn. Felix Burda starb mit 33 an Darmkrebs. Auch sein Vater, der Verleger Prof. Dr. phil. Hubert Burda, gehört zum Kuratorium. Die Stiftung organisiert Kampagnen zur Förderung der Darmspiegelung als Mittel der Vorsorge.

Frau Dr. Maar, Warum wurde die Felix-Burda-Stiftung gegründet?

Mein Sohn Felix erkrankte im Alter von 31 Jahren an Darmkrebs. Felix' erklärter Wunsch vor seinem Tod, zwei Jahre nach der Diagnose war, dass sich eine Stiftung, die seinen Namen trägt, dafür einsetzen soll, dass anderen Menschen sein Schicksal erspart bleibt. Und das ist, was die Felix-Burda-Stiftung seit dieser Zeit tut. Daher basiert das kleine „f“, das wir im Logo tragen, auch auf der Originalhandschrift meines Sohnes.

Was unternimmt Ihre Stiftung, um die Darmkrebs-Vorsorge zu fördern?

Wir hatten schon sehr rasch große Erfolge: Das Medienecho und die Aufmerksamkeit, die unser erster Darmkrebsmonat März im Jahr 2002 ausgelöst hatte, war wohl ein wesentlicher Antrieb für die Politik, die Vorsorgekoloskopie als gesetzliche Leistung der Krankenkassen überhaupt erst einzuführen. Dies war ein wichtiger Meilenstein für die Darmkrebsprävention in Deutschland. Seitdem ist die Felix Burda Stiftung vor allem durch ihre jährliche, konzertierte Werbe- und PR-Kampagne zum Darmkrebsmonat März sichtbar – in diesem Jahr unter dem Motto „Ausreden können tödlich sein!“. Wir betreiben mit darmkrebs.de die wichtigste Website zu diesem Thema, vermieten das größte begehbare Darmmodell Europas, ehren herausragendes Engagement mit dem Felix-Burda-Award – Deutschlands medial erfolgreichstem Gesundheits-Preis – und bieten mit der kostenfreien APP zumARZT einen Gesundheits-Manager fürs Smartphone. Daneben engagieren wir uns auf politischer Ebene, um eine Verbesserung der Darmkrebsvorsorge zu erreichen, und um beispielsweise Menschen mit einem familiären Risiko, die früher erkranken als die Normalbevölkerung, auch eine vorgezogene Vorsorge-Koloskopie zu ermöglichen, auf die sie sonst erst mit 55 Jahren Anspruch hätten. Ziel all unserer Aktivitäten ist dabei immer, dass die Menschen in Deutschland gesund bleiben. Wir wollen also gesunde Menschen informieren und risikobehaftete identifizieren und sie zur rechtzeitigen Vorsorge motivieren, sodass es gar nicht erst zum Darmkrebs kommt.
Im Sinne meines Sohnes konnten wir schon sehr viel erreichen: Rund sechs Millionen Menschen waren bereits bei der Vorsorgekoloskopie. Dadurch konnten rund 200.000 Neuerkrankungen und 100.000 Todesfälle an Darmkrebs verhindert werden.

Was möchten Sie den Lesern von FORUM Gesundheit gerne mit auf den Weg geben?

Ich möchte Ihnen sagen, dass Darmkrebs der einzige Krebs ist, den sie nicht bekommen müssen. Denn nur dieser Krebs bildet Vorstufen. Wenn diese Vorstufen rechtzeitig entdeckt und entfernt werden, bleibt das Thema für Sie harmlos. Aber: Auch diese Vorstufen spüren Sie nicht. Deshalb kann ich Ihnen nur raten, sich die zwei Minuten Zeit zu nehmen, unseren Test zu machen*, und dann den entsprechenden Handlungsempfehlungen unbedingt zu folgen. Denn Ausreden können unter Umständen tödlich sein.

Interview: Peter Böhnel

Christa Maar möchte, dass mehr Menschen zur Vorsorgeuntersuchung gehen.

*Den Risikotest finden Sie auf der folgenden Seite und online unter www.schnellcheck-darmkrebs.de

Schnell-Check Darmkrebs

Testen Sie Ihr Risiko und erfahren Sie, wann Sie zur Vorsorge gehen sollten.

1 | SIND SIE 50 JAHRE ODER ÄLTER?

☐ ja ☐ nein (weiter mit Frage 2)

Ab 50 J. besteht ein erhöhtes Risiko, und Sie haben Anspruch auf einen jährlichen Stuhltest.
Ab 55 J. haben Sie Anspruch auf eine Darmspiegelung, die nach 10 Jahren wiederholt wird.

2 | HABEN SIE BLUT IM STUHL BEMERKT?

☐ ja ☐ nein (weiter mit Frage 3)

Der Grund für die Blutung sollte durch eine Darmspiegelung abgeklärt werden. Vereinbaren Sie zeitnah einen Termin.

3 | HATTEN SIE BEREITS EINEN POLYPEN (ADENOM)?

☐ ja ☐ nein (weiter mit Frage 4)

Polypen können zu Darmkrebs entarten. Eine regelmäßige Nachsorge (entsprechend Ihrem Befund und Risiko) ist daher sehr wichtig.

4 | HABEN SIE EIN ERBLICHES ODER FAMILIÄRES RISIKO?

Sind in Ihrer Familie drei oder mehr Verwandte an Darm-, Magen-, Gebärmutter-, Eierstock-, Nierenbecken- oder Harnleiterkrebs erkrankt?

☐ ja ☐ nein (weiter mit Frage 5)

Sie sollten mit einem Humangenetiker über Ihr erbliches Risiko und geeignete Vorsorgemaßnahmen sprechen. Personen mit erblichem Risiko (Lynch-Syndrom) sollen in der Regel ab 25 Jahren regelmäßig koloskopiert werden.

Gab es eine Darmkrebserkrankung bei einem direkten Verwandten oder eine Darmpolyen-Entfernung (Adenom) bei einem direkten Verwandten vor dem 50. Lebensjahr?

☐ ja ☐ nein (weiter mit Frage 5)

Es wird eine Darmspiegelung 10 Jahre vor dem Alter, in dem das direkt mit Ihnen verwandte Familienmitglied erkrankte – spätestens mit 40 bis 45 Jahren – empfohlen.

FOTO: FOTOLIA / ARABES69

5 | HABEN SIE COLITIS ULCEROSA ODER MORBUS CROHN?

☐ ja ☐ nein (weiter mit Frage 6)

Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen haben ein erhöhtes Risiko. Lassen Sie sich von einem Facharzt über geeignete Vorsorgemaßnahmen beraten.

6 | HABEN SIE DIABETES TYP 2?

☐ ja ☐ nein (weiter mit Frage 7)

Bei Diabetes Typ 2 ist Ihr Risiko erhöht. Sie sollten vor Beginn einer Insulin-Behandlung mit Ihrem Arzt sprechen, ob zur Sicherheit eine Darmspiegelung durchgeführt werden sollte.

7 | SIND SIE RAUCHER?

☐ ja ☐ nein (weiter mit Frage 8)

Rauchen kann Darmkrebs verursachen. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt.

8 | BESTEHT EIN MANGEL AN BEWEGUNG?

☐ ja ☐ nein (weiter mit Frage 9)

Mit regelmäßigem Sport senken Sie Ihr Krebs-Risiko. Sprechen Sie mir Ihrem Arzt.

9 | HABEN SIE ÜBERGEWICHT (BMI > 25)? IST IHRE ERNÄHRUNG UNGESUND?

☐ ja ☐ nein

Das metabolische Syndrom oder eine ungesunde Ernährung erhöhen das Darmkrebsrisiko. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt.

TEST- ENDE!

Wenn Sie **alle Fragen mit „nein“** beantwortet haben, gehören Sie nicht zu den Risikogruppen für Darmkrebs. Da das Risiko für Darmkrebs jedoch ab dem Alter von 50 Jahren deutlich zunimmt, sollten Sie unbedingt die ab 50 Jahren angebotene gesetzliche Darmkrebsvorsorge in Anspruch nehmen.

Wenn Sie **mindestens eine Frage mit „ja“** beantwortet haben, empfehlen wir ein Arzt-Gespräch.

Dieser Test wurde FORUM Gesundheit freundlicherweise von der Felix-Burda-Stiftung zur Verfügung gestellt.

STUDIE:

Pflanzliche Eiweiße sind gesünder als tierische

Insbesondere Menschen, die rauchen und Übergewicht haben, sollten Forschern zufolge mehr pflanzliche Proteine essen. **Tierische Proteine** erhöhten in einer Studie das Sterberisiko, und das vor allem für Menschen mit weiteren gesundheitlichen Risikofaktoren.

Eiweiß ist nicht gleich Eiweiß. In zwei Langzeitstudien war die Aufnahme von tierischen Proteinen mit einem höheren Sterberisiko verbunden, als die von pflanzlichen Proteinen. Mingyang Song von der Harvard Medical School in Boston (Massachusetts/USA) und Kollegen veröffentlichten ihre Ergebnisse im Fachmagazin „Jama Internal Medicine".

Frühere Untersuchungen hätten bereits gezeigt, dass es gesund sei, Kohlenhydrate durch Proteine zu ersetzen, heißt es in einer Pressemitteilung der Harvard Medical School. Im Hinblick auf seine Studie ergänzt Song: „Die einzelnen Lebensmittel, die Menschen zu sich nehmen, um an Proteine zu gelangen, sind ebenso wichtig." In der Studie waren die wichtigsten Quellen für tierisches Eiweiß verarbeitetes und unverarbeitetes Rinder- und Schweinefleisch, Hühnerfleisch, Milchprodukte, Fisch und Eier. Pflanzliches Eiweiß stammte vor allem aus Brot, Getreide, Nudeln, Nüssen, Bohnen und Hülsenfrüchten.

Die Forscher nutzten die Daten von zwei Langzeitstudien, die die Gesundheit und die Ernährungsgewohnheiten von Berufstätigen im Gesundheitssektor aufzeichneten. Sie werteten die Datensätze von 85.013 Frauen und 46.329 Männern aus. Für die Frauen waren Daten von 1980 bis 2012 verfügbar, für die Männer von 1986 bis 2012. Die Probanden berichteten per Fragebogen alle zwei Jahre über ihren Lebensstil und ihre Gesundheit und alle vier Jahre detailliert über die Lebensmittel, die sie durchschnittlich zu sich nahmen.

Während der Langzeitstudien starben 36.115 der Teilnehmer, 8.851 durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 13.159 durch Krebs und 14.105 durch andere Ursachen. Die Forscher setzten die Ernährungsdaten in Bezug zu den Todesursachen und fanden einen Zusammenhang zwischen der aufgenommenen Menge an tierischem Protein und dem Sterberisiko. Bei Übergewichtigen und denen, die viel Alkohol tranken, war der Zusammenhang besonders ausgeprägt.

Das Team errechnete auch, wie sich Zu- und Abnahme von tierischen und pflanzlichen Proteinen in der Ernährung auf das Sterberisiko auswirkt. Nach der Bereinigung der Risikofaktoren aus Lebensstil (Zigaretten, Alkohol, Übergewicht, Bewegung) und Ernährung ergab sich für den Studienzeitraum: Wenn der Anteil an tierischem Protein um zehn Prozent im Verhältnis zur gesamten Kalorienaufnahme zunimmt, erhöht sich das Sterberisiko allgemein um zwei Prozent, das Risiko, an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sterben, sogar um acht Prozent. Im Gegensatz dazu sinkt das Sterberisiko um zehn Prozent, wenn drei Prozent mehr pflanzliches Protein in der Nahrung enthalten sind.

Noch deutlicher sind die Zahlen, wenn ein Teil der aufgenommenen tierischen Proteine durch pflanzliche ersetzt werden. Dabei lohnte sich insbesondere die Nahrungsumstellung von verarbeitetem Rinder- und Schweinefleisch (zum Beispiel Würstchen) und Ei auf pflanzliche Proteine. „Unsere Ergebnisse legen nahe, dass die Leute in Betracht ziehen sollten, mehr pflanzliche Proteine zu essen, und wenn sie unter den Quellen für tierisches Protein auswählen, sind Fisch und Hühnchen sicherlich die bessere Wahl", hebt Song hervor.

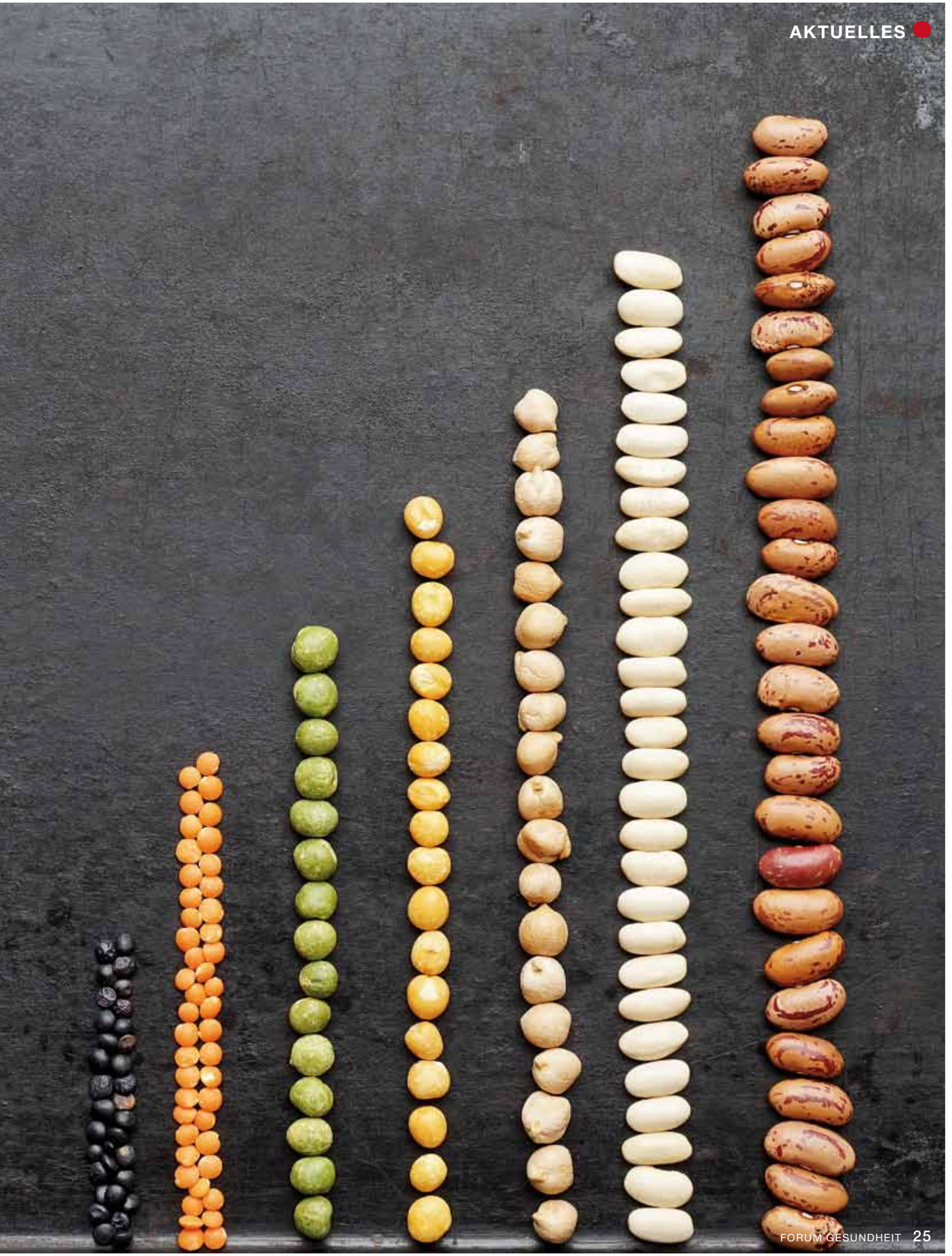
Das Studienergebnis ist für Heiner Boeing vom Deutschen Institut für Ernährungsforschung in Potsdam-Rehbrücke nicht überraschend. Es bestätige die Forschung mit Langzeitdaten, an dem sein Institut beteiligt ist. „Zwei renommierte Langzeitstudien stellen die Grundlagen dar und die statistische Analyse und Auswertung sind sehr umsichtig vorgenommen worden", sagt Boeing. „Die Studie zeigt, dass Pflanzen eine sehr gute Eiweißquelle sind, und dass zu den ökologischen Problemen der Fleischproduktion auch noch ein Gesundheitsrisiko beim Fleischverzehr hinzukommt."

Auch Bernhard Watzl vom Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel in Karlsruhe, hält die zugrunde liegenden Erhebungen für „wissenschaftlich sehr gut gemacht".

Allerdings sei fraglich, ob die Ergebnisse auf die Allgemeinbevölkerung übertragbar sind, weil alle Probanden im medizinischen Umfeld berufstätig seien. „Gegenwärtig empfehlen einige Experten eine hohe Proteinzufuhr, unter anderem als Maßnahme zur Gewichtsreduktion. Allerdings sind die Langzeiteffekte einer solchen Ernährung nicht bekannt." Hier gebe die Studie wichtige Hinweise auf gesundheitliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Proteinquellen.

Stefan Parsch

FOTO: FOTOLIA / ENRICO MEYER



Wohltuendes **Wasser**

Edles Marken-Mineralwasser, billiges Tafelwasser aus dem Discounter, Wellness-Drink oder einfach Leitungswasser – **was ist gesünder?** Hinzu kommt die Möglichkeit, das Wasser aus dem Hahn zu filtern und aufzubereiten. FORUM Gesundheit gibt einen Überblick.

„Viel Wasser trinken", das raten Ärzte schon seit Jahrhunderten. Doch welches Wasser? Beim Berliner Getränkehandel Hoffmann zum Beispiel hat man die Qual der Wahl unter rund 40 Sorten. Das günstigste heißt „Minetta" und stammt aus dem schönen Kurort Bad Liebenwerda. Die Flasche mit 0,7 Liter kostet nur 25 Cent. Eine Flasche der Sorte San Pellegrino aus Italien kosten dagegen 1,15 Euro, was fast dem fünffachen Preis entspricht. „Das Minetta-Wasser habe ich noch nicht probiert, dazu kann ich nichts sagen", meint Verkäufer Raik Hofmann. San Pellegrino kenne er dagegen, das schmecke gut. Alles nur Markenbluff?

„Kategorien wie gutes Wasser oder schlechtes Wasser gibt es nicht", hält Wibke Spießbach vom Verband Deutscher Mineralbrunnen in Bonn dagegen. Woher die großen Preisunterschiede bei den Mineralwässern stammen, beschreibt sie folgendermaßen: „Das liegt an den unterschiedlichen Kostenstrukturen. Die Kosten für die Erschließung eines Vorkommens hängen von der Geologie und Tiefe der Brunnenbohrung ab; Mehrweg hat andere Kostenkomponenten als Einweg, nämlich Rücktransport, Spülen und Kontrolle des Leergutes. Natürlich spielt Marketing eine wichtige Rolle. Echte Marken werden kreativ beworben, die Firmen betreiben eine intensive Pflege der Kundschaft, zum Beispiel mit Social-Media-Auftritten."

Die Mineralbrunnen freut's: Der Mineralwasserverbrauch in Deutschland steigt seit Jahren stark an

Unabhängig vom Verkaufspreis gilt jedoch: Alle Mineralwässer erfüllen gleichermaßen die gesetzlichen Anforderungen der Mineral- und Tafelwasserverordnung. Hohe Qualität sei garantiert, so Spießbach.

Die Industrie möchte dem Verbraucher das H_2O natürlich möglichst schmackhaft machen, und so kreiert man ausgefallene Wellness-Wässerchen. „Fürst Bismarck Wellness" ist so eines, und neben dem Nass aus der Fürst Bismarck-Quelle sorgen Fructose, fünf Prozent Traubensaft, Zitronensäure, Kohlensäure, Ginsengextrakt, Kräuterextrakte und Ascorbinsäure für den angeblichen unverzichtbaren Taste of Wellness. Andere Drinks sind versetzt mit Spuren von „Mango-Lemongrass", „Blutorange-Koriander", „Marille-Ingwer", „Kräuter" oder „Ananas-Grapefruit-Aloe-Vera". Ernährungsmediziner haben auch hier wieder zu mäkeln: „Leitungswasser, Mineralwasser, Früchtetee oder Saftschorlen haben weniger Kalorien und sind günstiger als diese Wellness-Drinks".

Tatsächlich ist der Verbrauch an Mineralwasser in den letzten Jahrzehnten in Deutschland exorbitant angestiegen. Trank der Durchschnittsdeutsche im Jahr 1972 noch 12 Liter Mineralwasser, waren es im Jahr 2015 bereits 147 Liter. Ist das Leitungswasser wirklich so schlecht, oder wie ist der Drang zum Mineralwasser (aus der schwer zu tragenden Pfandflasche) zu erklären? Die Stiftung Warentest jedenfalls bescheinigt dem deutschen Leitungswasser durchaus gute Noten (siehe Infokasten). „Das Leitungswasser in Deutschland ist nicht eines der schlechtesten", bescheinigt auch Roman Rossberg von der Firma Wasserladen den deutschen Wasserwerken. Seine Firma ist spezialisiert auf Gerätschaften, die das Leitungswasser „veredeln" sollen. Kunden, die zum ersten Mal kommen, locken die Verkäufer

FOTOS: ISTOCK / DOMINIK PABIS — STIFTUNG WARENTEST

am liebsten mit einer kleinen Wasserverkostung. Tatsächlich staunten dann die meisten, welche Geschmacksunterschiede zwischen Leitungswasser und Leitungswasser möglich seien. „Mineralwasser oder Tafelwasser führen wir nicht, da wir der Meinung sind, dass man wirklich gesundes Trinkwasser selbst aufbereiten kann“, sagt Geschäftsführer Roman Rossberg selbstbewusst. Das meistverkaufte Produkt ist der Sanuno von Carbonit, ein Wasserfilter, der direkt an den Wasserhahn angeschlossen werden kann. Die Patrone filtert Kupfer, Blei, Medikamentenrückstände, Bakterien, hormonähnliche Stoffe sowie Kalkpartikel und Rostpartikel heraus. Sie muss jedes halbe Jahr ausgewechselt werden, um gesicherte Hygiene und TÜV-geprüfte Leistungsfähigkeit zu erhalten. Umkehrosmosefilter sind zwar noch gründlicher, dafür aber etwas komplizierter und teurer. Das Verfahren ist auch deutlich langsamer – ein Liter Wasser benötigt für den Filtrationsvorgang 5 bis 25 Minuten, daher wird meist ein Vorratstank für die Zwischenspeicherung verwendet.

Von einer Wasseranalyse, die bis zu 100 Euro kosten kann, rät der Wasserfachmann übrigens ab. Was soll der Kunde mit dem Ergebnis anfangen, da es in Deutschland mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit innerhalb der Grenzwerte liegt? Wer sich einen Wasserfilter leistet, brauche ohnehin nicht mehr auf Grenzwerte zu schauen – „eine Schadstoffeliminierung von 99,9 Prozent ist garantiert.“ Hygienisches und wohlschmeckendes Nass soll vielmehr das Ziel sein, wobei der Wasserladen hilft. Manchmal seien Kunden schon zufrieden, wenn sie den lästigen Kalk im Wasser eliminieren. Kalkränder auf Tellern und Gläsern gehören mit dem Einbau des Wasserfilters nämlich der Vergangenheit an. Von Filtern der einfachen Preisklasse, wie sie zum Beispiel die Firma Brita anbietet, rät Rossmann allerdings ab. Mit jenen Filtern seien die Vorteile praktisch genauso groß wie die Nachteile.

Die meisten Mineralwasser-Quellen beziehen ihr Wasser aus Tiefbrunnen. Dieses Wasser, so sagen viele Experten, sei eigentlich noch nicht „gereift“ – im Gegensatz zum artesischen Wasser, welches von selbst und ganz ohne mechanische Hilfsmittel aus einer Gebirgsquelle austritt. Ein solches Wasser ist zum Beispiel das portugiesische „Glaciar“ – und im Preis liegt es sogar unter französischen Mode-Wässerchen.

Esoterisch wird es beim Kapitel der Wasserbelebung. Ein Schluck aus einer kalten Gebirgsquelle, versetzt mit dem Geruch von Moos und Waldluft, schmeckt eben anders als Wasser aus dem Küchenwasserhahn. Am preiswertesten ist die „Belebung“ des Wassers mit Kristallen. Bergkristalle, in einer Wasserkaraffe aus Glas, sollen innerhalb von wenigen Stunden „totes“ Leitungswasser beleben. Besonders wirkungsvoll sollen Permanentmagnete sein, die einfach an die Wasserleitung kurz vor dem Wasserhahn geklemmt werden. Nach Herstellerangaben „löschen“ sie im Wasser vorhandene Schadstoffinformationen und geben dem Wasser ein natürliches Frequenzspektrum zurück.

Wer auf Reisen sein Wasser vitalisieren möchte, kann einen „Energetisierungsstick“ verwenden. In ein Glas Fruchtsaft oder eine Tasse Kaffee getaucht, soll das Getränk dadurch runder, weicher und bekömmlicher werden. Natürlich ist die Wirkung solcher Maßnahmen umstritten. Umstritten ist auch das künstlich mit Sauerstoff angereicherte Wasser, welches man in Plastikflaschen in Drogerien und Supermärkten kaufen kann. Es soll die Durchblutung steigern, das Immunsystem stärken, den Stoffwechsel optimieren und gar die Fettverdauung verbessern. Der Nutzen dieses Lifestyle-Getränks sei durch keine unabhängige wissenschaftliche Studie belegt, hält das Deutsche Institut für Ernährungsforschung dagegen. Im Zweifel sorgt auch ein kurzer Spaziergang durch die Natur für ordentlich Sauerstoffzufuhr. Und danach: Viel Wasser trinken!

Dirk Engelhardt

LESETIPP

Stiftung Warentest: Leitungswasser und Mineralwasser. Der große Wassercheck
Ausgabe 8/2016
Heftpreis € 5,70

„TEST“: LEITUNGS- UND MINERALWASSER MEIST VON GUTER QUALITÄT

Egal ob aus der Leitung oder aus der Flasche: Stilles Wasser ist in Deutschland gesundheitlich unbedenklich. Zu diesem Ergebnis kommt die Stiftung Warentest nach einer Untersuchung von Leitungswasserproben aus 28 Orten sowie von 30 stillen Mineralwässern. Verunreinigungen oder Schadstoffe fanden die Experten dabei kaum bis gar nicht. So lag der Nitratgehalt zum Beispiel bei allen Proben und Testkandidaten in allen Fällen unter dem gesetzlichen Grenzwert.

Arzneimittelrückstände und andere Verunreinigungen im Leitungswasser gibt es den Angaben nach zwar – allerdings nicht in Konzentrationen, die dem Menschen gefährlich werden könnten. Aufpassen müssen den Angaben nach höchstens Eltern von Säuglingen: Prinzipiell lässt sich Babynahrung zwar problemlos mit Wasser aus der Leitung zubereiten, so die Warentester. Wer auf Nummer sicher gehen will, kann aber zu Flaschenwasser greifen, das laut Etikett für die Zubereitung von Babynahrung geeignet ist. Für solches Wasser gelten besonders strenge Vorschriften und Grenzwerte. Abkochen sollten Eltern es aber trotzdem.

Der Begriff Mineralwasser führt dagegen etwas in die Irre. Denn trotz des Namens enthalten viele Wässer der Untersuchung zufolge keine besonders hohe Konzentration von Mineralstoffen. Für Menschen mit Laktoseintoleranz kann es sich aber zum Beispiel lohnen, gezielt zu Wasser mit hohem Kalziumgehalt zu greifen. Sportler können mit bestimmten Wässern Magnesiumverluste ausgleichen. Und Wasser mit hohem Sulfatgehalt kann in großen Mengen verdauungsfördernd oder abführend wirken und so zum Beispiel Verstopfung lindern.

Pflegezusatzversicherung: ja oder nein?

Die **Leistungen der Pflegeversicherung** werden gerade erweitert. Ob sich nun eine private Pflegezusatzversicherung immer noch lohnt, erörtert Finanzexperte Alfred Jany.

Die Gesetzesreform der Regierung stärkt die Altenpflege.

Bei der Pflegeversicherung stehen im kommenden Jahr große Veränderungen ins Haus. Aus Pflegestufen werden Pflegegrade. Flächendeckend erhöhen sich die Leistungen an Pflegebedürftige. Demenz wird systematischer erfasst. Das geht einher mit Beitragssteigerungen. Was bleibt, ist dagegen die Grundkonzeption. Die Pflegeversicherung ist keine Vollkaskoversicherung. Entstehen Finanzierungslücken, muss der Betroffene auf sein Vermögen zurückgreifen. Reicht dies nicht aus, hilft das Sozialamt. Es ist in jedem Fall die Pflege sichergestellt – fragt sich nur, wer dafür aufkommt.

Wer nicht auf das Amt mit all seinen Durchgriffsrechten und Durchleuchtungsbefugnissen angewiesen sein will, kann auch auf eine private Pflegezusatzversicherung zurückgreifen. Ob sie sich lohnt, hängt sehr von der persönlichen Situation ab. Man muss davon ausgehen, dass die Rundumbetreuung der Pflegestufe 3 monatlich Kosten zwischen 3.300 und 3.500 Euro verursacht. Die Sozialversicherung kommt für 1.612 Euro in dieser Stufe auf. Nach dem neuen Pflegegrad 5 erhöht sich dieser Betrag im kommenden Jahr auf 2.005 Euro.

Die Finanzierungslücke beträgt in diesem Fall somit mindestens 1.300 Euro. Die Bezugszeit der Pflegeleistungen ist im Schnitt sechs bis sieben Jahre lang. Insgesamt ergibt sich so eine Finanzierungslücke von etwa 100.000 Euro. Diese Lücke kann von der Rente bestritten werden. Wenn sie jedoch nicht reicht, wird's kritisch. Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob das Erbe für die Nachkommen erhalten werden soll.

Die Versicherungen bieten drei Varianten von Pflegepolicen an. Sie haben unterschiedliche Vor- und Nachteile. Am günstigsten werden in der Regel Pflegekostenversicherungen angeboten. Hier werden die Kosten, die für eine ambulante oder stationäre Pflege anfallen, nach vorher definierten Kriterien erstattet. Ändert sich aber die Gesetzgebung, kann dies zu Beitragssteigerungen führen. Der Versicherte, der weder die Zahlungen unterbrechen noch sie einstellen darf, verliert sonst den Versicherungsschutz. Dies ist kritisch zu sehen.

Flexibler kann das Geld aus einer Pflegetagegeldversicherung eingesetzt werden. In diesem Fall zahlt der Versicherer einen Tagessatz. Aber auch hier darf der Nutzer nicht unterbrechen. Bei einem 55 Jahre alten Versicherungsnehmer, der eine Police abschließt, fallen bei der Tagegeldversicherungen 85 bis 89 Euro im Monat an, bei der Kostenversicherung 64 bis 67 Euro.

Pflegerentenversicherungen, die den Risikoschutz mit einer Geldanlage verbinden, sind deutlich teurer. Hier können aber Einschränkungen der Beitragszahlungen vorgenommen werden. Das vermindert zwar die Leistungen im Pflegefall, der Versicherungsschutz geht jedoch nicht komplett verloren. Der Versicherungsnehmer sollte jedoch streng auf weitere Kriterien achten. So müssen auch Zahlungen geleistet werden, wenn man sich im Ausland pflegen lässt, gleichzeitig müssen die Wartezeiten beachtet werden, bis er die Leistung erhält.

Daneben gibt es noch den sogenannten Pflege-Bahr, eine Fördervariante, die vom Staat bezuschusst wird. Die Förderung allein ist allerdings nicht sinnvoll, weil die Leistung nicht ausreicht, die Lücken zu schließen, deshalb ist es besser, den „Pflege-Bahr" mit einer ungeförderten Police zu kombinieren, um auf jeden Fall die Versicherungslücke zu schließen.

Insgesamt gilt: Wenn sich der Versicherungsnehmer in jungen Jahren bereits mit dem Abschluss einer derartigen Versicherung beschäftigt, sind die Beiträge erheblich günstiger. Grundsätzlich ist jedoch zu beachten: Viele Kinder von Pflegebedürftigen denken, dass sie beim Elternunterhalt nichts für sich behalten dürfen. Das ist jedoch falsch. Der Gesetzgeber arbeitet hier mit recht großzügigen Freibeträgen von 1.800 Euro für Alleinstehende. Kreditraten, zum Beispiel für die Hausfinanzierung, erhöhen diesen Betrag sogar noch.

Gastbeitrag: Alfred Jany

Diplom-Betriebswirt (FH) Alfred H. Jany arbeitet als Steuerberater in Worms.

FOTOS: FOTOLIA / MALLINKA1 — ISTOCK / SQUAREDPIXELS — PRIVAT — VERBRAUCHERZENTRALE NRW — TRIAS-VERLAG — STIFTUNG WARENTEST

EMPFEHLUNGEN

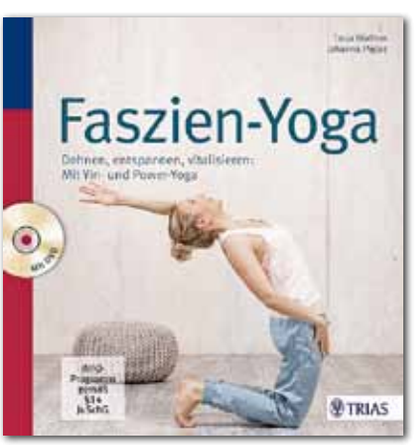
NICHT NUR FÜR ALTE SINNVOLL

Verkehrsunfall, Hirnschlag, Koma … Jeder Mensch kann plötzlich in eine Situation geraten, in der er nicht mehr selbstständig seinen Willen äußern oder Entscheidungen treffen kann. Mit einer Patientenverfügung, einer Vorsorgevollmacht und einer Betreuungsverfügung legen Sie Ihre persönlichen Wünsche und Vorstellungen vor dem Fall des Falles fest. Der Ratgeber der Verbraucherzentrale zu diesem Thema ist ein Klassiker, der nun schon in der 18. Auflage erschienen ist. Neben vielen Informationen und Entscheidungshilfen enthält das Buch auch Textbausteine und Musterformulare.

Verbraucherzentrale (Hrsg.): Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung
Verlag: Verbraucherzentrale NRW
168 Seiten, Preis: 9,90 Euro (broschiert),
Preis: 7,99 Euro (E-Book)
ISBN-13: 978-3863360634

FASZINIEREND: FASZIEN

Faszien gehören zum Bindegewebe und zu den aktuellen Lieblingsthemen der Fachliteratur. Faszien-Training ist Trend. Und Yoga ein Klassiker. Warum also nicht beides verbinden? Auch der Trias-Verlag macht mit und bringt einen Ratgeber zum Thema Faszien-Yoga heraus. „Mit Faszien-Yoga wird das ganzheitliche Yoga-Training noch tiefgehender“, versprechen die Autorinnen Tasja Walther und Johanna Piglas. „Faszien-Yoga löst tiefste Verspannungen, regeneriert und strafft Ihr Bindegewebe.“ Mit Variationen klassischer Asanas aus dem Yin-Yoga und dem Power-Yoga wollen die beiden erfahrenen Yoga-Ausbilderinnen für Abwechslung in der Übungspraxis sorgen.



Tasja Walther, Johanna Piglas: Faszien-Yoga
Verlag: TRIAS
136 Seiten
Preis: 19,99 Euro (broschiert)
ISBN-13: 978-3432100715

KIND KRANK. UND JETZT?

Wann helfen Wadenwickel, Ruhe und Pflaster, und wann geht man besser schnell zum Arzt? Im neuen Ratgeber der Stiftung Warentest finden Eltern kurze und klare Anleitungen, wie sie ihr Kind gesund großziehen und ihrem Kind bei den häufigsten Krankheiten, Unpässlichkeiten und Unfällen richtig helfen können. Ob Fieber, Hautausschlag oder Durchfall. Außerdem liefert „Der kleine Kinderarzt“ Informationen zu den empfohlenen Impf- und Vorsorgeterminen sowie zu wichtigen Entwicklungsschritten des Kindes. Für Notfälle gibt es Erste-Hilfe-Anleitungen. Der Autor Dr. med. Dirk Nonhoff ist niedergelassener Hausarzt in Köln – und selbst Vater.

Dirk Nonhoff: Der kleine Kinderarzt
Verlag: Stiftung Warentest
224 Seiten
Preis: 16,90 Euro (broschiert)
ISBN-13: 978-3868511581

Die sanfte Narbenbehandlung soll eine umfassende Wirkung entfalten.

Wenn Narben **krank machen**

Der chilenische Naturheiler Pablo Bianchini behandelt schmerzende Narben mit Licht. **Narbenentstörung** nennt er das Verfahren.

Von ***Monika Jungfleisch***

Herzprobleme, die in zwei Herzoperationen mündeten, chronisches Asthma und eine Katzenallergie begleiteten den Alltag von Franz-Josef Dörr seit vielen Jahren. Der Köllerbacher Ergotherapeut hatte sich mit seinen körperlichen Beeinträchtigungen arrangiert. Sein Asthmaspray lag immer griffbereit, allzu große Anstrengungen vermied er mit Blick auf sein strapaziertes Herz. Katzen waren im Haushalt tabu. Bis vor Kurzem. Heute geht es ihm besser, dank der Recherchen seiner Frau Barbara Götten. Die ist ebenfalls diplomierte Ergotherapeutin. In Saarbrücken bertreibt sie ein eigenes Studio namens Villa Vitalis. Als Unternehmerin und „passionierte Querdenkerin in Gesundheitsfragen“ ist sie immer auf der Suche nach alternativen Therapien, hat keine Scheu, ihr Angebot mit Heilwissen anderer Kulturen zu ergänzen. Im Rahmen einer Fortbildung im Umwelt- und Freizeitzentrum Finkenrech in Eppelborn lernte Barbara Götten Pablo Bianchini kennen. Der 50-Jährige Chilene nennt sich Bioenergie- und Narbenspezialist sowie Sienertherapeut. Und ist Begründer der „Mikro Globalen Bioenergie Medizin“ (MGBM). Seit 40 Jahren lebt er in Luxemburg und Deutschland, seit acht Jahren gibt er sein Wissen an Schüler weiter.

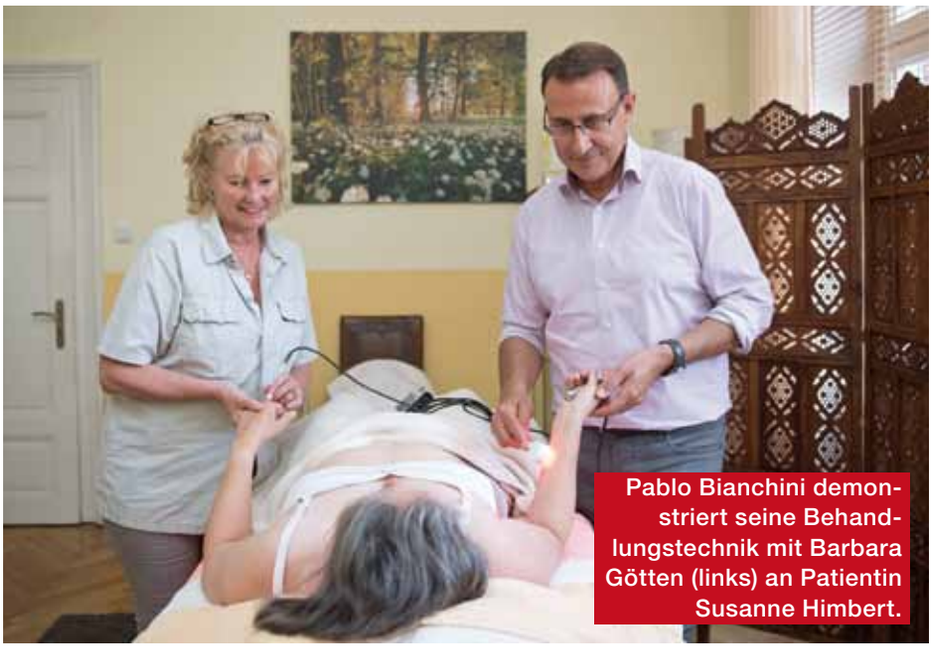
Barbara Götten war von Pablo Bianchinis Methode der technischen Narbenentstörung im wahrsten Sinne des Wortes elektrisiert. Sie machte ihren Mann damit bekannt. „Pablo entstörte die Narben rund um sein Herz, doch schnell erkannte er, dass diese Narben nicht ursächlich sind für das Asthma meines Mannes“, erzählt sie. „Er entdeckte eine Narbe am

FOTOS: JENNIFER WEYLAND (3)

Unterarm. Mein Mann war als Kind in eine Glasscherbe gefallen, diese Narbe hatte den Lungenmeridian gestört. Dazu kam eine Narbe an der Hand, die durch einen Schnitt mit dem Teppichmesser hervorgerufen worden war. Nachdem beide Narben entstört waren, hat das schwere Atmen meines Mannes aufgehört. Wenn ich nachts neben ihm liege, muss ich jetzt immer fühlen, ob er noch lebt – denn früher habe ich ihn immer laut atmen und sprayen gehört." Zusatzeffekt der Behandlung: „Die Katzenallergie meines Mannes ist weg. Die streunende Katze, die seit Wochen um unser Haus schlich, hat nun bei uns ein neues Heim gefunden."

„Ich bin kein Mediziner, ich kann auch keine Heilung versprechen", stellt Pablo Bianchini klar. „Aber ich bin Praktiker. Ich habe am eigenen Leib und später durch eine Vielzahl von naturheilkundlichen Fortbildungen gelernt, wie wichtig ein ungehinderter Energiefluss für die körperliche und auch seelische Gesundheit eines Menschen ist." Im Mittelpunkt seiner Arbeit steht die sanfte Auflösung von durch Narben hervorgerufenen Energieblockaden im Körper mit Hilfe von Licht. Hierfür nutzt er ein spezielles Therapiegerät, entwickelt von Prof. Ernst Schaack, mit dem er LED-Licht im Nieder- und Hochfrequenzbereich durch die Narben leitet.

Auch Susanne Himbert aus Nalbach hat eine lange Leidensgeschichte hinter sich, bis sie auf Pablo Bianchini und seine Heilmethode trifft. Die 58-Jährige plagt sich seit zwei Jahren mit einer Analfistel, die partout nicht heilen will. Immer wieder kommt es zu eitrigen Abszessen, es folgen Operationen in Saarlouis und Mannheim sowie Implantate von Schweinedarm. Doch die Wunde heilt nicht zu. Das Sitzen auf Stühlen oder eine Fahrt mit dem Auto werden immer schwieriger, ganz zu schweigen von einem unbeschwerten gemeinsamen Leben mit Mann und Kind. Die ausgebildete Krankenschwester und Altenpflegerin ist verzweifelt, hängt ihren Beruf als Altenpflegerin an den Nagel, wird depressiv, kann die ständigen Schmerzen kaum noch aushalten. In ihrer Not probiert Susanne Himbert die Narbenentstörungsmethode aus. „Zwei Stunden lang dauerte die erste Narbenentstörung, besonders meine Kaiserschnittnarbe hat Pablo Bianchini malträtiert. Danach habe ich deutlich weniger Schmerzen gefühlt, konnte die Heimfahrt im Auto relativ schmerzfrei überstehen."



Pablo Bianchini demonstriert seine Behandlungstechnik mit Barbara Götten (links) an Patientin Susanne Himbert.

Susanne Himbert bucht eine zweite Sitzung, danach steht eine Kontrolluntersuchung in der Klinik in Mannheim auf dem Terminplan. Die Ärzte stellen eine signifikante Besserung fest. Susanne Himberts Gemütszustand bessert sich parallel zu ihrer Wunde, sie tauscht ihr graues Hemd gegen eine bunte Bluse. Mittlerweile sieht die gebürtige Homburgerin sogar ihre berufliche Zukunft in der Narbenentstörung. „Ich mache eine Ausbildung zur Narbenentstörerin nach der Methode von Pablo Bianchini."

Manch einer wird denken, dass Narbenentstörung neumodisches, esoterisches Wunderwunschdenken sei. Doch die Lehre um Energieblockaden, ausgelöst durch Narben, ist seit vielen Jahrhunderten verbreitet. Neben Vertretern der Traditionellen Chinesischen Medizin beschäftigen sich auch eine Reihe von Biophysikern, Bioenergetikern, Schulmedizinern, Naturheilkundlern, Kinesiologen, Trauma- und Psychotherapeuten seit vielen Jahrzehnten verstärkt mit der Frage, welche Auswirkungen Narben auf den Energiefluss im Körper, auf den Gesundheits- und Genesungsprozess von Menschen haben. Sie alle weisen in ihren Forschungen darauf hin, dass Narben eine häufige und häufig übersehene

Dieser Apparat erzeugt das Licht für die Therapie.

Ein ganz spezielles LED-Licht soll narbenbedingte Energieblockaden auflösen

Durchleuchten statt pieksen: Bianchinis Narbenentstörung erinnert an Akupunktur.

Krankheitsursache seien. Narben sind zähes, relativ trockenes, nicht leitendes Gewebe, entstanden aus durchtrenntem Muskelgewebe. Experten wie etwa die Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapeutische Medizin Dr. med. Sonja Reitz glauben, dass beispielsweise chronische Schmerzen, Arthrosen, Hormonstörungen, Bewegungseinschränkungen, Depressionen, Allergien und Müdigkeit, neurologische Störungen und auch Krebs durch Narben ausgelöst oder verschlimmert werden können. Die Theorie: Narben stören den natürlichen Energiefluss der Körperzellen. Narben beeinträchtigen die Meridiane in ihrer Leitfähigkeit.

In den 1980er Jahren wurden Narben vor allem durch die Injektion von Neuraltherapeutika (zum Beispiel Procain) behandelt. Später wurde die Wirkung von Licht auf Narben erkannt. Pablo Bianchini favorisiert die Narbenentstörung mittels Infrarotstrahlen, da die alleinige Behandlung mit Procain keine Knochenverletzungen entstören könne. Die Folge der Narbenentstörung sei eine verbesserte Durchblutung des Gewebes, der Schadstoffabfluss durch Lymphbahnen und die Regeneration beziehungsweise der Zusammenfluss von einst durchtrennten Nerven erhöhe sich. Viele Patienten sprechen von „Heilung in Sekunden“, ein Phänomen, das nach den Worten des Naturheilers auf elektrisch oder elektromagnetisch funktionierende Wirkmechanismen im Körper zurückzuführen ist. „Werden diese elektrischen Blockierungen durch die Narbenentstörung gelöst und können die Ströme wieder frei fließen, verschwinden viele Beschwerden innerhalb kurzer Zeit“, so Bianchini.

Bei Susanne Himbert und Franz-Josef Dörr hat die Narbenentstörung jedenfalls geholfen, wenn auch nicht innerhalb von Sekunden. Pablo Bianchini ist sich sicher: „Wer am Anfang einer Therapie keine Narben entstört, behandelt nur Symptome. Ich kann nichts versprechen, aber die Narbenentstörung ist eine wirksame Hilfe, Bioenergie zum Fließen zu bringen, und damit die Selbstheilungskräfte des Körpers zu unterstützen. Damit wird der körpereigenen Regulation geholfen, besser zu funktionieren.“

Patientin Susanne Himbert ist von der Heilkraft der Narbenentstörung überzeugt.

„Die Heilung in Sekunden ist auf elektromagnetische Wirkmechanismen im Körper zurückzuführen“

FOTOS: JENNIFER WEYLAND (2)

Entspannen Sie bei unseren

„WELLNESS-TAGEN AM BOSTALSEE“

im idyllischen Landhaus-Stil!

ARRANGEMENT

Diese Auszeit haben Sie sich verdient: erleben Sie Wellness-Tage am Bostalsee und nutzen Sie gleichzeitig unser Seehotel und das hauseigene Victor's Romantik Spa gleich nebenan!

- zwei Übernachtungen mit Frühstück
- zwei Abendessen jeweils als 3-Gang-Menu
- zur Begrüßung ein Glas Haussekt im Romantik Spa
- kuscheliger Bademantel auf dem Zimmer
- ein Genießerpeeling mit einer anschließenden Aromaöl-Rückenmassage
- eine Pediküre oder Maniküre mit anschließender Hand- oder Fußmassage
- Kaffee, Tee, Saft und Mineralwasser während der Anwendungen
- inklusive Eintritt in unser Schwimmbad mit Whirlpool, Sauna und Dampfbad

€ 266 pro Person im Standard-Doppelzimmer
€ 296 im Einzelzimmer

ganzjährig buchbar, außer an Ostern, Weihnachten und Silvester.

Victor's
SEEHOTEL
WEINGÄRTNER
★ ★ ★ ★

Bostalstraße 12 · D-66625 Nohfelden · Telefon +49 6852 889-0 · Fax +49 6852 81651 · info.nohfelden@victors.de · www.victors.de
Ein Unternehmen der Victor's Residenz-Hotels GmbH · Kurfürstendamm 100 · D-10709 Berlin

Die **Autorin Dr. Adelheid Liebendörfer** ist Pressereferentin der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. In der DGKCH sind die Fachrichtungen Neugeborenenchirurgie, allgemeine Kinderchirurgie, Kindertraumatologie und Kinderurologie vertreten. Die Gesellschaft setzt sich dafür ein, dass Kinder im Falle einer Operation von spezialisierten Kinderchirurgen behandelt werden und nicht wie kleine Erwachsene.

Keine Nüsse und Co. für die Kleinsten

Säuglinge und Kleinkinder sind besonders gefährdet, **Fremdkörper zu verschlucken**, beziehungsweise einzuatmen. Eltern sollten auf Notfälle vorbereitet sein.

Als risikobehaftet gelten Nüsse und andere kleine runde Gegenstände mit glatter Oberfläche, aber auch Magnete und Batterien. Da im Notfall schnelles und kompetentes Handeln lebensrettend sein kann, empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) Eltern und Aufsichtspersonen, sich frühzeitig über geeignete Anlaufstellen wie Kinderkliniken zu informieren. Zudem rät sie, sich vorsorglich mit Erste-Hilfe-Maßnahmen vertraut zu machen. Die Versorgung von Kindern mit verschluckten und eingeatmeten Fremdkörpern ist auch Gegenstand einer neu erschienenen Leitlinie, an der die DGKCH mitgearbeitet hat.

Infos für Mediziner:
Leitlinie „Fremdkörperaspiration und Fremdkörperingestion, interdisziplinäre Versorgung von Kindern“, Registernummer 001–031, Klassifikation S2k
www.awmf.org

„Verschluckte oder eingeatmete Gegenstände und Nahrungsmittel gehören zu den häufigsten Notfällen von Kindern zwischen dem 6. Lebensmonat und dem 4. Lebensjahr – mit steigender Tendenz“, sagt Dr. med. Peter Schmittenbecher, Chefarzt der Kinderchirurgie am Klinikum Karlsruhe. Meist husten oder scheiden die Betroffenen den Fremdkörper von alleine aus. Mehr als drei von hundert Kindern jedoch ersticken, nachdem Nahrungsmittel oder kleine Spielzeugteile die Atemwege verstopft haben.

Im Zweifelsfall sollten Eltern mit ihren Kindern sofort eine Klink aufsuchen. Vielfach lassen sich die Fremdkörper mit einem Endoskop entfernen, mitunter aber nur durch einen kinderchirurgischen Eingriff. Bei der Behandlung arbeiten idealerweise Mediziner verschiedener Fachdisziplinen, wie Kinderanästhesisten, Intensivmediziner, Pneumologen und Kinderchirurgen, Hand in Hand. „Diese Notfall-Eingriffe sind komplikationsträchtig und erfordern viel Erfahrung“, betont Schmittenbecher, der an der Erstellung der Leitlinie mitgewirkt hat. Damit ihre Kinder eine fachgerechte Behandlung erhalten, sollten Eltern sich rechtzeitig über entsprechend qualifizierte Kliniken und Praxen erkundigen, rät er: „Kinderärzte wissen in der Regel Bescheid, wo man hingehen sollte.“

Doch am besten ist, wenn nichts passiert. „Kleine Gegenstände und Nahrungsmittel mit runder, glatter Oberfläche sowie spitze Gegenstände müssen von Kindern unbedingt ferngehalten werden“, sagt DGKCH-Pressesprecher Dr. med. Tobias Schuster. Denn besonders während der sogenannten oralen Phase im Alter zwischen etwa vier Monaten und eineinhalb Jahren erkunden die Kleinen die Welt, indem sie alles in ihren Mund stecken. „Da die Atem- und Verdauungswege bei Kindern noch eng sind, bleiben Fremdkörper zudem leichter stecken“, erläutert Schuster, Chefarzt der Kinderchirurgie am Klinikum Augsburg, und ergänzt: „Eltern sollten auch daran denken, dass Spielzeuge zerfallen und damit ebenfalls eingeatmet oder verschluckt werden könnten.“

Auch Magnete und Batterien werden verschluckt. Sie können sich aus Spielzeug lösen oder finden sich im Haushalt. Kritisch wird es, wenn sich mehrere Magnete im Darm gegenseitig anziehen und ihn dadurch verstopfen oder durchlöchern. „Dies kann zu schweren inneren Verletzungen bis hin zum Tod führen“, berichtet Schmittenbecher. Batterien wiederum schädigen die Schleimhaut des Magen-Darm-Traktes besonders stark: „Sie können sich an den Schleimhäuten elektrisch entladen und so zu tiefen Verätzungen führen“, erläutert er.

Sein Rat: Eltern mit Kindern im kritischen Alter sollten die Umgebung ihres Nachwuchses regelmäßig aus seiner (Vierfüßler-) Perspektive auf Gefahren absuchen. Und gegessen werden sollte nur am Tisch – unter Aufsicht. ●

Gastbeitrag: Adelheid Liebendörfer

FOTO: PICTURE ALLIANCE / BRIGITTE BALD

SA(AR)VOIR VIVRE!

Erleben Sie das Saarland und lassen Sie sich begeistern – von Land, Leuten und fünf einzigartigen Hotels.

Exklusives Wohlfühl-Highlight: Das Victor's Residenz-Hotel Schloss Berg (5 Sterne Superior) – mit drei Restaurants, großem Wellness-Bereich und mondänem Ambiente auf höchstem Niveau.

Arrangement „Das Saarland entdecken"
· 1 Übernachtung mit Frühstück
· 3-Gang-Menu (4-Gang-Menu auf Schloss Berg)
· Lunchpaket
· Saarwein aus der Victor's Edition
· Reiseführer „I love SaarLorLux"
· Präsent aus Victor's Welt

Gültig 2016 in allen saarländischen Victor's Residenz-Hotels.

ab € 75
pro Person im DZ

ab € 125
pro Person im DZ im Victor's Residenz-Hotel Schloss Berg

Victor's
RESIDENZ-HOTELS
SAARLAND

Victor's Seehotel Weingärtner · Victor's Residenz-Hotel Schloss Berg
Victor's Residenz-Hotel Saarbrücken · BEST WESTERN
Victor's Residenz-Hotel Rodenhof · Victor's Residenz-Hotel Saarlouis
www.victors.de · Telefon +49 681 93613-0

Unternehmen der Victor's Residenz-Hotels GmbH
Kurfürstendamm 100 · D-10709 Berlin

FOTO: JENNIFER WEYLAND

Paul Herrlein leitet das St. Jakobus Hospiz seit über 20 Jahren.

„Wir betreuen die Menschen dort, wo sie leben“

Seit 2007 haben schwerstkranke und sterbende Menschen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im häuslichen Umfeld. Als eine der ersten Organisationen dieser Art hat das **St. Jakobus Hospiz** in Saarbrücken Grundlagenarbeit für das heutige, ambulante Hilfsangebot in ganz Deutschland geleistet. Geschäftsführer Paul Herrlein war von Anfang an dabei.

Interview: ***Andreas Altmeyer***

Herr Herrlein, wie arbeitet das St. Jakobus Hospiz und welches Leistungsspektrum bietet es an?

Das St. Jakobus Hospiz ist seit über zwanzig Jahren in der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung aktiv. Wir arbeiten nicht stationär, sondern betreuen die Menschen dort, wo sie leben. Neben unserer Einrichtung in Saarbrücken übernehmen die saarlandweite Versorgung auch das Hospiz St. Michael in Völklingen und der Kinderhospizdienst Saar, der Familien mit schwerkranken Kindern und Jugendlichen betreut. Dort engagieren sich überwiegend ehrenamtliche Helfer, die von unseren Hospizfachkräften begleitet werden. Daneben zählt die spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu unseren Leistungen. Bei der SAPV ermöglichen hochspezialisierte Teams aus Palliativmedizinern, Pflegekräften und Sozialarbeitern rund um die Uhr eine optimale Betreuung sterbender Menschen im häuslichen Umfeld. Im letzten Jahr haben wir so über 1.000 Menschen versorgt – überwiegend Erwachsene, aber auch 50 bis 60 Kinder.

Gerade in den Anfängen der SAPV haben Sie doch auch sehr viel Grundlagenarbeit geleistet.

Ja, als eine der ersten Einrichtungen in Deutschland begannen wir Mitte 2005 gemeinsam mit den Ersatzkassen, einen integrierten Versorgungsvertrag auf den Weg zu bringen. Die damalige Bundesgesundheitsministerin, Ulla Schmidt, hat diesen im Saarbrücker Schloss unterzeichnet. Sie veranlasste auch die ersten wesentlichen Regelungen zur SAPV.

Wie sah Ihre Arbeit im Detail aus?

Schon im Jahr 1995 haben wir damit angefangen, erste Bausteine für die SAPV zu legen, damals vor allem durch eine gut abgestimmte Palliativpflege. Im Jahr 2005 kam dann die integrierte Versorgung dazu. Das heißt: Die Krankenkassen arbeiteten einen sektorenübergreifenden Vertrag für Leistungserbringer aus, zu dem viele medizinische Teilbereiche gehören – von Krankenhäusern, Ärzten bis hin zu Pflegediensten. Im Kern ging es darum, dass ein multiprofessionelles Team die Patienten zu Hause versorgt, natürlich begleitet vom Hausarzt. Dieses Modell ist

dann etwas später zur Regelversorgung geworden – nämlich zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wie wir sie heute kennen.

Die Entwicklung der SAPV kam dennoch anfangs nur schleppend voran. Woran lag das?

Zum einen daran, dass der Gesetzgeber mit der SAPV völliges Neuland betrat. Es gab zwar ein paar Modellprojekte in Deutschland, aber man hatte erst wenig Erfahrung gesammelt. Zwischen alle Stühle wurde quasi ein neues Leistungssegment eingebaut, und es hat gedauert, bis die Ausführungsbestimmungen ausgearbeitet waren und umgesetzt werden konnten. Das Gesetz stellt auch an die Leistungserbringer hohe Anforderungen. Die muss man erst mal bewältigen. Im ländlichen Raum ist das alles andere als einfach. Doch im Saarland verlief die Entwicklung zügig. So begannen wir schon im Jahr 2009 damit, den integrierten Versorgungsvertrag auf die SAPV umzustellen. So konnten wir diese im Jahr 2010 unkompliziert anbieten und hatten schon in der Silvesternacht, am 1. Januar, fünfzig Patienten. Als kleines Bundesland profitieren wir zusätzlich von einer flächendeckenden Versorgung. Dazu kommt, dass wir im Saarland von Anfang an sehr kooperativ mit den Krankenkassen zusammenarbeiten konnten, denn die waren offen für das neue Konzept.

Welche Ziele verfolgten Sie damals auf politischer Ebene, als die SAPV noch in ihren Kinderschuhen steckte?

In all den Jahren haben wir versucht, ganzheitliche Versorgungsstrukturen zu entwickeln und aufzubauen. Unser Anliegen war und ist es, die notwendigen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, damals noch über die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, heute über den Deutschen Hospiz- und Palliativverband und über die Wohlfahrtsverbände. Diese Arbeit trägt Früchte, was das neue Hospiz- und Palliativgesetz der Bundesregierung zeigt.

Was sind die konkreten Vorteile des neuen Gesetzes?

Es bildet die juristische Grundlage für eine optimale Versorgung Schwerkranker und Sterbender im ambulanten, aber auch im stationären Bereich. Auch die Rolle der SAPV wird dabei berücksichtigt und die Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen betont. Das Gesetz enthält allerdings nur Kann-Leistungen. Unser Anliegen ist es, dass die Menschen von diesen auch wirklich profitieren und dass sie tatsächlich bei ihnen ankommen. Dafür muss noch viel Arbeit geleistet werden.

„Es gibt noch viele Unsicherheiten in der Abstimmung mit den Hausärzten, aber langsam wird es besser“

Gerade der Gesundheitssektor ist ständigen strukturellen Änderungen unterworfen. Spüren Sie diese auch bei der SAPV?

Ja, natürlich. Heute geht es nicht mehr nur um einzelne Verhandlungen zwischen einer Krankenkasse und den Leistungserbringern. Die Wettbewerbssituation hat sich in den letzten Jahren verschärft, weil SAPV-Verträge ausgeschrieben und EU-Richtlinien eingehalten werden müssen. Da spürt man schon einen Perspektivenwechsel im Gesundheitswesen und die stärkere Wettbewerbssituation.

Stichwort: Verordnungspraxis. Wird die SAPV mittlerweile von den Hausärzten als Hilfsangebot überhaupt wahrgenommen?

Die Hausärzte kennen die SAPV, doch das Verordnungsverfahren ist sehr kompliziert. Da braucht es mehr als einen Überweisungsschein. Das fordert die Ärzte natürlich, denn um das entsprechende Formular auszufüllen, müssen sie ihr Fachwissen in Sachen Palliativmedizin einbringen. Viele Hausärzte denken, dass sie aus dem Spiel sind und ihren Patienten „abgeben“, wenn sie die SAPV verordnen. Das ist natürlich nicht so, weil sie eine ergänzende Leistung ist und nur in Abstimmung mit dem Hausarzt erbracht werden kann. Da gibt es schon noch viele Unsicherheiten, über die wir auch gerade mit der Kassenärztlichen Vereinigung sprechen. Langsam wird die Situation aber besser.

Wo sehen Sie im Saarland noch Verbesserungsbedarf?

Im Saarland sind wir sehr gut aufgestellt und haben eine bedarfsgerechte Versorgung. Wir stellen ja auch ein SAPV-Team für Kinder. Das ist in vielen anderen Bundesländern nicht der Fall. Doch in der häuslichen Versorgung ohne SAPV besteht noch Verbesserungsbedarf. Da wären eine strukturiertere Zusammenarbeit zwischen den Ärzten, den Hospiz- und Pflegediensten wünschenswert und gemeinsame Konzepte. Derzeit führen wir deshalb mit der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Saarland, mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ein Modellprojekt im Landkreis St. Wendel durch, bei dem wir diese Zusammenarbeit konzeptionell aktiv gestalten.

Was steht bei dem Modellprojekt im Vordergrund?

Es geht um den Austausch der einzelnen Professionen, beispielsweise bei gemeinsamen Fallbesprechungen und in Qualitätszirkeln. Die HTW und die Universität des Saarlandes evaluieren das Projekt entsprechend. Die gesammelten Erfahrungen sind durchweg positiv.

SCHON GEWUSST?

Ein SAPV-Dienst kann auch in einer Pflegeeinrichtung genutzt werden. Denn auch das Pflegezimmer zählt zum häuslichen Umfeld. Der Dienst unterstützt und entlastet dann die bereits vorhandenen Pflegekräfte der Einrichtung. Schwerstkranke und Sterbende, die unter Schmerzen oder Ängsten leiden, haben ein Anrecht auf diese Zusatzversorgung. Es gibt bereits viele positive Erfahrungen mit der Zusammenarbeit von stationärem Pflegepersonal und SAPV-Mitarbeitern.

FOTO: PETER BÖHNEL

Luca (12) stellt seine Gemälde im Erdgeschoss des Hospizes aus.

RAUM FÜR KREATIVITÄT

Der Alltag im St. Jakobus Hospiz hat auch seine bunten Seiten. Beispiel: die Vernissage von Luca. Luca und seine Familie werden seit mehreren Jahren vom Kinderhospizdienst Saar und dem Kinderpalliativteam Saar betreut. Der Junge leidet an einer sogenannten lebenslimitierenden Krankheit. Vor Kurzem hat Luca seine Begeisterung für die Malerei entdeckt. Wie seine Mutter erzählt, bekam er eine Künstlerausstattung zu Weihnachten geschenkt. Offensichtlich eine gute Idee. Seitdem gestaltet der Zwölfjährige ein Bild nach dem anderen, eines schöner als das andere. Bevorzugte Technik: Acryl auf Leinwand. Nachdem Luca die Büroräume des Kinderpalliativteams und des Kinderhospizdienstes Saar bereits mit seinen Werken verschönerte, stellte ihm das St. Jakobus Hospiz nun seine Räumlichkeiten für eine richtige Vernissage zur Verfügung. Die war übrigens sehr gut besucht. Viele Bilder gingen weg wie warme Semmeln.
Die Frage, ob es ihm nicht schwer falle, sich von seinen schönsten Gemälden zu trennen, verneint der junge Künstler: „Kein Problem, die kann ich mir doch wieder neu malen."

Sie haben es gerade angesprochen: Das Saarland verfügt als eines der wenigen Bundesländer über ein SAPV-Team für Kinder. Wie unterscheidet sich die Versorgung und Betreuung von Kindern und Erwachsenen?

Kinder stecken noch in der Entwicklung und sind Teil einer Familie. Auch wenn sie an einer lebens-limitierenden Krankheit leiden, wollen sie die Welt erleben – vorausgesetzt, dass ihr Zustand es zulässt. Hinzu kommt, dass wir oft Kinder mit Mehrfachbehinderungen, seltenen Erkrankungen und nach Unfällen betreuen. Da ist die Versorgung viel schwieriger.
Ein Beispiel: Niedergelassene Kinderärzte machen nur in Ausnahmefällen Hausbesuche. Das erschwert Abstimmungsprozesse enorm.
Auch Medikamente sind für Kinder meist nur unzureichend getestet. Ein weiterer, wichtiger Punkt: Natürlich ist die psychosoziale Betreuung der Familien und Geschwisterkinder anspruchsvoll, denn die Familienmitglieder sind psychisch enorm belastet.

Gibt es bei aller Professionalität noch etwas, was Ihnen richtig nahegeht?

Als Geschäftsführer bin ich ja weniger mit den unmittelbaren Geschehnissen in der Versorgung konfrontiert. Es bewegt mich jedoch, wenn ich sehe, wie oft Familien in schweren und belastenden Situationen zusammenrücken und welche unglaublichen Potenziale sie entfalten. Das geht mir nahe. Besonders nahe geht es mir aber auch, wenn unsere Hilfe nicht greifen kann oder Menschen unsere Unterstützung ablehnen.

Wenn Bimbambine leise lächelt

Klinikclowns für Kinder gibt es schon länger. Aber warum nicht auch mal ältere Menschen besuchen, gerade, wenn sie an Demenz leiden? Das dachte sich eine Senioreneinrichtung in Lahnstein und fragte bei der Sozialarbeiterin **Sabine Link** nach. Seitdem schaut dort ein Clown namens Bimbambine regelmäßig vorbei. Sehr zur Freude der Alten.

Cotherapeut Gregor ist auch dabei, wenn Bimbambine demenzkranke Senioren besucht.

FOTO: TOBIAS VOLLMER

Von ***Nadine Bröcker***

Wenn Sabine Link aus Koblenz ihr Köfferchen mit der Biene darauf packt, ihre kleine Ukulele mitnimmt und sich mit ihrem kleinen Cotherapeuten Gregor auf den Weg macht, in ihrem bunten Kostüm und mit rot gemalter Nase, dann ist sie in einer Herzensangelegenheit unterwegs. Dann ist Sabine Link Bimbambine. Die Clownin mit dem Auftrag, ein Lächeln zu schenken. Und Gregor ist eine Handpuppe, der sie ihre Stimme leiht. Die Sozialarbeiterin, die sonst in einer Psychiatrie mit Suchtkranken und psychisch erkrankten Menschen arbeitet, ist etwa zwei Mal im Monat ehrenamtlich unterwegs. Ihr Einsatzort? Die Pro Seniore Residenz Lahnstein, genauer gesagt deren behütender Wohnbereich für Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Viele Bewohner freuen sich, wenn die Clownin die Station betritt. Ob es am bunten Outfit liegt? Oder erkennt sie jemand vielleicht doch wieder?

Nach einer Vorstellungsrunde dürfen die Bewohner entscheiden, was sie mit der Clownin unternehmen möchten. Dann wird zum Beispiel gemeinsam gesungen. Gregor verteilt auch mal Komplimente, Bimbambine macht Seifenblasen, oder sie spielen gemeinsam mit Luftballons. Manchmal ist die Clownin aber auch einfach für die Menschen da. „Oft sind es nur Gespräche, die ich führe“, erzählt Sabine Link. Dann frischt sie längst vergangene Erinnerungen auf, wenn sie sich plötzlich an weit zurückliegende Begegnungen mit Clowns in Zirkussen erinnern. Wenn sie wissen möchten, ob Bimbambine denn auch jonglieren kann. Kann sie natürlich, wenn auch nur mäßig, aber beim Clownsein geht es ja eben gerade darum, sich selbst auf die Schippe zu nehmen – das ist bei älteren Menschen nicht anders als bei Kindern. Nur Trubel und Lautstärke sind bei den Senioren nicht so gefragt, weiß Sabine Link. „Da geht es mehr um den ruhigen Clown, um das Bedächtige, um das sanftere Lachen“, erklärt die Clownin. Wenn die Bewohner mal keine Lust haben, ist sie auch für die Angehörigen oder das Pflegepersonal da. Und wenn sie selbst mal keine Lust hat, immer fröhlich zu sein? „Bimbambine ist ja eine Figur. Wenn ich in mein Kleid schlüpfe und mir die rote Nase anmale und mit meinem Koffer losziehe, dann stecke ich wie in einer anderen Haut und schlüpfe in meine Rolle“, erklärt sie. Sie weiß, dass sie nur dort sein und die Freude der Menschen sehen muss, die ihr bei ihrem Besuch entgegengebracht wird, „dann sind jegliche Zweifel, die ich vorher hatte, weg“. Dabei passiert es auch mal, dass eben doch nicht alles nur Freude ist. Wenn zum Beispiel ein Bewohner weint. „Ich gehe auch manchmal da raus, sitze in meinem Auto, bin abgeschminkt und denke: Es hat mich heute sehr betroffen gemacht“. Doch das, sagt sie, gehöre nun mal auch dazu. In solch einem Fall kann sie sich auf den guten Austausch mit der

UND FÜR DIE KINDER? LACH-VISITEN!

Seit dem Jahr 2002 bildet die Westerwälder Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (WeKISS) in Trägerschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Rheinland-Pfalz/Saarland e.V. ehrenamtlich engagierte Menschen zu ehrenamtlichen Clown-Doktoren aus. Mittlerweile sind es mehr als dreißig Westerwälder Clowndoktoren, die regelmäßig zu sogenannten Lach-Visiten unterwegs sind. In den Krankenhäusern Klinikum Kemperhof Koblenz, Barmherzige Brüder Montabaur und St. Vincenz Landau haben sie in den zurückliegenden Jahren mehr als 5.500 Kinder besucht. Die Clowndoktoren bilden sich regelmäßig fort und nehmen an Supervisionen teil. In das Repertoire eines Clown-Doktors gehört neben der Fröhlichkeit auch das Zaubern, Jonglieren, Singen, Musizieren, mit Handpuppen zu spielen, Luftballons zu modellieren und mehr. Im Jahr 2007 wurde der Verein mit dem Preis „Ehrensache“ des Südwestfunks ausgezeichnet.
Weitere Informationen:
www.die-clowndoktoren.de

Senioreneinrichtung verlassen, wo sie sich melden kann, wenn sie etwas belastet. „Wenn wir nicht darüber sprechen, werden wir daran zerbrechen“, glaubt Sabine Link. Darum sind die Rückkoppelung und die Thematisierung von belastenden Situationen auch so wichtig für sie.

Dennoch, für Sabine Link ist ihr Einsatz eine meistens sehr beglückende Erfahrung. Das gilt auch für ihren zweiten Einsatzort, der unterschiedlicher kaum sein könnte. Gemeinsam mit einem Clownkollegen besucht sie als Clowndoktor nämlich auch Kinderstationen, darunter auch die Kinderkrebsstation. Dort geht es dann meist etwas lauter zu, denn die kleinen Patienten wollen mit Pauken und Trompeten begrüßt werden. Für beide Zielgruppen gilt jedoch: Wer keine Lust hat, wird nicht bedrängt. „Als guter Clown hat man die Antennen dafür“, erzählt Sabine Link. Clowns sollen schließlich Freude schenken und keine Angst machen. Sich auf Situationen einzulassen, spontan zu sein und reagieren zu können, lernt ein Clown nicht zuletzt in der Clownsausbildung. Die hat Sabine Link natürlich auch besucht. Da fragt man sich, warum wurde sie überhaupt eine Clownin? Jetzt muss auch Sabine Link lachen – entstand der Wunsch doch eher aus einem Zufall heraus: Im Jahr 2008 schrieb sie ihre Diplomarbeit zum Thema Humor in der Sozialen Arbeit. Im Jahr davor hatte sie sich bereits mit dem Thema auseinandergesetzt, war auf einen Verein in der Schweiz gestoßen, der sich um den therapeutischen Humor bemüht, und war schließlich zu einer Versammlung eingeladen worden. Dort saßen dann plötzlich zwei Clowns neben ihr. „Die haben mich beide so fasziniert, dass ich erkannt habe: Genau das möchte ich auch. Das war an einem Samstag. Am Montag darauf meldete sie sich zur Clownsausbildung am Kolibri Institut in Köln an. Vor ihr lagen zwei Jahre berufsbegleitende Ausbildung. An sechs Wochenenden pro Jahr musste Sabine Link gerade im ersten Jahr zuallererst an sich selbst wachsen, und sich viel und intensiv mit der eigenen Persönlichkeit auseinandersetzen. Zudem galt es, die eigene Clownfigur in sich zu

Mitlachen und Mitmachen heißt es in der Pro Seniore Residenz Lahnstein.

entdecken. „Ich bin ein zurückhaltender und leiser Clown, der erst warm wird und dann auf die Pauke schlagen kann, wenn es erwünscht ist“, erklärt sie. Sich selbst beschreibt sie als heitereren Menschen. Hinzu kam eine Unsicherheit, denn die Prüfungen, die die Ausbildung enthielten, wie die Inszenierung eines Bühnenstückes, machten ihr etwas Sorge. Doch nach dem ersten Jahr waren die Sorgen verflogen und sie hatte keine Zweifel mehr, die Ausbildung nicht schaffen zu können. Im Gegenteil, sie wusste nicht mehr nur, dass sie Clownin sein wollte, sondern auch, dass sie dabei Kinder im Krankenhaus besuchen möchte. Ein Ziel, welches zuvor nie definiert war.

An eine Demenzstation dachte sie zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht. Das kam erst, als sich die Pro Seniore Residenz Lahnstein mit ihr in Verbindung setzte und fragte, ob sie sich das nicht auch vorstellen könnte. „Unbedingt!“, erzählt Sabine Link lachend von dem Gedanken, der ihr dabei als Erstes durch den Kopf ging. Das ist jetzt eineinhalb Jahre her. Seitdem führt sie dieses Ehrenamt aus, ist Mitglied beim Verein „Westerwälder Clowndoktoren“ (siehe Infokasten) und gleichzeitig „Nasenbotschafterin“ der Stiftung Humor hilft heilen, die Eckart von Hirschhausen ins Leben gerufen hat. Als solche Botschafterin ist Bimbambine noch mit einem zweiten Koffer unterwegs, macht auf die Stiftung aufmerksam und gibt rote Nasen gegen eine Spende für die Stiftung ab. Für Sabine Link ist dieses Ehreamt eine Selbstverständlichkeit, und so spendet sie Honorare, wenn sie welche bekommt, an den Verein Westerwälder Clowndoktoren, dem etwa dreißig aktive Clowns angehören. Der Verein teilt Bimbambine für Einsätze ein und organisiert Workshops oder Fortbildungen für die Clowns. An Wertschätzung seitens der Einrichtungen fehlt es nicht, findet Sabine Link. Im Gegenteil, sie wollen ihre Leistung honorieren. Als ihre Herzensangelegenheit spendet sie das Geld aber gerne. „Mir bringt es ganz viel Dankbarkeit. Mich macht es glücklich, den kleinen und großen Menschen Zeit schenken zu dürfen. Ihnen den Alltag ein Stück weit mit Freude, mit einem Schmunzeln, mit einem Lächeln zu gestalten.“

Sabine Link ging die Sache ernsthaft an
und machte eine richtige Clown-Ausbildung

Informationen über Sabine Link gibt es auch auf ihrer Webseite: www.Bimbambine.de

FOTOS: OBIAS VOLLMER (3) — FOTOLIA / LIGHTHAUNTER

Arzneitests an Dementen – **Notbremse nach chaotischer Debatte**

Soll der Schutz von Schwerkranken mehr zählen oder die Hilfe für künftige Patienten? Geplante **lockerere Regeln** für Arzneitests erhitzen die Gemüter. Der Politik entgleitet die Debatte erst einmal.

Sollen Ärzte das dürfen? Einem schwerkranken Demenzpatienten ein noch wenig erforschtes Arzneimittel geben, um den Wirkstoff zu testen? Und zwar ohne die Hoffnung, dass es dem Betroffenen selbst noch hilft? Die Abgeordneten des Bundestags müssen sich dieser ethisch heiklen Frage stellen. Aber die Debatte darüber wurde zuletzt emotional so aufgeladen und so chaotisch, dass das Parlament im Juli erst mal die Notbremse zog.

Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) will solche Tests auch an Menschen erlauben, „die nicht in der Lage sind, Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Prüfung zu erkennen“, wie es in seinem Gesetzentwurf heißt. Das soll möglich werden, auch wenn nur andere Patienten davon einmal Nutzen erwarten dürfen. Die Kranken sollen vorher durch eine Patientenverfügung eingewilligt haben müssen.

In der Regel beziehen sich solche Verfügungen aber auf lebensverlängernde Maßnahmen. Außerdem hatte der Bundestag erst vor drei Jahren das Verbot bekräftigt: Wenn Patienten nicht selbst einwilligen können, sind Arzneistudien nur erlaubt, wenn sie ihnen selbst nutzen.

Doch angesichts von 1,6 Millionen Demenzkranken, dem Leid von Betroffenen und Angehörigen, wenn das Gedächtnis immer mehr schwindet, angesichts auch der steigenden Pflegekosten – muss nicht alles getan werden, um alle Türen für mögliche Verbesserungen zu öffnen? Oder wäre es ein Dammbruch, wenn der Schutz der wehrlosen Patienten aufgeweicht würde?

Ulla Schmidt hat dazu eine klare Meinung. „Ich bin davon überzeugt, dass die derzeitige Gesetzeslage völlig ausreichend ist“, sagt die ehemalige Gesundheitsministerin. „Wir brauchen keine darüber hinausgehende Regelung“, sagt sie. „Selbst das Gesundheitsministerium hat keine Arzneimittelstudie nennen können, die unter der geltenden Gesetzeslage nicht durchgeführt werden konnte.“

Arznei testen, von der man selber nicht mehr profitiert? Daran scheiden sich die Geister.

Tatsächlich hat sich selbst die Pharmabranche nicht zum Vorkämpfer für das Gröhe-Gesetz gemacht. Andere Mediziner hingegen argumentieren, in der Hochschulmedizin warte man sehnlich auf das Gesetz – also dort, wo nicht vorwiegend Arzneimittel mit großem absehbaren Umsatzpotenzial gesucht werden.

Während Gröhe Vergleiche mit Menschenversuchen der Nazis abwehren musste, geriet die Debatte im Bundestag wegen Verfahrensfragen aus den Fugen. Die Abstimmung war den Abgeordneten bereits freigegeben worden. Sie sollten also auch ohne Fraktionszwang abstimmen können.

Doch drei Tage vor der geplanten Entscheidung im Juli gab es drei konkurrierende Änderungsanträge für die entscheidende Stelle des Gröhe-Entwurfs, der sonst noch andere Dinge regeln soll.

So hat der SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach eine Variante der Ministeriumsvorlage ausformuliert, die statt einer Patientenverfügung eine andere, eigens dafür vorgesehene schriftliche Einwilligung der Patienten im Vorfeld vorsieht. Ärztliche Beratung soll für diese „Probandenverfügung“ Pflicht sein. Die SPD-Politikerin Hilde Mattheis wollte einen Antrag einbringen, nach dem die ärztliche Beratung freiwillig bleiben soll. Und Ulla Schmidt und andere fordern in ihrem Antrag, die Sache ganz bleiben zu lassen – ihr Papier läuft darauf hinaus, dass alles so bleibt, wie es ist.

Doch den Abgeordneten lief die Zeit davon. Diskutiert wurde also, die Sache schon mittwochs in der zweiten Lesung im Plenum zu beraten, dann zwei Tage vergehen zu lassen, um freitags wie geplant die abschließende dritte Lesung zu machen. Jetzt soll bis Mitte September Luft sein zur eingehenden Beratung. „Die Koalition hat die Dynamik und die Brisanz des Themas unterschätzt“, kritisiert die Grünen-Fraktionsgeschäftsführerin Britta Haßelmann. Der Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz, Eugen Brysch, sagt: „Es wäre ein Fehler, wenn man sich dafür nicht ausreichend Zeit lassen würde.“

Basil Wegener

E-Health:
Chance oder Risiko?

Der Berliner Mediziner und Digitalisierungsexperte **Tobias Neisecke** über Gesundheits-Apps, datensammelnde Armbänder und das neue E-Health-Gesetz.

Interview: ***Peter Böhnel***

FOTO: FOTOLIA / ICONIMAGE

Herr Neisecke, Sie sind approbierter Arzt, arbeiten aber als Berater im Bereich E-Health. Haben Sie nie als Arzt praktiziert?

Das war nie mein Ziel. Vor meinem Medizinstudium habe ich auch eine Krankenpflegeausbildung gemacht, als Pfleger gearbeitet und das deutsche Gesundheitssystem kennengelernt. Ich wollte kein Teil dieser „Gesundheitsmaschine“ werden.

Wenn Sie nicht mehr dazugehören wollten, warum haben Sie Medizin studiert?

Ich habe Medizin aus Interesse studiert, habe aber immer überlegt, was ich damit denn noch machen könnte.

Und was haben Sie nach dem Studium gemacht?

Mit einem Startup habe ich ein 3D-Internetprojekt entwickelt, das Berlin als virtuelle Welt im Maßstab 1:1 abbildet. Da habe ich gemerkt, dass auch die Medizin immer stärker von den neuen Medien beeinflusst wird, dass das Internet ganz neue Chancen und Risiken bietet.

Die Arbeit mit digitalen Medien hat Sie zu einer neuen beruflichen Ausrichtung geführt.

Ja, ich habe mich als Vermittler zwischen Medizin und neuen Medien positioniert, habe beispielsweise zwei Jahre als wissenschaftlicher Mitarbeiter an einer Uniklinik gearbeitet und ein Telemedizinprojekt betreut. Aktuell bin ich als Berater und Experte unterwegs. Für die Bertelsmann-Stiftung entstand die Studie „Digital-Health-Anwendungen für Bürger“, die Public-Health-Aspekte von Gesundheits-Apps untersucht.

Nutzen Sie selbst solche Gesundheits-Apps?

Nein. Aus zwei Gründen: Ich habe keine Grunderkrankung wie zum Beispiel Diabetes. Und durch meine medizinische Ausbildung denke ich, dass mir solche Apps keinen Mehrwert bieten würden. Dass ich beispielsweise zu wenig Sport treibe, das weiß ich selber.

Könnte Sie so eine App nicht aber motivieren, mehr Sport zu machen?

Gutes Stichwort. Gamification. Es wird spielerisch über Belohnungsprinzipien versucht, einen zu einer Verhaltensänderung zu bewegen. Ich bin aber resistent gegen sowas. Würde mich nicht davon motivieren lassen. Ich gehöre nicht zur Zielgruppe solcher Apps.

Für wen sind die Apps sinnvoll?

Zum Beispiel für Diabetiker, da kann ich meine Blutzuckerwerte protokollieren und erhalte eine Statistik. Oder für Schmerzpatienten, wenn ich ein digitales Schmerztagebuch führen will. Es gibt zum Beispiel auch Anwendungen mit Erinnerungsfunktionen, beispielsweise für die Medikamenteneinnahme. Apps können so auch als eine Art digitaler Kompagnon oder Assistent genutzt werden.

Apps sind ja nur ein Teilaspekt. Was ist heute schon im Bereich E-Health möglich?

Technisch ist fast alles machbar. Die Frage hierbei ist vielmehr: Wie kriege ich es in den Regelbetrieb? Und wie hoch ist der Nutzen? Beispiel: Eine Magnetschwebebahn zwischen Hamburg und Berlin ist realisierbar, aber zu teuer. Und so ist es zum Beispiel auch in der Telemedizin. Hier ist vieles machbar, aber nicht immer sinnvoll, vor allem aus der Kostenperspektive. Es gilt das Prinzip: Eine neue digitale Behandlungsmethode muss beweisen, dass sie aus medizinischer Sicht Vorteile gegenüber dem allgemeinüblichen Versorgungsstandard bringt. Kein leichtes Unterfangen. Momentan ist der Status Quo: Das Potenzial zeichnet sich ab, aber es gibt noch viele Hürden. Auch, was die Akzeptanz angeht.

Stichwort Telemedizin. Damit kann man beispielsweise weit entfernte Spezialärzte in die Behandlung mit einbinden. Ist das nicht eine verlockende Möglichkeit?

Für dieses Beispiel stimme ich Ihnen zu. Hier wird die Diagnose des Arztes vor Ort durch die Kompetenz des Spezialisten aus der Ferne aufgewertet und abgesichert. Aber eine Videosprechstunde zwischen Arzt und Patient muss nicht immer dieselbe Qualität wie ein Besuch in der Praxis haben. Um das Risiko von Fehldiagnosen zu vermeiden, ist daher der Einsatz von Videosprechstunden auf bestimmte Anwendungsbereiche beschränkt. Jede Form der körperlichen Untersuchung, zum Beispiel die Lunge abhören, ist bei einer Videokonsultation nicht möglich. Telemedizin soll als Kostenbremse dienen oder den Ärztemangel ausgleichen. So könnte sie in die Rolle des Lückenfüllers geraten.

Wie sieht es mit den sogenannten Wearables aus? Da gibt es zum Beispiel Armbänder, die mit Sensoren alles Mögliche erfassen, Blutdruck, Temperatur, Puls, Bewegung …

Hier sehe ich das Problem: Die erfassten Daten bleiben oft nicht auf meiner Festplatte, sondern landen im Internet. Die sind dann irgendwo in der Cloud. Oder die Daten unterschiedlicher Geräte werden in Plattformen wie Apple Health gesammelt und miteinander abgeglichen. Ich kann die Daten wild hin und her schieben, beziehungsweise die Anwendungen tun dies ohne Wissen des Verbrauchers im Hintergrund.

Firmen wie Apple und Co. versprechen Datenschutz.

Ja, in der Form, wie sie es in den AGBs hinterlegt haben. Aber liest die jemand? Irgendwann verliere ich den Überblick. Die Kontrolle ist sehr schwer. Das Self-Tracking, das solche Wearables bieten, ist praktisch nicht möglich, wenn ich nicht bereit bin, meine Daten abzugeben.

Neben den Risiken bietet die Technik ja auch Chancen. Was lässt sich Sinnvolles mit den gesammelten Daten anstellen?

DAS E-HEALTH-GESETZ

Bereits Ende 2015 hat der Bundesrat das Gesetz zur schnelleren Einführung des elektronischen Datenaustauschs im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) gebilligt. Danach soll die elektronische Gesundheitskarte künftig auch Patientendaten speichern können. So sollen Ärzte bei einem Notfall Informationen über Vorerkrankungen, Allergien und verschriebene Medikamente von der Karte des Patienten abrufen können. Als Anreiz erhalten Ärzte und Krankenhäuser eine Vergütung, wenn sie elektronische Notfall-Datensätze oder Entlassungsbriefe erstellen. Jetzt läuft die Einführungsphase des Gesetzes.

FOTO: PETER BÖHNEL

Pharmahersteller könnten Daten zur Forschung nutzen, zum Beispiel: Wie ändert sich mein Blutzucker nach der Tabletteneinnahme. Der Nachteil: Die Daten sind nicht valide, nicht so exakt wie in einer richtigen Studie.

Krankenversicherungen würden bestimmt gerne solche Daten nutzen, oder?

In gewisser Weise passiert das ja schon. Die Privaten Krankenversicherer nutzen ein Prämiensystem, es gibt einen Bonus für gesundes Verhalten. Technisch wäre es möglich. Jeder kriegt einen Tracker, der KV-Beitrag wird flexibel berechnet. Aber die Frage ist, ob wir das wollen. Denn das wäre erstens die totale Überwachung und zweitens die Aufgabe des Sozialsystems. Chronisch Kranke würden benachteiligt. Sozial Schwache würden benachteiligt. Oder denken Sie an psychische Erkrankungen, die sich digital feststellen lassen. Da wird dann am Klang der Stimme eine Depression diagnostiziert. Das kann sich negativ auswirken, zum Beispiel wenn Sie nicht in die private Krankenversicherung aufgenommen werden oder wenn Sie einen neuen Job suchen. Die entscheidende Frage ist also: Wo landen meine Daten?

Sie sehen also im Datenschutz ein noch ungelöstes Problem.

Viele Erkrankungen benötigen einen erhöhten Datenschutz. Zum Beispiel psychische Erkrankungen. Oder Geschlechtskrankheiten. Wenn Sie einmal einen Tripper gehabt haben, steht das ewig in Ihrer Datensammlung. Früher hieß es: Achtung bei Fotos auf Facebook. Heute: Achtung, auf Gesundheitsdaten aufpassen!

Kommen wir zum E-Health-Gesetz. Was halten Sie generell davon?

Grundsätzlich befürworte ich es. Es hat sehr viel Bewegung in einen festgefahrenen Prozess gebracht nicht zuletzt dadurch, dass Gröhe das Thema zur Chefsache erklärt hat.

Wie ist Ihre Einschätzung: Wird die technische Umsetzung des Gesetzes im vorgegebenen Zeitrahmen klappen? Diesen Sommer soll der Stammdatenaustausch zwischen Arztpraxen starten.

Es bahnt sich schon an, dass es zu weiteren Verzögerungen kommen wird. Man muss da jetzt aber auch nichts überstürzen. Entscheidend ist, dass der Weg vorgegeben wurde und auch begangen wird.

Tobias Neisecke beim Interview in einem Café auf dem Geländer der Charité in Berlin Mitte.

Minister Gröhe verspricht, dass der Datenschutz bei der Umsetzung des E-Health-Gesetzes gewährleistet ist. Glauben Sie das?

Die Datenhaltung entspricht sicherlich den geltenden gesetzlichen Vorschriften des Datenschutzes. In solchen Dingen sind wir in Europa ja auch bekanntermaßen Vorreiter. Viele Experten vertreten aber die Meinung, dass Sicherheitsaspekte bei der Umsetzung zu stark im Vordergrund standen. Das Ziel, jeden denkbaren unerlaubten Zugriff auf Patientendaten zu verhindern, geht letztendlich zu Lasten der Nutzerfreundlichkeit und könnte Datenaustauschprozesse erschweren oder verlangsamen.

Wie ist der heutige Status der Datenerfassung?

Beim Arzt werden die Daten im Allgemeinen digital erfasst, und es gibt zunehmend Systeme für den Datenaustausch zwischen Praxen und Kliniken. Im Allgemeinen sind die übermittelten Daten fallbezogen. Es wird keine komplette Akte freigegeben.

Für eine Beurteilung des Falles könnte die komplette Patientengeschichte hilfreich sein.

Daher kommen aktuell auch die Ansätze einer elektronischen Patientenakte, wo dann alles sozusagen von Geburt bis Tod drin wäre. Das hört sich erst mal gut an, kann aber auch zu einer überfrachtenden Datenflut führen. Hier nimm, such Dir was raus. Aktuell überlegt der Arzt gezielt, was der weiterbehandelnde Arzt für Informationen benötigt und stellt diese bereit. Wird mehr benötigt, wird nachgefragt und eventuell nachgeliefert. Es müsste ein Standard definiert werden, der vermutlich irgendwo dazwischenliegt.

Hier Datenschutz, dort Datenflut – sehen Sie noch weitere Probleme?

Das Problem der digitalen Erfassung ist generell: Sie müssen die Daten alle paar Jahre konvertieren. Datenträger und Dateisysteme ändern sich. Digitale Röntgenbilder von früher zum Beispiel sind heute nicht mehr kompatibel. Vielleicht lässt sich ein heutiger Arztbrief im PFD-Format in 20 Jahren nicht mehr ohne weiteres öffnen.

Kommen wir abschließend nochmal zu den Chancen. Wo liegt der Nutzen der digitalen Datenverarbeitung für den Patienten, und wie wird es weitergehen?

Smarte Technologien machen uns das Leben leichter. Nur: In der Medizin ist das nicht immer so leicht umzusetzen. Medizin ist sehr individuell. Wir brauchen eine hohe Präzision und Sicherheit, können uns nicht einfach auf Algorithmen verlassen. Wir brauchen noch einige Jahre, um die Vorteile eines digitalisierten Gesundheitswesens weiter herauszuarbeiten und die Risiken auf ein vertretbares Level zu minimieren. Aber es wird kommen.

Neue Niere per Roboter

Dem Homburger Urologieprofessor Michael Stöckle sind die ersten **robotergestützten Nierentransplantationen** Deutschlands gelungen. In FORUM Gesundheit erklärt er, was die neue Technik bringt. Und warum es anderswo viel leichter ist, eine Spenderniere zu bekommen.

Herr Professor Stöckle, was bringt es dem Nierenpatienten, wenn seine neue Niere mit einer robotergestützten Maschine eingepflanzt wird?

Zum Ersten, Sie haben einen minimalinvasiven Zugangsweg, kleinere Schnitte, kleinere Narben und eine schnellere Heilung. Gerade Transplantationspatienten sind wegen der Immunsuppresiva (etwa Cortison) sehr anfällig für Wundheilungsstörungen. Zum Zweiten ermöglicht das System durch bessere Sichtverhältnisse subtilere Nähte als bei der offenen OP. Der dritte Vorteil: Während man für die klassische OP einen künstlichen Hohlraum schaffen muss, in dem sich Lymphflüssigkeit ansammeln kann, wird die Da-Vinci-OP von der freien Bauchhöhle aus durchgeführt, wohin eventuelle Lymphflüssigkeit abfließen kann und dort resorbiert wird.

Das Da-Vinci-System für roboterassistierte Operationen ist eigentlich nichts Neues.

Ja, hier an der Homburger Uniklinik haben wir das System bereits seit 2006. Wir nutzen schon die dritte Gerätegeneration.

Warum kommt diese Technik erst jetzt bei der Nierentransplantation zum Zug, nach zehn Jahren Routine mit dem Da Vinci? Ist eine Nierentransplantation schwieriger als eine Prostata-Operation?

Eigentlich ist die Operation sogar einfacher als eine Prostata-OP. Es gibt sozusagen „nur“ drei Anschlüsse, um die Sie sich kümmern müssen. Aber es kostet viel Nerven, so etwas zu machen. Zum einen operiert man an großen Blutgefäßen, wo es zu keiner Blutung kommen darf. Vor allem aber: Eine Lebendspende sollte nie

Michael Stöckle hat die Robotertechnik bisher vor allem bei Prostata-Operationen eingesetzt.

schiefgehen. Eine Lebendspende ist etwas extrem Wertvolles. Eine misslungene OP wird immer als Katastrophe empfunden. Deshalb zögert man bei solchen Indikationen, bevor man eine neue OP-Technik ztur Anwendung bringt.

In Indien wird die Da-Vinci-Maschine bereits bei Nierentransplantationen eingesetzt.

Ja, aber zunächst dachte ich, dass sowas nur in Indien funktioniert, nicht in Deutschland. Wir haben hier ältere Patienten, eher verkalkte Arterien. Aber dann sah ich eine Live-OP und dachte, dass das auch hier umsetzbar sein muss. Gegen eine Zusammenarbeit mit Indien gab es ethische Bedenken wegen der dort akzeptierten Praxis des „Organhandels". Unser spanischer Kollege Dr. Alberto Breda aus Barcelona aber hat sich die Technik in Indien abgeschaut und sie letztes Jahr erfolgreich in Barcelona umgesetzt.

Er wurde nun Ihr Partner bei der OP in Homburg.

Ja, wir operierten mit Breda zusammen. Es waren sogar zwei Transplantationen. Wir machten eine sonntags, eine montags.

Wie haben Sie sich auf die beiden Transplantationen vorbereitet?

Durch Training an Schweinenieren, unter Anleitung von Dr. Breda. Zuvor war ich nach Barcelona gereist, um mir das Verfahren vor Ort anzuschauen.

In Homburg haben Sie eine Lebendspende vorgenommen. Das heißt: Die eingepflanzte Niere wurde vorher einem lebenden Menschen entnommen. Wie lief das ab?

Prof. Dr. Michael Stöckle leitet die Urologie am Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg. Stöckle ist Vorsitzender des Arbeitskreises Nierentransplantation der Deutschen Gesellschaft für Urologie.

Wir haben in zwei Operationssälen zeitlich überlappend gearbeitet. Zuerst begann der Eingriff beim Spender. Wir besitzen zwei Da-Vinci-Systeme an der Uniklinik Homburg, sodass wir in beiden OPs roboter-assistiert arbeiten konnten, also auch bei der Entnahme.

War der Spender ein Verwandter des Empfängers?

Ja, in Deutschland müssen das immer nahe Angehörige sein. Selbst die Leichen-Nierenspende ist stark reglementiert. Deutschland ist hier sehr restriktiv, was ich mittlerweile für falsch halte.

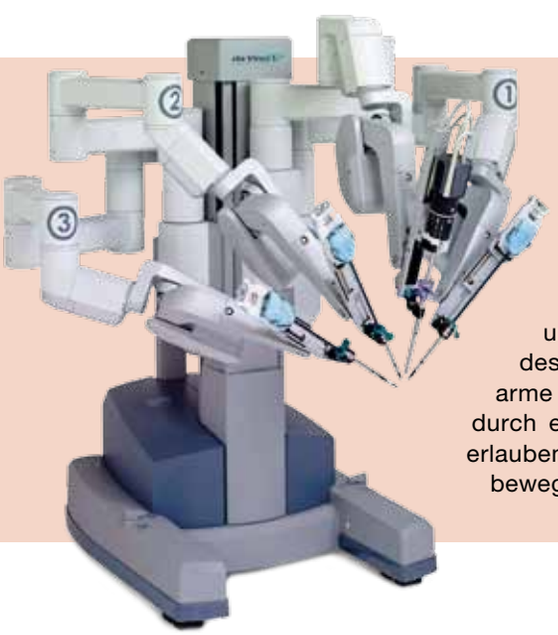
Hat es ihr Kollege Breda einfacher?

Ja, Spanien ist da liberaler. In Deutschland gibt es eine Zustimmungsregelung, in Spanien können alle Organspender werden, die dem zu Lebzeiten nicht widersprochen haben. Organe werden auch nach Herzstillstand entnommen. Nach Deutschland können solche Spenderorgane aufgrund ethischer Bedenken noch nicht einmal importiert werden. Auch bei der Lebendspende ist Spanien liberaler. Es gibt dort mehr Vertrauen gegenüber den Ärzten. Außerdem spenden die Spanier extrem großzügig. Da gibt es Lebendspenden sogar unter Freunden oder Nachbarn.

Und wenn die Niere vom netten Nachbarn nicht passt, weil er eine andere Blutgruppe hat?

In Spanien gehen blutgruppenungleiche Spenden in einen Organpool. Der Empfänger erhält eine passende Niere aus diesem Pool. Dadurch sind die Wartezeiten auf ein Transplantat niedriger als in Deutschland.

Interview: Peter Böhnel



Das **Da-Vinci-Operationssystem** der kalifornischen Firma Intuitive Surgical ermöglicht minimal-invasive roboter-assistierte Operationen. Es wird weltweit angewendet für Eingriffe im urologischen und gynäkologischen Bereich. Hauptanwendungsgebiet ist die Prostatektomie (bei Prostatakrebs). Die Anschaffungskosten liegen bei etwa 2 Millionen Euro. Wie bei normalen laparoskopischen OPs werden durch kleine Schnitte eine beleuchtete Kamera und OP-Instrumente in den Bauch eingeführt. Die Handbewegung des Operateurs (siehe Bild links) wird präzise und zitterfrei an Roboterarme übertragen, während der Operateur den Operationsort im Körper durch eine Spezialoptik dreidimensional und vergrößert sieht. Außerdem erlauben die Gelenke der Roboterarme eine bessere Übertragung der Handbewegungen ins Körperinnere als normale laparoskopische Instrumente.

FOTOS: JENNIFER WEYLAND (3) — PICTURE ALLIANCE / DPA

„Die besten Behandlungsmöglichkeiten betreffen den Lebensstil“

Früher oder später muss sich jede Frau damit auseinandersetzen: Die **Wechseljahre** sind eine Phase körperlicher Veränderungen, die mit Beschwerden einhergehen können. Der Gynäkologe Dr. Klaus-Henning Kraft erklärt, was im Körper passiert und was man gegen die häufigsten Begleitsymptome tun kann.

Interview: ***Heike Sutor***

Herr Dr. Kraft, was passiert im Körper, wenn eine Frau in die Wechseljahre kommt?

Rein körperlich sind die Wechseljahre dadurch bedingt, dass in den Eierstöcken nur eine bedingte Zahl von Eibläschen bei der Geburt der Frau angelegt ist. Das ist sehr gleichmäßig bei allen Frauen verteilt. Deren Tätigkeit wird in der Pubertät in Gang gesetzt, und dann reifen jeden Monat ein, zwei bis zehn Eibläschen heran und werden verbraucht. Und irgendwann ist das, was angelegt ist, aufgebraucht. Dann geht die Hormonproduktion zurück, es gibt keinen Eisprung mehr. Und dann beginnen die Wechseljahre.

In welchem Alter fangen die Wechseljahre an?

Von den Wechseljahren spricht man eigentlich erst, wenn die Abstände zwischen den Monatsblutungen deutlich größer werden, das ist oft um das 50. Lebensjahr herum der Fall. Wenn die Blutung zum Beispiel nur noch alle zwei oder drei Monate oder gar nicht mehr kommt. Bei vielen Frauen fangen Unregelmäßigkeiten im Zyklus schon mit 40 oder 45 Jahren an. Wenn der Zyklus aber mal 32 statt 28 Tage dauert, ist das noch kein Zeichen für Wechseljahre, sondern eher dafür, dass sich im Körper etwas verändert. Das kann den Wechseljahren durchaus fünf bis zehn Jahren vorausgehen.

Welche Veränderungen gehen den Wechseljahren voraus?

Der Körper kennt kein abruptes Einstellen von Funktionen. Wir wissen, dass bei Frauen, die schwanger werden möchten, rein biologisch gesehen, der optimale Zeitpunkt zwischen 20 und 30 liegt. Und dass es zwischen 30 und 40 im Allgemeinen auch noch funktioniert, aber nicht mehr so schnell und so oft. Über 40 wird es dann weniger. Die Fruchtbarkeitsmediziner sagen, die Veränderungen beginnen ab 30. Somit ist das ein langer Prozess, an dessen Ende die Eierstöcke gar nicht mehr arbeiten. Das sind dann die Wechseljahre. Alle Frauen kennen das, dass der Zyklus mit 25 Jahren anders abläuft als mit 45. Das sind aber noch keine Wechseljahre.

Wann sind denn die Wechseljahre abgeschlossen?

Streng biologisch sind die Wechseljahre dann abgeschlossen, wenn keine Eibläschen und keine Hormone mehr gebildet werden. Dann sind die Hormone niedrig und bleiben es auch bis ans Lebensende. Damit sind aber die Beschwerden oft nicht

Regelmäßiges Training ist eine der wirkungsvollsten Methoden gegen Wechseljahresbeschwerden.

FOTO: FOTOLIA / COLDWATERMAN

weg; die Schwankungen sind hier extrem groß. Es gibt Frauen, die die Wechseljahre kaum merken, die sagen, es hätte sich nicht viel verändert. Und es gibt Frauen, die mäßig oder auch sehr stark und über Jahre unter den Veränderungen leiden.

Welche Beschwerden treten am häufigsten auf?

Das klassische Symptom sind die Hitzewallungen, die von sehr vielen Frauen empfunden werden, wobei es da auch große Schwankungen gibt. Es gibt Frauen, die berichten, sie müssten sich nicht mehr so warm anziehen. Es kann aber auch zu den gefürchteten Schweißausbrüchen kommen, dass Frauen das Gefühl haben, die Kleidung ist komplett durchgeschwitzt oder nachts das Nachthemd wechseln müssen, weil es durchgeschwitzt ist.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Die besten Behandlungsmöglichkeiten betreffen den Lebensstil. Wir wissen, dass eine der effektivsten Möglichkeiten, Wechseljahresbeschwerden zu mindern, der Sport ist. Frauen, die viel Sport betreiben, haben deutlich weniger Beschwerden, das haben große Studien bewiesen. Dann spielt der Nikotinkonsum eine Rolle. Bei Raucherinnen sind die Wechseljahresbeschwerden in der Regel heftiger. Außerdem ist das Körpergewicht von Bedeutung. Übergewichtige Menschen schwitzen mehr, somit tritt das klassische Symptom der Hitzewallungen bei übergewichtigen Frauen öfter auf.

Warum hilft gerade der Sport?

Hormonelle Veränderungen wirken sich auf das vegetative Nervensystem aus. Die Temperaturregulation, das Schwitzen, die Herzfrequenz, der Blutdruck, das wird von unserem vegetativen Nervensystem gesteuert. Durch Sport wird vegetative Energie verbraucht. In den Wechseljahren wird dieses vegetative Nervensystem durch die hormonelle Umstellung durcheinandergebracht. Da scheint es vorteilhaft zu sein, diese vegetative Energie beim Sport loszuwerden.

Es gibt ja auch die Möglichkeit der Hormonbehandlung.

Das ist eine Option, weil die Beschwerden in vielen Fällen durch den Abfall der Hormone im Körper ausgelöst werden. Und wir haben die Möglichkeit, mit Medikamenten die Hormone auf dem früheren Niveau zu halten. Das ist allerdings eine medikamentöse Therapie, die ihre Vorteile und ihre Nachteile und Risiken hat. Deswegen wird sie nicht großzügig eingesetzt, eigentlich nur dann, wenn es von den Nebenwirkungen und Risiken vertretbar ist und wenn die Beschwerden so stark sind, dass eine Therapie unumgänglich ist.

Wie lange können Hormone verabreicht werden?

Das kann man kurzfristig, mittelfristig und auch langfristig machen. Als diese Medikamente auf den Markt kamen, war das die Hoffnung vieler Frauen, dass damit der ewige Jungbrunnen geschenkt wird. Die Beschwerden gehen weg, die Haut hat einen gewissen Vorteil, weil sie besser durchblutet bleibt, die Feuchtigkeit reguliert wird und in vielen Fällen die Faltenbildung weniger wird. Man hat gedacht, man kann einfach die Jugendzeit bis ins hohe Alter verschieben. Das hat auch da und dort funktioniert, aber heute versuchen wir, diese Zeit einer Hormonbehandlung auf maximal fünf bis zehn Jahre zu begrenzen, wegen der Risiken. Bei manchen Frauen kommt es vor, dass die Hormone sehr abrupt abfallen. Das kann innerhalb von wenigen Monaten passieren, dann können starke Beschwerden auftreten. Dann ist die Hormontherapie ein Weg, den Übergang langsam und damit verträglicher zu gestalten.

Hormonbehandlung erhöht das Thromboserisiko – schlecht für Raucherinnen

Welche Risiken gibt es bei der Hormontherapie?

Es gibt immer ein erhöhtes Risiko für Thrombosen. Dazu müssen noch andere Risikofaktoren beachtet werden. Raucherinnen haben zum Beispiel ein eindeutig erhöhtes Thromboserisiko. Deshalb ist Nikotinkonsum eine Kontraindikation für eine Hormontherapie. Ebenso vorsichtig muss man bei deutlichem Übergewicht sein oder bei Gerinnungsstörungen oder bei erhöhtem Thromboserisiko durch eine familiäre Vorbelastung. Man muss auch über das Risiko Brustkrebs sprechen. Es gibt Studien, die darauf hinweisen, dass bei Frauen, die mehr als zehn Jahre Hormone einnehmen, die Diagnose Brustkrebs 10 Prozent häufiger gestellt wird.

Kann man mit Ernährung etwas tun? Zum Beispiel soll Soja in den Wechseljahren helfen?

Soja ist von der Wirkung auf Wechseljahresbeschwerden hervorragend untersucht. Diese Wirkung ist nachgewiesen. In Soja sind Inhaltsstoffe, die eine hormonähnliche Wirkung haben, damit kann man Wechseljahresbeschwerden gut abfangen. Ob das durch eine sojareiche Diät möglich ist, sei mal dahingestellt. Eine Frau müsste ihre Ernährung weitgehend auf Sojapräparate umstellen, um einen ausreichenden Spiegel im Blut zu erhalten. Üblicherweise wird das deshalb über Nahrungsergänzungsmittel oder Kapseln oder Dragees durchgeführt.
Neben Soja gibt es noch andere pflanzliche Produkte, die direkt auf das vegetative Nervensystem wirken, zum Beispiel Extrakte aus der Traubensilberkerze, Rhabarberwurzel, vom Rotklee. Es gibt auch homöopathische Präparate, die vielen Frauen helfen.

Können in den Wechseljahren auch psychische Probleme auftreten?

Die hormonelle Veränderung wirkt sich in vielen Bereichen aus. Es werden etwas häufiger Depressionen beobachtet. Ich würde aber nicht so weit gehen, zu sagen, dass die Wechseljahre Depressionen auslösen. Sie können aber dazu beitragen, dass eine schon vorher vorhandene Tendenz sich dann in einer Weise verschlechtert, dass eine Behandlungsbedürftigkeit besteht. Man muss aber auch dazu sagen, dass die Altersgruppe um die 50 häufig auch anderen Veränderungen unterworfen ist, die natürlich auch psychische Auswirkungen haben. Bei Frauen verändert sich oft etwas in der familiären Situation. Zum Beispiel verlassen die Kinder das Haus oder berufliche Perspektiven verän-

FOTOS: PICTURE ALLIANCE / HINRICH BÄSEMANN — ISTOCK / YNYANG — IRIS MAURER

Heilpflanzen wie Rotklee aber auch Inhaltsstoffe aus Soja dienen zur Behandlung von Wechseljahresbeschwerden.

dern sich. Bei Männern spricht man von der Midlifecrisis, bei Frauen sind es die Wechseljahre.

Manche Frauen kommen sehr früh in die Wechseljahre. Welche Risiken birgt das?

Welche Folgewirkungen eine Frau nach den Wechseljahren verspürt, ist individuell sehr unterschiedlich. Es gibt Frauen, die bleiben in vielen Bereichen sehr fit und empfinden sehr wenige Veränderungen im Körper. Was aber nachgewiesen ist, ist, dass die Verminderung der Knochenfestigkeit auf jeden Fall mit Beginn der Wechseljahre einsetzt. Das heißt, eine Frau, deren Eierstöcke ab 40 keine Hormone mehr produzieren, wird die Veränderung in den Knochen zehn Jahre früher empfinden als eine Frau, deren Eierstöcke bis zum 50. Lebensjahr Hormone bilden. Darauf sollte man achten, weil die Entwicklung von Knochenschwund und Osteoporose zwar durch eine gewisse Prophylaxe verzögert werden kann, wenn sie aber einmal erfolgt ist, kann sie nur sehr schwer behandelt werden. Drüber sollte man frühzeitig mit seinem Arzt sprechen.

Ist eine Art Rückentwicklung der Wechseljahre möglich?

Natürlich, der Mensch ist keine Maschine und die Körperfunktionen unterliegen Schwankungen. Es gibt immer wieder Ausnahmen. Je jünger eine Frau ist, desto häufiger sind solche Phasen, in denen plötzlich noch mal mehr Hormone gebildet werden. Das kann auch psychische Ursachen haben, zum Beispiel, dass der Körper bei extremen Belastungen die Hormonproduktion einstellt. Gerade in extremen Zeiten, in denen die Fruchtbarkeit der Frau biologisch gesehen in einem bestimmten Punkt des Überlebenskampfes eher nachteilig ist, hat es die Natur vorgesehen, dass die Eierstockaktivität eingeschränkt wird. Das kann sich natürlich noch mal ändern.

Gibt es eine Möglichkeit der Vorbeugung gegen Osteoporose oder Knochenschwund?

Wichtig ist, dass unsere Knochen kein totes Material darstellen, sondern lebendige Systeme. Die Knochen wollen genutzt werden, um festzubleiben. Insbesondere was die Wirbelsäule und die Beine betrifft, ist Laufen das A und O. In Form von Walking, Joggen, Spazierengehen. Überall wo die Knochen genutzt werden, gewinnen sie an Festigkeit. Dazu kommt natürlich die Ernährung, es muss für ausreichende Kalziumzufuhr gesorgt werden. Das ist insbesondere bei Frauen mit Laktoseintoleranz ein Problem. Milchprodukte sind bei uns einer der Hauptlieferanten für Kalzium. Mittlerweile wissen wir auch, dass Vitamin D eine wichtige Rolle spielt, denn es ist dafür da, dass das Kalzium vom Darm absorbiert werden kann, und dafür, dass das Kalzium in die Knochen eingebaut wird. Deshalb sollte man vor allem, wenn die Wechseljahre früh eingetreten sind, nach dem Vitamin D-Spiegel schauen lassen, der häufig zu niedrig ist.

Kommen Männer auch in die Wechseljahre?

Es gibt bei Männern die gleichen Veränderungen wie bei Frauen. Die Fruchtbarkeit lässt nach, die Hormonspiegel gehen zurück, das hat Auswirkungen auf das Gesamtbefinden und die Sexualität. Nur ist bei Männern dieser Prozess nicht so auf eine relativ kurze und definierte Phase konzentriert. Das beginnt auch individuell sehr unterschiedlich, auch hier häufig mit 40, und zieht sich bis ins Alter von 60, 70 Jahren. Auch bei Männern gibt es enorme individuelle Schwankungen. Auch hier spielt der Lebenswandel eine große Rolle, zum Beispiel auch Übergewicht und Nikotinkonsum.

Dr. Klaus-Henning Kraft ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit eigener Praxis in Saarbrücken-Dudweiler.

Mehr Infos zu Frauengesundheit: www.frauenaerzte-im-netz.de

Viele Fachärzte kriegen ihre Beratungsgespräche nicht extra vergütet.

Sündhaft teure Sparsamkeit – und medizinisch grober Unfug

Seit 2013 erhalten Haus- und Kinderärzte wieder ein gesondertes Honorar für therapeutisch angezeigte Patientengespräche. Doch rechnerisch weniger als fünf Euro je Quartal und Behandlungsfall sind viel zu wenig für die sogenannte **sprechende Medizin**. Denn das mickrige Honorar blockiert ein großes Potenzial an Heilkraft – und macht das Gesundheitswesen am Ende unnötig teuer.

Der Spruch „Reden ist Silber, Schweigen ist Gold“ gilt in Arztpraxen ganz sicher nicht. Viel zu wichtig ist dazu der offene Austausch zwischen Kranken und Medizinern. „Das Gespräch ist das wichtigste Instrument des Arztes“, sagt auch Corinna Schaefer, die beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in Berlin den Bereich Patienteninformation leitet. Der Kinder- und Jugendmediziner Norbert Graf, Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes, bestätigt das. „Die Zeit, die ich am Anfang für Kommunikation einsetze, kommt im weiteren Verlauf der Behandlung tausendfach zurück“, sagt der Direktor der Klinik für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie am Saar-Uniklinikum in Homburg (siehe Interview S. 56).

FOTO: PICTURE ALLIANCE / DPA THEMENDIENST

UNTER 4,70 EURO FÜR ZEHN MINUTEN?

Doch leider wird die sogenannte sprechende Medizin den Ärzten alles andere als vergoldet – auch wenn Hausärzte und die ebenfalls allgemeinmedizinisch tätigen Kinder- und Jugendmediziner seit Oktober 2013 ein Gespräch mit Patienten immerhin wieder ein klein wenig versilbern können. Dazu muss es sich nach den Regularien um ein „problemorientiertes ärztliches Gespräch" handeln, „das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist" – eine zum Glück für die Patienten dehnbare Bestimmung. Bis Ende 2014 war dazu nämlich noch eine „lebensverändernde" Krankheit nötig.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Berlin können Haus-, Kinder- und Jugendärzte nun „rein rechnerisch" mit jedem zweiten von ihnen behandelten Patienten „einmal im Quartal ein Gespräch führen und abrechnen, das mindestens zehn Minuten dauert". Fachärzten und ihren Patienten bietet sich diese Möglichkeit nicht, auch wenn nicht wenige Patienten noch immer direkt einen medizinischen Spezialisten aufsuchen statt zunächst einen Allgemeinmediziner oder Praktischen Arzt.

Für jede Gesprächseinheit von zehn Minuten Dauer erhält ein Hausarzt grundsätzlich 9,39 Euro. Spricht er folglich eine halbe Stunde lang (also drei Zehnminuten-Einheiten) mit seinem Patienten, kommt er auf etwas mehr als 28 Euro – dies aber nur, wenn er im Quartal innerhalb der Grenzen seines insgesamt möglichen Praxisbudgets für Gespräche bleibt. Dieser Deckelbetrag ergibt sich, wenn der jeweilige Hausarzt die Zahl seiner tatsächlich behandelten Patienten („Behandlungsfälle") im Vierteljahr mit 4,70 Euro multipliziert. Therapiert ein Hausarzt also zum Beispiel 1000 unterschiedliche Patienten im Quartal (ganz gleich, wie oft im Vierteljahr diese ihn jeweils aufsuchen), kann er höchstens 4700 Euro für gesonderte Gespräche von jeweils mindestens zehn Minuten abrechnen.

Das bedeutet erstens: Will der Arzt nicht nur 4,70 Euro für ein 10-Minuten-Gespräch bekommen, sondern in jedem dieser Fälle die maximal möglichen 9,39 Euro, dürfte er nicht mit allen 1000 Patienten, sondern höchstens mit 500 von ihnen – also jedem zweiten – solche Gespräche führen. Und zweitens: Spräche er im Quartal sogar mit mehr als 1000 unterschiedlichen Patienten jeweils mindestens zehn Minuten, könnte er nicht alle Gespräche abrechnen. Oder anders gesagt: Sein Honorar fiele rechnerisch noch unter den dürftigen Betrag von jeweils 4,70 Euro.

„Sprechende Medizin" wird den Ärzten alles andere als vergoldet

Gespräche, die kürzer sind als zehn Minuten, werden nicht eigens honoriert, sondern sind quasi eingepreist in die Versichertenpauschale, die der Haus-, Kinder- oder Jugendarzt einmal im Quartal für jeden behandelten Patienten erhält. Diese Pauschale beträgt rund 13 bis 25 Euro, je nach Alter des Patienten. Hinzu kommt unter bestimmten Umständen eine sogenannte Vorhaltepauschale von rund 15 Euro. Für eine 40-jährige Patientin zum Beispiel erhält der Allgemeinmediziner pro Quartal im Regelfall 28 Euro. Hinzu können Zuschläge kommen, etwa für chronisch Kranke, sowie die erwähnten Gesprächshonorare und andere gesondert abrechenbare Einzelleistungen.

Bei psychosomatischen Beschwerden kann ein dafür qualifizierter Arzt für ein Diagnose- oder Therapiegespräch gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung 15 Euro abrechnen. Das Gespräch muss dazu mindestens 15 Minuten dauern. Die erwähnte Gesprächspauschale von 9,39 Euro kann er dann jedoch für die gleiche Sitzung nicht zusätzlich abrechnen.

GERÄTE MÜSSEN SICH BEZAHLT MACHEN

Doch woran liegt es, dass die sprechende Medizin so spärlich honoriert wird? „Das Problem ist nach wie vor, dass die Bezahlung ärztlicher Leistungen sich viel mehr an einer technischen Medizin orientiert", urteilt Professor Norbert Graf vom Uniklinikum des Saarlandes. Deshalb würden zum Beispiel die Analyse von Laborwerten wie auch bildgebende Verfahren wie das Röntgen oder die Computertomographie überbewertet. „Ein Grund ist natürlich, dass zum Beispiel ein Kernspintomograph sehr viel Geld kostet." Da solche Geräte zudem technisch „relativ rasch veralten", werden sie immer wieder gegen neuere Modelle ausgetauscht. „All dies muss eben auch finanziert werden", merkt Graf an.

Doch aus Erfahrung weiß er eben auch, dass „man allein durch mehr technische Möglichkeiten zur Untersuchung die Medizin noch nicht verbessert". Andere ärztliche Fähigkeiten seien oft viel entscheidender. Und wer seinen Patienten „aufmerksam und in Ruhe zuhört und so mehr erfährt, macht alleine dadurch manch teure Untersuchung überflüssig". Denn wer als Arzt einem Kranken das Gefühl vermittelt, alles ihn Bedrängende ansprechen zu können, ohne gleich unterbrochen zu werden, vermeide so auch Fehlbehandlungen, weil alles Wichtige zur Sprache gekommen ist.

Dadurch stehe das Verhältnis zwischen Arzt und Patient auf einer festen Vertrauensgrundlage, so Graf. Und dann könne der Mediziner dem Kranken in einer Klinik auch mal sagen: „Im Moment habe ich keine Zeit für Sie, aber ich komme dann und dann zu Ihnen und bin dann ganz für Sie da." Entsprechend könne ein niedergelassener Arzt einem Patienten einen längeren Gesprächstermin außer der Reihe anbieten. Ein Patient aber, der schon aus dem ersten Gespräch mit ungutem Gefühl nach Hause gehe, „der kostet mich später sehr viel Zeit, weil er immer unzufrieden bleibt". Aufmerksames Zuhören hingegen bindet Patienten nicht nur aus guten Gründen an ihren Arzt – es trägt auch nachweislich zur Heilung bei und kann sie beschleunigen.

Eine neue Erkenntnis ist das nicht. Schon der in der Schweiz geborene und 1541 im österreichischen Salzburg verstorbene Arzt Paracelsus forderte von seinesgleichen: „Zuerst heile mit dem Wort, dann mit der Arznei und zum Schluss mit dem Messer." Seine Heilerfolge machten von sich reden. Und noch heute verleiht der Deutsche Ärztetag alljährlich an verdiente Mediziner die Paracelsus-Medaille als höchste Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft.

Walter Schmidt

MEDIZINER-AUSBILDUNG

„Gute Gespräche machen manch teure Untersuchung überflüssig“

Durch ein ruhiges und aufmerksam geführtes Patientengespräch – vor allem beim Erstkontakt – können Mediziner nicht nur die Grundlage für ein vertrauensvolles Verhältnis zu kranken Menschen schaffen. Wer sich vom Arzt verstanden und ernst genommen fühlt, hat nachweislich auch bessere Heilungschancen und entgeht manch unsinnigen und teuren Behandlungen. Doch solche Gespräche lernen Ärzte am besten schon im Studium. Darauf legt der Kinder- und Jugendmediziner sowie Kinderonkologe **Prof. Dr. Norbert Graf** an der Homburger Uniklinik großen Wert.

Interview: ***Walter Schmidt***

FOTOS: ISTOCK / BERNARDASV — BECKER & BREDEL

Herr Professor Graf, wie wichtig ist es aus medizinischer Sicht, dass Ärzte einfühlsam mit ihren Patienten sprechen können?

Eine gute Kommunikation ist ganz entscheidend dafür, die richtigen Diagnosen zu stellen und das Vertrauen des Patienten zu gewinnen. Medizinstudenten müssen auch lernen, schlechte Nachrichten zu überbringen, und das kann man nicht einfach schon deshalb, weil man Medizin studiert hat. Das muss gelernt werden. Dazu gibt es seit 2015 auch einen Lernzielkatalog für die Mediziner-Ausbildung in Deutschland, der auch die Kommunikation mit den Patienten stärken soll. Hier, am Uniklinikum in Homburg, haben wir schon seit vielen Jahren – neben grundlegenden Veranstaltungen im vorklinischen Studium – eine weitere, die wir HOM-KIT nennen, das steht für Homburger Kommunikations- und Interaktionstraining.

Sie meinen das Wahlpflichtfach HOM-KIT, das im klinischen Studienabschnitt Praxiskurse enthält wie „Bad News: Mitteilung schwerwiegender Diagnosen – Überbringung der Todesnachricht und Betreuung trauernder Angehöriger“ oder „Schwierige Gesprächssituationen und Interaktionen“, beides Tagesseminare im Umfang von je zehn Unterrichtsstunden?

Prof. Dr. Norbert Graf leitet die Klinik für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie am Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg. Er ist spezialisiert auf die Behandlung von Blut- und Tumorerkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Als Studiendekan ist Graf für die Lehre an der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes zuständig.

Genau. Bei HOM-KIT setzen wir Schauspieler ein, die Patienten simulieren und mit denen die Studenten kommunizieren müssen. Da geht es in den heikleren Fällen zum Beispiel auch um den Kontakt zu schwierigen Patienten, mit denen man ja aber trotzdem reden können muss; oder darum, wie man den Angehörigen eines schwer verunglückten Motorradfahrers, der auf der Intensivstation liegt, diese schlimme Nachricht beibringt. Oder um die Frage an die Angehörigen, ob man bei einem hirntoten Patienten die Organe entnehmen darf.

Wie etwa läuft das ab?

Die Kommunikation zwischen Student und Simulationspatient wird beobachtet, und die Studenten bekommen eine Rückmeldung sowohl vom betreuenden Dozenten als auch von dem jeweiligen Schauspieler selbst. Das ist hervorragend, weil dabei auch Situationen durchgespielt werden können, ohne direkt Patienten zu belasten. Wir sind gerade dabei, das neu und anders im Lehrplan zu verankern, weil wir dem einen höheren Stellenwert geben wollen. Im Moment ist unser Problem eines der vorhandenen Ressourcen, denn wir brauchen ja zum Beispiel Dozenten, die kompetent sind, die Gesprächsführung der Studenten auch wirklich zu beurteilen. Hierzu bedarf es einer gesonderten Ausbildung und leider ist die Anzahl solcher Dozenten ganz gering. Oft handelt es sich bei ihnen um Dozenten mit psychotherapeutischer oder mit einer Kommunikations-Ausbildung.

Warum aber ist HOM-KIT nicht wirklich verpflichtend für alle Medizinstudierende, sondern nur ein ersetzbares Wahlpflichtfach oder freiwilliges Angebot?

Dies liegt eben an den vorhandenen Ressourcen. Zum einen an der Anzahl notwendiger Dozenten, denn ein solcher Unterricht kann nur in Kleingruppen stattfinden. Und zum anderen müssen die Schauspieler natürlich bezahlt werden. Beides kostet Geld.

Kann man denn die Zahl der Tage, an denen sich angehende Mediziner mit

Kommunikationstraining beschäftigen, irgendwie beziffern – oder sind das nur ein oder zwei Tage?

Das sind auf jeden Fall mehr als zwei Tage. Wir bieten den Studierenden ein Portfolio an Kommunikationsmodulen an, aus denen sie sich selbst etwas zusammenstellen können. Das Ganze beginnt im Vorstudium mit dem Praktikum der Psychologie, und schon das sind über ein ganzes Semester hinweg mehrere Stunden pro Woche, in denen die Theorie gelehrt wird, aber auch Gruppenspiele stattfinden, bei denen einer der Doktor und der andere der Patient ist. Um das Überbringen einer ganz schlechten oder gar Todesnachricht geht es dann später im letzten Jahr des Studiums, dem sogenannten Praktischen Jahr oder PJ.

Oft klagen Patienten über die bei vielen Ärzten mangelnde Zeit zum Gespräch in der Praxis. Oder dass der Arzt sie viel zu früh unterbricht, oft schon – je nach Studie dazu – nach zehn bis zwanzig Sekunden zum ersten Mal. Was im Übrigen gar keine Zeit spart, auch dazu gibt es Studien.

Ganz genau. Und darauf gehen wir in der Ausbildung junger Mediziner sehr stark ein. Das ist für mich eines der wichtigsten Themen, weshalb ich dazu auch ein Wahlfach anbiete, das gut besucht ist und zu dem nicht nur Studierende der Medizin kommen, sondern auch solche der Psychologie.

Wie heißt dieses Wahlfach?

Pädiatrische Onkologie. Gerade in diesem Bereich ist eine exzellente Kommunikation wichtig. Ich mache darin klar, dass die Zeit, die ich am Anfang für Kommunikation einsetze, im weiteren Verlauf der Behandlung tausendfach zurückkommt. Denn so steht mein Verhältnis als Arzt zum Patienten auf einer festen Vertrauensgrundlage. Dann kann ich dem Patienten auch mal sagen: „Im Moment habe ich keine Zeit für Sie, aber ich komme dann und dann zu Ihnen und bin dann ganz für Sie da.“ Ein Patient aber, der aus dem ersten Gespräch schon unzufrieden herausgeht, der kostet mich später sehr viel Zeit, weil er immer unzufrieden bleibt. Das vermeide ich ganz einfach dadurch, dass ich mir am Anfang Zeit nehme. Wenn jetzt ein Arzt einwendet, das gehe aber nicht in der Praxis, weil er für Patienten immer höchstens nur fünf Minuten Zeit zum Reden hat, dann muss ich sagen: „Doch, das geht!“ Für Patienten, denen ich als Arzt das erste Mal begegne, kann ich mir eben nicht bloß fünf Minuten nehmen, diesen Patienten muss ich einbestellen, wenn ich mehr Zeit habe, und dann unterhalte ich mich mit ihm in Ruhe und habe am Ende ganz viel Zeit gewonnen …

Der Arzt muss nicht nur eine Diagnose stellen. Er muss sie dem Patientan auch vermitteln können.

… die dann ja auch anderen Patienten wieder zugutekommt – ganz abgesehen davon, dass Patienten, wenn sie anfangs in Ruhe ausreden dürfen, auch Gelegenheit haben, für den Arzt äußerst wichtige Aspekte ihrer Krankheit zu erwähnen. Oder ist das falsch?

Das ist völlig richtig! Und so vermeidet man dann ja auch Fehlbehandlungen, weil alles Wichtige zur Sprache gekommen ist. Das Problem ist ja einfach, dass der Patient in gewisser Weise Angst oder Respekt vor dem Doktor hat.

Sie meinen, es gibt noch immer dieses hierarchische Denken: hier der allwissende Arzt, der vielbemühte Halbgott in Weiß, dort der unterlegene, nichtsahnende Kranke – jedenfalls keine Begegnung auf Augenhöhe?

Zum Teil ja, wenn auch nicht mehr ganz so ausgeprägt wie früher. Oft geht der Patient aus der Praxis eines Arztes und weiß nicht viel mehr als vorher, auch weil er sich nicht getraut oder schlicht vergessen hat, für ihn wichtige Fragen zu stellen. Dabei stelle ich als Arzt 80 bis 90 Prozent der richtigen Diagnosen bereits vorher durch das Gespräch mit dem Patienten und die ärztliche Untersuchung im Behandlungszimmer meiner Praxis. Nur dadurch komme ich auf den richtigen Behandlungsweg – und nicht etwa, indem ein Patient, kaum hat er eine Praxis betreten, gleich erst mal geröntgt wird oder Blut bei ihm entnommen wird.

> „Die Zeit, die ich in Kommunikation stecke, kommt im Verlauf der Behandlung tausendfach zurück“

Gehört zu einem vertrauensbildenden, ruhigen Erstgespräch mit dem Patienten auch, dass Störungen durch Sprechstundenhilfen unterbleiben – und dass der Arzt den Menschen vor ihm aufmerksam anschaut, statt die ersten Befunde gleich in seinen Schreibtisch-Laptop einzutippen und so den Blickkontakt zu vermeiden?

Ja – so etwas ist natürlich schrecklich! Deshalb lernen unsere Studenten auch, wie man eine Atmosphäre schafft, in der ein sinnvolles Gespräch stattfinden kann, und das heißt: keine Anrufe; keine Arbeit am Computer, solange der Patient mit einem spricht; für Ruhe sorgen, dem Patienten zeigen, dass man Zeit für ihn hat. Und natürlich schon gar keine herunter-

FOTO: PICTURE ALLIANCE / HELMUT FOHRINGER / APA / PICTUREDESK.COM

gebeteten Belehrungen nach dem Motto: „Nun ja, Sie haben Lungenkrebs, aber Sie haben ja auch geraucht und sind also selbst dran schuld, und viel machen können wir jetzt nicht mehr“ – und das dann auch noch zwischen Tür und Angel. So was ist aus medizinisch-fachlicher Sicht eine Katastrophe.

Hausärzte und die ihnen hier gleichgestellten Kinder- und Jugendmediziner erhalten rein rechnerisch für jeden Patienten, der sie im Quartal aufsucht, weniger als 5 Euro als gesondertes Honorar für medizinisch angezeigte Gespräche. Wird die sprechende Medizin ausreichend bezahlt?

Natürlich nicht! Das Problem ist nach wie vor, dass die Bezahlung ärztlicher Leistungen sich viel mehr an einer technischen Medizin orientiert. Deshalb werden zum Beispiel die Analyse von Laborwerten wie auch bildgebende Verfahren wie das Röntgen oder die Computertomografie überbewertet. Ein Grund ist natürlich, dass zum Beispiel ein Kernspintomograf sehr viel Geld kostet, solche und andere teuren Geräte relativ rasch veralten und es immer wieder neue Modelle auf dem Markt gibt. All dies muss eben auch finanziert werden. Dies ist richtig – und ist trotzdem falsch.

Könnten Sie das an einem Beispiel verdeutlichen?

Kein anderes Land in Europa hat so viele Herzkatheter-Plätze wie Deutschland, kann also derart viele Patienten mit einem Herzkatheter untersuchen wie bei uns. Wenn all diese Plätze medizinisch effektiv wären, dann müssten in Deutschland – je tausend Einwohner – weniger Menschen einen Herzinfarkt erleiden oder daran sterben. Doch die Rate ist überall die gleiche, egal ob England, Deutschland oder Frankreich. Allein durch mehr technische Möglichkeiten zur Untersuchung verbessert man die Medizin noch nicht. Andere ärztliche Fähigkeiten sind oft viel entscheidender. Und wer seinen Patienten aufmerksam und in Ruhe zuhört und so mehr erfährt, macht alleine dadurch manch teure Untersuchung überflüssig. Hier muss in unserem Gesundheitssystem, das immer teurer wird, grundsätzlich überlegt werden, wie man Geld sparen kann und gleichzeitig die Versorgung unserer Patienten auch noch verbessert werden kann. Hier spielt die sprechende Medizin sicherlich eine Rolle.

„Der hohe Stellenwert der Technik macht Medizin teurer und Patienten unzufriedener“

Warum ändert sich denn da nichts Entscheidendes, wo doch viele Ärzte dies alles wissen?

Niedergelassene Ärzte sind Freiberufler. Jeder Radiologe, der ein Kernspin-Gerät kauft, trägt dann auch das Finanzierungsrisiko. Wenn das Gerät sich bezahlt machen soll, muss es quasi rund um die Uhr eingesetzt werden.

Verschärfend kommt hinzu, dass spezialisierte Fachärzte – also etwa Radiologen, HNO-Ärzte oder Orthopäden – keine gesonderte Gesprächspauschale fürs Reden mit ihren Patienten abrechnen können.

Richtig. Deshalb wird der technisierten Medizin auch ein so hoher Stellenwert eingeräumt. Und das macht die Medizin nicht nur teuer, es macht auch die Patienten unzufrieden. Dies heißt nicht, dass wir die Errungenschaften einer modernen Medizin nicht brauchen – ganz im Gegenteil. Aber wir dürfen die Kommunikation mit den Patienten dadurch nicht vernachlässigen. Meinen Studierenden versuche ich dies mit auf den Weg zu geben. Aber Geld verdienen müssen sie nach ihrem Studium eben auch.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) könnten doch statt 9,39 Euro für ein zehnminütiges Patientengespräch auch 30 Euro dafür bewilligen, wenn gute Kommunikation so wichtig ist.

Ja, aber es liegt ein gedeckelter Honorartopf vor, den es gerecht zu verteilen gilt. Und auf diesen Topf haben alle medizinischen Fachgruppen einen Anspruch. Und alles – vom ärztlichen Gespräch, der körperlichen Untersuchung, Laboruntersuchungen bis zur Kernspintomografie – muss finanziert werden. Dies funktioniert am Ende nur durch Kompromisse, und dabei wird es immer Verlierer und Gewinner geben.

Aber man bräuchte doch bei einer besseren Analyse der Krankengeschichte übers Gespräch und eine gute Eingangsuntersuchung mit der Hand, dem erfahrenen Auge und dem Stethoskop am Ende weniger teure Geräte – und das würde bestimmt viel Geld sparen!

Wahrscheinlich ja. Aber wir beklagen heute schon einen Mangel an Allgemeinärzten oder Hausärzten, die dem Patienten geduldig zuhören und ihn untersuchen und ihn dann erst gezielt an Fachärzte weiterleiten. Dann würden die Patienten sich insgesamt besser aufgehoben und behandelt fühlen. Die Politik hat dies sehr wohl erkannt. Es fragt sich nur, warum Medizinstudierende nach erfolgreichem Studienabschluss nicht Allgemeinmediziner und Hausärzte werden wollen. Dies lässt sich alleine nicht mit einer besseren Ausbildung in Kommunikation und Stärkung der sprechenden Medizin ändern. Hier sind auch strukturelle Änderungen notwendig.

Was heißt das?

Eine Praxis in der Stadt ist eben wesentlich attraktiver als auf dem Land, seien die Gründe dafür weiterbildende Schulen für die Arztkinder oder kulturelle Angebote und so weiter. Daher stellt sich auch die Frage: Wie mache ich den Beruf des Allgemeinarztes attraktiver, um mehr Studierende nach dem Studium zu begeistern, sich als Hausarzt niederzulassen? Dies wird sicherlich nicht durch Änderungen in der Approbationsordnung für Ärzte geschehen, sondern nur durch eine bessere Bezahlung – eben auch der sprechenden Medizin.

INFO

Der **Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin** für die Ärzte-Ausbildung in Deutschland steht abrufbar im Netz unter: http://www.mft-online.de/lehre/nationaler-kompetenzbasierter-lernzielkatalog-medizin

Sich krumm und bucklig arbeiten war gestern

Betriebliches Gesundheitsmanagement. BGM. Für viele kleinere Handwerksbetriebe immer noch ein Fremdwort. Von BGM profitieren bisher nur die Angestellten von Großunternehmen. Doch es gibt erste Beispiele, wie **Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz** auch in kleinen Betrieben funktionieren kann.

Bei Zenner Aluminiumbau in Merzig müssen sich die Mitarbeiter heute ganz genau auf die Finger gucken lassen. Aber nicht von ihrem Chef. Gesundheitsberater Dirk Thies ist zu Besuch. „Wir simulieren Arbeitsprozesse und analysieren die auftretenden Belastungen“, erklärt der Diplom-Sportwissenschaftler. Thies arbeitet für die IKK Südwest. Er geht in Betriebe, die etwas für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter tun wollen. Hier zum Beispiel stellt er schnell fest: Bei vielen Tätigkeiten sind die Handwerker nach vorne gebeugt und belasten ihren Rücken. „Als nächstes entwickeln wir Gegenmaßnahmen“, so Thies.

Die Firma Zenner ist vor allem im gehobenen Wohnungsbau unterwegs, fertigt teils riesige Fensterelemente aus Aluminiumprofilen. Da kommt es nicht nur auf millimetergenaue Präzision an, da muss man auch schwer heben. Große Scheiben, die eine knappe Tonne wiegen können, sind dabei nicht das größte Problem, denn die hebt der Kran. „Kritischer ist es bei kleineren Scheiben, die von Hand getragen werden“, erklärt Inhaber und Geschäftsführer Udo Zenner. „Sie wiegen bis zu 250 Kilo. Wir schicken deshalb immer etwas mehr Leute an die Baustelle, als unbedingt nötig. Sie dürfen auch immer einen Kran anfordern, wenn’s zu schwer wird. Das ist teurer, aber auch gesünder. Es führt zu weniger Ausfällen durch Rückenprobleme“, so der Chef. „Auch das ist BGM“, lobt Dirk Thies. Überhaupt hat er viel Lob für den Firmenchef übrig. Dieser reicht das Kompliment sogleich an seine Frau weiter. Christine Zenner ist hier für Personal, Finanzen und Systemadministration zuständig. Und fürs Gesundheitsmanagement. „BGM praktizieren wir eigentlich schon länger“, sagt sie, „ohne, dass wir’s früher explizit als BGM tituliert haben.“ Die Mitarbeiter kriegen zum Beispiel stets genug Mineralwasser gratis. Und Mittwoch ist Obsttag bei den Zenners. Mit gesundheitlichen Informationen zu den jeweiligen Früchten der Saison. Jeder kann sich nach Herzenslust bedienen. Udo Zenner erklärt: „Es kam aus unternehmerischer Sicht. Wie kann ich die Produktivität meiner Mitarbeiter

FOTOS: JENNIFER WEYLAND (2)

Christine und Udo Zenner erarbeiten mit Gesundheitsberater Dirk Thies ein Konzept für ihren Handwerksbetrieb

DAMIT GESUNDHEITSEXPERTEN GESUND BLEIBEN

Nicht nur Handwerker müssen Knochenjobs erledigen. Auch bei Gesundheitsdiensleistern geht es manchmal an die Substanz. Da bringt Fitness Vorteile. Zum Beispiel in Victor's Residenz, einer Senioreneinrichtung in Saarlouis, wo man die Dienste von Gesundheitsberater Dirk Thies ebenfalls gerne in Anspruch nimmt. „Pflegefachkräfte haben nicht nur medizinische Aufgaben, sie müssen auch mental und körperlich stark sein", erklärt Residenzleiter Markus Schwarz. Und gerade eine junge, zierliche Altenpflegerin hat nicht die Kraft eines Olympiagewichthebers. Da ist die richtige Hebetechnik gefragt, wenn ein beleibter Bewohner eine helfende Hand beim Aufstehen braucht. Heute hat Thomas Schwarz den IKK-Berater zum „Rückencheck" eingeladen. Thies untersucht die Wirbel der Mitarbeiter in verschiedenen Körperpositionen. Mithilfe eines computergestützten Messgeräts namens „Spinal Mouse" kommt er Fehlstellungen auf die Spur, berät direkt vor Ort. Thies: „Der Arbeitgeber kriegt die anonymisierten Ergebnisse samt Empfehlungen." Dann heißt es aktiv gegensteuern. „Gesundheitsvorsorge hat auch etwas mit Wertschätzung zu tun", sagt Schwarz. „Gute Pflege- und Betreuungskräfte sind sehr wertvoll für uns. Deshalb liegt uns ihre Gesundheit am Herzen."

Auch der Chef muss herhalten: Thomas Schwarz lässt sich den Rücken checken.

erhöhen? Im Handwerk gibt es immer ein Personalproblem. Die Zeit reicht nie. Vor etwa 15 Jahren haben wir erkannt, dass wir auch etwas für die Gesundheit unserer Mitarbeiter tun müssen. Und heute ist dieses Thema wichtiger denn je. Schon die Lehrlinge sind körperlich nicht mehr so fit wie früher", findet Zenner. Hinzu komme die Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt. Industriebetriebe können höhere Gehälter zahlen. „Bei uns muss der Handwerker aber zudem noch mehr können als in der Industrie", erklärt Udo Zenner. „Da müssen wir einen Mehrwert bieten. Zum Beispiel, dass man sich hier wohlfühlt, dass man wertgeschätzt wird."

Freude machen ihm fitness- und gesundheitsbewusste Mitarbeiter. Michael Mohr zum Beispiel. Er kam vor sechs Jahren als Lehrling zur Firma. „Er war damals noch ziemlich unsportlich, hatte Übergewicht", erinnert sich sein Chef. Doch dann begann Mohr abzuspecken und Muskeln aufzubauen. „Ich mache privat Fitnesstraining", sagt der Konstruktionsmechaniker. Was es ihm bringt? „Durch mein Training beuge ich Schäden vor, die Arbeit macht mir mehr Spaß und ich gehe mit mehr Ehrgeiz ran", so Michael Mohr. Und den Chef freut's: „Kein Vergleich mit dem Azubi von damals!"

Noch sind kleinere Betriebe mit BGM in der Minderheit. „Herr und Frau Zenner sind hier Vorbilder. Sie besuchten zum Beispiel das BGM-Symposium auf dem Gesundheitskongress Salut", sagt Dirk Thies. Andere Handwerksbetriebe seien da noch nicht so weit. Das kann Udo Zenner bestätigen: „Es gibt Unternehmen, die nutzen ihre Leute aus, verheizen ihre jungen Mitarbeiter." Da wollten die Zenners nicht mitmachen. „Gewinnmaximierung ist nicht das oberste Ziel", sagt Udo Zenner, und seine Frau ergänzt: „Wir sind ein richtiger Familienbetrieb, da gibt es ein starkes Wir-Gefühl. Wir haben eine geringe Fluktuation und in der Regel bleiben die Leute bei uns bis zur Rente. Da muss man doch ein Auge draufhaben." Natürlich könne man nicht jedem zu seinem Glück beziehungsweise zu gesunder Lebensweise zwingen. „Oft nehmen gerade diejenigen die Maßnahmen nicht an, die es am nötigsten hätten", weiß Udo Zenner aus Erfahrung. „Aber wenn dann ein Berater von außen kommt und sogar die Krankenkasse dahintersteht, hören die Mitarbeiter eher." Das hört Dirk Thies gerne. Und er ist ja erst am Anfang. „Wir fangen momentan mit sogenannten niedrigschwelligen Angeboten an. Rücken, genug trinken und so weiter", erklärt er. Später sollen weitere Präventionsangebote hinzukommen. Hier hat Thies' Arbeitgeber, die IKK Südwest, entsprechende Angebote organisiert (siehe Interview Seite 62).

Udo und Christine Zenner jedenfalls sehen im BGM handfeste Vorteile für ihr Familienunternehmen. Nicht nur wirtschaftliche, auch menschliche: „Es macht einfach Freude, wenn die Mitarbeiter morgens gut gelaunt und pfeifend zur Arbeit kommen."

Peter Böhnel

„Betriebliches Gesundheitsmanagement ist Chefsache“

Ökonom und IKK-Südwest-Vorstand **Prof. Dr. Jörg Loth** über Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) in kleinen Unternehmen.

Interview: ***Peter Böhnel***

Herr Professor Loth, kleine Handwerksbetriebe haben es oft schwer, rentabel zu arbeiten. Jetzt sollen Sie auch noch Zeit und Geld in die Gesundheitsprävention der Mitarbeiter stecken. So wie bisher die großen Konzerne. Was sagen Sie als Ökonom: Ist dieses Betriebliche Gesundheitsmanagement für kleinere Unternehmen nicht unwirtschaftlich?

Das glaube ich nicht! Gerade für Handwerksbetriebe ist es wirtschaftlich. Aus mehreren Gründen. Zum einen macht es den Betrieb als Arbeitgeber attraktiv. Es wird zunehmend schwieriger, gutes Fachpersonal und gute Azubis zu finden. Da wird es immer wichtiger, den Mitarbeitern ein BGM zu bieten. Es gibt den Mitarbeitern ein gutes Gefühl, wenn sie wissen: Meinem Arbeitgeber ist meine Gesundheit wichtig. Der zweite ökonomische Aspekt: Gelingt es, den Krankenstand zu reduzieren, hat auch der Arbeitgeber einen Vorteil. BGM ist also eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten. Für Mitarbeiter, Arbeitgeber und auch für die Volkswirtschaft.

Welche Voraussetzung müssen kleine oder mittlere Unternehmen (sogenannte KMUs) mitbringen, damit die Einführung eines BGM gelingt?

Ich bin fest davon überzeugt: BGM muss Chefsache sein! Der Chef muss die Wich-

IKK-Mitarbeiter Dirk Thies zeigt Krasen Krastev (links, bei Zenner Aluminiumbau) Dehnübungen.

tigkeit erkennen und die Sache persönlich unterstützen.

Nehmen wir an, der Chef steht voll dahinter. Worauf kommt es nun bei der Umsetzung an?

Zuerst muss analysiert werden, wie das Befinden der Mitarbeiterschaft ist. Wichtig ist, dass man danach ein individuelles, ganzheitliches Konzept entwickelt. Hierfür stehen unsere IKK-Gesundheitsberater zur Verfügung. Das Konzept muss anschließend mit der Unternehmensführung abgestimmt werden und kann zusammen mit externen Anbietern wie etwa Fitness-Studios umgesetzt werden.

Ihre Krankenkasse hat traditionell einen hohen Handwerkeranteil unter den Mitgliedern. Und jetzt versuchen Sie, diese meist kleinen Betriebe zur Einführung von BGM zu motivieren. Aber sehen Sie da ein ausreichend großes Potenzial?

Speziell im Saarland haben wir rund 98 Prozent KMUs. Davon haben zahlreiche Betriebe weniger als 100 Mitarbeiter. In nur 10 bis 15 Prozent der KMUs wird bisher BGM durchgeführt. Da gibt es also ein großes Potenzial.

Theoretisch ja. Aber gibt es denn da auch ein ausreichendes Interesse?

Ja. Häufig melden sich Betriebe bei uns und fragen: Was kann man machen? Wir haben neulich eine Umfrage gemacht, um die aktuelle Situation zu analysieren. Und da hatten wir viele Rückfragen.

Welche Fördermittel kommen den Betrieben zugute?

Fördermittel werden ja den Krankenkassen vom Gesetzgeber auferlegt. Neuerdings sind es sieben Euro pro Versichertem, die wir in Prävention investieren müssen. Aber schon in der Vergangenheit haben wir zum Beispiel in der Primärprävention 4,36 Euro pro Versichertem ausgegeben, als der Durchschnitt der Krankenkassen noch bei 3,17 Euro lag.
Heute sind es, wie gesagt, sieben Euro, davon gehen zwei ins BGM, zwei in Settingprojekte zum Beispiel in Schulen und Kindergärten, drei Euro in individuelle Prävention. Außerdem kommen den Arbeitgebern Steueranreize zugute, wenn sie in BGM investieren.

Wofür genau geben Sie die zwei Euro BGM-Anteil aus?

Prof. Dr. Jörg Loth ist seit 2014 Vorstand der IKK Südwest, gemeinsam mit Roland Engehausen. Loth hat eine Professur für Ökonomie an der Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement in Saarbrücken. Davor unterrichtete er im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.

Da haben wir verschiedene Produkte. Zum Bespiel „IKK Job Aktiv“ oder „IKK Rückenfit am Arbeitsplatz“, da übernehmen wir unter anderem die Kosten für die ersten drei Monate Rückentraining in einem Fitness-Studio.
Wir helfen auch bei der Organisation. Mehrere kleine Betriebe können sich zum Beispiel für Gruppenkurse zusammentun. Aufgeteilt nach Gewerk oder nach Diagnose.

Stichwort Diagnose: Wenn der Rücken schmerzt, kann ich mir ja gut vorstellen, dass sich die Mitarbeiter freiwillig melden. Aber was ist bei psychischen Problemen? Burn-out und Depressionen sind weit verbreitet hierzulande. Und niemand gibt es gerne zu, wenn er darunter leidet.

Hier arbeiten wir mit dem Eichenberg-Institut für Gesundheitsmanagement zusammen. Da gibt es ein von der IKK unterstütztes niedrigschwelliges Angebot der individuellen Beratung. Das ist richtig gut. Die Mitarbeiter können dort ganz einfach anrufen. Die Beratung ist gratis. Und wenn jemand das Angebot nutzt, erfährt es weder sein Chef noch die IKK.

Die Beratung kriegt man also diskret und unkompliziert. Aber was ist mit einer anschließenden psychotherapeutischen Behandlung?

Hier an der Saar arbeiten wir mit zwei Reha-Einrichtungen zusammen. In Berus und Orscholz. Wir haben Verträge gemacht, nach denen sich Mitarbeiter dort ganz diskret auch nach Feierabend, tageweise und am Wochenende behandeln lassen können. Somit haben wir auch hier ein niedrigschwelliges Angebot für unsere Versicherten geschaffen.

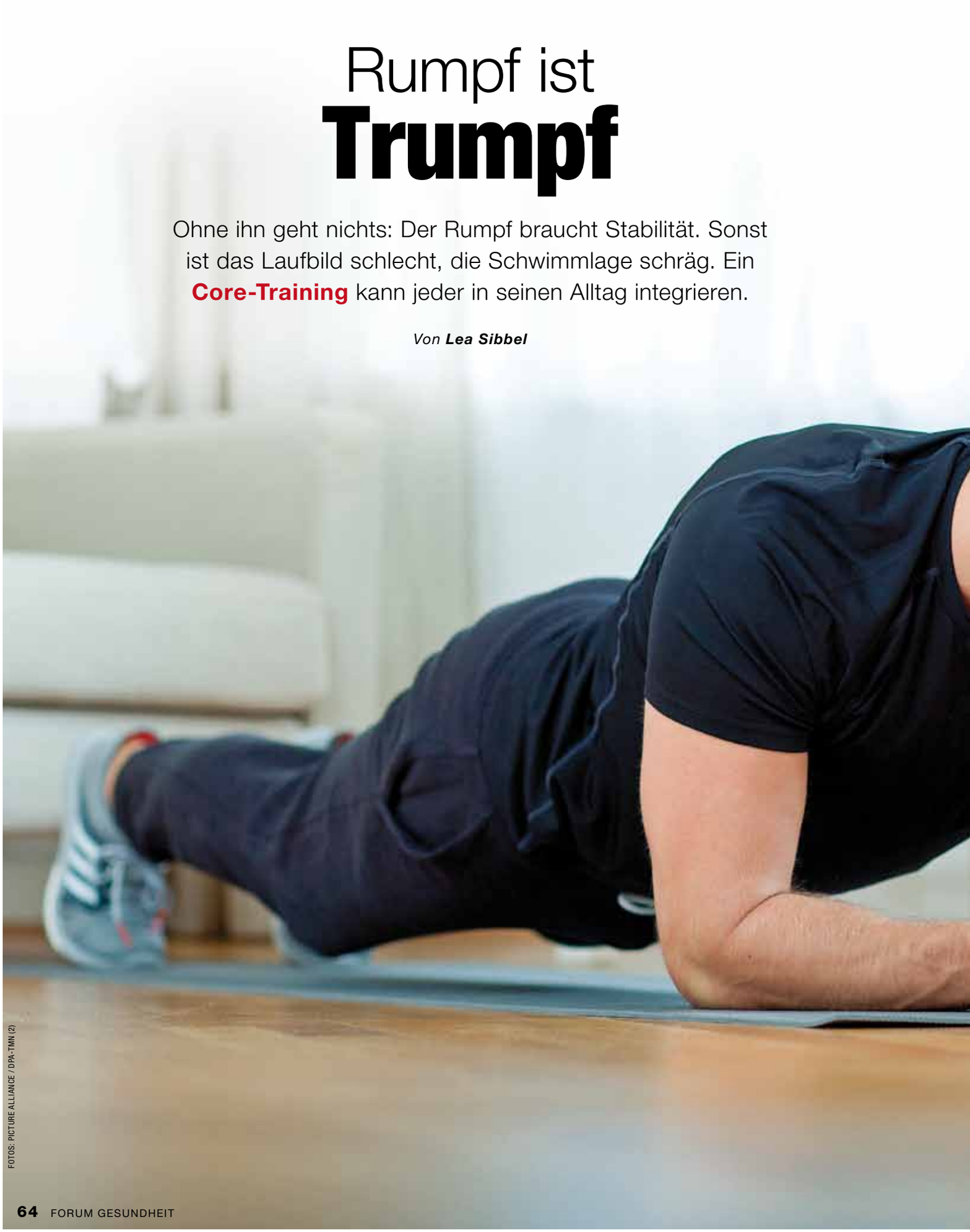
„Mehrere kleinere Betriebe können sich zu Gruppenkursen zusammentun“

FOTOS: JENNIFER WEYLAND — PETER BÖHNEL

Rumpf ist **Trumpf**

Ohne ihn geht nichts: Der Rumpf braucht Stabilität. Sonst ist das Laufbild schlecht, die Schwimmlage schräg. Ein **Core-Training** kann jeder in seinen Alltag integrieren.

*Von **Lea Sibbel***



FOTOS: PICTURE ALLIANCE / DPA-TMN (2)

Es war damals, kurz vor dem Sommermärchen, als der Hype so richtig aufkam. Jürgen Klinsmann ließ die Mannschaft in Vorbereitung auf die Fußball-WM 2006 allerhand Übungen absolvieren, die so gar nicht nach Fußball aussahen. Core-Training stand auf dem Programm. Ob dieses spezielle Training der Mannschaft letztlich bis ins Halbfinale verhalf? Allein reichte es sicher nicht. Aber ein stabiler Rumpf ist nicht nur für Fußballer förderlich.

DER RUMPF IST TRUMPF

„Letztendlich ist der Rumpf der Übergang für alle Bewegungen", erklärt Prof. Winfried Banzer von der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP). „Die Körpermitte ist an jeder Bewegung beteiligt", sagt Prof. Kuno Hottenrott, Präsident der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft. Nicht nur beim Sport wird der Rumpf so gefordert, auch schon beim Sitzen und beim Gehen. „Der Rumpf ist der Mittler, das Zentrum der Bewegung." Und ein stabiler Mittler ist ein besserer Mittler: Zum Schutz der Wirbelsäule vor auftretenden Belastungen und beim Sport zur Weiterleitung der auftretenden Kräfte, erklärt Carsten Müller vom Arbeitsbereich Leistung und Training im Sport der Universität Münster.

OHNE STABILITÄT DROHEN SCHMERZEN

Und was, wenn die Rumpfmuskulatur nicht gut ausgebildet ist? „Dann verpuffen die Kräfte nicht nur, sondern es führt auch zu hohen Belastungen der Wirbelsäule, der Bänder", sagt Müller. „Die meisten Rückenschmerzen resultieren in der Tat aus einer zu schwachen Rumpfmuskulatur." Aber auch Knie- oder Hüftschmerzen können vom Rumpf herrühren. Im Alltag kann man durch eine schwach ausgebildete Rumpfmuskulatur schon Probleme bekommen, wenn man lange stehen soll. Natürlich sollte immer ein Fachmann prüfen, welche Ursache die Schmerzen haben.

JEDER PROFITIERT VOM TRAINING

Wer profitiert nun von einem Core-Training? „Eigentlich ist es für jede Sportart wichtig – auch für unsere Alltagsbelastung", sagt Müller. Im Büro etwa heißt das: „aktiv sitzen", rät Hottenrot. Dafür eigne sich zum Beispiel ein beweglicher Sitz. Zusätzlich sind ein paar weitere Übungen sinnvoll. „Es gibt so viele Übungen, die jeder zu Hause machen kann." Dabei kommt es übrigens nicht darauf an, Muskelmasse aufzubauen, betont Banzer. „Die Sixpacks sind nicht die Core-Stabilisatoren." Er sagt deshalb auch: „Was man nicht braucht, sind Sit-ups." Stattdessen kommt es darauf an, zum einen für eine Stabilität der kleinen Muskelgruppen und zum anderen für ein besseres Zusammenspiel von Nerven und Muskeln zu sorgen.

JE NACH SPORTART BRAUCHT ES UNTERSCHIEDLICHE CORE-TRAININGS

Ein paar Basic-Übungen für den Rumpf kann jeder machen. Aber für Sportler muss es dann etwas spezifischer werden: „Ein Rumpf-Training für Läufer sieht ganz anders aus als für Golfer", sagt Carsten Müller vom Arbeitsbereich Leistung und Training im Sport der Universität Münster. So komme es beim Läufer eher darauf an, den Rumpf so zu trainieren, dass er beim Laufen stabil bleibt. Beim Golfer allerdings braucht es auch Rotationen – für den Abschlag. Er muss dafür also auch die Beweglichkeit ins Core-Training einbauen. Das bedeutet etwa, dass er an der Tür auf Bauchhöhe ein Gummiband befestigt, dieses festhält und sich mit stabilem Oberkörper zur Seite dreht.

DIE ÜBUNGEN

Ein Beispiel ist der Vierfüßlerstand: Dort wird dann mal ein Bein, dann ein Arm, dann Arm und Bein gleichzeitig gestreckt. „So baut man das langsam auf“, sagt Banzer. Weitergehen kann es mit dem Frontstütz, beschreibt Müller. Dabei setzt man die Ellbogen und die Füße auf und hebt den Körper ab, sodass er eine gerade Linie bildet. Wer das beherrscht, kann die Übung schwieriger machen – etwa die Dauer verlängern oder aber die Füße abwechselnd anheben, ohne dass der Rumpf aus der stabilen Position rutscht.

Andersherum geht es auch: Bei der Brücke liegen Schultern, Kopf und Füße auf, dann wird der Po abgehoben, sodass Rumpf und Oberschenkel eine gerade Linie bilden, die Unterschenkel sind senkrecht zum Boden. Auch hier lässt sich mit dem Abheben eines Beines die Übung erschweren. Oder man befestigt um die Knie ein Gummiband und drückt während der Übung die Beine etwas nach außen – das aktiviere gleichzeitig die äußere Hüftmuskulatur, erklärt Müller.

Der seitliche Unterarmstütz ist eine weitere Übung. Dabei liegen ein Ellbogen und die Füße auf, dann wird die Hüfte so weit vom Boden angehoben, dass der Körper wieder eine Gerade bildet, beschreibt Hottenrott. Ein solches Programm nehme vielleicht 15 Minuten Zeit in Anspruch, schätzt er. „Den Rückenschmerzen wirkt man so entgegen.“ Und so oft müsse man so ein Rumpf-Programm gar nicht machen: Zwei- bis dreimal die Woche reichen laut Banzer eigentlich aus.

Im Vierfüßlerstand mal einen Arm, mal ein Bein oder Arm und Bein gleichzeitig strecken – das kräftigt den Rumpf.

Wie ein Brett: Beim Stütz sollte der Körper eine gerade Linie bilden.

Eine verschärfte Version des Unterarmstützes ist es, dabei ein Bein zu heben. Dabei sollte der Rumpf stabil bleiben.

Bei der Brücke liegen Schultern, Kopf und Füße auf, der Po wird so abgehoben, dass Rumpf und Oberschenkel eine gerade Linie bilden. Wer ein Bein hebt, intensiviert die Übung.

Im Kniestand auf die weit ausgestreckten Hände legen – das dehnt die Muskeln zwischen Schultergürtel und Rumpf.

Hebt man aus dem Kniestand mit weit nach vorne gestreckten Händen wechselseitig einen Arm etwas vom Boden ab, kräftigt das die Muskeln zwischen Schultergürtel und Rumpf.

Auch der Einbeinstand trainiert den Rumpf. Lässt man sich dabei ein bisschen schubsen, trainiert das auch die Fähigkeit, Reizen von außen zu begegnen.

Der seitliche Unterarmstütz: Dabei liegen ein Ellbogen und die Füße auf und die Hüfte wird soweit vom Boden angehoben, dass der Körper wieder eine Gerade bildet.

FOTOS: PICTURE ALLIANCE / DPA-TMN (8)

Einfach wanderbar

3fach

wunderbar

Durchwandern Sie den Pfälzer Wald mit seinen zahlreichen attraktiven Wanderwegen. Davor und danach lassen Sie sich in unserem Hotel verwöhnen.

Arrangement „Einfach wanderbar“

- 2 Übernachtungen im Komfort Zimmer inklusive reichhaltigem Frühstück vom Buffet
- eine umfangreiche Wanderkarte der Region
- eine Flasche Pfälzer Wein auf dem Zimmer
- Nutzung des Wellness-Bereichs mit Sauna, Dampfbad, Whirlpool und Infrarot-Kabine

€ 107 pro Person im Doppelzimmer
€ 137 im Einzelzimmer

Ganzjährig gültig, von Donnerstag bis Sonntag

Victor's
RESIDENZ-HOTEL
FRANKENTHAL
★ ★ ★ ★

Mina-Karcher-Platz 9 · D-67227 Frankenthal
Telefon +49 6233 343-0 · Fax +49 6233 343-434
info.frankenthal@victors.de · www.victors.de

Ein Unternehmen der Victor's Residenz-Hotels Süd GmbH
Carl-von-Linde-Straße 42 · D-85716 Unterschleißheim

Fine Dining
im Schloss

Gönnen Sie sich eine kleine Genuss-Auszeit, einfach so und zwischendurch. Was Sie erwartet? Die schönen Dinge des Lebens in einem traumhaft schönen Hotel. Kommen Sie vorbei und freuen Sie sich auf:

- „Secco von der Mosel“ zur Einstimmung
- eine Übernachtung inklusive Good-Morning-Sunshine-Frühstücksbuffet
- kulinarische Aufmerksamkeit aus der Gourmet-Küche
- eine Demi-Flasche Gosset-Champagner
- 5-Gang-Spezialmenu im *Victor's FINE DINING by Christian Bau* inklusive Apéritif, Mineralwasser, korrespondierende Weine, Kaffee
- ein handsigniertes Jubiläums-Booklet „10 Jahre Baukunst“ auf dem Zimmer
- stilvolle Entspannung im Wellness-Bereich mit Schwimmbad, Whirlpool, Dampfbad, Saunen und Fitness-Raum

Superior	*p.P. im DZ € 409, EZ € 469*	
Deluxe	*p.P. im DZ € 419, EZ € 489*	
Junior-Suite	*p.P. im DZ € 464, EZ € 579*	
Suite	*p.P. im DZ € 494, EZ € 639*	
Götter-Suite	*p.P. im DZ € 529, EZ € 709*	

ganzjährig buchbar

Victor's
RESIDENZ-HOTEL
SCHLOSS BERG
★★★★★S

Schloßstraße 27–29 · D-66706 Perl-Nennig/Mosel · Telefon +49 6866 79-0
info.nennig@victors.de · www.victors.de
Ein Unternehmen der Victor's Residenz-Hotels GmbH · Kurfürstendamm 100 · D-10709 Berlin