

ZWEITE CHANCE

Wenn der Körper aus der Form gerät, verliert oft auch das Leben seine Ordnung. Rekonstruktive Chirurgie stellt nicht nur Haut und Gewebe wieder her, sondern auch Selbstvertrauen und Teilhabe



HERNIEN BEHANDELN

Wenn schwaches Gewebe nachgibt, entstehen Brüche. Schnelles Handeln ist entscheidend



ZUR STÄRKE FINDEN

Coach Steffen Kirchner weiß, warum echte Motivation nur von innen entstehen kann



MIT HERZ UND VERSTAND SIND WIR GEMEINSAM ERFOLGREICH

HEMOCARE - WAS IST DAS?

Eine hohe Lebenserwartung auf der einen und eine niedrige Geburtenrate auf der anderen Seite führen dazu, dass unsere Gesellschaft immer älter wird. Unsere gestiegene Lebenserwartung hängt u.a. mit einer verbesserten medizinischen Versorgung und Hygiene, aber auch mit gestiegenem Wohlstand zusammen. Da ältere Menschen häufiger an chronischen Krankheiten leiden, steigt auch die Zahl von chronisch Erkrankten und Pflegebedürftigen. Durch Veränderungen im Gesundheitswesen kann auch bei schweren Krankheitsbildern eine Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln, Verbandmitteln sowie medizinischer Ernährung zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung ermöglicht werden.

Genau hier kommen wir, Mediq Deutschland, ins Spiel: zusammen mit allen an der Therapie beteiligten Partnern stellen wir uns der Herausforderung, um gemeinsam eine

optimale medizinische Versorgung im ambulanten Bereich zu gewährleisten.

Unsere produkt- und patientenspezifischen Dienstleistungen unterscheiden uns von der Patientenversorgung durch einen ambulanten Pflegedienst zu Hause oder im Pflegeheim. Bei uns stets im Vordergrund: Das Miteinander! Mit unserem Leistungsspektrum unterstützen wir Pflegedienste, Pflegeheime, Patienten und Angehörige. Somit sorgen wir gemeinsam für die bestmögliche Gesundheitsversorgung der Betroffenen, denn wir alle haben ein gemeinsames Ziel: die Lebensqualität der Menschen zu verbessern und ihre Selbstständigkeit so lange wie möglich zu erhalten. Wir möchten ihnen helfen, würdevoll und aktiv am Leben teilnehmen zu können. Dafür arbeiten wir Tag für Tag und mit vielen helfenden Händen.



WAS GENAU MACHT EIN HOMECARE-UNTERNEHMEN?

Mediq Deutschland sorgt bundesweit für eine zuverlässige Gesundheitsversorgung in den unterschiedlichen Therapiebereichen:

- Ambulante Infusionstherapie
- Ambulante parenterale Antiinfektivtherapie (APAT)
- Diabetes
- Enterale Ernährung
- Inkontinenzversorgung
- Stomaversorgung
- Tracheostomaversorgung
- Wundversorgung

Bereits vor der Entlassung aus der Klinik steht Mediq Deutschland Patienten, Angehörigen und Pflegekräften beratend zur Seite. Nach dem Krankenhausaufenthalt liefern wir medizinische Hilfsmittel, Medizinprodukte, Verbandmittel, Trink- und Sondennahrung. Für die optimale Anwendung der Produkte werden Pflegekräften, aber auch Patienten und Angehörige durch unsere Fachexperten geschult, um Sicherheit im Umgang mit den

benötigten Produkten und Hilfsmitteln zu erhalten. Unsere Dienstleistungen reichen von individuellen Beratungen über Schulungen bis hin zur Koordination aller an der Therapie beteiligten Partner (wie z. B. Krankenkassen, Ärzte, Pflegeeinrichtungen oder Kliniken). Alle Beteiligten profitieren dabei von unserer bundesweiten Versorgung sowie den persönlichen qualifizierten Ansprechpartnern vor Ort.

Mediq Deutschland ist als Spezialist für komplexe und anspruchsvolle Versorgungen bekannt. Dafür sorgt nicht zuletzt ein erfahrenes Team bestehend aus Therapiemanagern, pharmazeutischem Personal, Oecotrophologen, Diätassistenten, Fachexperten und hochqualifizierten Außendienstmitarbeitern mit speziellen Zusatzqualifikationen.

30 JAHRE MEDIQ DEUTSCHLAND – DAS SIND WIR:

Seit mehr als 30 Jahren ist Mediq Deutschland als Experte für die erstklassige Versorgung von chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen sowie von Menschen mit Behinderungen im außerklinischen Bereich bekannt. Eine qualitativ hochwertige Pflege beugt Zusatz- und Folgeerkrankungen vor.

Durch unser effektives Qualitätsmanagement leisten wir außerdem einen wichtigen Beitrag zur Bezahlbarkeit der Gesundheitsversorgung. Die Bedürfnisse der Patienten und Kunden stehen dabei im Mittelpunkt. Uns ist es wichtig, dass alle Menschen Zugang zu medizinischen Produkten, Hilfsmitteln und Nahrung haben, egal welchen Alters und in welchem Gesundheitszustand.

Sie möchten mehr darüber erfahren, wie Mediq Deutschland Sie unterstützen kann? Oder sind Sie an einer Zusammenarbeit interessiert? Gerne stehen wir Ihnen telefonisch oder per E-Mail für Ihre Anfragen zur Verfügung.

Kostenlose Service-Nummer

0800-33 44 800



Mediq Deutschland GmbH
66661 Merzig
kundenservice@mediq.de
www.mediq.de



Victor's

SEEHOTEL WEINGÄRTNER
BOSTALSEE
★★★★

YOGA & GENUSS



TERMINE:

20. BIS 22. MÄRZ 2026

6. BIS 8. NOVEMBER 2026



Mit diesem Retreat, betreut durch Yoga-Expertin Sinah Müller von der „Yogarei“, erwartet Sie ein Wochenende voller Harmonie, Genuss und Erholung.

Zwei Übernachtungen inklusive Frühstück, Abendessen, täglichem Programm und vielem mehr ...

ab 499 € p. P. im DZ





Susanne KleeHaas

Liebe Leserinnen,
liebe Leser,

Neu beginnen

Wenn eine Krankheit Gewebe zerstört oder ein Unfall den Körper aus dem Gleichgewicht bringt, verändert sich nicht nur das Äußere. Auch der Alltag, das Arbeiten und Fühlen geraten aus der bisherigen Ordnung. Zugleich beginnt in diesem Moment oft eine neue Frage: Wie geht es weiter? Die plastisch-rekonstruktive Chirurgie sucht Antworten darauf, wie Funktion, Form und Selbstbestimmung zurückkehren können. Das zeigt die Geschichte von Britta Meinecke-Allekotte, die nach einem schweren Arbeitsunfall ihren linken Unterarm verlor und dennoch in den Operationssaal zurückkehrte, unterstützt durch eine moderne myoelektrische Prothese. Im Interview berichtet Prof. Dr. Marcus Lehnhardt, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, wie Mikrochirurgie, Robotik und Implantate neue Möglichkeiten eröffnen und wo medizinische Grenzen bestehen. Ein historischer Überblick zeigt zudem die Entwicklung eines Fachgebiets, das aus dem Wunsch nach Wiederherstellung entstand und heute Hightech repräsentiert.

Das Ressort Psychologie widmet sich der Motivation. Sie entsteht nicht durch äußeren Druck, sondern im Inneren, sagt Motivationscoach Steffen Kirchner. Rückschläge können zu Kraftquellen werden, wenn ihre Botschaft erkannt wird. Dankbarkeit unterstützt mentale Stabilität, und gute Führung schafft Bedingungen, in denen Menschen sich selbstwirksam erleben.

Rat und Hilfe bietet die moderne Kardiologie dort, wo das Herz seine Kraft verliert. Die TAVI-Methode hat vielen Patientinnen und Patienten schwere Eingriffe erspart und ermöglicht eine schnellere Erholung. Dr. med. Fernando Gatto aus dem Herzzentrum des SHG Klinikums Völklingen erklärt, wie diese Technik Lebensqualität zurückbringen kann. So unterschiedlich die Themen dieser Ausgabe sind, sie zeigen Wege zurück in ein aktives, selbstbestimmtes Leben.

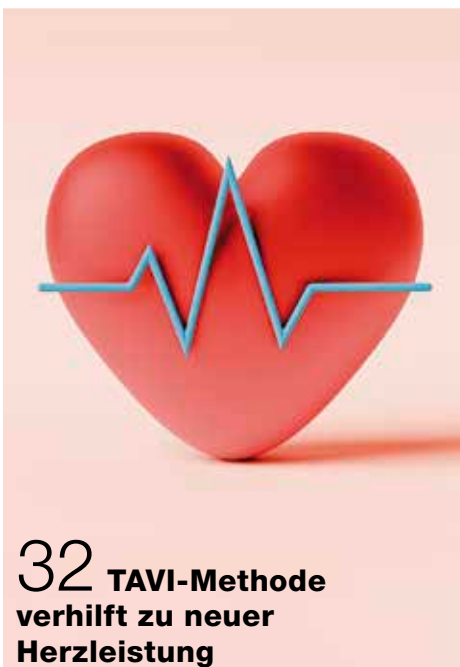


Moderne Prothesen ermöglichen die Wiederherstellung von Bewegung

Herzlichst, Ihre



36 **Echte Liebe entsteht durch Nähe, nicht durch Chats**



32 **TAVI-Methode verhilft zu neuer Herzleistung**



46 **Ab dem ersten Milchzahn auf die richtige Technik achten**

TITELTHEMA

ZURÜCK ZUM EIGENEN LEBEN

Wenn der Körper sich verändert, stellt sich das Leben neu auf. Rekonstruktion bedeutet, ein Weitergehen zu ermöglichen. **10**

„IN UNSEREM BERUF WERDEN GESICHTER TRANSPLANTIERT“

Prof. Dr. Marcus Lehnhardt spricht über Grenzen am OP-Tisch, den Nutzen von Robotersystemen und KI. **12**

EIN VORBILD FÜR PROTHESENTRÄGER

Als Britta Meinecke-Allekotte einen schweren Arbeitsunfall hatte, entschied sie sich für eine Amputation. Heute begleitet und berät sie andere Betroffene. **16**

DIE GESCHICHTE DER SCHÖNHEITSCHIRURGIE

Schon seit mehr als 2.500 Jahren begleiten Schönheitseingriffe den Menschen. Hier ein kleiner Rückblick. **20**

SCHÖN? NICHT UM JEDEN PREIS!

Ein plastisch-chirurgischer Eingriff kann viele Gründe haben. Doch auf was sollte man im Vorfeld einer OP achten? **24**

AKTUELLES

FINANZIERUNG WEITERHIN UNGEWISS

Es ist die politisch größte Herausforderung für die Arbeitskoalition unter Kanzler Merz: die Reform der Pflegeversicherung. **26**

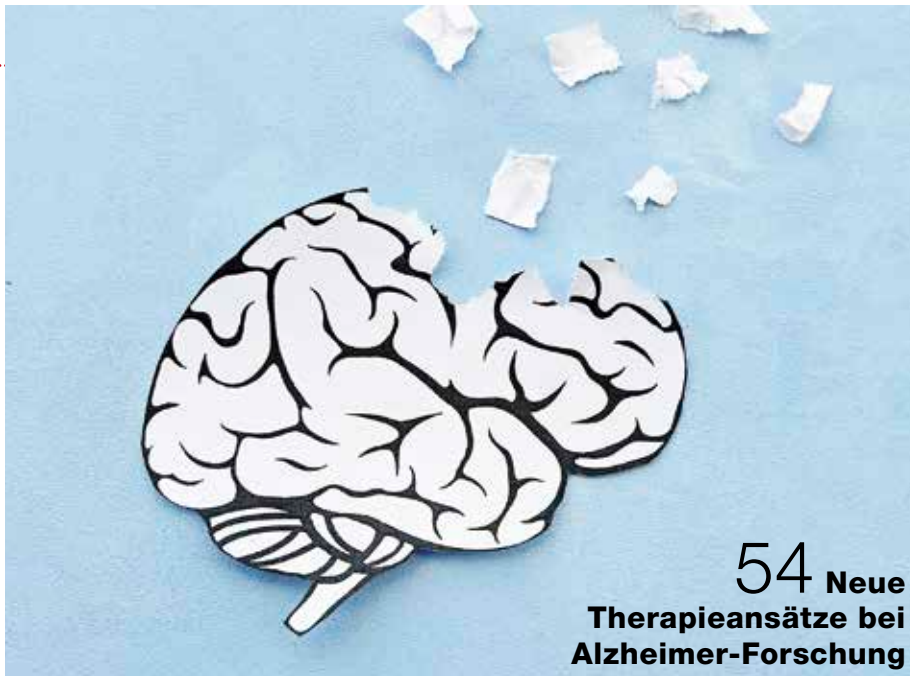
RAT & HILFE

DARMKREBS VERSTEHEN

Dank moderner Vorsorge, gesunder Lebensweise und neuer Therapieansätze lassen sich heute viele Fälle verhindern oder früh behandeln. **28**

WENN DAS HERZ NEUE WEGE GEHT

Die moderne TAVI-Methode ersetzt verengte Herzklappen ohne offene Operation. Ein Interview mit Dr. med. Fernando Gatto. **32**



54 Neue Therapieansätze bei Alzheimer-Forschung

BUCHTIPPS 34

PSYCHOLOGIE

ZWISCHEN HANDY-SCROLLEN UND HÄNDCHENHALTEN

Digitale Nähe ersetzt keine echte. Wer sich Zeit nimmt, kann die Liebe neu entdecken. **36**

„HANDELN STATT REAGIEREN“

Echte Motivation entsteht nicht durch Parolen, sondern durch innere Bewegung. Steffen Kirchner zeigt, wie aus Stillstand Energie und aus Scheitern Wachstum wird. **40**

KINDERHEILKUNDE

„DIE ZAHNBÜRSTE WIRD HÄUFIG NUR HIN- UND HER GESCHRUBBT“

Zahnärztin Phila Möller weiß, worauf es bei der täglichen Zahnpflege ankommt und welche Fehler zu vermeiden sind. **46**

MÄNNERHEILKUNDE

WENN DIE BAUCHWAND REISST

Hernien gehören zu den häufigsten chirurgischen Erkrankungen. **50**

SENIOREN

ALTERSVERSORGUNG NEU GEDACHT

Mit zunehmendem Alter wird Nähe immer schwieriger. Im Saarland soll das Konzept „Saar66“ der Vereinsamung entgegenwirken. **52**

MEDIZIN

KLEINE SIEGE ZÄHLEN

Die Alzheimer-Forschung bringt neue Hoffnung durch Blutmarker, künstliche Intelligenz und gezielte Therapie. **54**

„DAS GRÖSSTE PROBLEM BEI PSORIASIS IST DIE STIGMATISIERUNG“

Etwa drei Prozent aller Menschen in Deutschland leiden unter Psoriasis. PD Dr. Thomas Rosenbach im Interview. **58**

ANATOMIE

DIE WEIBLICHE BRUST

Funktion und Aufbau des Organs. **63**

WELLNESS

HAUS DER HITZE

Der Hammam verbindet römische Thermenkultur mit orientalischer Ritualpraxis. **64**



Victor's

RESIDENZ-HOTELS

SCHENKEN SIE GENUSS-MOMENTE

... mit einem Gutschein aus Victor's Welt. Jetzt online bestellen, individuell gestalten und selbst ausdrucken – ob zum Geburtstag, zu Weihnachten oder einfach nur aus Liebe.

victors.de/gutscheine

*Schöner schenken auf Schloss Berg!
Bei Kauf vor Ort erhalten Sie zu jedem Gutschein ab 250 € eine luxuriöse 5-Sterne-Superior-Geschenkverpackung gratis.*

IMPRESSUM FORUM GESUNDHEIT erscheint in FORUM – Das Wochenmagazin.
Verlag: FORUM Agentur für Verlagswesen, Werbung, Marketing und PR GmbH,
Malstatter Markt 11-13, 66115 Saarbrücken, Telefon 0681-93613-2
Geschäftsführung: Susanne Kleehaas (V.i.S.d.P.) Verlagsleitung: Dr. Bernd Coen
Redaktion: Julia Indenbaum Layout: Sibylle Schmidt



Stark belastet

Aktuelle Daten zeigen, dass bei Kindern und Jugendlichen das Thema psychische Belastung weiterhin eine erhebliche Rolle spielt. Die Robert Koch-Institut-Studie „KIDA Studie“ erfasste von Februar 2022 bis Juni 2023 unter anderem das Gesundheits- und Verhaltensprofil von Kindern im Alter von drei bis 17 Jahren sowie deren Familienumfeld. Laut der Erhebung bestehen verstärkt Probleme bei Bewegung, Stimmungslage und Nutzung digitaler Medien. Vor diesem Hintergrund empfehlen Ernährung-, Sport- und Psychologiefachleute Eltern, regelmäßige Tagesstrukturen mit Spiel- und Bewegungszeiten einzurichten, Bildschirmzeiten zu begrenzen und Hilfsangebote frühzeitig wahrzunehmen. Eine frühzeitige Intervention im Kindes- und Jugendalter kann langfristig die gesundheitliche Entwicklung fördern und Entwicklungsrisiken mindern.

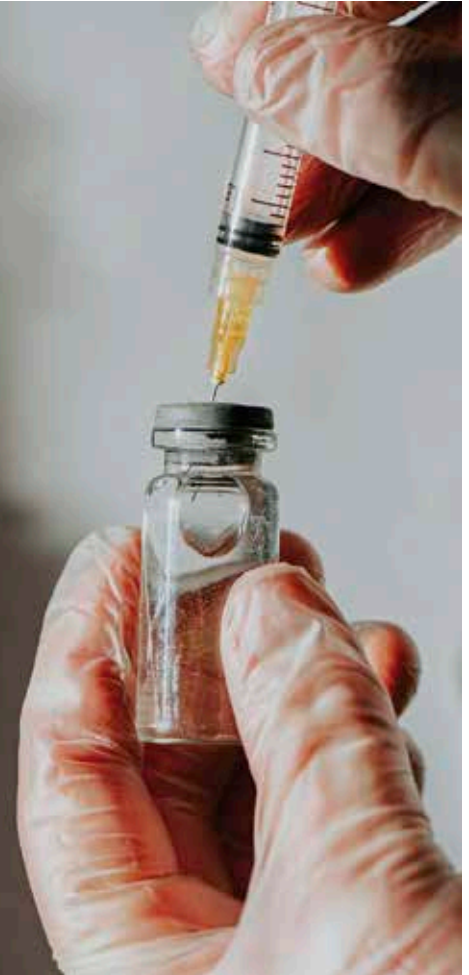
.....

Vorsicht Zuckerfalle

Eine Forschungsgruppe der Deutsches Zentrum für Diabetesforschung und des Universitätsklinikum Tübingen hat herausgefunden, dass bereits kurzzeitiger Konsum stark verarbeiteter, energiereicher Lebensmittel bei gesunden Menschen zu einer messbaren Abnahme der Insulinempfindlichkeit im Gehirn führt und damit einen frühen Mechanismus bei der Entstehung von Übergewicht und Typ-2-Diabetes darstellen könnte. In der Studie nahmen männliche Probanden über fünf Tage 1500 Kilokalorien zu sich.

Impfung empfehlenswert

Die Ständige Impfkommission empfiehlt allen Personen im Alter von 60 Jahren und älter eine jährliche Grippeimpfung mit einem Hochdosis- beziehungsweise MF-59-adjuvantierten Impfstoff. Zugleich wird Erwachsenen ab 60 Jahren eine einmalige Impfung gegen Pneumokokken-Infektionen angeraten, vorzugsweise mit einem 20-valenten Konjugatimpfstoff. Zudem besteht für Personen über 75 oder ab 60 mit schwerer Grunderkrankung beziehungsweise Pflegesituation eine Impfindikation gegen das Respiratorische Synzytialvirus (RSV). Gerade in der kalten Jahreszeit, wenn Atemwegsinfekte verstärkt auftreten, gewinnt der Impfschutz über die bereits bestehende Basisimmunität hinaus besondere Bedeutung. Ältere Menschen tragen ein erhöhtes Risiko für schwerere Verlaufsformen von Grippe sowie Pneumokokken-Infektionen, weshalb diese Maßnahmen sowohl individuell als auch aus epidemiologischer Sicht bedeutsam sind.



Psychische Gesundheit

WENN DER WINTER AUF'S GEMÜT SCHLÄGT



Die dunklen, kalten Monate erhöhen das Risiko für saisonale Stimmungseintrübungen sowie Saisonale Affektive Störung (SAD) – eine Form der Depression, die in Herbst und Winter gehäuft auftritt. Lichtmangel, veränderte Melatonin- und Serotonin-spiegel sowie verminderte Aktivität im Freien gelten als zentrale Ursachen. Pharmazeutisch geschultes Personal betont: Frühzeitige Bewegung an der frischen Luft, feste Tagesstrukturen, ausreichend Tageslicht (gegeben falls mittels Lichttherapie) sowie gezielte Beratung zur Schlafhygiene können präventiv wirken. Die Apotheke vor Ort kann hierbei einen wichtigen Beitrag leisten – etwa durch Informationen zu geeigneten Maßnahmen und bei Bedarf dem ärztlichen Hinweis.

FOTOS: GETTY IMAGES / MASKOT (2) — GETTY IMAGES / CATHERINE FALLS COMMERCIAL
GETTY IMAGES / OLGA ROLENKO — GETTY IMAGES / WESTEND61

Hautgesundheit im Fokus

HEIZUNGSLUFT ENTGEGENWIRKEN

Kälte draußen, trockene Heizungsluft drinnen: in der Wintersaison sind Haut und Schleimhäute erhöhten Belastungen ausgesetzt. Typische Effekte wie Spannungsgefühle, vermehrte Trockenheit, Rötungen und verringerte Elastizität, ausgelöst durch verminderte Talg- und Feuchtigkeitsproduktion sowie erhöhte Reibung durch Kleidung. Empfohlen wird eine Umstellung der Pflege-Routine: morgens und abends reichhaltige Cremes beziehungsweise Salben auftragen, idealerweise mit Inhaltsstoffen wie Urea, Glycerin oder Hyaluronsäure. Zusätzlich wird an eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr erinnert, da der Durstmechanismus



im Winter potenziell schwächer ausfällt. Auch der UV-Schutz darf nicht vernachlässigt werden, insbesondere bei reflektierendem Schnee.



Richtige Ernährung

Wintergemüse wie Wirsing, Rotkohl, Pastinaken oder Rote Beete liefern wichtige Vitamine, Mineralstoffe und Ballaststoffe, die das Immunsystem und den Stoffwechsel unterstützen. Zugleich zeigt sich, dass zu wenig Menschen in Europa die empfohlene Menge von fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag erreichen. Praktisch bedeutet das: Suppen, Eintöpfe oder Aufläufe mit saisonalen Zutaten sind keine bloße „Winter-Gemütlichkeit“, sondern leisten einen konkreten Beitrag zur Gesundheit. Zusätzlich wird empfohlen, auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu achten – denn Heizungsluft, geringere Sonne und weniger Bewegung können den Energie- und Nährstoffbedarf verändern. Wärmende Gewürze wie Ingwer oder Kurkuma helfen dabei, die Durchblutung zu fördern und das Wohlbefinden zu steigern. Eine bewusste, abwechslungsreiche Auswahl der Mahlzeiten kann den Winter gesundheitlich maßgeblich unterstützen.

Auf Mikronährstoffe achten

Im Verlauf der kalten Jahreszeit gewinnt die Mikronährstoffversorgung deutlich an Bedeutung: Studien und pharmazeutische Beratungsstellen weisen darauf hin, dass insbesondere Vitamin D, Vitamin C sowie die Spurenelemente Zink und Selen essenzielle Funktionen für eine stabile Immunabwehr übernehmen. Bei vielen Menschen im Herbst und Winter, bedingt durch geringere Sonnenintensität und vermehrtes Indoor-Verhalten, sinken die körpereigenen Reserven. Eine Apotheke im Nordwesten Deutschlands gibt an, dass etwa 80 Prozent der getesteten Erwachsenen einen Vitamin D-Spiegel im unzureichenden Bereich aufwiesen. Vor diesem Hintergrund empfiehlt das pharmazeutische Fachpersonal, auf eine ausgewogene Ernährung mit Zitrusfrüchten, Beeren und Hülsenfrüchten zu achten sowie gegebenenfalls in Rücksprache mit einer Apothekerin oder einem Apotheker eine Supplementierung zu prüfen.

.....

Lieferengpässe möglich

Mit Blick auf die kommende Erkältungs- und Grippezeit warnt die Branchenvertretung der Apotheken davor, dass es auch in diesem Winter zu Engpässen bei bestimmten Arzneimitteln kommen könnte. Laut einer Analyse des Nachrichtendienstes einer großen deutschen Sendergruppe stiegen die Meldungen zu Lieferproblemen bereits im Herbst 2025 an. Zwar gibt das zuständige Bundesgesundheitsministerium Entwarnung und bewertet die Versorgungslage als grundsätzlich „stabil“, dennoch bleibt die Situation angespannt, insbesondere bei preisgünstigen Generika und gängigen Fiebersäften für Kinder. Die pharmazeutische Beratung empfiehlt daher, frühzeitig einen Vorrat verordneter Medikamente sicherzustellen, bei geplanten Urlaubs- oder Auslandsaufenthalten rechtzeitig Nachschub einzuplanen und mit der Apotheke Optionen für wirkstoffgleiche Alternativen zu klären. er Hochsaison gut versorgt.

ZURÜCK ZUM EIGENEN LEBEN

Wenn der Körper sich verändert, stellt sich das Leben neu auf. **Rekonstruktion** bedeutet, verloren Geglauhtes zurückzugewinnen und Weitergehen zu ermöglichen. So entsteht Zukunft aus einem Neuanfang.

Ein Sturz auf der Treppe, ein Unfall auf der Autobahn, eine Diagnose, die ein Wort enthält, das niemand hören möchte. Oft reicht ein Atemzug, und ein Körper, der gestern noch selbstverständlich funktionierte, ist heute nicht mehr derselbe. In Krankenhäusern und Rehasentren beginnt dann eine Arbeit, die im Schatten der großen Operationssäle stattfindet und doch lebensverändernd ist: die präzise Wiederherstellung von etwas, das verloren ging.

In Deutschland sind es jedes Jahr Zehntausende Menschen, deren Körper nach Tumoroperationen, schweren Verletzungen oder Infektionen nicht einfach von selbst heilen können. Das Gesicht nach einer Krebsresektion, die Hand nach einer Maschinenverletzung, die Brust nach einer Amputation. Rund 2.000 Fachärztinnen und Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie tragen in Deutschland diese Verantwortung. Ihre Arbeit verbindet Kunstfertigkeit mit wissenschaftlicher Präzision. Sie transplantieren Gewebe, schließen feinste Blutgefäße wieder an, rekonstruieren Nerven und geben damit Funktionen zurück, die nicht durch Medikamente ersetzbar sind.

Rekonstruktive Chirurgie bedeutet: Ein Körper soll nicht nur überleben, sondern leben können. Sie beginnt dort, wo ein Defekt nicht nur sichtbar, sondern spürbar ist. Wenn die Hand nicht mehr greifen, der Mund nicht mehr zubeißen, ein Bein nicht mehr tragen kann. Es geht um die Wiederherstellung jener Bewegungen und

Empfindungen, die das Menschsein ausmachen. Und damit auch um Identität.

Medizinischer Fortschritt hat in den vergangenen Jahrzehnten die Grenzen verschoben. Heute gelingt es, Gefäße mit Durchmessern von weniger als einem Millimeter zu verbinden und so zuvor verlorenes Gewebe wieder zu durchbluten. Operationsmikroskope vergrößern das Sichtfeld bis auf das 60-Fache, Operationsroboter kompensieren Zitterigkeit und erlauben Eingriffe durch kleinste Zugänge. Technologie wächst mit dem Mut, immer feinere Strukturen anzurühren: Künstliche Intelligenz unterstützt Diagnosen und hilft, komplexe Operationswege zu planen. Was früher als unausweichliche Amputation endete, kann heute oft rekonstruiert werden.

Doch diese Eingriffe sind nicht nur technische Meisterleistungen. Sie sind

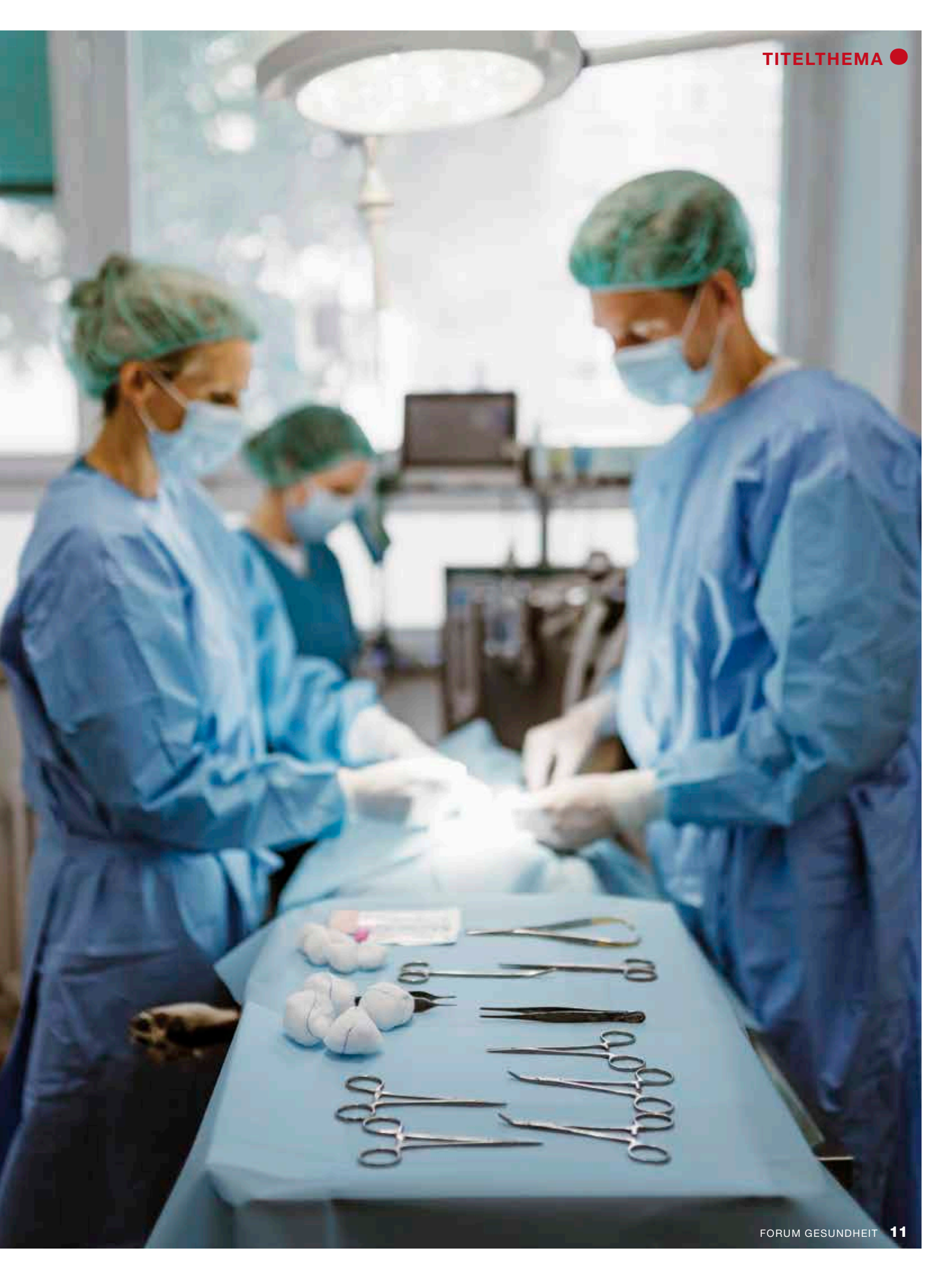
Über 2.000
Spezialisten
helfen, verlorene
Funktionen
zurück-
zugewinnen

Antworten auf die Frage, wie ein Mensch mit einem veränderten Körper seinen Platz behält. Die Geschichte von Britta Meinecke-Allekotte zeigt das eindrucksvoll. Ein Arbeitsunfall zerstörte ihre linke Hand unwiederbringlich. Der Verlust hätte sie aus dem Beruf reißen können. Stattdessen entschied sie sich, mit einer myoelektrischen Prothese den Weg zurück in den Operationssaal zu finden – dorthin, wo sie jahrelang selbst anderen durch schwere Eingriffe begleitet hatte. Es ist ein Weg, der zeigt, wie sehr Rekonstruktion und Selbstbehauptung zusammengehören.

In einem Interview spricht Prof. Dr. Marcus Lehnhardt, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, darüber, wo die medizinische Notwendigkeit endet und die ästhetische Motivation beginnt. Er schildert, wie moderne Technologie den Handlungsspielraum der Chirurgie erweitert und zugleich klare Grenzen bestehen bleiben: die biologische, die zeitliche, die ethische.

Heute reicht das Feld von der Versorgung großer Tumordefekte bis zu rekonstruktiven Eingriffen nach Verbrennungen oder Unfällen, von der Handchirurgie bis hin zur Geschlechtsangleichung. Immer geht es darum, aus einem medizinischen „Danach“ ein „Trotzdem“ zu formen. Und immer steht die Frage im Raum, welche Entscheidungen getroffen werden müssen, damit das neue Körperbild tragfähig wird. ●

Julia Indenbaum





„In unserem Beruf werden Gesichter transplantiert“

Wohl kaum ein medizinisches Fach ist so vielfältig wie die Chirurgie. Innovationen erweitern stetig die technischen Möglichkeiten der Chirurgen.

Prof. Dr. Marcus Lehnhardt von der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie spricht über Grenzen am OP-Tisch, den Nutzen von Robotersystemen und KI.

Interview: Benjamin Rannenber

Herr Prof. Dr. Lehnhardt, die rekonstruktive Chirurgie wird tätig, wenn Form und Funktion des menschlichen Körpers wiederhergestellt werden sollen. Gibt es so etwas wie ein ethisches

Selbstverständnis des plastisch-rekonstruktiven Chirurgen?

Unser Job ist in erster Linie eine Wiederherstellung nach Trauma und Tumor. Stellen Sie sich vor, wenn im Bereich einer Extremität ein großer Tumor wächst

und dieser reseziert, das heißt weggeschnitten wird, entsteht ein großes Loch. Anders gesagt werden dadurch Strukturen entfernt, auf die Sie als Patient nicht verzichten können. Das heißt, wir transplantieren Gewebe, wir nehmen Gewebe

von Bereichen weg, wo man es entbehren kann, und verpflanzen es dorthin, wo es gebraucht wird. Das erfordert, um es salopp zu formulieren, kein ethisches Verständnis. Wir sind aber durchaus daran interessiert, im Labor Gewebe zu züchten, was wir dann transplantieren können. Dennoch sind wir durchaus in der Lage, von Spendern zu transplantieren. Andere transplantieren zum Beispiel Herzen, in unserer beruflichen Praxis werden Gesichter transplantiert. Für uns ist das ethisch lösbar, insofern haben wir keine ethischen Bedenken.

Was unterscheidet die plastisch-rekonstruktive Chirurgie von der rein ästhetisch ausgerichteten?

In der Rekonstruktion geht immer eine Verletzung, eine Tumorerkrankung oder eine Infektion voraus, was dazu führt, dass in irgendeiner Weise Form und Funktion des Körpers nicht mehr gegeben sind. In der ästhetischen Chirurgie besteht kein Handlungsbedarf, sondern ein Handlungswunsch, also etwa der Wunsch nach Verjüngung, nach Verbesserung und nach Veränderung der Körperform und auch -funktion. Der Unterschied ist also: Das eine wird gebraucht, das andere ist ein reiner Wunsch.

Was sind die häufigsten plastisch-chirurgischen Eingriffe, die hierzulande vorgenommen werden?

Wenn beispielsweise ein Augen-Tumor im Gesicht entfernt wird, entsteht erst einmal ein Defekt, der gedeckt werden kann. Die Defektdeckung, also die Transplantation von Gewebe oder das Einschwenken von Gewebe, ist der mit häufigste Eingriff in der rekonstruktiven Chirurgie.

Was kann ich unter „Einschwenken“ verstehen?

Dabei entnehmen die behandelnde Chirurgin und der behandelnde Chirurg Gewebe aus der Nachbarschaft und setzen es dort ein, wo es hinkommen soll. Sie können Gewebe frei transplantieren, indem sie es etwa vom Oberschenkel zur Schulter bringen. Oder sie können Gewebe einschwenken, das heißt, bei einem Defekt an der Schulter kann das Gewebe vorne aus dem Brustbereich genommen und eingeschwenkt beziehungsweise eingedreht werden in den Defekt. In diesem Fall sprechen wir von einer Schwenklappenplastik.

Wenn infolge eines Unfalls die Gliedmaßen einer Person abgetrennt

werden, können Sie und Ihre Kollegen sie wieder annähen und sogar einzelne Nervenfasern reparieren. Wo liegen die Grenzen?

Die klare Antwort lautet: Ja, wir sind in der Lage, einzelne durchtrennte Nerven wieder anzuschließen und damit auch die entsprechende Funktion, die über die Nerven gesteuert wird, wiederherzustellen. Die Grenzen liegen zum einen in der Zeit. Sie müssen sich vorstellen, eine abgetrennte Gliedmaße – und sei es auch nur ein Finger – unterliegt natürlich einem Zeitfaktor, weil sie ja nicht mehr durchblutet und mit Sauerstoff versorgt ist. Das bedeutet, irgendwann geht dieses Gewebe unter. Es gibt aber unterschiedliche Gewebequalitäten. So hat zum Beispiel stark muskelhaltiges Gewebe, also ein ganzer Unterarm oder ein Bein, eine Ephemiezeit, sprich eine kritische Zeitspanne, in der Organe und Gewebe ohne Sauerstoffversorgung auskommen, von ungefähr vier Stunden. Nach Ablauf der vier Stunden muss die Sauerstoffversorgung wieder gegeben sein, sonst geht das Gewebe unter, und die Zellen werden irreparabel geschädigt. An einem Finger, der fast nur aus Haut und Knochen besteht, ist jene Toleranz ungleich größer. Einen einzelnen Finger können wir auch noch nach zwölf Stunden replantieren, also annähen. Des Weiteren führt der technische Faktor zu einer Limitierung. Tatsache ist, dass die Gewebestrukturen irgendwann so klein sind, dass wir sie mit unseren Instrumenten nicht mehr erreichen können.

Können Sie ein Beispiel geben?

Wir können heute winzig kleine Gefäße wieder anschließen. Man spricht in diesem Zusammenhang von Anastomosieren. Wir können Gefäße wieder verbinden, die einen Durchmesser von ungefähr einem halben Millimeter haben. Mit anderen Worten: Wir sind auf diesem Gebiet schon sehr weit. Aber da stoßen wir

„Unser Job ist in erster Linie die Wiederherstellung nach Trauma und Tumor“

Prof. Dr. Marcus Lehnhardt ist seit 2012 Chefarzt und Direktor der Universitätsklinik Plastische Chirurgie und Handchirurgie sowie des Schwerbrandverletztenzentrums am Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum Bergmannsheil Bochum. Zugleich hat er seit 2023 das Amt des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC) inne.



als Mensch an eine Grenze, weil jeder einen natürlichen Tremor hat, also eine Zittrigkeit der Hand, und weil die Instrumente nicht mehr reichen.

Würden Sie sagen, dass in den vergangenen Jahrzehnten das Einsatzgebiet größer geworden ist – und wenn ja, woran liegt das?

Definitiv ist es größer geworden. Das liegt einfach daran, dass wir uns in unseren Techniken und Möglichkeiten weiterentwickeln. Wenn wir bei dem Beispiel von eben bleiben: Wir versuchen vor zehn Jahren, ein Gefäß zu nähen, was eine Größe von einem Millimeter Durchmesser hat – und das schaffen wir. Im Weiteren versuchen wir, diese Gefäße zu nähen, wenn sie noch kleiner sind. Mit jeder Hürde, die wir erfolgreich genommen haben, versuchen wir, die Hürde weiter von uns wegzuschieben. Hinzu kommt, dass die Technik zunehmend optimiert wird, zum Beispiel werden die Mikroskope, die wir anwenden, immer besser, und

die Instrumente werden weiterentwickelt, genauer gesagt werden sie für noch kleinere Strukturen gefertigt.

Inwiefern stellen für plastisch-rekonstruktive Chirurginnen und Chirurgen Geschlechtsumwandlungen bei transsexuellen Menschen eine besondere Herausforderung dar?

Dazu muss man kein Mediziner oder klassischer Chirurg sein, das ist durchaus vorstellbar. Ich muss Ihnen das so offen sagen: Wenn ich aus einem Penis eine Scheide konstruieren muss, dann ist das natürlich eine plastisch-chirurgische, technische Herausforderung. Dazu gehört, einen Scheideneingang und Schamlippen zu formen. Der Anspruch dieser Menschen ist natürlich, dass diese Organe beschwerdefrei funktionieren. Das heißt, sie müssen einen Eingang schaffen, der Geschlechtsverkehr möglich macht. Umgekehrt muss bei der Veränderung von Frau zu Mann ein Penoid rekonstruiert werden, es muss aus dem Gewebe ein Penis geformt werden, in den eine Harnröhre hineingeschoben werden kann. Das sind große, rein technische Herausforderungen, um so etwas zu schaffen. Zudem braucht es sehr viele Jahre Praxiserfahrung, um es nicht nur formal hinzubekommen, sondern ein schönes Ergebnis zu erzielen, das den Patienten letztlich zufriedenstellt.

Zur Einordnung: Bilden Geschlechtsumwandlungen einen eher kleineren Teil Ihrer Arbeit?

Transsexualismus ist in unserer Gesellschaft natürlich vorhanden, aber im Verhältnis zu dem, was wir sonst noch machen, ist es ein sehr kleiner Teil. Im Vergleich dazu sind Schönheitsoperationen natürlich immer gefragter. Heute will jeder alt werden, aber keiner will alt sein. Auf der anderen Seite wird trotz steigender Nachfrage kosmetische Chirurgie immer mehr hinterfragt.

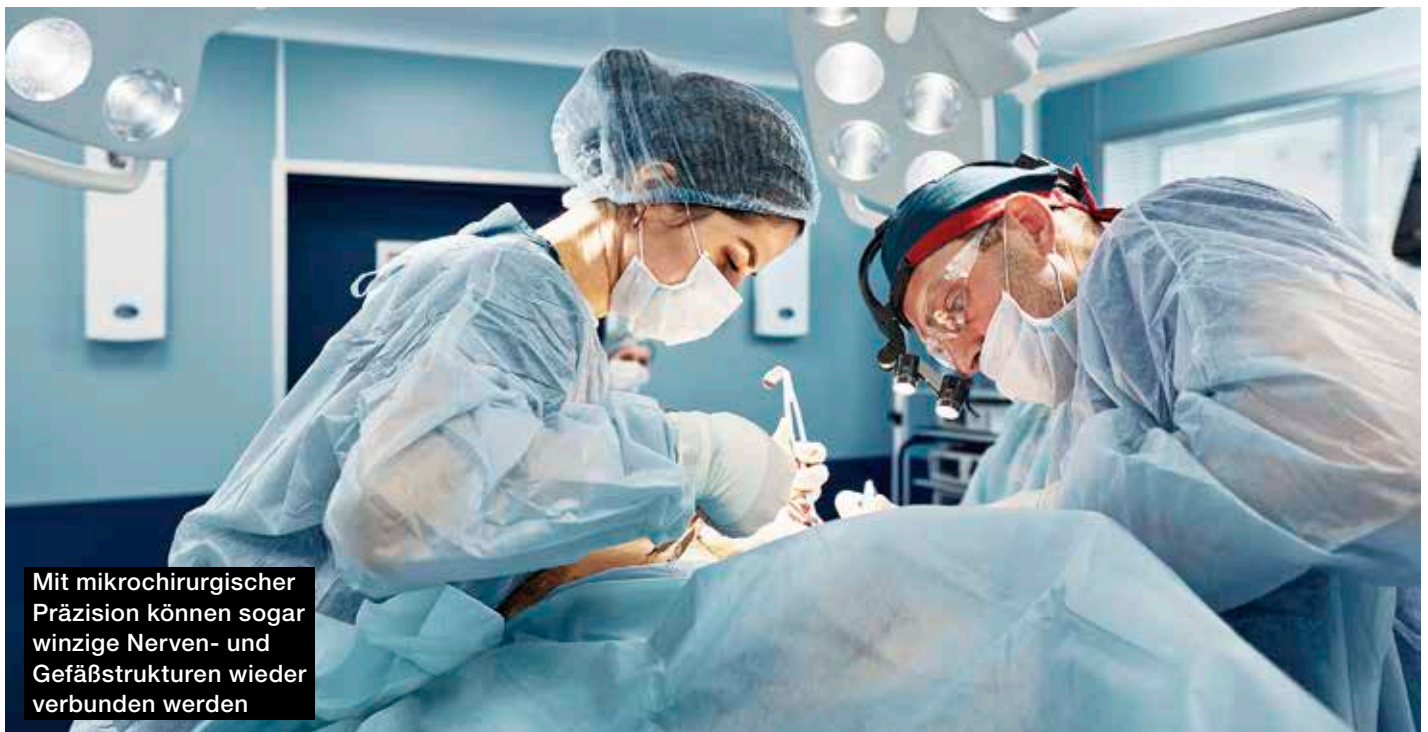
Über welche Risiken sollten sich Menschen mit Diabetes und Adipositas sowie Betroffene, die am Herz-Kreislauf-System erkrankt sind, vor einem chirurgischen Eingriff bewusst sein?

Jedwede Stoffwechselerkrankung wie etwa Diabetes führt immer zu Veränderungen im Körper und zu einer erhöhten Rate an Wundheilungsstörungen. Gegenüber einem im Idealfall jungen, gesunden Mann ist mit einer höheren Rate von Komplikationen zu rechnen. Ein herzkranker Mensch hat – sehr vereinfacht gesagt – eine schlechtere Durchblutung. Und je schlechter das Gewebe durchblutet ist, desto weniger belastbar ist er. Sein Immunsystem ist folglich schwächer, und er ist anfälliger für Infekte. Auch da ist die Rate möglicher Komplikationen und ins-

besondere von Infektionen und Wundheilungsstörungen deutlich erhöht. Bei diesen Patientinnen und Patienten muss man im Vorfeld erst einmal sehen, ob etwas verbessert werden kann. Ansonsten stellen wir streng eine Indikation und betreiben Aufklärung über die möglichen Risiken.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie plädierte anlässlich des Welttags der Patientensicherheit am 17. September dafür, ein selektives präoperatives Blutzucker-Screening anzuwenden. Was genau heißt das?

In unserer Gesellschaft gibt es viele unentdeckte Erkrankungen. Für manche dieser Erkrankungen gibt es ein relativ einfaches Screening. So kann man schnell erkennen, ob jemand einen Diabetes mellitus hat oder nicht. Dafür müssen sich die betreffenden Personen im nüchternen Zustand nur einem einfachen Blutzuckertest am Morgen unterziehen. Letztlich ist das eine einfache, kostengünstige Untersuchung, die die Behandlerinnen und Behandler sehr viel weiterbringt. Es wäre natürlich sinnvoll, eine Stoffwechselerkrankung möglichst frühzeitig zu erkennen, denn dann kann man sie behandeln und das Risiko für mögliche Folgeerkrankungen minimieren. Insofern wären wir natürlich auch dafür. Aber all diese Dinge müssen vom Gesundheitssystem finanziert werden.



Mit mikrochirurgischer Präzision können sogar winzige Nerven- und Gefäßstrukturen wieder verbunden werden

Welche gängigen technischen Verfahren stehen Ihnen für all die verschiedenen Korrekturen zur Verfügung?

Uns stehen unterschiedliche Nahttechniken zur Behandlung von Gewebe zur Verfügung, Wir haben darüber hinaus Operationsmikroskope, die uns die Möglichkeit geben, bis zu einer 60-fachen Vergrößerung Gewebe darzustellen. Das ist ein enormes technisches Hilfsmittel. Mittlerweile setzen wir auch Operationsroboter ein, die uns helfen, menschliche Unzulänglichkeiten zu kompensieren. Dazu zählen unter anderem Ermüdungsfaktoren. Wir brauchen als Operateure in der Regel sehr viel Platz. Mit einem Roboter ist es möglich, mit einem Trokar, einer kurzen Stange, in den Körper einzudringen und wesentlich minimalinvasiver ihre Eingriffe vorzunehmen. Die technischen Möglichkeiten, die uns gegeben sind, sind groß und umfangreich und helfen uns sehr bei der Weiterentwicklung unseres Faches.

Gab es in letzter Zeit auch Neuerungen auf dem Gebiet der rekonstruktiven Verfahren?

Die jüngste technische Entwicklung ist ganz klar die Entwicklung von Robotersystemen. Ähnliche Systeme gibt es in anderen Fachbereichen schon länger, wie etwa in der Urologie oder der HNO das Da-Vinci-System, das einer robotischen Operationsart entspricht. Solche Roboter stehen uns auch zur Verfügung, was inzwischen so weit geht, dass man einen Roboter fern des OP-Tisches bedienen kann. Dadurch muss der Operateur nicht mehr am Patienten sein, sondern er hat die Möglichkeit, über den Computer den Roboter zu bedienen. Wenn wir das etwas weiter spinnen, kann der Operateur in New York sitzen und in Leipzig eine Operation vornehmen. In der Zukunft ist ein solches Szenario vorstellbar, dass der wichtigste Operateur mit der höchsten Expertise in seinem Fach nicht mehr direkt vor dem Patienten steht, sondern seine Arbeit aus der Ferne computergestützt macht. Es gibt Hinweise darauf, dass diese Technik sich entwickelt.

Welche Rolle spielt KI in der plastisch-chirurgischen Praxis?

Der Einzug von KI sorgt dafür, dass etwa unsere Behandlungspfade und unsere Diagnosestellungen optimiert werden. Überhaupt lassen sich mithilfe von KI viele Behandlungsmöglichkeiten

Roboter-gestützte Systeme und moderne Instrumente erweitern die Möglichkeiten



ten verbessern, einfacher darstellen und schneller umsetzen.

Wie sieht aktuell hierzulande die medizinische Versorgung mit Chirurgen aus?

Erst einmal sieht es sehr gut aus. Das deutsche Gesundheitssystem ist, auch wenn es sehr teuer ist, immer noch eines der besten der Welt. Die klassische Chirurgie ist bis heute ein Wunschfach, dazu ein sehr innovatives Fach mit einem breiten Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten – von Verbrennungen über Handchirurgie, Rekonstruktion bis hin zur Ästhetik. Und weil die Chirurgie ein Wunschfach ist, registrieren wir immer noch sehr viel Zulauf. Wir haben als Fach zwar keinerlei Nachwuchsprobleme, doch in der Medizin und vor allem in den operativen Fächern wie etwa der Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie

und Neurochirurgie gibt es durchaus einen Nachwuchsmangel. Es gibt immer weniger junge Menschen, die sich einem solch belastenden, schweren und zeitraubenden Beruf hingeben möchten.

Wie hoch ist der Anteil Ihrer Kolleginnen und Kollegen, die plastisch-rekonstruktiv und ästhetisch arbeiten?

Ungefähr jeweils die Hälfte der Chirurgen und Chirurgen hierzulande arbeitet in der Rekonstruktion und in der Ästhetik. Wir haben derzeit in der DGPRÄC, deren Präsident ich bin, rund 2.000 organisierte plastische Chirurgen und Chirurgen. Das entspricht in etwa der Gesamtzahl derer, die es in Deutschland gibt.

Ist das Fach Chirurgie beziehungsweise die Facharzt-Ausbildung zur Chirurgen beziehungsweise zum Chirurgen Ihrer Einschätzung immer noch attraktiv?

Die Ausbildung zur plastischen Chirurgie geht über sechs Jahre. Das ist immer noch verbunden mit sehr viel Attraktivität – sei es etwa bei der Vergütung.

Was schätzen Sie in Ihrem Beruf als plastisch-rekonstruktiver Chirurg am meisten?

Ich schätze an meinem Beruf die Vielfältigkeit und die Innovation. Das sind die beiden Dinge, die mich an diesem Fach am meisten faszinieren. ●

„Die klassische Chirurgie ist bis heute ein Wunschfach mit einem breiten Spektrum“



EIN VORBILD FÜR PROTHESENTRÄGER

Als **Britta Meinecke-Allekotte** aus Dinslaken vor acht Jahren einen schweren Arbeitsunfall hatte, entschied sie sich für eine Amputation ihrer linken Hand. Und sie schaffte es, sich gegen viele Widerstände durchzusetzen und in ihren früheren Beruf als OP-Schwester zurückzukehren. Heute begleitet und berät sie andere Betroffene.

Wenn man Britta Meinecke-Allekotte dabei zusieht, wie sie einen Handschuh über ihre linke Roboterhand zieht oder mit dieser einen Champignon greift und in eine Papiertüte befördert, wirkt das auf den ersten Blick leicht befremdlich. Es ist ein leises Surren zu hören, wenn sich die myoelektrische Roboterhand bewegt. Genauer gesagt ist es eine Hand-Unterarm-Prothese. Vor allen Dingen kann sich keiner, der Britta Meinecke-Allekotte nicht näher kennt, vorstellen, welche Kraft es brauchte, damit sie sich in ein selbstbestimmtes Leben zurückkämpfen konnte. Warum überhaupt trägt die heute 61-jährige Operationsschwester, die seit 44 Jahren in ihrem Beruf arbeitet, verheiratet und Mutter eines 22-jährigen Sohnes ist, eine Prothese?

Um zu verstehen, unter welchen Umständen sich Britta Meinecke-Allekotte für das Tragen dieser futuristisch anmutenden Roboterhand entschieden hat, hilft ein Blick in ihre Vergangenheit: Es ist ein normaler Donnerstagabend im November vor acht Jahren. Wie an anderen Tagen arbeitet sie bei ihrem früheren Arbeitgeber, einer Praxisklinik in Neuss, als angestellte OP-Schwester. Britta Meinecke-Allekotte sterilisiert gerade im OP die benutzten Instrumente. „Ich wollte gerade ein Instrumentensieb aus einem Dampfsterilisator herausholen, als in dem Moment ein sogenannter Druckminderer in dem Gerät platzte“, erzählt Britta Meinecke-Allekotte. Dazu muss man wissen, dass ein solches Gerät in etwa der Größe einer Wohnungstür entspricht. Was danach geschah, könnte einem Horrorfilm entsprungen sein: Infolge des technischen Defekts schnellte die Verriegelungstür wie ein Fallbeil nach oben und klemmt ihre linke Hand und Teile des Unterarms ein. Ein Gewicht von 9 bar Druck verursacht

eine massive Quetschung des linken Handgelenks. Hinzu kommt, dass sich der Dampf im Sterilisator auf etwa 120 Grad erhitzt, sodass schwerste Verbrennungen die Folge sind.

An die Situation, als sie in dem Gerät eingeschlossen war, auch an die unvorstellbar starken Schmerzen, die sie erlitt, erinnert sich Britta Meinecke-Allekotte ganz genau. „Ich musste mich zwingen, die Atmung zu kontrollieren, und musste darauf achten, nicht zu hyperventilieren, denn sonst hätte ich nicht genügend Kraft zum Schreien gehabt“, erzählt sie weiter. Es sollte 45 Minuten dauern, bis schließlich eine Patientin ihre Schreie hört und die Nachtschwester informiert. Erst dann wird die Rettungskette in Gang gesetzt. Als Erstes trifft die Feuerwehr ein, die das defekte Gerät aufbricht und Britta Meinecke-Allekotte befreit, ein zwischenzeitlich dazu gekommener Notarzt verabreicht ihr eine Kurznarkose. Von Neuss transportiert man sie nach Duisburg und liefert sie im BG-Klinikum für Handchirurgie, Plastische Chirurgie und Zentrum für Schwerbrandverletzte ein. „Als ich hörte, dass ich in die BG-Klinik komme, war für mich klar, dass ich da in guten Händen bin und mir geholfen

wird“, sagt sie. Und sie war froh, dass sie den schweren Arbeitsunfall überlebt hatte und ihre Familie wiedersehen würde. Als sie ihren linken Arm anschaut, empfindet sie die Quetschverletzungen als nicht so schlimm. Doch was ihr zu dem Zeitpunkt nicht bewusst ist: Schon nach zehn Minuten ist bei einer Verletzung dieses Ausmaßes kein Erhalt der Hand mehr möglich.

Über einen Zeitraum von sechs Wochen wird in der Duisburger Klinik alles Menschenmögliche getan, um ihre linke Hand zu erhalten. Im Zuge der ersten OP wird die Versorgung der Blutgefäße wiederhergestellt, damit die Hand wieder durchblutet werden kann. „Zwei Stunden später bei der Visite wurde mir der Verband gewechselt, da war die Hand dunkelblau. Ich kam also wieder in den OP und wurde acht Stunden operiert“, erzählt sie. Am Anfang sieht alles vielversprechend aus – bis Mittelfinger und kleiner Finger schwarz wurden. Mit jedem Tag, der auf diesen folgte, veränderte sich das Aussehen ihrer linken Hand, erst erholten sich die zwei Finger, dann wurden andere schwarz. Die Chancen für einen Erhalt der Hand schwinden jedoch zusehends. Im Prinzip bleiben Britta Meinecke-Allekotte nur zwei Optionen: Über einen langen Zeitraum die Funktionen der linken Hand durch den Einsatz von körpereigenen Gefäßen, Muskeln und Sehnen wiederherzustellen. „Ich hätte das auch fast gemacht, weil ich unbedingt meine Hand behalten wollte. Aber die Chance, dass es funktioniert, lag nur bei 20 Prozent. Außerdem hätte ich drei Jahre lang immer wieder operiert werden müssen.“ Die zweite Möglichkeit, die in ihrer Situation infrage kommt, ist eine Amputation des Unterarms. Angesichts eines Szenarios, in dem sie bis an ihr Lebensende mit einer funktionslosen Teilhand leben muss, er-

„Mir war von Anfang an klar, ich wollte wieder in meinem Beruf arbeiten“

scheint ihr eine Amputation in ihrer Lage die bessere Lösung. „Mir war von Anfang an klar, ich wollte wieder in meinem Beruf arbeiten.“ Britta Meinecke-Allekotte informiert sich über die Möglichkeiten in der Prothetik, nimmt Kontakt zu Orthopädietechnikern auf und spricht mit anderen Betroffenen. Innerhalb von einer Woche trifft sie die Entscheidung: Ihre linke Hand soll amputiert werden.

Die Frau, die wenige Wochen zuvor einen schweren Arbeitsunfall erlebt hatte, will das vermeintlich Unmögliche schaffen: wieder in ihren früheren Beruf als OP-Schwester zurückkehren. „Ich erzählte schon vor der Amputation meinem behandelnden Arzt, meinem heutigen Chef, dass ich unbedingt wieder im OP arbeiten will. Als er das hörte, hat er mich für verrückt erklärt und mir gesagt, dass das völlig unmöglich ist.“ Auch ihr Mann reagiert völlig perplex, als er von ihrem Plan, wieder in den früheren Beruf einzusteigen, erfährt. Auch ihrem seinerzeit 13-jährigen Sohn geht der Arbeitsunfall seiner Mutter sehr nahe. Als Britta Meinecke-Allekotte stationär behandelt werden muss, zieht er sich zurück und spricht nicht mehr mit ihr. „Ich habe schnell gemerkt, dass für ihn ganz wichtig war, dass ich wieder Normalität in die Familie reinbringe“, sagt sie. Um den Arzt davon zu überzeugen, dass sie den Wiedereinstieg schafft, nimmt sie Videos auf. In diesen klettert sie mit Probe-Handprothesen an einer Wand und fährt Fahrrad. „Ich habe ihm alle Videos geschickt und irgendwann merkte er, die Frau hat so viel Biss, sie will das unbedingt. Er war bereit, mit mir ei-

Ihre eigene Erfahrung macht Meinecke-Allekotte zur besten Begleiterin für andere in dieser Lage

nen ganz neuen Weg zu gehen. Aber wir waren auch ganz ehrlich miteinander und sagten, es ist ein Versuch. Wenn es nicht funktioniert, brechen wir das Ganze ab.“ Für Britta Meinecke-Allekotte war dieser Versuch wichtig: Nicht eher würde sie zur Ruhe kommen, wenn sie nicht wüsste, ob dieser neue Weg sie ans Ziel führt.

Bevor Britta Meinecke-Allekotte die berufliche Rehabilitation beginnt, steht sie vor der Herausforderung, eine passende Handprothese zu finden. An der BG-Klinik in Duisburg dürfen alle Patienten drei Prothesenhände für einige Wochen testen. „Das Standard-Prothesensystem ist nicht unbedingt üblich. Das war schon sehr fortschrittlich“, sagt sie. Unter den drei Prothesenhänden ist eine myoelektrische. Solche Prothesen erfassen über Elektroden die Muskelaktivität am Armstumpf und aktivieren so elektrische

Motoren, die Greif- und Umwendebewegungen der Hand steuern können. „Man sagte mir, das sei die beste Prothese, die es im Moment auf dem Markt gibt. Und diese Prothese habe ich relativ schnell supergut beherrscht“, erzählt sie. Aber: Um überhaupt in eine berufliche Reha-Maßnahme zu kommen und um mit dieser Prothese zu üben, muss sie sich für eine entscheiden. Das Problem war nur: Nach vier Tagen brach die Prothese auseinander. „Spätestens dann war klar, dass es so nicht funktioniert. Das war der erste Tiefpunkt“, sagt sie. Mit anderen Worten: Mit der Prothese konnte sie sich keine Handschuhe anziehen und auch keinen Instrumentencontainer tragen.

Das heißt: Sie brauchte eine neue Prothesenhand, eine, mit der sie im OP arbeiten kann, aber auch eine, die für den Alltag taugt. Über den Orthopädietechniker ihres Vertrauens gelangte sie an eine neue Handprothese. „Ich merkte schnell, dass mit der Hand alles möglich ist, und ich dachte, das könnte die Hand sein, mit der ich wieder in meinen Beruf zurückkehren kann.“ Wieder tut sich ein neues Hindernis vor ihr auf: Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), sprich die zuständige Krankenversicherung, weigert sich, die Kosten für die zweite, neue myoelektrische Prothese zu übernehmen. Da ihr aber als Prothesenträgerin nur eine zusteht, muss sie die zweite wieder zurückgeben. Aber Britta Meinecke-Allekotte lässt sich das nicht gefallen: Sie hält Vorträge und macht auf diesen Missstand aufmerksam. Als sie einen Vortrag hält, bei dem auch Verantwortliche der BGW anwesend sind, hinterfragt sie das bisherige Standard-Prothesenverfahren und spricht sich dafür aus, dass Patienten mit Amputationen individuell betrachtet werden sollen. Überraschenderweise lenkt die BG daraufhin ein und zeigt sich ihr gegenüber kooperativ. „Sie sagten: ‚Okay, wir finanzieren ihnen die zweite Prothese, aber nur, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie mit dieser Hand wieder in ihren Beruf können‘“, erzählt die OP-Schwester. Ihr ist klar, dass ihre Versicherung nicht damit rechnet, dass das funktionieren wird. Nur: Wie soll sie beweisen, dass sie in der Lage ist, wieder als OP-Schwester zu arbeiten? Wieder unterstützt sie dabei ihr späterer Chef, Prof. Dr. Hohmann, der ihr eine zweite berufliche Reha-Maßnahme in der handchirurgischen Abteilung in der BG Klinik Duisburg anbietet. „Das



Für die Rückkehr in den Beruf musste sie jeden Handgriff neu lernen und trainieren

Ganze nannte sich erweiterte ambulante Physiotherapie“, erklärt sie.

Da sich daraufhin alles fügt und gut zu entwickeln scheint, denkt Britta Meinecke-Allekotte, dass sie in zwei bis drei Wochen ihrer Krankenversicherung den Nachweis vorlegen kann. Doch es dauert viel länger, als sie es sich vorstellt. „Ich habe mich ganz schwer vertan, weil ich erkennen musste, dass es nicht darum ging, die Funktionen der Hand zu beherrschen – das konnte ich schon aus dem Effeff. Sondern ich musste verstehen, dass es darum ging, jeden der 16 Griffe den verschiedenen Anforderungen zuzuordnen“, sagt sie. Für die OP-Schwester bedeutet das im Klartext: Sie muss neu lernen, ausprobieren, trainieren und Bewegungsabläufe verinnerlichen. So muss sie zum Beispiel lernen, wie sie sich einen sterilen OP-Handschuh anzieht, mit welchem Griff sie ein Skalpell öffnet oder wie sie einen Wunddrainageschlauch auf einen kleinen Spieß dreht. „Ich musste mir wirklich alles neu erarbeiten. Erschwerend hinzu kam, dass ich auf keine Erfahrungswerte zurückgreifen konnte, denn meines Wissens hat, das vor mir noch kein Mensch versucht“, sagt sie. Am Ende vergehen sieben Monate, bis die berufliche Reha beendet ist und jeder Handgriff im OP sitzt. Alles in allem dauert es nach dem Unfall eineinhalb Jahre, bis sie ab 2019 offiziell wieder in ihrem früheren Beruf als Operationsschwester arbeitet – und zwar in der Klinik, in der sie behandelt wurde und die berufliche Reha durchlief.

Wenn man hört, was Britta Meinecke-Allekotte aus dem nordrhein-westfälischen Dinslaken neben ihrer 20-Stunden-Stelle als OP-Schwester alles macht, stellt sich die Frage, wie sie Beruf, ehrenamtliches Engagement und Familienleben unter einen Hut bekommt: Sie hat das Buch „Anwender Trainingsprogramm für Vincent Evolution / Vincent Systems und andere Elektrohände“ geschrieben, entwickelt individuelle Trainingsprogramme, bildet sich regelmäßig weiter und hält auf Anfrage Vorträge und Seminare für verschiedene Akteure aus dem Gesundheitswesen, Reha-Verbände, Berufsgenossenschaften, Orthopädietechniker und Prothesenhersteller. Am BG Klinikum Duisburg bietet sie für Menschen, die auf Prothesen angewiesen sind, eine Peer-Betreuung an. „Das bedeutet, Betroffene helfen Betroffenen auf Augenhöhe“, sagt sie. Viele Patienten seien nach einer notfallmäßigen Amputation traumatisiert und noch nicht so weit, mit einem Psychologen zu sprechen.



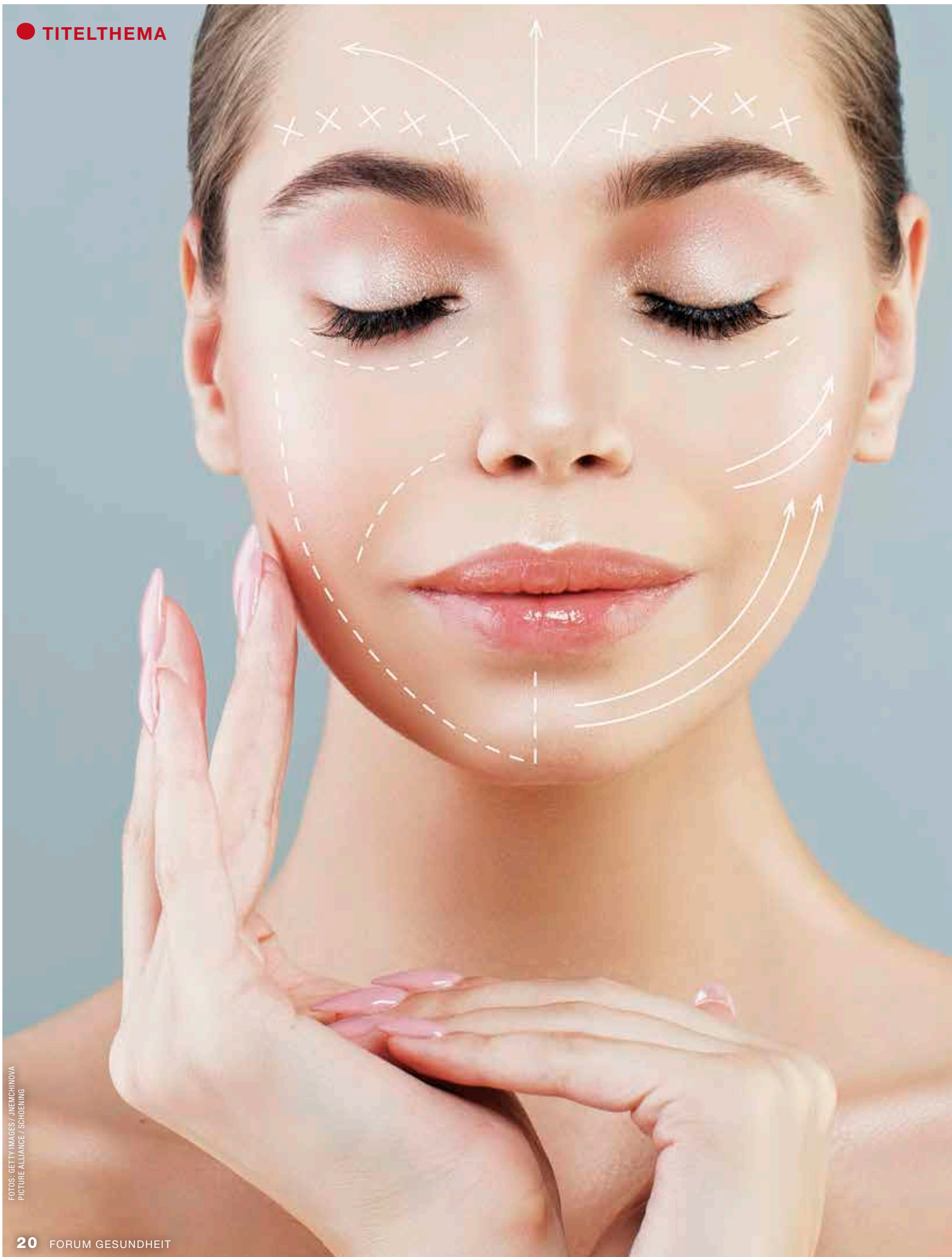
„Aber sie sind eher bereit, mit jemandem zu kommunizieren, der, wie ich, das alles durchgemacht hat. Nur derjenige kann auch wirklich nachfühlen, was in den Betroffenen vorgeht.“ Als Peer-Unterstützerin betreut Britta Meinecke-Allekotte stationär behandelte Patienten bei geplanten Amputationen vor der OP, klärt sie über Prothesen-Modelle auf, begleitet sie bei Operationen bis an den OP-Tisch und betreut sie danach weiter in der Klinik. „Wenn die Patienten an einer Studie teilnehmen, kann es sein, dass ich sie bis zu einem halben Jahr weiter betreue“, erzählt sie. Im Oktober 2024 wurde Britta Meinecke-Allekotte übrigens wegen ihres vielseitigen Engagements mit dem Preis „Der besondere Patient“ der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC) ausgezeichnet. Die DGPRÄC ehrt damit jene, deren Operation die vielfältigen Möglichkeiten der Plastischen Chirurgie

erkennen lässt und deren Courage auch anderen Mut gemacht hat.

Und damit hört ihr Engagement noch nicht auf: Als Prothesengebrauchstrainerin für ein Orthopädietechnik-Unternehmen mit Sitz in Duisburg hilft sie den Betroffenen, mit der Prothese zurechtzukommen und sie in Alltag und Beruf zu integrieren. „Da entwickeln sich wirklich ganz enge freundschaftliche Verhältnisse, weil diese Patienten eine ganz lange intensive Betreuung bekommen“, sagt sie. Was sie motiviert, weiterzumachen, ist, zu sehen, wie die Anwenderinnen und Anwender über sich hinauswachsen – und wie sie es trotz Zweifeln und Rückschlägen ans Ziel schaffen und letztlich stolz darauf sind, was ihre Prothese alles kann. ●

Benjamin Rannenber

Weitere Informationen, finden sich auf der Webseite von Britta Meinecke-Allekotte unter armprothesen-hilfe.online



Die Geschichte der Schönheitschirurgie

Schon seit mehr als 2.500 Jahren begleiten Schönheitseingriffe den Menschen auf seiner **Suche nach ästhetischer Korrektur** (vermeintlich) optischer Mängel. Was heute möglich ist, schien damals noch undenkbar. Hier ein kleiner Rückblick.

Von **Sabrina Teske**

Schönheit und Heilung begleiten die Menschheit seit ihren frühesten Kulturen. Die Geschichte der Schönheitschirurgie spiegelt den Wunsch wider, nicht nur Leiden zu lindern, sondern auch das eigene Aussehen zu bewahren oder zu verbessern. Bereits in den ältesten überlieferten Texten aus Indien zeigt sich, wie sehr Menschen nach Möglichkeiten suchten, Gesichter nach Unfällen oder Verstümmelungen wiederherzustellen. Besonders dort finden sich die ersten Hinweise auf Nasenoperationen. Medizinische Abhandlungen aus dieser Zeite beschrieben bereits um 600 v. Chr. Verfahren, bei denen Hautlappen aus der Stirn entnommen und zur Rekonstruktion einer zerstörten Nase genutzt wurden. Da in Indien die Amputation der Nase eine häufige Strafe darstellte, war der Bedarf an Rekonstruktionen groß. Die Technik bestand darin, Haut mit Blutversorgung aus der Stirn zu entnehmen und in kunstvoller Weise an der verletzten Stelle zu fixieren. Diese frühe Form der plastischen Chirurgie ist als Stirnlappenmethode bekannt und gilt als Grundlage vieler späterer Entwicklungen.

Im alten Ägypten spiegelt sich der tief verwurzelte Wunsch nach Heilung und Ästhetik in den medizinischen Praktiken jener Zeit. Der sogenannte „Edwin Smith Papyrus“, ein medizinischer Text von etwa 1600 v. Chr., gilt als eines der ältesten bekannten Werke, in denen chirurgische Eingriffe beschrieben sind. Er dokumentiert nicht nur Brüche und Wunden, sondern auch primitive Reparaturen an weicherem Gewebe und Vorrichtungen zur Stabilisierung von Knochen. Es finden sich Hinweise auf die Behandlung von Nasenverletzungen mittels sanfter Manipulation und Fixierung mit Hilfsmitteln wie Holzschienen, Tupfern, Leinen und Polstern, um die Gewebe möglichst schonend in Form zu bringen. Archäologische Funde von Mumien mit angenähten oder rekonstruiert erscheinenden Nasenteilen zeigen die Versuche, mittels dünnem Metallbesteck und Meißeln solcherlei Feinarbeiten am Gewebe durchzuführen. Feine Fäden aus Pflanzenfasern oder Tierdärmen wurden wahrscheinlich zum Nähen genutzt. Darüber hinaus spielten kosmetische Gesichtspflege und Schönheitsrituale eine bedeutende Rolle. Öle, Salben und Farbpigmente halfen nicht nur der Pflege, sondern auch der Maskierung von Narben oder Verfärbungen. Es existieren Zeugnisse, dass das Gesicht von Toten für das Jenseits in idealisierter Form erhalten werden sollte. Narben und Deformationen wurden in Grabbeigaben oder Mumifizierungsritualen ausgeglichen, manchmal durch Stützstrukturen oder durch modellierende Materialien.



Im alten Ägypten waren Heilung, Ästhetik und Schönheit eng miteinander verbunden

Somit wurden die Techniken der Swnw (Heiler) ein Vorbild für spätere Kulturen.

In Rom schrieb der Gelehrte Aulus Cornelius Celsus im 1. Jahrhundert n. Chr. in seinem Werk „De Artibus“ (Über die Künste) über Methoden zur Behandlung von Wunden und Missbildungen. Einzig der Teil „De Medicina“ ist bis heute erhalten. Darin finden sich acht einzelne Bände über Pharmakologie, Diätetik und Chirurgie (Band 7). Seine Beschreibungen enthalten Anleitungen zur Schließung von Lippen und zur Korrektur abstehender Ohren. Zwar diente dies in erster Linie medizinischen Zwecken, zum Beispiel bei Verstümmelungen, doch legte es den Grundstein für spätere ästhetische Überlegungen.

Im Mittelalter verloren viele medizinische Kenntnisse an Bedeutung. Religiöse

Vorstellungen prägten den Umgang mit Krankheiten und körperlichen Veränderungen. In kleinen, oft geheimen Zirkeln von Badern und Wundärzten überlebten einzelne Techniken, die mündlich weitergegeben wurden. Solche Eingriffe galten als riskant und waren gesellschaftlich wenig akzeptiert, fanden jedoch vereinzelt statt, wenn es um die Korrektur sichtbarer Verletzungen oder Entstellungen ging. In der italienischen Renaissance griffen Ärzte und Chirurgen alte indische und römische Methoden wieder auf. Besonders die Nasenrekonstruktion erlebte eine neue Blüte. Der sizilianische Chirurg Branca beschrieb im 15. Jahrhundert die Transplantation von Haut vom Arm zur Nase. Sein Sohn Antonio entwickelte diese Technik weiter. Im 16. Jahrhundert trat Gasparo Tagliacozzi in Bologna hervor. Er veröffentlichte 1597 ein Werk, das die plastische Chirurgie erstmals systematisch darlegte. Unter dem Titel „De Curtorum Chirurgia per Insitionem Libri Duo“ beschrieb er Verfahren zur Wiederherstellung von Nasen, Lippen und Ohren. Tagliacozzis Methoden galten als sensationell und stießen zugleich auf Widerstand. Viele Zeitgenossen betrachteten solche Operationen als Eingriff in göttliche Ordnung. Er musste erleben, dass seine Arbeit nicht nur kritisiert, sondern sogar verdammt wurde. Nach seinem Tod ging sein Wissen für lange Zeit wieder verloren.

Erst im 19. Jahrhundert griffen Chirurgen die Ideen erneut auf. Karl Ferdinand



Zwei prägende Figuren der Fachgeschichte: links der Chirurgie-Pionier Aulus Cornelius Celsus sowie rechts der Chirurg und Onkologe Vincenz Czerny

Graefe, Chirurg und Augenarzt, gilt als einer der Begründer der modernen plastischen Chirurgie. Er gründete den Lehrstuhl für Chirurgie an der Universität Berlin. Während seiner Arbeit führte Graefe zahlreiche Nasen-Rekonstruktionen durch und veröffentlichte 1818 sein Werk „Rhinoplastik“. Darin legte er Methoden vor, die sowohl aus der indischen Tradition als auch aus der italienischen Schule

stammten. Sein Schüler Johann Friedrich Dieffenbach ging noch weiter. Er verfasste grundlegende Schriften zur plastischen Chirurgie und behandelte nicht nur die Nase, sondern auch Lippen, Gaumen und andere Gesichtsregionen. Dieffenbach war es auch, der den Begriff plastische Chirurgie im deutschen Sprachraum etablierte. Seine Arbeit begründete die Disziplin als eigenständiges Fach. Mit dem Fortschreiten des 19. Jahrhunderts wuchs die chirurgische Erfahrung. Erste Brustoperationen fanden statt. So nahm der Chirurg Vincenz Czerny 1895 eine Brustvergrößerung vor, indem er einer Patientin Fettgewebe transplantierte, das nach einer Tumorentfernung übrig war. Diese Operation markiert den Beginn ästhetischer Brustchirurgie. Auch erste Facelifts wurden um die Jahrhundertwende dokumentiert. Ein Eingriff in Deutschland um 1906 gilt als eine der frühesten bekannten Gesichtstraffungen.

Die beiden Weltkriege brachten eine neue Dimension in die plastische Chirurgie. Mit Tausenden Soldaten, die schwere Gesichtsverletzungen erlitten, entstand ein gewaltiger Bedarf an rekonstruktiven Maßnahmen. Besonders der Erste Weltkrieg mit seinen Grabenkämpfen und Explosionen führte zu schrecklichen Verstümmelungen. Ärzte wie Harold Gillies in Großbritannien oder Erich Lexer in Deutschland entwickelten zu dieser



Im Mittelalter verloren viele medizinische Kenntnisse an Bedeutung

Zeit Techniken, die bis heute prägend sind. Gillies legte ganze Abteilungen zur Versorgung von Kriegsversehrten an. Er arbeitete mit Hauttransplantationen und Lappenplastiken. Lexer trug ebenfalls entscheidend zur Ausbildung des Faches bei. Aus der Not der Kriege wuchs ein Wissen, das später auch in der zivilen ästhetischen Chirurgie Anwendung fand.

Die Zwischenkriegszeit war geprägt durch die Arbeiten von Jacques Joseph, einem Berliner Chirurgen, der als Vater der modernen ästhetischen Chirurgie gilt. Joseph spezialisierte sich auf Nasenkorrekturen und schuf Methoden, die nicht nur funktionell, sondern auch kosmetisch überzeugten. Er operierte Patienten mit Fehlstellungen, aber auch solche, die aus rein ästhetischen Gründen eine Veränderung wünschten. Joseph entwickelte Instrumente und Techniken, die Narben möglichst unsichtbar hielten. Viele seiner Ansätze werden in abgewandelter Form bis heute genutzt.

Im 20. Jahrhundert nahm die Schönheitschirurgie einen immer größeren Platz in der Gesellschaft ein. Nach dem Zweiten Weltkrieg veränderte der technische Fortschritt die Disziplin tiefgreifend. Mikrochirurgische Verfahren erlaubten es, feinste Blutgefäße und Nerven zu verbinden. Neue Materialien wie Silikon machten dauerhafte Implantate möglich. In den 60er-Jahren wurden die ersten Silikonimplantate zur Brustvergrößerung entwickelt. Zunehmend standen nicht mehr nur rekonstruktive Eingriffe

Das Schönheitsideal unterliegt einem stetigen Wandel und passt sich der Zeit an

im Mittelpunkt, sondern auch Operationen aus rein ästhetischem Antrieb. Die Medienkultur der Nachkriegszeit verstärkte den Wunsch nach Schönheit. Berühmte Persönlichkeiten sprachen offen über Operationen. Das Schönheitsideal verschob sich ständig und beeinflusste die Nachfrage nach bestimmten Eingriffen. Lidstraffungen, Nasenkorrekturen, Brustvergrößerungen und Fettabsaugungen stiegen in den Rang der meistgefragten Operationen. Auch Männer traten häufiger in die Praxen ein. Kinnkorrekturen, Augenlidoperationen oder Fettabsaugungen fanden wachsenden Zuspruch.

Ab den 80er-Jahren gewann die minimalinvasive Chirurgie an Bedeutung. Laser, endoskopische Verfahren und verbesserte Narkosetechniken machten Operationen schonender und sicherer. Die Ausweitung ambulanter Behandlungen

führte dazu, dass Patientinnen und Patienten kürzere Ausfallzeiten hatten. Neben chirurgischen Verfahren traten nichtoperative Methoden in den Vordergrund. Faltenbehandlungen mit Botulinumtoxin oder Hyaluronsäure wurden populär. Solche Eingriffe ermöglichten ästhetische Veränderungen ohne Skalpell.

Mit Beginn des 21. Jahrhunderts erreichte die Schönheitschirurgie eine weltweite Dimension. Die Globalisierung der Schönheitsideale trug dazu bei, dass ähnliche Eingriffe sich in vielen Kulturen steigender Nachfrage erfreuten. Je nach Kulturkreis waren es dabei ganz unterschiedliche Schwerpunkte. In Asien stieg das Interesse an Lidkorrekturen und Kieferoperationen. In Südamerika dominierte die Körperformung mit Implantaten und Fettabsaugungen. In Europa und Nordamerika blieben Brustoperationen, Gesichtstraffungen und Fettabsaugungen führend. Parallel dazu entwickelte sich eine kritische Debatte über Risiken, übertriebene Erwartungen und gesellschaftlichen Druck durch bestimmte Schönheitsnormen. Heute gilt die Schönheitschirurgie als ein Fach mit höchster Spezialisierung. Chirurgen durchlaufen lange Ausbildungswege. Die Ausbildungsstandards sind hoch, auch die Sicherheitsstandards wachsen. Methoden zur digitalen Simulation erlauben eine Vorschau auf mögliche Ergebnisse. Fortschritte in der regenerativen Medizin eröffnen neue Perspektiven. Stammzellen oder biokompatible Materialien könnten in Zukunft das Spektrum der Eingriffe erweitern. Damit erzählt die Geschichte der Schönheitschirurgie von der engen Verbindung zwischen medizinischer Notwendigkeit und ästhetischem Wunsch nach Veränderung, Perfektion und Ansehen in der Gesellschaft. Sie zeigt, wie sich Leid und Eitelkeit berühren und wie technische Erfindungskraft stets neue Wege eröffnet. Von den frühen Rekonstruktionen im alten Indien über die Geheimnisse der Renaissance und die Tragödien der Weltkriege bis hin zur heutigen Hightech-Medizin spiegelt diese Geschichte den beständigen Drang nach Heilung und Schönheit wider. Im Vordergrund steht dabei nicht nur, das Machbare in möglichst ästhetischer Art und Weise umzusetzen, sondern dies zum Wohle des Patienten in schonender und heilender Arbeitsweise zu tun. Ein Ende der operativen Verschönerung des Körpers ist nicht absehbar. Immer neue Innovationen lassen das Rad der Zeit nicht stillstehen. ●



Die Oberarmstraffung, die Brachioplastik, gehört inzwischen zu den klassischen Schönheitsoperationen



SCHÖN?

Nicht um jeden Preis!

Ein plastisch-chirurgischer Eingriff kann viele Gründe haben. Was für den einen ein „unnötiges Risiko“ darstellt, ist für den anderen vielleicht der Weg zu mehr Selbstvertrauen und einem glücklicheren Leben. Doch auf was sollte man **im Vorfeld einer OP** achten?

Weniger Speck an der Hüfte? Einen pralleren Po? Straffere Brüste? Medizinisch notwendig sind plastisch-chirurgische Eingriffe nicht immer, klar. Dennoch unterziehen sich jährlich über 30 Millionen Menschen weltweit einem solchen Eingriff. Die Beweggründe sind vielfältig – von lang versteckten Unsicherheiten über den Wunsch nach einem harmonischeren Körperbild bis hin zu gesellschaftlichem Druck oder medial geprägten Schönheitsidealen. Doch bevor aus dem Gedanken an Veränderung ein Termin im OP wird, lohnt sich ein genau-

er Blick. Wer sich unters Messer legt, sollte wissen, worauf es ankommt – von der richtigen Motivation über die Arztwahl bis hin zur Nachsorge.

1. DIE EIGENE MOTIVATION EHRlich REFLEKTIEREN

Am Anfang steht die Frage: Warum will ich diesen Eingriff wirklich? Geht es um den Wunsch nach mehr Selbstvertrauen, das Korrigieren eines langjährigen Komplexes – oder darum, äußeren Erwartungen zu entsprechen? Eine Schönheitsoperation kann das Wohlbefinden steigern, sollte aber nie ein Versuch sein, tiefere persön-

liche oder psychische Probleme zu lösen. Hier kann es hilfreich sein, mit vertrauten Personen oder sogar einem Psychologen zu sprechen, bevor eine Entscheidung fällt.

2. UMFASSENDE INFORMATION ÜBER DEN EINGRIFF

Niemand geht unvorbereitet in eine Prüfung. Das Gleiche sollte auch bei einem Termin beim Chirurgen gelten. Informieren Sie sich vorab: Welche Methoden gibt es? Welche passt wirklich zu mir und meinem Leben? Wie läuft der Eingriff ab? Welche Risiken bestehen, und wie häufig treten Komplikationen auf? Welche Ergebnisse sind realistisch? Jeder Mensch, jeder Körper und jeder Lifestyle sind verschieden. Was bei einer Person passt, muss bei der nächsten nicht passen. Achten Sie auf seriöse Quellen. Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC) bieten hier beispielsweise neutrale Informationen und Aufklärungsmaterialien.

3. DEN RICHTIGEN ARZT FINDEN

Der wohl entscheidendste Schritt ist die Wahl des Operateurs. Achten Sie auf entsprechende Erfahrung, Seriosität und Spezialisierung. Ganz entscheidend hierbei: Der Begriff „Schönheitschirurg“ ist

nicht geschützt! Nur der Titel „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ garantiert eine anerkannte, mehrjährige Ausbildung. Doch auch bei diesen ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten sollte genau geschaut werden: In welchen Fachgesellschaften sind sie Mitglied? Welche Schwerpunkte hat der Chirurg? Wie oft hat er den von mir gewünschten Eingriff bereits durchgeführt? Im Zweifel: Fragen Sie direkt in der Praxis nach!

4. DIE BERATUNG ALS PRÜFSTEIN NUTZEN

Ein seriöses Beratungsgespräch ist keine Verkaufsveranstaltung. Gute Ärztinnen und Ärzte nehmen sich Zeit, erklären verständlich, gehen auf Risiken ein und raten im Zweifel auch ab. Schreiben Sie sich im Vorfeld Fragen, Wünsche und Unsicherheiten auf. Sowohl Ihr Chirurg als auch Sie sollten am Ende eine realistische Einschätzung des Ergebnisses vornehmen können, ohne mit großen Fragezeichen in den OP gehen zu müssen. Lassen Sie sich in dem Gespräch auf keinen Fall in irgendeine Richtung drängen. Sollten Sie sich unter Druck gesetzt fühlen, suchen Sie lieber einen zweiten Arzt auf. Häufig besuchen Patientinnen und Patienten mehrere Beratungen bei Fachchirurgen, bevor sie einen Eingriff vornehmen. Überstürzen Sie nichts, erlauben Sie sich selbst eine ausreichend lange Bedenkzeit, bevor Sie einen festen OP-Termin buchen.

5. DAS NACHSORGEKONZEPT PRÜFEN

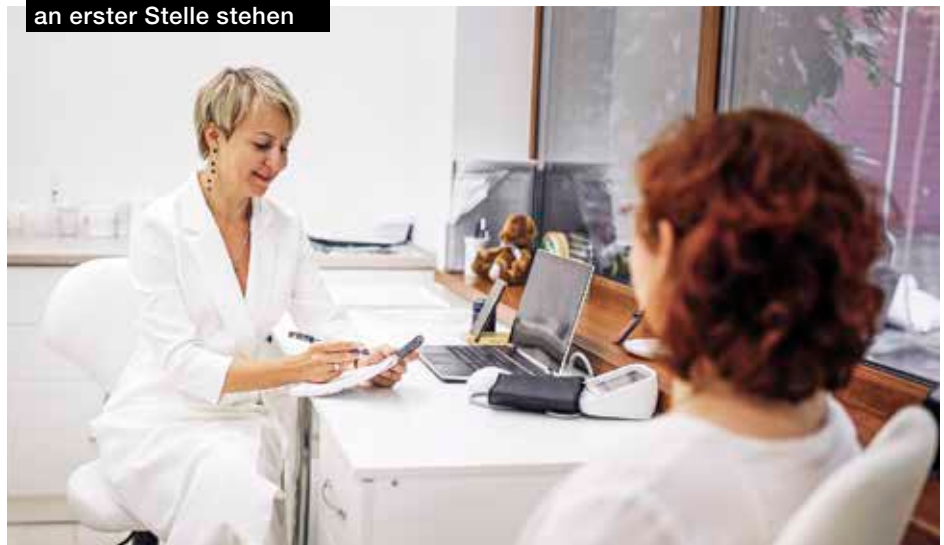
Ein seriöses Angebot umfasst nicht nur die Operation selbst, sondern auch Nachsorge und Kontrolle. Erkundigen Sie sich also spätestens im Beratungsgespräch über den Nachsorgeplan (Kontrolltermine, Heilungsverlauf, Verbandwechsel et cetera) sowie die Erreichbarkeit des Arztes nach dem Eingriff. Die Heilungsphase ist entscheidend für das endgültige Ergebnis – sie sollte nicht dem Zufall überlassen werden. Hinzu kommen mögliche Komplikationen nach dem Eingriff, bei denen Sie auf keinen Fall auf sich allein gestellt sein sollten. Bis zum endgültigen Ergebnis können je nach Eingriff Monate vergehen – in dieser Zeit sollte Ihr Operateur auch für Sie erreichbar bleiben.

6. DEN FINANZIELLEN RAHMEN ABCHECKEN

Klären Sie vorab alle Kosten transparent und schriftlich. Ein seriöser Arzt erstellt einen detaillierten Kostenvoranschlag.



Vor einem ästhetischen Eingriff sollten Beratung, Aufklärung und realistische Erwartungen an erster Stelle stehen



Prüfen Sie, was im Preis enthalten ist (Anästhesie, Nachsorge, eventuelle Korrekturen). Informieren Sie sich, ob Ihre Krankenversicherung im Fall von Komplikationen einspringt – denn das ist nicht immer selbstverständlich. In diesem Fall können weitere Zusatzkosten auf Sie zukommen. Entsprechende Versicherungen können Ihnen hier Sicherheit geben, doch auch hier sollten Sie hinreichend recherchieren, welcher Anbieter das für Sie beste Angebot hat. Vorsicht bei Dumpingpreisen oder Auslandsofferten: Qualität, Sicherheit und rechtlicher Schutz stehen hier oft auf dem Spiel.

7. ZEIT UND VORBEREITUNG REALISTISCH EINPLANEN

Vor der Operation sollte genug Zeit bleiben, um sich körperlich und mental auf den Eingriff vorzubereiten. Doch auch danach sollten Sie ausreichend Erholungszeit

einplanen. Sorgen Sie für Unterstützung in den Tagen danach (im Haushalt oder bei Fahrten). Je nach Eingriff dürfen Sie möglicherweise nicht schwer heben, sich nicht bücken oder die Arme nicht über den Kopf heben. Halten Sie sich unbedingt an die Anweisungen Ihres Operateurs, um das gewünschte Ergebnis und Ihre eigene Gesundheit nicht zu gefährden.

FAZIT: GUTE ENTSCHEIDUNGEN BRAUCHEN ZEIT

Eine Schönheitsoperation kann sinnvoll und bereichernd sein – wenn sie auf einer fundierten, reflektierten Entscheidung beruht. Wer sich die Zeit nimmt, die eigene Motivation zu prüfen, den richtigen Arzt sorgfältig auszuwählen und auf Sicherheit sowie Nachsorge zu achten, schafft die besten Voraussetzungen für ein gutes Ergebnis – körperlich wie seelisch. ●

Svenja Welsch

Finanzierung weiterhin ungewiss

Es ist die politisch größte Herausforderung für die Arbeitskoalition unter Kanzler Merz: die **Reform der Pflegeversicherung**. Die Beiträge sollen stabil bleiben, bei den Leistungen könnte gekürzt werden, um Geld zu sparen.

Die gute Nachricht vorweg: Der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und zur sozialen Pflegeversicherung (SPV) soll im nächsten Jahr nicht erhöht werden. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) setzte damit Ende Oktober in Berlin ein klares Zeichen für Beitragsstabilität – im Sinne der Versicherten, vor allem aber mit Blick auf die Arbeitgeber, die die Hälfte der Beiträge mitfinanzieren müssen. Warken folgt damit der Vorgabe des Kanzlers, wonach sich die Lohnkosten durch eine weitere Anhebung der Pflichtbeiträge für GKV und SPV nicht zusätzlich verteuern dürfen. Doch wie so oft im politischen Alltag könnte dies für die Versicherten nur die halbe Wahrheit sein, denn es gibt ja noch die Zusatzbeiträge.

Diese sollen laut Warken bei derzeit durchschnittlich 2,9 Prozent ebenfalls stabil bleiben. Einen wirklichen Einfluss

darauf hat sie allerdings nicht, denn die Zusatzbeiträge können von den 94 gesetzlichen Krankenkassen individuell angepasst werden. Hier gilt also für die CDU-Ministerin das Prinzip Hoffnung – die Hoffnung, dass die Kassen im kommenden Jahr ihre Zusatzbeiträge tatsächlich nicht erhöhen.

Angesichts der erheblichen Defizite bei Kranken- und Pflegekassen von rund sieben Milliarden Euro allein in diesem Jahr erscheint das jedoch wenig realistisch. Irgendwo muss das Geld herkommen, und die naheliegendste Lösung, weil am einfachsten umzusetzen, wäre eine erneute Erhöhung der Zusatzbeiträge. Doch selbst das wird kaum reichen, um die Defizite im kommenden Jahr spürbar auszugleichen. In der Pflegeversicherung klafft derzeit eine Finanzlücke von 1,7 Milliarden Euro, die geschlossen werden muss.

Eine mögliche Lösung ist die Reform der Pflegegrade. Nicht nur erfahrene

Versicherte wissen sofort, worum es geht: Auf politischer Ebene wird derzeit intensiv nach Leistungen gesucht, die sich zusammenfassen oder kürzen lassen, ohne dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen dies sofort merken. Die Idee, den Pflegegrad 1 komplett zu streichen, ist allerdings vom Tisch – der Protest von Patienten- und Pflegeverbänden war zu groß. Nun sollen grundsätzlich alle fünf Pflegegrade erhalten bleiben, das bestehende System steht jedoch umfassend auf dem Prüfstand. Eine Expertenkommission von Bund und Ländern soll sämtliche Leistungen innerhalb der Pflegegrade prüfen und nach Möglichkeit bündeln und vereinfachen.

Gesundheitsministerin Nina Warken hat der Kommission einen klaren Auftrag mitgegeben: „Eine umfassende Reform ist überfällig.“ Geht es nach ihr, sollen Bund und Ländern innerhalb weniger Monate eine Kraftanstrengung gelingen, an der seit Jahren gearbeitet wird – bisher ohne nennenswerte Ergebnisse. Es geht dabei ausdrücklich nicht um Leistungsverbesserungen für die Pflegebedürftigen, sondern um eine Effizienzprüfung der bestehenden Leistungen, um diese gegebenenfalls anzupassen.

Ein erster Ansatz ist die Vereinfachung der Strukturen im Leistungsrecht. Bund und Länder wollen die Regelungen fokussieren und klären, in welchem Umfang sie die Pflege künftig finanziell unterstützen. Dabei geht es auch darum, wie das 1,7 Milliarden Euro große Defizit der Pflegeversicherung im kommenden Jahr gedeckt werden kann – und etwa darum, wie der Neubau von Pflegeheimen gefördert werden soll. Unter dem Strich geht es also weniger ums Sparen, sondern um eine Neuordnung der Zahlungsströme zwischen Bund und Ländern. Das erinnert an das Prinzip „rechte Tasche, linke Tasche“, wie es die Präsidentin des Deutschen Pflegerechts, Christine Vogler, gegenüber FORUM mehrfach kritisiert hat.

Tatsächliches Sparpotenzial hätte nur die Abschaffung des Pflegegrads 1 geboten, da Leistungen dann schlicht ersatzlos weggefallen wären. Doch kein Politiker wagt diesen Schritt. Der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) betont: „2017 hatten wir bei der letzten großen Pflegereform die Pflegegrade eingeführt. Das war damals richtig. Doch inzwischen haben wir ein hochkomplexes Leistungsrecht, in dem sich Pflegebedürftige und Angehörige häufig nicht mehr zurechtfinden.“ Die-



Lars Klingbeil, SPD-Vorsitzender und Nina Warken, CDU-Gesundheitsministerin, suchen nach einem gemeinsamen Konsens zur Finanzierung



Die steigende Belastung im Pflegealltag macht deutlich, wie dringend notwendig Reformen sind

ses System soll laut Laumann zumindest vereinfacht werden, die Reform müsse jedoch tiefer greifen.

„Zudem haben wir in der Pflegeversicherung noch keine guten Lösungen für pflegerische Akutfälle. Wenn zum Beispiel kurzfristig die Pflegeperson ausfällt und rasch Ersatz gefunden werden muss“, so Laumann weiter. Eine Verbesserung könne nur bedeuten, dass Pflegebedürftige bei Ausfall ihrer Pflegeperson länger in der Kurzzeitpflege bleiben oder die Verhinderungspflege verlängert wird. Der Effekt wäre allerdings, dass dies mehr statt weniger Geld kosten würde – und gerade darum geht es bei der Reform im Kern.

Bundesgesundheitsministerin Warken zeigt Verständnis für die Argumente ihres Parteifreundes, mahnt jedoch: „Wir müssen das System der sozialen Pflegeversicherung nachhaltig aufstellen.“ Stetige Beitragssteigerungen und Mehrbelastungen könnten keine Lösung sein, so Warken weiter. „Die Einnahmen im System müssen ausreichen, um das Leistungsversprechen zu finanzieren.“ Willkommen bei der Quadratur des Kreises. Dabei zeigt sich seit zehn Jahren ein kla-

rer Trend in der Pflege: mehr ambulante statt stationäre Versorgung, was Kosten spart. Für Hamburgs Sozialsenatorin Melanie Schlotzhauer (SPD) ist die Stärkung der häuslichen Pflege das wirksamste Mittel, um die Pflegekosten langfristig zumindest stabil zu halten.

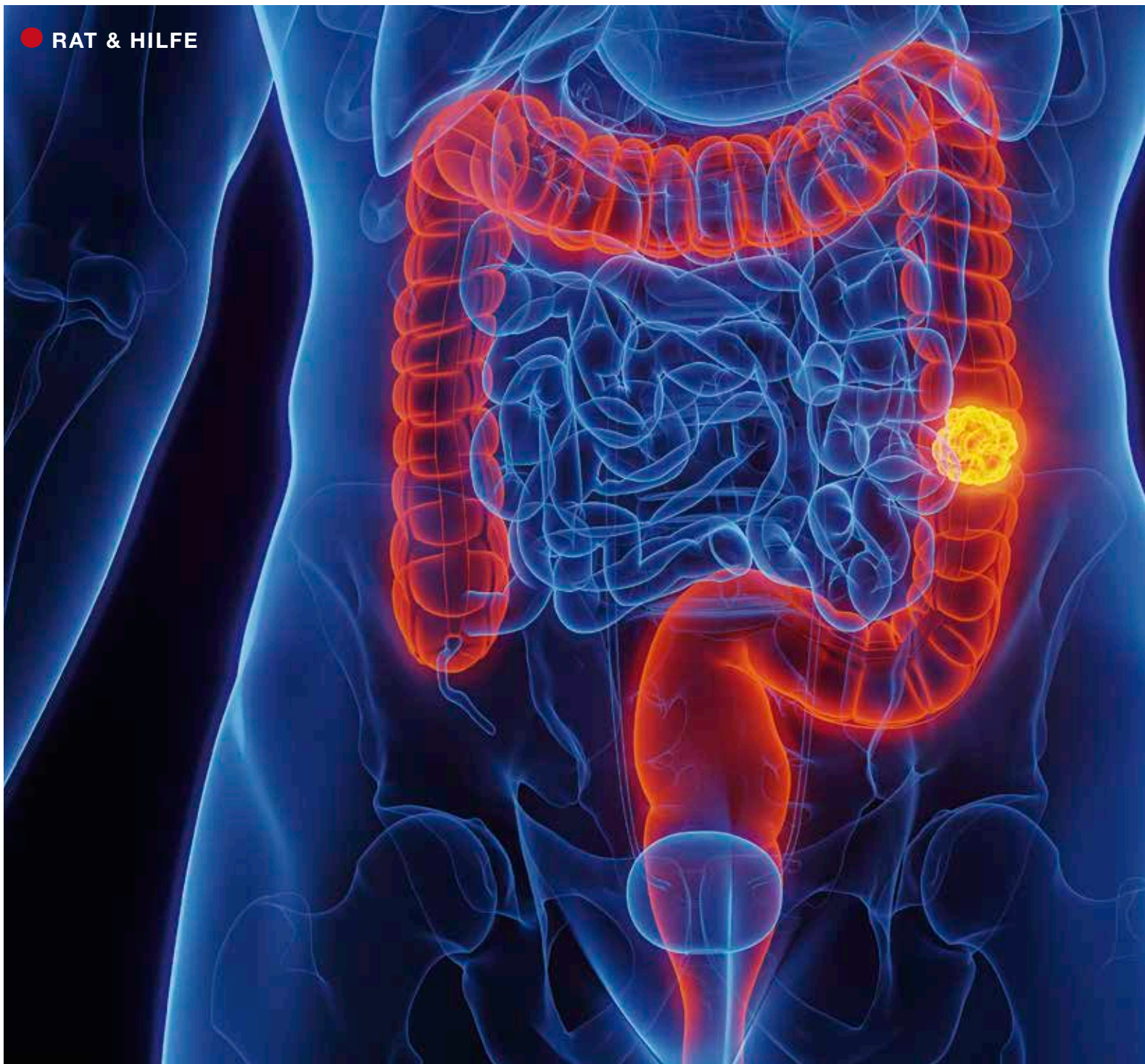
Doch selbst diese Stabilität wird kaum ausreichen, um die anstehende Kostenzunahme abzufangen, die der Bundesrechnungshof bis 2029 auf mindestens zwölf Milliarden Euro beziffert. Hintergrund

Bis 2030 droht in der Pflege ein Finanzierungsloch von mehr als zwei Milliarden Euro jährlich

ist die demografische Entwicklung, die nicht nur die Krankenversicherungen, sondern nun auch die Pflegeversicherung stark belastet. Die Zahl der Einzahler wird nicht steigen, die Zahl der Pflegebedürftigen dagegen ganz sicher. In der Bundesregierung zeichnet sich derzeit nicht ab, dass sich Gesundheitsministerin Warken mit einem Sparpaket durchsetzen kann – in welcher Form auch immer.

Die stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion Dagmar Schmidt und der SPD-Gesundheitsexperte Christos Pantazis erklärten in einer gemeinsamen Stellungnahme: „Mit uns wird es kein Spargesetz auf dem Rücken der Schwächsten geben.“ In der SPD-Bundestagsfraktion hofft man offenbar auf ein Sondervermögen zur finanziellen Stabilisierung der Kranken- und Pflegeversicherung. Doch das dürfte schon aus haushaltsrechtlichen Gründen schwierig werden. Eine Finanzierung der ungedeckten Pflegekosten über Steuerzuschüsse aus dem Bundeshaushalt dürfte am Widerstand von SPD-Bundesfinanzminister Lars Klingbeil scheitern. ●

Sven Bargel



DARMKREBS VERSTEHEN – und wie er sich verhindern lässt

Darmkrebs zählt zu den häufigsten, aber auch am besten vermeidbaren Krebsarten. Dank moderner Vorsorge, gesunder Lebensweise und **neuer Therapieansätze** lassen sich heute viele Fälle verhindern oder früh behandeln.

Von Dr. Dirk Förger



Alkoholkonsum, Veränderungen der Darmflora und Umweltfaktoren als Ursache für diesen Anstieg. Die tatsächlichen Ursachen müssen jedoch noch weiter erforscht werden.

Klar ist: Eine Vorsorgeuntersuchung ist nach wie vor eine wichtige Maßnahme, um die Sterberate bei Darmkrebs zu senken. Aus diesem Grund wurde von der Felix-Burda-Stiftung, der Deutschen Krebshilfe und weiteren Organisationen bereits 2002 der alljährliche „Darmkrebsmonat“ ins Leben gerufen. Ziel der Kampagne im März war und ist, den Darmkrebs aus der „Schmuddelecke“ zu holen. Die Bevölkerung sollte über Prävention, Früherkennung und Behandlung aufgeklärt werden, um dadurch Todesfälle zu verhindern. Der bisherige Erfolg gibt den Initiatoren Recht: Laut der Felix-Burda-Stiftung seien 2023 in Deutschland „rund 611.000 Vorsorge-Darmspiegelungen vorgenommen worden – so viele wie noch nie in einem Jahr“. 1,5 Millionen Menschen hätten zu Hause einen Stuhltest durchgeführt. „Seit Einführung der gesetzlichen Vorsorge-Darmspiegelung im Jahr 2002 konnten dadurch bis heute rund 350.000 Neuerkrankungen und 175.000 Todesfälle verhindert werden“, so die Stiftung.

Das sogenannte Screening ist also ein zentraler Hebel, um Darmkrebs frühzeitig zu erkennen. Screening (vom Englischen „to screen“, also durchsieben, prüfen) bedeutet: Es wird aktiv nach frühen Zeichen von Krebs gesucht, bevor Beschwerden auftreten. Früherkennung ist gerade bei dieser Krebsform so wichtig, weil sich die Erkrankung häufig über mehrere Jahre entwickelt: Zuerst bilden sich Vorstufen, die sogenannten Darmpolypen, aus denen sich nach einiger Zeit bösartige Tumoren bilden können. Wenn die Vorstufen jedoch früh erkannt und entfernt werden oder der Tumor zeitig entdeckt wird, sind die Heilungschancen recht gut.

Die wichtigsten Screening-Methoden sind:

- Mit dem **Stuhltest** kann nicht sichtbares Blut in den Ausscheidungen des Darms mithilfe von spezifischen Antikörpern nachgewiesen werden – ein mögliches Anzeichen von verdächtigen Polypen oder Darmkrebs.
- Die **Darmspiegelung (Koloskopie)** ist die genaueste Methode zur Untersuchung, bei der Ärztinnen und Ärzte zusätzlich verdächtige Krebsvorstufen direkt entfernen können.

Über 50.000 Neuerkrankungen und 175.000 Todesfälle konnten verhindert werden

In Deutschland beginnt die reguläre Darmkrebsvorsorge für alle gesetzlich Versicherten ab dem 50. Lebensjahr. Personen ab diesem Alter haben Anspruch auf eine Darmspiegelung oder einen Stuhltest, um ein kolorektales Karzinom und seine Vorstufen frühzeitig zu erkennen. Allerdings sollten Ärztinnen und Ärzte bestimmte Verdachtszeichen (zum Beispiel länger andauernde Bauchschmerzen, anhaltende Verstopfung oder Durchfall, unerklärlicher Gewichtsverlust) auch bei Jüngeren ernst nehmen und bei Bedarf abklären. Manche Menschen haben individuelle Risikofaktoren, die ihr Darmkrebsrisiko erhöhen – etwa eine chronisch entzündliche Darmerkrankung, eine familiäre Belastung oder bestimmte genetische Syndrome. Wer ein erhöhtes Risiko hat, sollte mit dem behandelnden Arzt sprechen, ab welchem Alter und unter welchen Abständen frühere Kontrollen sinnvoll sind.

Wie bei vielen Krankheiten ist die Prävention von entscheidender Bedeutung: Überzeugende Belege sprechen für Lebensstil-Änderungen, um Darmkrebs zu verhindern. Die Forschungen der vergangenen fünf Jahre bestätigen und konkretisieren einfache Maßnahmen, um das Darmkrebsrisiko zu senken:

- Rauchstopp
- Weniger Alkohol
- Mehr Bewegung beziehungsweise regelmäßige körperliche Aktivitäten
- Gesunde Ernährung, das heißt weniger verarbeitetes und rotes Fleisch – dafür mehr Obst, Gemüse, Ballaststoffe und Vollkornprodukte.
- Übergewicht und Adipositas reduzieren
- Diabetes und andere Stoffwechsellstörungen behandeln

Laut dem Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) verursachte Darmkrebs in Deutschland 2022 circa 55.000 Neuerkrankungen und rund 23.000 Todesfälle. Damit ist das kolorektale Karzinom, so die medizinische Bezeichnung, die vierthäufigste Erkrankung und die zweithäufigste Todesursache unter allen Krebsarten. Eine auffällige Beobachtung der vergangenen Jahre ist die Zunahme von Darmkrebs bei Menschen unter 50 Jahren. Forscher vermuten einen Mix aus falscher Ernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht,



**Anhaltende
Bauchschmerzen
können ein Hinweis
auf Veränderung
im Darm sein**

Die Behandlung von Krebserkrankungen wird zunehmend auf die individuelle Situation eines Patienten abgestimmt. Dies geschieht, indem die Ärzte durch bildgebende Untersuchungen die Ausbreitung der Erkrankung festlegen und im Labor die Besonderheiten des jeweiligen Tumors untersuchen. Hierbei spielt die molekulare Diagnostik vor allem bei Patienten mit metastasiertem Darmkrebs eine wichtige Rolle. Denn jeder Tumor kann anhand seiner genetischen Ausstattung, also seines Bauplans, charakterisiert werden. Durch moderne Analysen können gezielt Schwachstellen des Tumors erkannt werden. Diese Erkenntnisse helfen dann dabei, Medikamente und Therapien auszuwählen, die möglichst spezifisch den individuellen Tumor bekämpfen. Für Patienten mit fortgeschrittenem Tumor kann so noch Lebenszeit gewonnen werden.

Derzeit gibt es eine ganze Reihe von Verfahren, die im Labor und in klinischen

Studien getestet werden. Diese sind allerdings noch nicht in die Regelversorgung gegen Darmkrebs aufgenommen worden, weil die Methoden in ihrer Wirkung nicht genügend wissenschaftlich belegt sind. Außerdem können Verfahren, die bei anderen Erkrankungen wirken, nicht einfach eins zu eins auf den Darmkrebs übertragen werden. Sie müssen also weiter evaluiert werden. Denn oft genug erwecken Behandlungsmethoden oder Medikamente große Hoffnung, weil sie in ersten Studien oder bei anderen Erkrankungen große Erfolge erzielen. Am Ende müssen sie aber gestoppt werden, weil beispielsweise die Nebenwirkungen zu heftig sind.

Möglicherweise kann das eigene Immunsystem gezielter als Waffe gegen Darmkrebs eingesetzt werden. Dies klappt zurzeit beispielsweise für eine kleine Gruppe von Patienten, deren Krebs bereits metastasiert ist und eine bestimmte Eigenschaft hat – die sogenannte Mikrosatelliten-Instabilität. Bei diesen Patienten werden vor allem sogenannte Checkpoint-Inhibitoren eingesetzt, die „Bremsen“ im Immunsystem lösen und dadurch Abwehrzellen gegen den Tumor aktivieren. Dabei nutzt die Immuntherapie die Fähigkeit des Immunsystems, veränderte Krebszellen als fremd zu erkennen. Immuntherapien mit anderen Wirkstoffen und Wirkmechanismen werden aktuell in klinischen Studien an Darmkrebspatienten untersucht.

In den vergangenen Jahren hat die Forschung das Mikrobiom (die Gemeinschaft

der Bakterien und anderer Mikroorganismen des Darms) im Fokus: Bei vielen Darmkrebs-Patientinnen und -Patienten bestehen gegenüber gesunden Personen deutliche Abweichungen der bakteriellen Zusammensetzung. Einige Bakterien werden mit höheren Entzündungswerten oder mit krebserregenden Stoffwechselprodukten in Verbindung gebracht. Das weckt Hoffnungen: Vielleicht kann man künftig durch Probiotika, spezielle Ernährung oder andere Methoden das Darmkrebs-Risiko reduzieren. Derzeit werden diese Ansätze in Studien geprüft, sind aber noch keine allgemeine Empfehlung zur Prävention. Einige Forscher analysieren auch, wie das Mikrobiom des Darms den Erfolg einer Immuntherapie beeinflusst. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Mikrobiom ein wichtiger Faktor für die Wirksamkeit immunbasierter Behandlungsansätze sein kann.

Im Rahmen von klinischen Studien wird eine weitere Methode erprobt, die eine Krebsbehandlung spezifischer machen soll. Dies ist die Testung von Medikamenten an „Mini-Tumoren“, die aus patientenindividuellen Krebszellen in der Kulturschale gezüchtet werden. Wissenschaftler isolieren dazu Zellen aus dem Tumor eines Krebspatienten und bringen sie in eine Nährlösung, in der sie wachsen und sich dreidimensional organisieren. Anschließend können die Wissenschaftler vor der Behandlung testen, ob und wie der Tumor auf unterschiedliche Medikamente reagieren wird. Ob bestimmte Therapi-

Die Koloskopie kann Frühstadien erkennen, aber auch Vorstufen sofort entfernen

Die Darmspiegelung ist die wichtigste Untersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs



FOTOS: GETTY IMAGES / ATHIMA TONGLOOM — GETTY IMAGES / POYWANG (2)

en wirken oder nicht. Auch Resistenzen, also wenn ein Medikament bei einem Krebskranken nicht wirkt, lassen sich so möglicherweise vorhersagen. Bis diese aufwendige Methode in der Regelversorgung eingesetzt werden kann, muss sie sich jedoch erst noch in Studien bewähren.

Ein Verfahren, das derzeit ebenfalls nicht zur Regelversorgung bei Darmkrebs gehört, aber in klinischen Studien getestet und in einigen Zentren eingesetzt wird, ist die „Liquid Biopsy“ („Flüssig-Biopsie“). Dies ist eine Methode zur Analyse von Körperflüssigkeiten, um daraus Krebserkrankungen zu diagnostizieren und zu überwachen. Im Gegensatz zu herkömmlichen Biopsien, bei denen feste Gewebeprobe entnommen werden, ist dieses Verfahren minimalinvasiv – und damit risikoärmer. Ein wichtiger Begriff in diesem Zusammenhang sind sogenannte Biomarker. Dabei handelt es sich um Moleküle und Substanzen in den Körperflüssigkeiten, die auf biologische Zustände oder Prozesse im Körper von Patienten hinweisen können.

Zu diesen Molekülen zählen auch Proteine und Erbinformationen von Tumorzellen. Daher erhoffen sich Wissenschaftler und Ärzte, dass die Methode helfen kann, Krebserkrankungen zu erkennen oder auszuschließen. Darüber hinaus erhoffen sich die Experten eine erleichterte Auswahl der besten Behandlungsmethode und eine verbesserte Überwachung des Therapieerfolgs. Nicht zuletzt könnte die „Liquid Biopsy“ wesentliche Informatio-

Eine gute ärztliche Beratung hilft, individuelle Risiken und Versorgungsmöglichkeiten zu verstehen



nen über das gesamte Tumor-Geschehen im Körper liefern – auch aus Bereichen, die bei einer Gewebeentnahme schwer zugänglich wären.

Ein Beispiel für Biomarker, die derzeit erforscht werden, sind im Blut zirkulierende Erbgut-Fragmente (ctDNA) von Tumorzellen. Dazu laufen Studien an mehreren Universitätskliniken in Deutschland. Vorreiter-Indikation ist eine bestimmte Art des Lungenkrebses. Ziel des ctDNA-Einsatzes ist das Auffinden von Metastasen. Therapieerfolge können damit überwacht und Rückfälle frühzeitig erkannt werden. Tauchen ctDNA-Fragmente auf, ist dies ein starker Hinweis auf ein erneutes Aufflammen der Krankheit. Durch individuelle Analysen ist auch eine präzisere Therapie möglich. Beispielsweise können Chemotherapien bei ctDNA-negativen Patienten vermieden werden. Aber all dies muss bei Darmkrebs noch näher erforscht werden.

Für Patienten mit weit fortgeschrittenem Darmkrebs, bei denen Standardtherapien nicht mehr wirken, gibt es neue zugelassene Medikamente. So können einige Substanzen die Bildung neuer Blutgefäße im Tumor unterdrücken und sein Wachstum verlangsamen. Forscher prüfen ebenfalls, ob die Anwendung einer Chemotherapie vor oder nach der Operation effektiver ist. Außerdem suchen sie nach neuen Medikamenten-Kombinationen, durch die Mediziner die Wirkung von Strahlentherapien verbessern können. In der Chirurgie geht der Trend bei Pa-

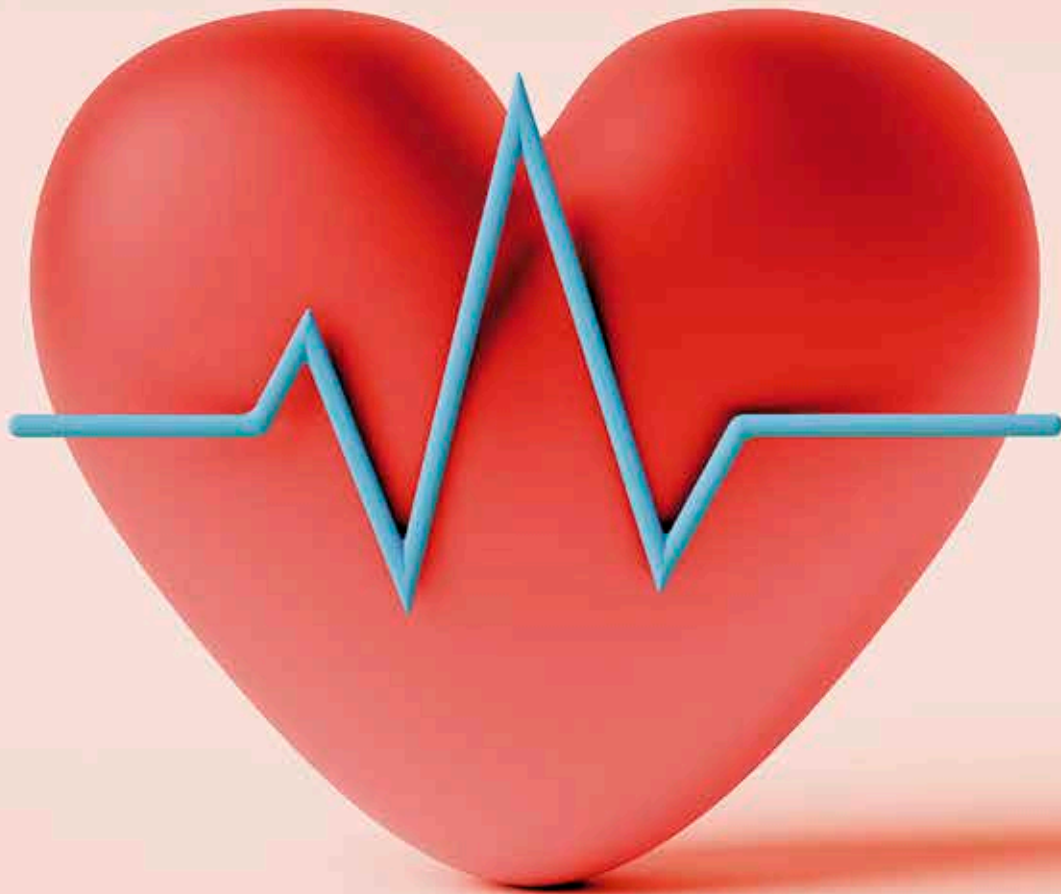
tienten mit lokal begrenzten Tumoren zu mehr Präzision und weniger Belastung. Operationen werden heute daher häufiger minimalinvasiv, also mittels der „Schlüsselloch-Technik“, durchgeführt. Das bedeutet kleinere Schnitte, weniger Schmerzen, eine schnellere Genesung und geringere Narbenbildung.

Prävention und Vorsorgeuntersuchungen wirken! Viele Fälle von Darmkrebs lassen sich verhindern oder früh entdecken. Gleichzeitig fordern neue Trends, etwa die Zunahme von Fällen bei Jüngeren, zusätzliche Aufmerksamkeit und Forschung. Die Therapie wird „klüger“: Durch die personalisierte Medizin, insbesondere durch den Einsatz der Immuntherapie sowie gezielter Wirkstoffe, verbessern sich die Überlebenszeiten von immer mehr Patienten mit fortgeschrittenem Darmkrebs. Wichtige Fortschritte gibt es auch in der Erforschung des Mikrobioms. Doch viele dieser Ansätze sind noch nicht so weit, dass sie in der klinischen Routine eingesetzt werden können.

Noch besser ist, dem Darmkrebs durch eine Kombination aus gesundem Lebensstil, der Teilnahme an empfohlenen Screening-Programmen und einer Nachverfolgung bei auffälligen Befunden vorzubeugen. ●

Anmerkung der Redaktion: Im Artikel werden einige Behandlungsmethoden beschrieben, die zwar im Labor und in Studien getestet, aber noch nicht allgemein bei Darmkrebs eingesetzt werden.





Wenn das Herz neue Wege geht

Die moderne TAVI-Methode ersetzt verengte Herzklappen ohne offene Operation. Unter der Leitung von **Dr. med. Fernando Gatto** gilt das Herzzentrum am SHG Klinikum Völklingen als eines der erfahrensten Zentren im Südwesten.

Herr Gatto, die Kardiologie am SHG Klinikum Völklingen hat sich einen besonderen Namen gemacht und ist zertifiziertes Zentrum für die sogenannte TAVI-Methode. Was versteht man darunter und wo wird sie eingesetzt? TAVI steht für Transkatheter-Aortenklappenimplantation. Dabei handelt es sich um ein minimalinvasives Verfahren, bei dem eine künstliche Herzklappe über einen Katheter – meist über die Leisten-

arterie – bis zum Herzen vorgeschoben und dort implantiert wird. Eingesetzt wird die Methode bei Patientinnen und Patienten mit einer hochgradigen Aortenklappenverengung, der sogenannten Aortenstenose. Besonders ab einem Alter von etwa 70 Jahren zieht man die TAVI-Methode in Erwägung, da sie für ältere Menschen deutlich schonender ist und eine rasche Erholung ermöglicht. Die TAVI-Methode hat die Behandlungsmöglichkeiten revolutioniert.

Beschreiben Sie einmal, wie eine solche Operation im Vergleich zur traditionellen Methode abläuft.

Früher war die einzige Option der chirurgische Aortenklappenersatz am offenen Herzen. Dabei muss der Brustkorb eröffnet und die Herz-Lungen-Maschine eingesetzt werden – ein Eingriff, der mehrere Stunden dauert und eine lange Erholungszeit erfordert.

Bei der TAVI dagegen erfolgt der Eingriff über einen Katheterzugang, meist in der Leiste, ohne Eröffnung des Brustkorbs. Sollte dieser Zugang nicht möglich sein, können wir die Klappe alternativ auch über die Schlüsselbeinarterie oder über die Herzspitze implantieren. Die Prozedur dauert in der Regel nur 30 bis 60 Minuten. Die Patientinnen und Patienten sind sehr schnell wieder mobil und können nach wenigen Tagen entlassen werden.

Welche Patienten kommen für die TAVI-Methode in erster Linie infrage, und gibt es besondere Risiken?

Die TAVI war ursprünglich für ältere, gebrechliche Menschen entwickelt worden, die eine Operation am offenen Herzen nicht mehr hätten verkraften können.

Heute setzen wir die Methode auch bei Patienten mittleren Alters mit zusätzlichen Erkrankungen ein. Wie bei jedem Eingriff bestehen Risiken – zum Beispiel Blutungen oder Herzrhythmusstörungen –, insgesamt ist die TAVI aber sehr sicher und weltweit etabliert.

Wie lange dauert die OP und findet sie unter Vollnarkose statt?

Die meisten TAVI-Eingriffe dauern etwa 30 bis 60 Minuten. In vielen Fällen reicht ein sogenannter Dämmer Schlaf, eine leichte Sedierung. Nur selten ist eine Vollnarkose erforderlich.

Wird die Methode auch bei jüngeren Patienten eingesetzt?

Bei jüngeren Menschen wägen wir besonders sorgfältig ab. Die Haltbarkeit der TAVI-Klappen ist sehr gut und mit chirurgischen Bioprothesen vergleichbar, doch fehlen naturgemäß Langzeiterfahrungen über zehn Jahre und mehr. Daher bleibt bei sehr jungen Patienten die klassische Operation oft die bevorzugte Methode.

Wie viele TAVI-Operationen wurden in den vergangenen Jahren in Völklingen durchgeführt und mit welchen Erfahrungen?

Wir führen pro Jahr knapp 250 TAVI-Prozeduren in unserem Herzzentrum durch. Unsere Ergebnisse entsprechen höchsten internationalen Qualitätsstandards, was sich auch in der Zertifizierung widerspiegelt. Das macht uns zu einem der erfahrensten Zentren im Südwesten.

Warum gibt es weiterhin die Operation am offenen Herzen mit entsprechend langer Anschlussheilbehandlung?

Für bestimmte Patientengruppen bleibt die Operation die beste Lösung – etwa bei sehr jungen Menschen oder wenn gleich-



Von der Vorbereitung bis zur Implantation verläuft der Eingriff meist in weniger als einer Stunde

zeitig andere Herzoperationen durchgeführt werden müssen. TAVI und Chirurgie sind keine Konkurrenz, sondern ergänzen sich sinnvoll. Wichtig ist, dass wir gemeinsam im sogenannten Heart-Team für jeden Patienten die individuell beste Therapie auswählen.

Wie verläuft die Anschlussheilbehandlung nach der TAVI-Methode?

Im Vergleich zur klassischen Operation ist die Rehabilitation deutlich kürzer. Viele Patientinnen und Patienten können nach wenigen Tagen wieder in ihr gewohntes Umfeld zurückkehren. Wir empfehlen jedoch eine kardiologische Reha, um die Belastbarkeit zu verbessern und die Lebensqualität langfristig zu sichern.

Braucht man eine vorgegebene OP-Zahl, um zertifiziertes TAVI-Zentrum zu sein? Gibt es im Südwesten weitere vergleichbare Zentren?

Ja, die Zertifizierung setzt eine Mindestanzahl an Eingriffen sowie die Einhaltung strengster Qualitätsstandards voraus. Im Südwesten gibt es nur wenige Zentren mit vergleichbaren Zahlen und Erfolgsraten. Das SHG Klinikum Völklingen nimmt hier eine besondere Rolle ein.

Eine persönliche Frage: Sie sind seit vergangem Jahr Chefarzt der Kardiologie in Völklingen. Sie sind im Saarland aufgewachsen, Ihre Familie stammt jedoch aus Kalabrien in Italien. Kann man davon ausgehen, dass Ihnen Ihr Werdegang nicht in die Wiege gelegt wurde?



Dr. med. Fernando Gatto, Jahrgang 1977, ist seit Juni 2023 Chefarzt der Medizinischen Klinik I – Kardiologie und Angiologie im Herzzentrum Saar des SHG Klinikums Völklingen. Er stammt aus einer Familie mit Wurzeln in Kalabrien und wuchs im Saarland auf. Nach dem Medizinstudium und der Facharztausbildung in Innerer Medizin und Kardiologie spezialisierte er sich auf interventionelle Verfahren und Notfallmedizin. Bevor er nach Völklingen wechselte, war er mehrere Jahre leitender Oberarzt im Universitätsklinikum Homburg. Das von ihm geführte Zentrum zählt zu den führenden Einrichtungen für Transkatheter-Aortenklappenimplantationen (TAVI) im Südwesten Deutschlands und führt jährlich rund 250 Eingriffe durch. Gatto steht für Teamarbeit im interdisziplinären „Heart Team“ und für eine Medizin, die technologische Präzision mit menschlicher Nähe verbindet.

Das stimmt. Meine Familie hatte keinen medizinischen Hintergrund, mein Weg war keineswegs vorgezeichnet. Aber genau das hat mich motiviert, meinen beruflichen Weg mit Leidenschaft, Fleiß und Beharrlichkeit zu gehen. Heute erfüllt es mich mit Stolz und Dankbarkeit, in meiner Heimat Verantwortung zu übernehmen – für die Menschen, mit denen ich mich besonders verbunden fühle. ●

Interview: Otto Deppe

„Ab etwa 70 Jahren wird die TAVI-Methode oft in Erwägung gezogen“

EMPFEHLUNGEN

NEUE HALTUNG ZUM LEBEN

Zeit ist die wertvollste Ressource des Lebens und zugleich die am häufigsten verschwendete. Dieses Buch betrachtet den Umgang mit Zeit aus einer neuen Perspektive: nicht als ständige Jagd nach Produktivität, sondern als bewusste Gestaltung des eigenen Lebensrhythmus. Es beschreibt, wie kleine Veränderungen im Alltag große Wirkung entfalten können, wenn Prioritäten neu ausgerichtet werden. Der Text führt durch Denkweisen, die helfen, innere Klarheit zu gewinnen, Gewohnheiten zu verstehen und hinderliche Routinen zu überwinden.



Die große Macht der Kleinigkeiten – Mehr als nur Zeitmanagement
 Von Roman Kmenta
 Verlag: VoV media
 204 Seiten
 Preis: 24,95 Euro
 ISBN: 978-3903845206

STARK DURCH DIE WINTERZEIT

Ein praktischer Familienratgeber für Gesundheit und Wohlbefinden in der kalten Jahreszeit. Das Buch zeigt, wie Bewegung, Ernährung, Entspannung und Schlaf das Immunsystem dauerhaft stärken. Mit zahlreichen Tipps für Eltern und Kinder, bewährten Hausmitteln und 25 einfachen Rezepten bietet es alltagstaugliche Wege, um Krankheiten vorzubeugen und gestärkt durch die Erkältungssaison zu kommen. Ergänzend vermittelt es Wissen über natürliche Schutzmechanismen der Kröpers und inspiriert dazu, gesunde Routinen liebevoll zu verankern.



Alle mal gesund durch den Winter
 Von Henrike Raggen
 Verlag: Naumann & Göbel Verlagsgesellschaft mbH
 160 Seiten
 Preis: 10,00 Euro
 ISBN: 978-3625188155

KRAFT DURCH DISZIPLIN

Schlechte Gewohnheiten, mangelnde Konzentration und fehlende Selbstorganisation gehören zu den größten Hindernissen moderner Lebensführung. Das Buch zeigt, wie durch bewusste Verhaltensänderungen, mentale Stärke und klare Routinen nachhaltige Entwicklung möglich wird. Anhand wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse wird erklärt, wie Selbstkontrolle, innere Stabilität und zielgerichtetes Handeln entstehen. Es verbindet psychologische Grundlagen mit praktischen Methoden, um aus Energie und Willenskraft ein stabiles Fundament für Erfolg zu formen.



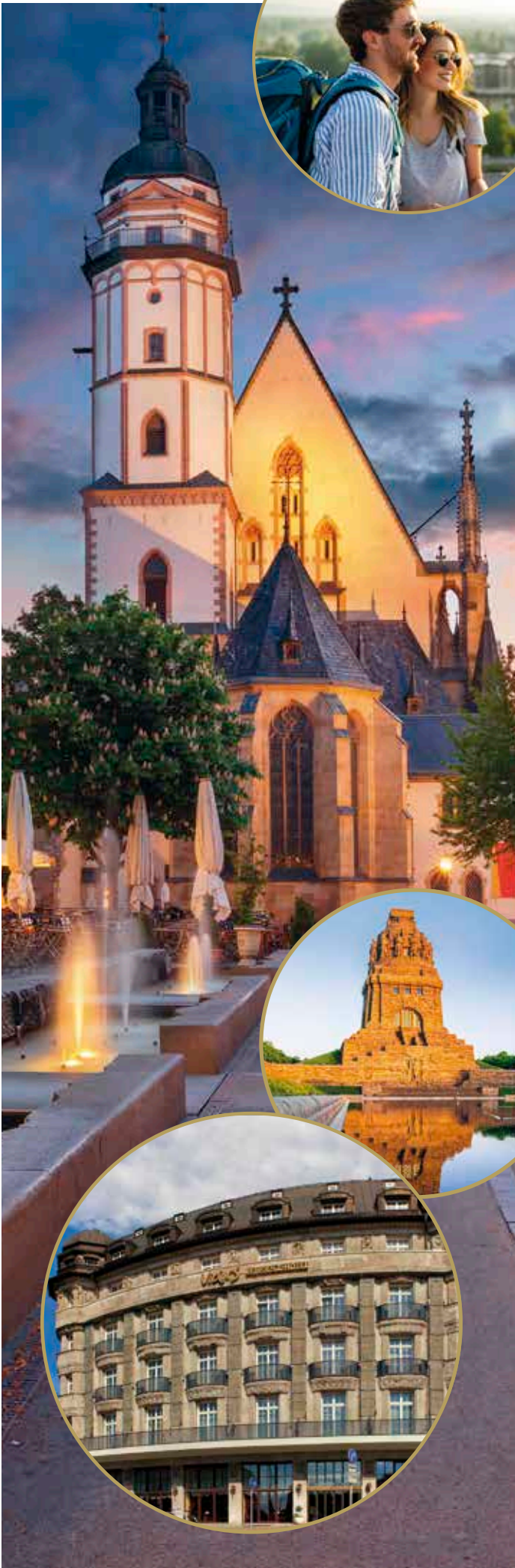
Die 7 Säulen der Selbstdisziplin:
 Von Neil Cooper
 Verlag: Excellence Publishin
 152 Seiten
 Preis: 17,99 Euro
 ISBN: 978-1961398122



#VISITVICTORS

VISIT LEIPZIG

Willkommen in Leipzig – die Stadt der Dichter und Denker und eine Metropole der Kultur. In Auerbachs Keller ließ sich Goethe zu seiner Faust-Dichtung inspirieren und Bach komponierte hier viele seiner bekannten Werke. Doch Leipzig ist noch viel mehr – eine moderne, rasch wachsende, grüne City mit Charme. Und mittendrin begrüßen wir Sie im Victor's Residenz-Hotel Leipzig, direkt gegenüber dem zentralen Hauptbahnhof, der als größter Kopfbahnhof Europas und mit seiner integrierten Shopping-Mall alleine schon einen Zwischenstopp wert ist. Dank seiner idealen Lage und ÖPNV-Anbindung ist unser stilvolles 4-Sterne-Hotel der perfekte Ausgangspunkt für Ihre Entdeckungstour quer durch die spannende Stadt mit all ihren großen und kleinen Schätzen.



Victor's

RESIDENZ-HOTEL

LEIPZIG

★★★★

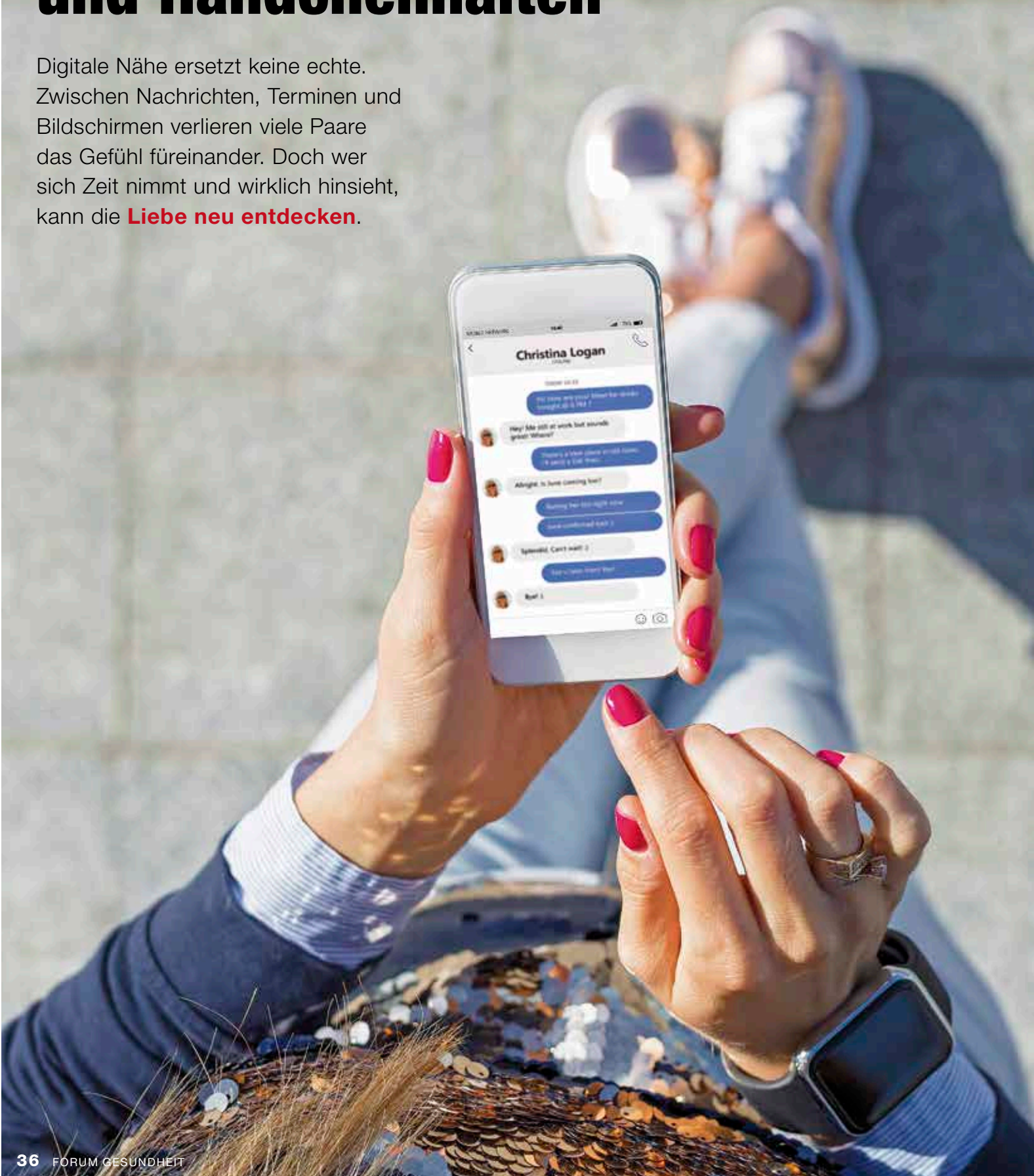
Georgiring 13 · 04103 Leipzig · Deutschland · Telefon +49 341 6866-0
info.leipzig@victors.de · www.victors.de/leipzig



#VisitVictors

Zwischen Handy-Scrollen und Händchenhalten

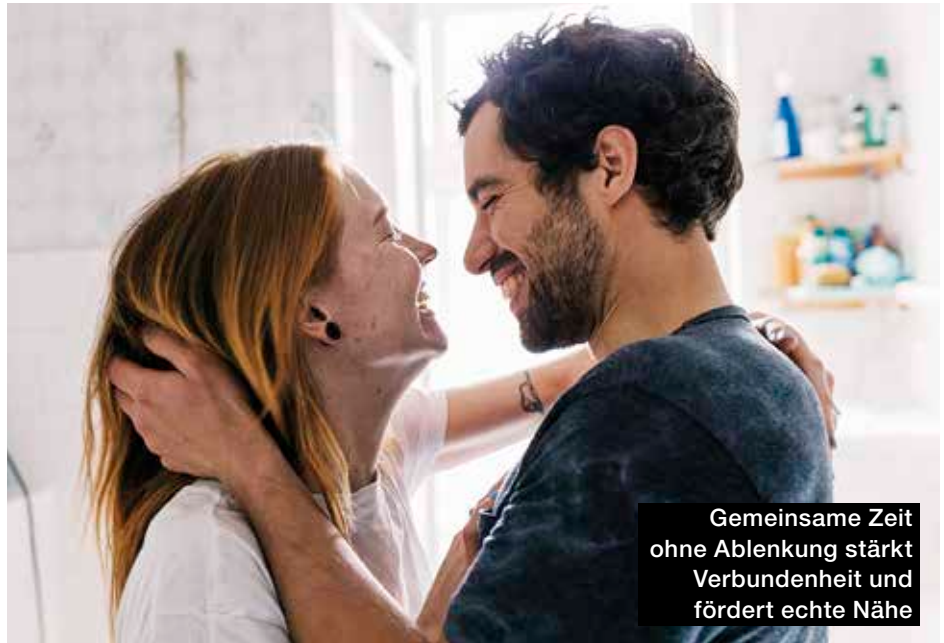
Digitale Nähe ersetzt keine echte. Zwischen Nachrichten, Terminen und Bildschirmen verlieren viele Paare das Gefühl füreinander. Doch wer sich Zeit nimmt und wirklich hinsieht, kann die **Liebe neu entdecken**.



Die romantische Vorstellung: Liebe lebt von Schmetterlingen im Bauch, Herzrasen und dem nervösen Kribbeln beim ersten Kuss. Die Realität: Er sitzt auf dem Sofa, das Handy in der Hand, Daumen im Endlos-Scroll-Modus. Sie seufzt und denkt an früher, als noch nicht Facebook, Instagram, Youtube und Whatsapp die Hauptrolle spielten. Willkommen im Jahr 2025! Die große Frage, die sich viele Paare heute stellen: Wo ist die Leichtigkeit der ersten Jahre geblieben? Und noch wichtiger: Gibt es eine Chance, sie wiederzufinden, ohne gleich in eine Paartherapie gehen zu müssen?

Früher, so die nostalgische Verklärung vieler Paare, war alles einfacher und schöner. Vielleicht, weil es nur ein Festnetztelefon gab. Damals mussten sich Mann und Frau auch nicht permanent mit Online-Models vergleichen. Heute jonglieren wir mit Work-Life-Balance, Selbstverwirklichung und dem permanenten Drang, die neueste Netflix-Serie anzusehen. Unsere Beziehungen sind logistische Gemeinschaftsprojekte zwischen Google-Kalender, Whatsapp-Gruppen und dem letzten Rest Romantik, den wir irgendwie gegen den Sog von Arbeit, Nachrichtenflut und Staubsauger behaupten möchten. Die Liebe im digitalen Zeitalter ist ein paradoxes Biest: Wir sind jederzeit erreichbar, aber selten präsent.

Glücklicherweise (oder leider – wenn Sie nicht auf wissenschaftliche Ernüchterung stehen) liefert die moderne Forschung handfeste Untersuchungen, wie wir es besser machen könnten. Die Liebe bleibt zwar ein Abenteuer, das ist unbestreitbar. Aber dank moderner Studien ist es kein völliger Blindflug mehr, sondern ein Wagnis mit detaillierter Anleitung. So zeigt eine Untersuchung der University of Toronto aus dem Jahr 2021, dass die emotionale Sicherheit nach wie vor das A und O einer stabilen Beziehung ist. Und das Beste: Sicherheit ist geschlechtsneutral. Männer, Frauen, Divers – alle profitieren davon, wenn sie sich aufeinander verlassen können. Wenn sie das Gefühl haben, dass sie auch dann noch geliebt werden, wenn sie morgens mit zerzausten Haaren und schlechter Laune aus dem Schlafzimmer kommen. Wenn sie mal nicht so aussehen wie auf dem Instagram-Profilbild. Das klingt unspektakulär, ist aber das unsichtbare Fundament, das verhindert, dass kleine Konflikte (Stichwort: Klodeckel) zur Staatskrise werden.



**Gemeinsame Zeit
ohne Ablenkung stärkt
Verbundenheit und
fördert echte Nähe**

Eine LMU-Studie aus dem Jahr 2022 hat gezeigt, dass Paare mit klaren Kommunikationsritualen glücklicher sind:

Qualität zählt: Es kommt weniger auf die Quantität der Nachrichten an, als auf echte Aufmerksamkeit.

Täglich zehn Minuten „aktives Zuhören“: Einer spricht, der andere schweigt. Kein Unterbrechen, keine Ratschläge. Er oder sie wiederholt nur ab und zu, was er oder sie verstanden hat – oder glaubt, verstanden zu haben.

Handyfreie Zonen: Abendessen ohne Scrollen und Youtube, Schlafzimmer ohne E-Mails vom Chef.

Apropos digitale Kommunikation: Statt sich wirklich anzusehen, starren heutzutage viele wie gebannt auf ihre Handys. Vieles von dem, was Paare heute „Kommunikation“ nennen, spielt sich auf leuchtenden Displays ab. Herzchen,

Smileys, ein Daumen hoch. Doch echte Nähe entsteht nicht durch (un-)soziale Medien. Und Missverständnisse sind auf Online-Plattformen geradezu vorprogrammiert: Ein lachender Smiley nach einer ernsten Nachricht kann schnell zu einer Paartherapie führen. Dagegen sind kleine Liebesnachrichten zwischendurch oder kurze Updates über Whatsapp okay, aber tiefere Themen sollten darüber nicht verhandelt werden. Wer glaubt, dass ein Herzchen-Emoji echte Intimität ersetzt, dem hilft vermutlich auch kein Abendseminar. Denn Tipp-Pausen von drei Minuten können eine ganze Ehe sprengen. Im Grunde sind „soziale“ Medien die beste „Kommunikations“-Möglichkeit, um nicht wirklich mit einem Menschen kommunizieren zu müssen. Als Beweis erlauben Sie sich doch einmal einen Spaß: Gratulieren Sie in einer großen Freundes- oder Vereinsgruppe einem fiktiven „Peter“ zum Geburtstag. Wetten, einer oder mehrere schließen sich umgehend an ... Willkommen im Zeitalter der Schein-Kommunikation!

Es ist eine Binsenweisheit, dass die Liebe oft am Alltag scheitert, wenn das Leben dazwischenfunkelt. Das Tagesgeschäft, das sind E-Mails, Kinderkrankheiten, Mietüberweisungen, Staubsaugen, Stau auf der Stadtautobahn und vieles mehr. Stress in allen Formen. Die „Harvard Study of Adult Development“ (2023) bestätigt, dass Paare, die Stress gemeinsam regulieren, belastbarer sind. Das bedeutet nicht, dass sie ihre Partne-

Wenn das Handy ständig Aufmerksamkeit abzieht, leidet die Qualität des Miteinanders

rin oder Partner zum Blitzableiter machen sollen, sondern dass sie Stress als Team-Aufgabe betrachten. Glückliche sind nicht die, die nie Stress erleben, sondern jene, die ihn gemeinsam abfedern. Das klingt trivial, ist aber revolutionär. Denn es verschiebt den Blick: Nicht „der andere nervt“, sondern „das Leben nervt“ – und wir halten zusammen!

Ganz zu schweigen vom „heiligen Gral“ einer funktionierenden Beziehung: einer fairen Verteilung der Hausarbeit! Denn kaum ein Thema ist so explosiv wie das Putzen. Oft genug ein Machtspiel im Miniaturformat. Oder anders ausgedrückt: Die Spülmaschine ist in deutschen Beziehungen ein größeres Minenfeld als die Schwiegermutter! Dagegen zeigt der „Gender Equality Report“ der EU (2021), dass Paare, die Hausarbeit gerecht aufteilen, weniger streiten. Stimmen Sie Ihre Termine deshalb gemeinsam ab und verteilen Sie die Aufgaben gerecht. Klingt trocken, verhindert aber, dass einer das Gefühl hat, der Packesel der Beziehung zu sein. Das ist die vielleicht unromantischste Erkenntnis überhaupt: Die Liebe mag durch den Magen gehen, aber die Stabilität einer Partnerschaft geht über den Abwaschplan. Vielleicht liegt in der freiwilligen Übernahme einer ungeliebten Aufgabe sogar eine der größten romantischen Gesten der Gegenwart?

Manchmal helfen auch Routinen als Puffer: Paare, die feste Kommunikationsrituale haben, sind tatsächlich zufriedener. Wer das Handy beim Frühstück oder



Wer achtsam bleibt, muss als Paar nicht zwischen Smartphone und Zuneigung wählen

einmal am Abend weglegt, erlebt Magie: echten Augenkontakt und vielleicht sogar ein richtiges Gespräch. Die Forschung sagt: Beziehung wächst im Smartphone-freien Raum. Oder wie wäre es mit einem gemeinsamen Spaziergang, wenn Ihnen die Decke auf den Kopf fällt? Routinen geben Halt. Denn sie sind wie Felsen, auf die wir uns vor den Tsunami-Wellen des Alltags retten können. Wer morgens gemeinsam frühstückt und abends ge-

meinsam lacht, macht mehr für seine Beziehung als mit jedem teuren Pärchen-Urlaub. Häufiges gemeinsames Lachen ist ohnehin eines der Zeichen für eine stabile Beziehung. Oder umgekehrt ausgedrückt: Wenn das gemeinsame Lachen stirbt, ist es oft genug ein Hinweis darauf, dass in der Beziehung etwas sehr schief läuft.

Natürlich kommen Streits auch in den besten Beziehungen vor. Konflikte sind menschlich. Doch dabei kommt es auf das Wie an! Es geht vor allem darum, respektvoll zu streiten. John Gottman, Gründer des gleichnamigen Instituts, meint: Streiten ist eine Kunst. Wer abschweift, beleidigt oder „immer“ und „nie“ sagt, verliert. Außerdem hält Gottman rund 70 Prozent aller Paarkonflikte ohnehin für unlösbar. Das heißt, sie kehren immer wieder. Socken, Ordnung, Schwiegereltern, Urlaubsvorlieben – sie werden nicht verschwinden. Die Frage ist nur: Streiten wir so, dass etwas übrig bleibt, oder so, dass wir nur noch Trümmer hinterlassen? Wer Vorwürfe austauscht, sammelt Minuspunkte auf dem Beziehungskonto – und landet irgendwann beim Streit via Social Media. Wir sollten jedoch immer bedenken, dass es nicht um Sieg oder Niederlage geht, sondern um ein gemeinsames Leben. Deshalb hat Gottman einige goldene Regeln festgelegt:

- Formuliere die Kritik als Wunsch: Statt „Du hörst mir nie zu!“ lieber „Ich wünsche mir, dass du mir heute Abend zehn Minuten zuhörst.“



Nähe braucht Konzentration aufeinander, nicht aufs Display. Auch kleine Runden im Alltag helfen, sich bewusst füreinander Zeit zu nehmen



FOTOS: GETTY IMAGES / CARLOS BARQUERO — GETTY IMAGES / WILLIEB. THOMAS — GETTY IMAGES / JANINA STEINMETZ

- Soft Start: Sanft einsteigen, nicht mit dem Holzhammer. „Ich würde gern über etwas sprechen“ klingt besser als „Schon wieder hast Du!“. Kein „Immer machst Du!“, sondern ein vorsichtiges „Ich wünsche mir...“
- Humor einstreuen: Ein Lächeln oder eine ironische Bemerkung kann Streit entschärfen – solange man nicht den Sarkasmus-Modus aktiviert.
- Wer beim Streiten auch mal eine Pause macht, hat mehr vom Leben.

Eines der Geheimnisse einer gesunden Beziehung ist das Schaffen von gemeinsamen positiven Momenten, schönen Erinnerungen, die auch nach Jahren noch präsent sind. Andererseits ist es auch wichtig, jeweils eigene Interessen, Hobbys und getrennte Freundeskreise zu pflegen. Das fördert die persönlichen Entwicklungen und hält die Beziehung frisch. Wer seinem Partner oder der Partnerin die Freiheit lässt, erhält am Ende mehr Nähe. Dass in einer erwachsenen Beziehung dazu auch Vertrauen statt Überwachung gehört, sollte selbstverständlich sein. Die größte Gefahr für die Liebe ist manchmal das Erdrücken. Nähe ist wichtig – aber Dauer-Symbiose erstickt. Wer nur noch in einem kleinen Zweierkosmos lebt, dem gehen irgendwann die Gesprächsthemen aus.

All diese Studien, all diese Ratschläge – sie lassen sich am Ende in wenigen Gedanken zusammenfassen: Liebe ist kein Dauerrausch, sondern eine Haltung. Sie zeigt sich nicht in den großen Mo-



TIPPS FÜR EINE BEZIEHUNG AUF DAUER: Viele kleine Dinge für eine große Wirkung

- Zehn Minuten echtes Zuhören täglich – Rezept gegen Beziehungserkältung
- Stress-Puffer-Rituale: Spaziergang, gemeinsames Frühstück, Kuscheln
- Konstruktiv streiten
- Kritik in Wünsche verwandeln: „Ich würde mir wünschen, dass ...“
- Streitpausen einbauen, 20-Minuten-Time-out
- Freiräume erlauben, dann wächst die Nähe
- Whatsapp nur für Komplimente nutzen, nie für Drama
- Humor (auch über den eigenen Paar-Alltag!)
- Hausarbeiten fair aufteilen
- Feste Date-Abende ausmachen

menten, sondern in den vielen kleinen. Nicht beim Heiratsantrag, sondern beim gemeinsamen Kochen nach einem langen Tag. Nicht im Wochenendtrip nach Paris, sondern im geteilten Lachen über eine absurde Nachricht im Familienchat. Das klingt, zugegeben, deutlich weniger sexy als „ewiges Feuer“. Aber es ist der Stoff, aus dem Langzeitpaare ihre Gelassenheit schöpfen. Es sind nicht die großen, filmreifen Gesten, sondern die kleinen Handlungen – zehn Minuten aktives Zuhören, das Handy im Flugmodus, der Blick über den Tisch, ein Händedruck im Vorbeigehen, ein Witz mitten im Stress. Wer Paare erlebt, die 40 Jahre glücklich verheiratet sind und sich immer noch necken können, weiß: Das ist die wahre Kunst.

Die Leichtigkeit der ersten Jahre kommt nicht von alleine zurück. Liebe ist auch das Ergebnis bewusster, manchmal anstrengender Arbeit. Wer emotionale Sicherheit bietet, klar kommuniziert, Stress im Team bewältigt und die Hausarbeit fair verteilt, hat eine hervorragende Überlebenschance im Liebes-Dschungel. Wenn man das Miteinander so betrachtet,

ist Liebe weder Mysterium noch Mathematik. Sie ist ein Wechselspiel aus Nähe und Freiheit, Zuhören und Reden, Teilen und Eigenem. Sie ist das, was bleibt, wenn der Alltag mit seinen Zumutungen die Romantik verschluckt hat.

Und vielleicht liegt genau darin der Trost: dass wir nicht dauernd auf der Suche nach Schmetterlingen sein müssen. Manchmal reicht es, wenn wir am Ende eines langen Tages jemanden neben uns haben, der sagt: „Lass uns zusammen die Wäsche aufhängen gehen.“ Liebe ist halt kein Märchen, sondern ein Alltagsprojekt. Und sie bleibt ein Abenteuer – manchmal wild, manchmal zart, oft anstrengend. Aber: Wer Wissenschaft, Humor und ein bisschen Disziplin kombiniert, hat gute Chancen, dass die Leichtigkeit der ersten Jahre zurückkehrt. Vielleicht nicht in Form von Dauer-Schmetterlingen, aber als ruhiges, stabiles Summen im Hintergrund. Und mal ehrlich: Wer will schon sein ganzes Leben lang Herzrasen haben?

Ein japanischer Beziehungsforscher wurde einmal gefragt, warum in seinem Land die Beziehungen im Durchschnitt nicht nur länger halten, sondern häufig auch glücklicher sind als bei uns. Seine Antwort: Wenn ihr in Europa heiratet, erwartet ihr das Paradies. Wenn wir heiraten, erwarten wir die Realität. Liebe ist kein Selbstläufer. Sie ist mehr wie ein WG-Vertrag mit Kuschelfaktor. Vielleicht ist das die eigentliche Herausforderung unserer Zeit: Die Liebe zu entzaubern, ohne sie zu entwerten. Sie nicht als ewiges Feuer zu sehen, sondern als etwas, das gepflegt, erneuert, manchmal sogar neu erfunden werden muss. Ein Projekt, das niemals abgeschlossen ist – und genau darin seine Schönheit hat. ●

Dr. Dirk Förger

Viele Paare verlieren sich im Alltag aus dem Blick, ohne es überhaupt zu merken

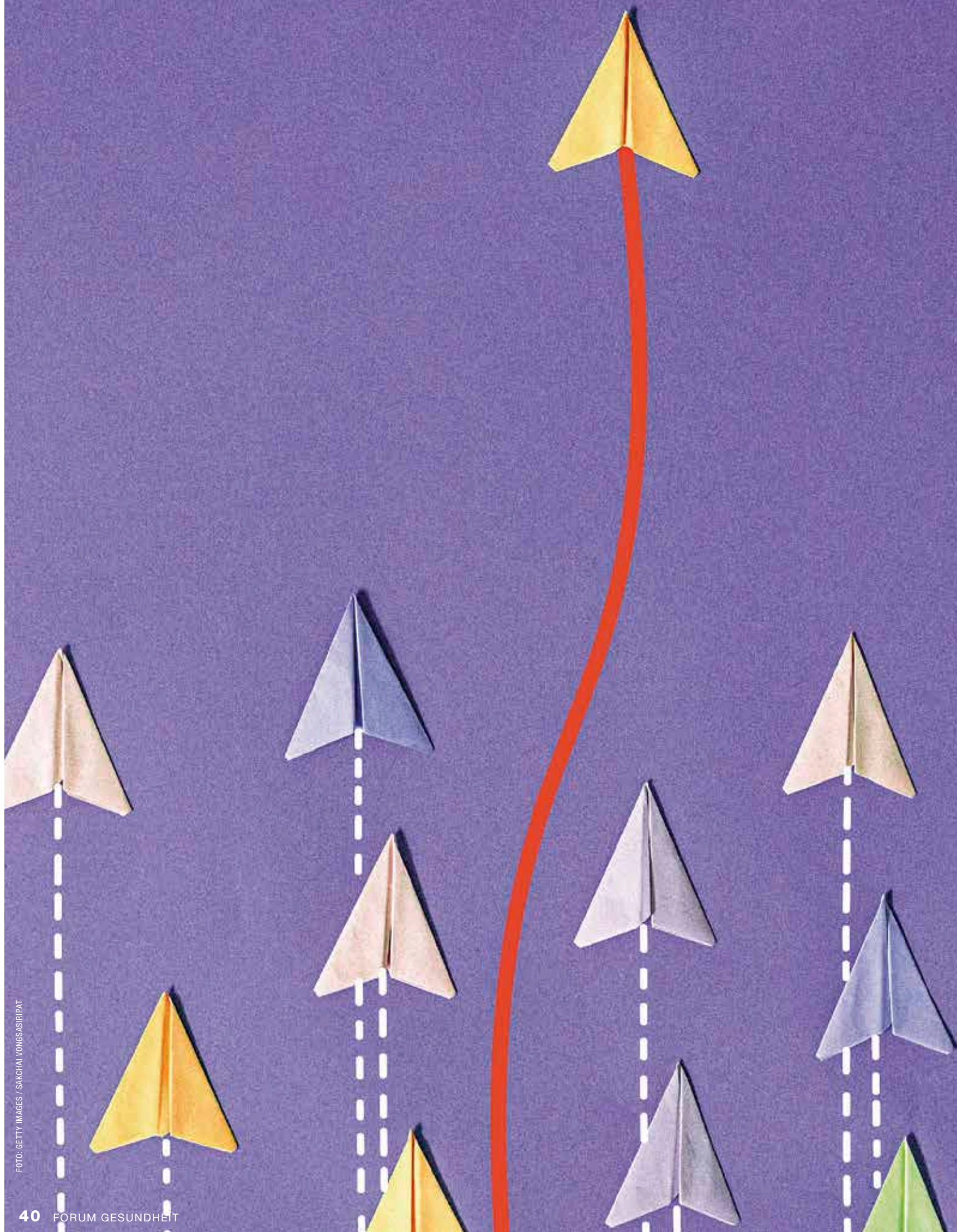


FOTO: GETTY IMAGES / SAKCHAI VONGSASIRIPAT

„HANDELN STATT REAGIEREN“

Manchmal fehlt einfach die Kraft, weiterzumachen. Doch echte Motivation entsteht nicht durch Parolen, sondern durch innere Bewegung. **Steffen Kirchner** zeigt, wie aus Stillstand Energie und aus Scheitern Wachstum wird.

Interview: Julia Indenbaum

Herr Kirchner, was bedeutet Motivation für Sie, jenseits von klassischen Durchhalteparolen?

Der Begriff Motivation stammt vom lateinischen *movere*, was „bewegen“ bedeutet. Für mich heißt das, dass Motivation etwas ist, das uns innerlich berührt und in Bewegung setzt. Entscheidend ist dabei die Frage, wohin sie uns bewegt. Sie führt uns immer zu einer emotionalen Erfahrung, die wir uns wünschen oder von

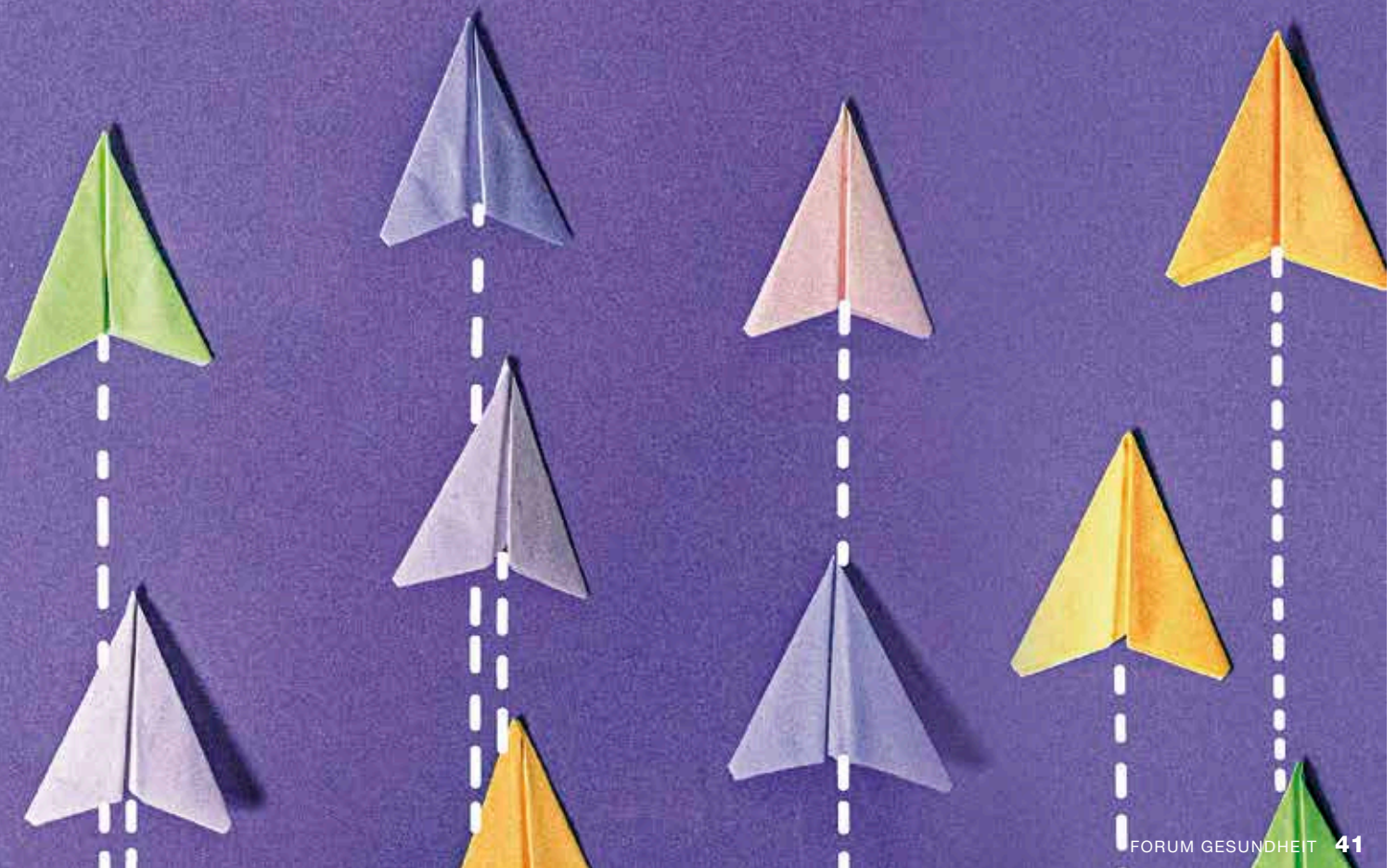
der wir uns etwas versprechen – sei es die Erfüllung einer Sehnsucht oder die Vermeidung einer Erfahrung, die wir nicht machen möchten.

Motivation bedeutet daher im Kern die Befriedigung emotionaler Grundbedürfnisse. Jeder Mensch verfügt über sieben solcher Bedürfnisse, und das Streben nach ihrer Erfüllung ist es, was uns antreibt. Manchmal ist dieser Antrieb an konkrete Ziele gebunden, manchmal geschieht er auch ohne eine klare Zielset-

zung. In jedem Fall liefert Motivation die Energie, die wir benötigen, um durch den Tag zu gehen. Sie ist unsere persönliche Energietankstelle, die dafür sorgt, dass unser inneres Energiekonto im Gleichgewicht bleibt.

Wie schaffen es Menschen, aus Rückschlägen echte Kraftquellen zu machen?

Zunächst einmal ist es wichtig zu verstehen, dass ein Misserfolg nicht das Gegen-



teil von Erfolg darstellt, sondern vielmehr ein Teil davon ist. Man könnte sagen, Erfolg ist die Konsequenz vieler Misserfolge. Wir „stolpern“ sozusagen nach oben: Wir scheitern, und im besten Fall werden wir dadurch klüger. Wenn das noch nicht der Fall ist, dann scheitern wir eben häufiger, bis wir es gelernt haben. In diesem Sinne ist auch ein Misserfolg ein Erfolg, nur dass er nicht mit unserer ursprünglichen Absicht übereinstimmt.

Das Gegenteil von Erfolg ist daher nicht der Misserfolg, sondern die Passivität. Erfolglos ist man erst dann, wenn man nichts mehr unternimmt, wenn man aufgibt und resigniert. Wer erkennt, dass Rückschläge ein notwendiger Bestandteil des Erfolgs sind, stellt sich nicht die Frage: ‚Warum ist mir das wieder passiert?‘ oder ‚Warum habe ich das schon wieder nicht hinbekommen?‘ Solche Fragen führen eher in eine Opferhaltung, die in der Psychologie als „Dramadreieck“ bezeichnet wird. Viel hilfreicher ist es, die Perspektive zu ändern und sich zu fragen: ‚Was ist das Gute daran, dass es nicht geklappt hat? Was lerne ich daraus? Wozu zwingt mich diese Erfahrung?‘ Denn Misserfolg ist keine Strafe des Lebens. Er ist vielmehr ein Hinweis darauf, dass wir den Kopf einschalten und etwas anders oder besser machen müssen. Schon die Sprache zeigt das: Ein Fehler ist etwas, das fehlt. Es geht also nicht darum, sich selbst kleinzureden, sondern darum zu erkennen, was noch ergänzt oder verbessert werden darf. Diese Umdeutung,

„Mentale Gesundheit hat viele Facetten, doch im Mittelpunkt steht die Dankbarkeit“

in der Psychologie spricht man von Reframing, macht aus einem Rückschlag keinen Gegner, sondern einen Coach. Genau darin liegt die Kraft, die uns Rückschläge schenken können.

Was unterscheidet aus Ihrer Sicht kurzfristigen Aktionismus von echter innerer Stärke?

Kurzfristiger Aktionismus entsteht oft aus dem Bedürfnis, irgendetwas zu tun, nur um beschäftigt zu sein. Menschen lenken sich dadurch ab, ohne wirklich etwas zu verändern. Echte innere Stärke dagegen entwickelt sich, wenn wir Rückschläge nicht verdrängen, sondern bewusst in unser Leben integrieren. Sie zeigt sich nicht im hektischen Reagieren, sondern im bewussten Gestalten.

Es gibt einen entscheidenden Unterschied zwischen Reaktion und Kreation. Bei

de Begriffe bestehen zwar aus denselben Buchstaben, stehen aber für ein völlig anderes Denken. Viele Menschen sind reine Reiz-Reaktions-Wesen: Es geschieht etwas im Außen, und sie reagieren darauf. Das führt schnell zu blinder Betriebsamkeit. Innere Stärke entsteht dagegen, wenn wir innehalten, reflektieren und uns fragen, was wirklich wichtig ist.

Wer nicht nur reagiert, sondern kreierte, übernimmt Verantwortung für die eigene Richtung im Leben. So wie ein Segelschiff den Kurs selbst bestimmt, auch wenn der Wind von vorne, von der Seite oder von hinten bläst, so können wir auch unter schwierigen Bedingungen entscheiden, wohin unsere Reise geht. Das setzt allerdings voraus, dass wir uns selbst zum Dirigenten unseres Lebens machen. Dazu braucht es Phasen der Ruhe und Stille, in denen wir Abstand gewinnen und klarer sehen. Nur handeln, ohne innezuhalten, führt zu Hektik und letztlich dazu, dass man sich im Kreis bewegt.

Was war der prägendste Moment in Ihrer Karriere als Motivationstrainer?

Ein sehr prägender Moment war das Jahr 2020, als der erste Lockdown begann. Meine Arbeit lebt davon, dass Menschen zusammenkommen, sei es bei Firmenvorträgen oder bei eigenen Seminaren. Von einem Tag auf den anderen war genau das nicht mehr möglich, unser Geschäftsmodell stand still.

Anstatt sofort hektisch zu reagieren und vorschnell Maßnahmen zu ergreifen, habe



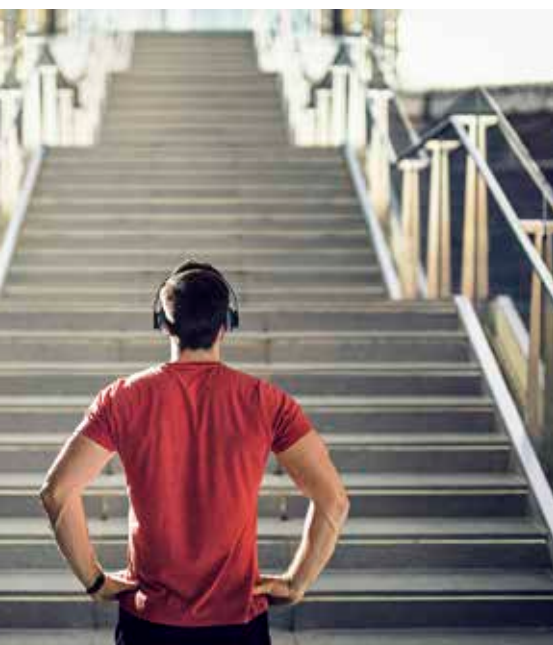
Erfolg ist kein Zufall, sondern das Ergebnis vieler kleiner Fehlversuche. Wer aus Rückschlägen lernt, stolpert nach oben

FOTOS: GETTY IMAGES / HINTERHAUS PRODUCTIONS — GETTY IMAGES / BASTIAN WELTEN — PRIVAT

ich mich bewusst zurückgenommen und mir die Frage gestellt: Was ist das Gute an dieser Situation. Natürlich konnte ich nichts für die Umstände, und ich fand sie auch nicht gut, aber sie waren Realität. Mir wurde klar, dass ich aus meinem eigenen Hamsterrad gefallen war. Vorher hatte ich bis zu 200 Veranstaltungen pro Jahr, plötzlich waren es null. Das eröffnete mir Zeit und Raum.

Ich begann zu reflektieren, welche Dinge ich schon lange hatte machen wollen, aber immer aufgeschoben hatte. Gleichzeitig stellte sich die Frage, wo unsere Kunden zu finden sind, wenn nicht mehr in Konferenzsälen oder Seminarräumen. Die Antwort war eindeutig: Sie waren online. Aus dieser Reflexion entstand ein neues Geschäftsmodell. Wir begannen, Ausbildungen und digitale Angebote zu entwickeln. So wurde aus unserem Unternehmen innerhalb kurzer Zeit ein stark digital ausgerichtetes Business.

Als die Offline-Welt zurückkehrte, hatten wir uns nicht nur behauptet, sondern Umsatz, Wachstum und Reichweite deutlich gesteigert. Corona war sicherlich keine schöne Zeit, niemand wünscht sie sich zurück. Doch sie hat uns gezwungen, innezuhalten, nachzudenken und Neues zu schaffen. Für mich war das eine eindrückliche Erfahrung, die bestätigt hat, wie wichtig es ist, nicht nur im Überlebensmodus zu verharren, sondern aktiv zu gestalten. Deshalb lautet auch das zentrale Thema meiner Arbeit „Die Kunst zu leben – und nicht nur zu überleben“.



Steffen Kirchner, Jahrgang 1981, zählt zu den bekanntesten Motivationstrainern im deutschsprachigen Raum. Der ehemalige Leistungssportler und Sportmanager stand selbst viele Jahre im Hochleistungsumfeld, bevor er seine Leidenschaft dafür entdeckte, andere



Menschen mental zu stärken. Heute arbeitet er als Keynote-Speaker, Autor und Mentalcoach mit internationalen Unternehmen wie Audi, Siemens, VW, Adidas oder der Deutschen Post zusammen. Mehr als 150.000 Menschen in über fünfzehn Ländern haben seine Vorträge und Seminare bereits besucht. Kirchner verbindet psychologi-

sche Erkenntnisse mit praktischer Lebenserfahrung und steht für eine Motivation ohne hohle Parolen. Mit seiner Steffen Kirchner Academy GmbH & Co. KG bietet er Ausbildungen und Online-Programme an, die Menschen befähigen, ihre innere Stärke zu ent-

decken und zu leben. Als ausgebildeter Sportfachwirt, zertifizierter Mental- und Hypnosetrainer sowie 9-Levels-Experte vermittelt er seine Inhalte fundiert und praxisnah. Seine zentrale Botschaft: Erfolg entsteht nicht durch Dauerleistung, sondern durch die Kunst, innezuhalten, zu reflektieren und das Leben bewusst zu gestalten.

Welche Routinen oder Denkweisen empfehlen Sie Menschen, um langfristig mental gesund zu bleiben?

Mentale Gesundheit hat viele Facetten, doch ein Aspekt ist für mich besonders zentral: die Dankbarkeit. Wir Menschen sind stark ziel- und ergebnisorientiert. Das ist grundsätzlich sinnvoll, denn Ziele geben uns Richtung und fördern Wachstum. Gleichzeitig weisen Ziele jedoch immer auch auf eine Lücke hin, nämlich auf den Unterschied zwischen dem, wo wir heute stehen, und dem, wo wir gerne wären. Wer ausschließlich auf diese Lücke schaut, gerät leicht in ein Mangeldenken. Dann entstehen Gedanken wie ‚Ich habe noch nicht genug, ich bin noch nicht gut genug, ich habe noch nicht alles erreicht‘. Das führt zu Unzufriedenheit, Selbstwertproblemen und dem Gefühl, nie zu genügen. In unserer Gesellschaft beobachten wir das immer häufiger, nicht zuletzt durch Social Media. Dort entsteht schnell der Eindruck, andere seien schöner, erfolgreicher oder glücklicher. Dieser ständige Vergleich kann auf Dauer krankmachen. Darum ist es entscheidend, regelmäßigen Blick auf das zu richten, was bereits vorhanden ist. Dankbarkeit wirkt diesem Mangeldenken entgegen. Sie bedeutet, sich bewusst zu machen, wofür man heute dankbar sein kann. Das lässt sich ganz

praktisch üben: Einige Minuten am Tag reichen schon, um innerlich oder schriftlich aufzuschreiben, wofür man dankbar ist, sei es für einen Partner, eine Partnerin, die Familie, den Arbeitsplatz, die Gesundheit oder auch kleine Dinge im Alltag. Dankbarkeit bedeutet nicht, auf Ziele zu verzichten. Sie sorgt vielmehr dafür, dass wir erkennen, wie reich unser Leben bereits ist. Ziele bleiben bestehen, aber sie verlieren den Beigeschmack des Mangels. So entsteht ein gesunder Ausgleich zwischen Vorwärtstreben und Zufriedenheit im Hier und Jetzt. In meinen Augen ist dieser Balancepunkt einer der wichtigsten Schlüssel, um langfristig mental gesund zu bleiben.

Sie arbeiten mit Unternehmen und Spitzensportlern. Was können beide Seiten voneinander lernen?

Die Gesetzmäßigkeiten für Erfolg sind universell. Sie gelten unabhängig davon, ob jemand Sportler, Musiker, Unternehmer, Führungskraft oder Mitarbeiter ist. Es gibt bestimmte Faktoren, die immer eine Rolle spielen: Disziplin, Durchhaltevermögen und die Entwicklung von Kompetenzen. Das sind die offensichtlichen Elemente, die jeder kennt, auch wenn sie nicht immer von jedem konsequent umgesetzt werden.



Innere Stärke zeigt sich nicht im blinden Aktionismus, sondern im bewussten Gestalten. Motivation wächst, wenn Menschen innehalten und reflektieren



Spannend sind jedoch die weniger offensichtlichen Erfolgsfaktoren. Ein Beispiel ist der Umgang mit Ruhe und Regeneration. Spitzensportler verstehen sehr genau, dass Erholung ein wesentlicher Bestandteil ihres Trainings ist. Wenn ein Athlet sich massieren lässt, am Pool entspannt oder bewusst Pausen einlegt, dann wirkt das von außen vielleicht wie Nichtstun. In Wahrheit ist es hochprofessionell, weil er damit die Grundlage schafft, um im nächsten Schritt wieder leistungsfähig zu sein. Im Unternehmensalltag dagegen wird Regeneration häufig vernachlässigt. Dort gilt noch oft das Prinzip „Nur die Harten kommen in den Garten“ oder „Pausen sind Zeitverschwendung“. Das ist nicht professionell, sondern ungesund. Ein weiterer Punkt ist die Offenheit gegenüber anderen Disziplinen. Spitzensportler trainieren nicht nur mit Kollegen aus der eigenen Sportart, sondern suchen bewusst den Austausch mit Athleten aus völlig anderen Bereichen. Tennisspieler arbeiten mit Leichtathleten, Extremsportlern oder Yoga-Trainern zusammen, um neue Impulse zu gewinnen. Diese Bereitschaft, über den Tellerrand hinauszublicken, könnte auch für Unternehmen von großem Wert sein. Kurz gesagt: Unternehmen können vom Spitzensport lernen, wie wichtig Regeneration und Vielfalt für nachhaltigen Erfolg sind. Umgekehrt können Sportler von Unternehmen lernen, Strukturen aufzubauen, die langfristige Entwicklung und Stabilität sichern. Beide Welten profitieren davon, wenn sie diese Prinzipien austauschen und voneinander übernehmen.

Wie gehen Sie selbst mit Zweifeln oder Kritik um?

Zweifel und Kritik sind zwei unterschiedliche Dinge, die ich auch unterschiedlich behandle. Bei Kritik stelle ich mir zunächst die Frage, welche Absicht der Kritiker verfolgt. Will er mich besser machen, oder möchte er mich kleinhalten. Wenn in der Kritik ein echter Verbesserungsimpuls steckt, höre ich sehr genau hin. Ich suche sogar aktiv solche Stimmen, indem ich Berater oder Coaches engagiere, deren Aufgabe es ist, mich auf Schwachstellen hinzuweisen und mir

zu sagen, was ich vielleicht nicht hören möchte, aber hören muss. Enthält Kritik jedoch keine Substanz und dient sie nur dazu, mich zu verletzen oder kleinzumachen, dann breche ich den Kontakt ab. Damit verschwende ich keine Zeit. Zweifel sind etwas anderes, denn sie entstehen im Inneren. Niemand von außen kann mich zweifeln lassen. Ob ich beginne zu zweifeln, hängt immer davon ab, wie sicher ich mir selbst bin. Wenn mich Kritik von außen in Selbstzweifel bringt, zeigt mir das nur, dass ich in diesem Punkt selbst noch unsicher bin. In sol-



Führung bedeutet, Räume zu schaffen, in denen Menschen ihre eigenen Stärken leben können

chen Momenten frage ich mich: Welcher Teil in mir zweifelt gerade.

Ich stelle mir das wie einen inneren Rat der Weisen vor, der an einem großen Tisch zusammensitzt. Dort sitzt mein Kopf, der analytisch prüft, ob etwas sinnvoll ist. Daneben sitzt mein Herz, das auf Werte und Gefühle achtet, und auch mein Bauchgefühl, das Intuition einbringt. Jeder dieser inneren Anteile hat seine Berechtigung, aber nicht jeder ist in jeder Situation der richtige Ratgeber. Wenn ich zum Beispiel ein Autohaus mit lauter Sportwagen betrete, dann sollte mein Kopf das entscheidende Wort haben, nicht mein Herz oder mein Bauch. In anderen Situationen wiederum ist das Herz die kompetentere Instanz. So gehe ich mit Zweifeln um: Ich höre die verschiedenen Stimmen in mir an und frage mich, welche in der aktuellen Situation die klügste ist. Auf diese Weise werden Zweifel zu einem Signal, das mich nicht lähmt, sondern mich zu mehr Klarheit führt.

Inwiefern ist Motivation, gerade in Unternehmen, auch eine Führungsaufgabe?

Ich bin überzeugt, dass Motivation keine originäre Führungsaufgabe ist. Motivation bedeutet, innerlich bewegt zu sein. Wohin ein Mensch sich bewegt, ist seine ureigene Verantwortung. Jeder Mitarbeiter muss eine innere Sehnsucht, ein eigenes Streben oder Ziel mitbringen. Das kann und soll ihm niemand einreden.

„Emotionen treiben uns an und sind die Grundlage unseres Handelns“

Die Aufgabe einer Führungskraft liegt nicht darin, die Mitarbeiter ständig mit Motivationsreden, Lob, Belohnungen oder gar Druck zu steuern. All diese äußeren Anreize haben höchstens eine sehr kurzfristige Wirkung. Wer einmal eine flammende Ansprache in einer Sportkabine erlebt hat, weiß, dass sie maximal ein oder zweimal funktioniert. Wiederholt sich das ständig, verliert es völlig an Wirkung. Worauf es wirklich ankommt, ist, den richtigen Rahmen zu schaffen. Eine Führungskraft muss Strukturen und Bedingungen gestalten, in denen Menschen ihre emotionalen Grundbedürfnisse leben können. Dazu gehören Sicherheit, Verbundenheit, Wachstum, Eigenständigkeit, die Möglichkeit, einen Beitrag zu leisten und Verantwortung zu übernehmen. Wenn dieser Rahmen stimmt, finden Menschen ihre Motivation von selbst.

Wenn nicht, ist es Aufgabe des Einzelnen, den Rahmen zu verlassen.

Ein Bild aus dem Sport macht das deutlich: Ein Trainer kann seine Spieler kurzfristig durch Worte anfeuern oder auch einmal hart kritisieren. Das mag in einer Ausnahmesituation sinnvoll sein, doch es ersetzt nicht die innere Begeisterung des Spielers für sein Spiel. Ein Mensch, der keine Lust auf das Spiel hat, wird auch durch die beste Kabinenansprache nicht dauerhaft motiviert. Deshalb ist es keine Führungsaufgabe, Mitarbeiter ständig zu „beatmen“. Führung bedeutet, den Raum zu geben, in dem Menschen von innen heraus motiviert sein können.

Welche Rolle spielen Emotionen in einem leistungsorientierten Alltag?

Emotionen sind die Grundlage für alles, was wir im Leben tun. Sie sind der Motor, der unser inneres Fahrzeug in Bewegung setzt. Damit sind Emotionen untrennbar mit unseren emotionalen Grundbedürfnissen verbunden. Jeder Mensch hat sieben davon: Sicherheit, Abwechslung, Autonomie, Wachstum und Erfolg, Bedeutsamkeit, Verbundenheit sowie Mitwirkung.

Ob wir motiviert und zufrieden sind, hängt unmittelbar davon ab, ob diese Bedürfnisse erfüllt werden. Wenn ich zum Beispiel ein starkes Bedürfnis nach Wachstum und Erfolg habe, dieses Bedürfnis aber im beruflichen oder privaten Rahmen nicht leben kann, entstehen negative Gefühle. Das können Wut, Resignation oder Frustration sein. Werden die Bedürfnisse dagegen erfüllt, entstehen positive Emotionen wie Vertrauen, Verbundenheit, Identifikation oder Begeisterung. Gefühle sind also nicht zufällig, sondern eine Konsequenz aus der Art und Weise, wie unsere Bedürfnisse gelebt werden können. Wenn ein Unternehmen oder ein Umfeld den passenden Rahmen schafft, in dem Sicherheit, Wachstum oder Bedeutsamkeit möglich sind, dann entstehen ganz von selbst positive Emotionen. Diese wiederum sind die Basis für gute Kommunikation, für Vertrauen, für Verständnis und letztlich für jede Form von Erfolg. Emotionen sind deshalb kein Nebenaspekt, sondern die zentrale Kraftquelle in einem leistungsorientierten Alltag.

Wenn Sie einem jungen Menschen nur einen einzigen Rat für das Leben mitgeben dürften, welcher wäre das?

Mein wichtigster Rat lautet: Höre nicht auf das, was andere sagen. ●



„Die Zahnbürste wird häufig nur hin- und hergeschrubbt“

Gesunde Zähne von klein auf sind die Basis für ein strahlendes Lächeln, doch wie können Eltern ihre Kinder dabei am besten unterstützen? **Zahnärztin Phila Möller** aus Berlin weiß worauf es bei der täglichen Zahnpflege ankommt, welche Fehler zu vermeiden sind und wie sich von Kind an ein gesundes Gebiss formen lässt.

Frau Dr. Möller, ab welchem Alter sollten Eltern bei ihren Kindern besonders auf eine konsequente Mundhygiene achten?

Eltern sollten ab dem Durchbruch des ersten Zahnes auf konsequente Mundhygiene achten. Der erste Zahn bricht meist zwischen dem sechsten und achten Lebensmonat durch. Konkret bedeutet das, dass ab dem ersten Milchzahn mindestens zweimal täglich geputzt werden sollte. Da Kinder noch nicht die motorischen Fähigkeiten besitzen, ihre Zähne eigenständig suffizient zu putzen, sollten die Eltern mindestens bis zum achten



Phila Möller (31) arbeitet als Zahnärztin in Berlin. Die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ihr besonders wichtig, da im frühen Alter die Weichen für ein späteres gesundes Leben gestellt werden. Dazu zählt insbesondere ein gesundes Gebiss.

Lebensjahr die Zähne nachputzen. Ein gutes Indiz für Feinmotorik ist, wenn Kinder in der Lage sind, sehr gut Schreibrift zu schreiben.

Welche Rolle spielt die richtige Zahnpflege schon im Milchgebiss für die spätere Zahngesundheit?

Die richtige Zahnpflege und Mundgesundheit spielen schon im Milchgebiss eine entscheidende Rolle für die spätere Mundgesundheit. Sie bildet den Grundstein für ein gesundes, bleibendes Gebiss. Zum einen schützt eine gute Mundhygiene vor der Entstehung und Entwicklung von Karies und entzündlichen Vorgängen im Mund. Milchzahnkaries kann zu Schmerzen, Entzündungen und frühzeitigem Milchzahnverlust führen. Außerdem können die Bakterien einer Milchzahnkaries auch auf die bleibenden Zähne übergehen.

Zum anderen haben die Milchzähne eine sogenannte Platzhalterfunktion. Die halten den Platz für die bleibenden Zähne frei. Wenn es zu vorzeitigem Milchzahnverlust kommt, kann es zu einem Platzmangel, Fehlstellungen und Verschiebungen der Zähne kommen.

Außerdem sind die Milchzähne wichtig für die klare Aussprache und das Zerkleinern von Nahrung. Ein frühzeitiger Milchzahnverlust oder Schmerzen an Milchzähnen durch Karies können zu verschlechterter Sprachentwicklung und Ernährungsproblemen führen.

Also: Erkrankungen des Milchgebisses können die Zahnentwicklung im Kiefer und den Zahndurchbruch der bleibenden Zähne beeinträchtigen.

Wie können Eltern ihre Kinder spielerisch und nachhaltig an gute Putzgewohnheiten heranzuführen?

Spiel, Spaß und Routine könnten die besten Lehrer für eine gute Mundgesundheit sein.

Eltern sollten deshalb aus dem Zähneputzen ein Ritual machen. Immer zur gleichen Zeit, zum Beispiel nach dem Frühstück, putzen. Und nach dem Abendessen mit dem Waschen beginnen, danach die Zähne putzen, dann den Pyjama anziehen, etwas vorlesen und in den Schlaf finden. Oft helfen kleine Tricks, um dem Kind das Putzen spielerisch näherzubringen.

Mit Musik putzen ist hier eine Möglichkeit. Musik kann motivieren und gibt auch den zeitlichen Rahmen vor. Ist das Lied zu Ende, sind die Zähne sauber. Kindgerechtes Equipment sollte zum Putzen immer zur Verfügung stehen. Eine eigene Zahnbürste in der Lieblingsfarbe oder mit dem Lieblingstier/der Lieblingscomigfigur machen Lust darauf, diese auch zu nutzen. Hier gibt der Handel direkt eine Altersempfehlung für die unterschiedlichen Zahnbürsten und Zahncremes mit auf den Weg. Kinder lernen durch Nachahmen, deshalb ruhig gemeinsam putzen oder dazu ein Buch anschauen, in dem das Zähneputzen kindgerecht erklärt wird. Je eher sich das Zähneputzen etabliert, desto eher wird es zu einer nachhaltigen Routine.

Was sind die häufigsten Fehler, die Kinder und Jugendliche beim Putzen machen – und wie lassen sie sich vermeiden?

In der Praxis sehen wir, dass Kinder oft zu früh vollständig alleine für ihre Zahngesundheit verantwortlich sind. Das führt oft zu unregelmäßigem und zu kurzem Putzen der Zähne. Auch sehen wir, dass die Beläge häufig am Übergang von Zahn zu Zahnfleisch zu finden sind und die Zahnzwischenräume bei der Reinigung nicht berücksichtigt werden. Die Putztechnik ist also oftmals falsch. Die Zahnbürste wird häufig nur hin- und hergeschrubbt. Bei der Kinderprophylaxe lernen die Kinder die richtige Putztechnik



kennen und können diese dann zu Hause anwenden. Das sollte dann durch die Eltern kontrolliert werden.

Außerdem kommt es oft vor, dass die falsche Menge Zahnpasta (entweder zu viel oder zu wenig dem Alter entsprechend) sowie ein nicht altersgerechter Fluoridgehalt angewendet werden.

Ab wann macht es Sinn, auf elektrische Zahnbürsten oder Zahnseide zurückzugreifen?

Es lässt sich nicht pauschal sagen, dass immer alle Kinder mit einer elektrischen Zahnbürste besser putzen als mit einer manuellen. In der Praxis sehen wir trotzdem häufig, dass mit einer elektrischen Zahnbürste bessere Resultate erzielt werden. Das muss jede Patientin und jeder Patient herausfinden, mit welcher Zahnbürste die besseren Ergebnisse zu erzielen

sind. Theoretisch ist die Anwendung einer elektrischen Zahnbürste ab dem dritten Lebensjahr möglich.

Auch Zahnseide sollte in Abhängigkeit von den Zahnzwischenräumen angewendet werden. Manche Zwischenräume sind sehr eng, sodass die Nutzung von Zahn-

seide sehr wichtig ist, um diese sauber zu halten. Theoretisch wird die Nutzung von Zahnseide ab dem vierten Lebensjahr empfohlen. Sind vorher schon sehr enge Zwischenräume vorhanden, kann dies aber variieren. Sind die Zwischenräume sehr breit, macht es Sinn, das Kind trotzdem schon langsam daran zu gewöhnen, sodass die Zahnseide in die Zahnpflegerroutine mit aufgenommen wird.

Welche frühen Anzeichen für Zahn- oder Kieferfehlstellungen sollten Eltern kennen?

Es gibt die sogenannten orofazialen Dyskinesien. Darunter versteht man eine reflexartige, unwillkürliche muskuläre Fehlfunktion. Diese unphysiologischen Bewegungsabläufe können dann zu Dysgnathien (Fehlstellung der Kiefer und/oder Zähne) führen. Die Eltern können

„Spiel, Spaß und Routine sind die besten Lehrer für eine gute Mundgesundheit“

hier auf Folgendes achten: Daumenlutschen ist bis zum dritten Lebensjahr akzeptabel. Manche Kinder zeigen ein viszerales Schluckmuster. Dabei legt sich die Zunge beim Schlucken zwischen die Zähne und nicht an den Gaumen. Dieses Schluckmuster sollte im zweiten bis vierten Lebensjahr aber angepasst sein. Kinder, die häufig Zungenpressen oder Lippenbeißen zeigen, haben eine Tendenz zu einer späteren Zahnfehlstellung. Auch solche mit habitueller Mundatmung neigen zu späteren Problemen. Nur 20 Prozent der Kinder, die dauerhaft durch den Mund atmen, tun dies durch eine eingeschränkte nasale Luftpassage. Um frühe Befunde zu diagnostizieren ist es wichtig, regelmäßige Zahnarztbesuche wahrzunehmen.



Ab dem ersten Milchzahn sollten Eltern zweimal täglich beim Zähneputzen helfen

Wie wirken sich Daumenlutschen, Schnuller oder Mundatmung auf die Zahnstellung und Mundgesundheit aus?

Ein persistierender Lutschhabit kann, in Abhängigkeit von Dauer und Intensität, zu verschiedenen Abweichungen des Kieferwachstums und der Zahnstellung führen. Dazu gehören zum Beispiel der frontal offene Biss, die Rücklage des Unterkiefers, Sigmatismus (Lispeln) und vieles mehr.

Gibt es Maßnahmen, mit denen man Fehlstellungen vorbeugen kann, oder entstehen sie meist genetisch bedingt?

Ja, unter der sogenannten kieferorthopädischen Prophylaxe versteht man alle geeigneten Maßnahmen, die einer Entstehung oder stärkeren Ausprägung von Kiefer- oder Zahnfehlstellungen entgegenwirken. Dazu gehören zum Beispiel das Abstellen von Dysfunktionen oder Habits wie das Daumenlutschen und die Behandlung von vorzeitigem Milchzahnverlust. Genetisch bedingt können aber zum Beispiel Lippen-Kiefer-Gaumenspalten sein, die eine kieferorthopädische Therapie unumgänglich machen, sowie das Fehlen eines

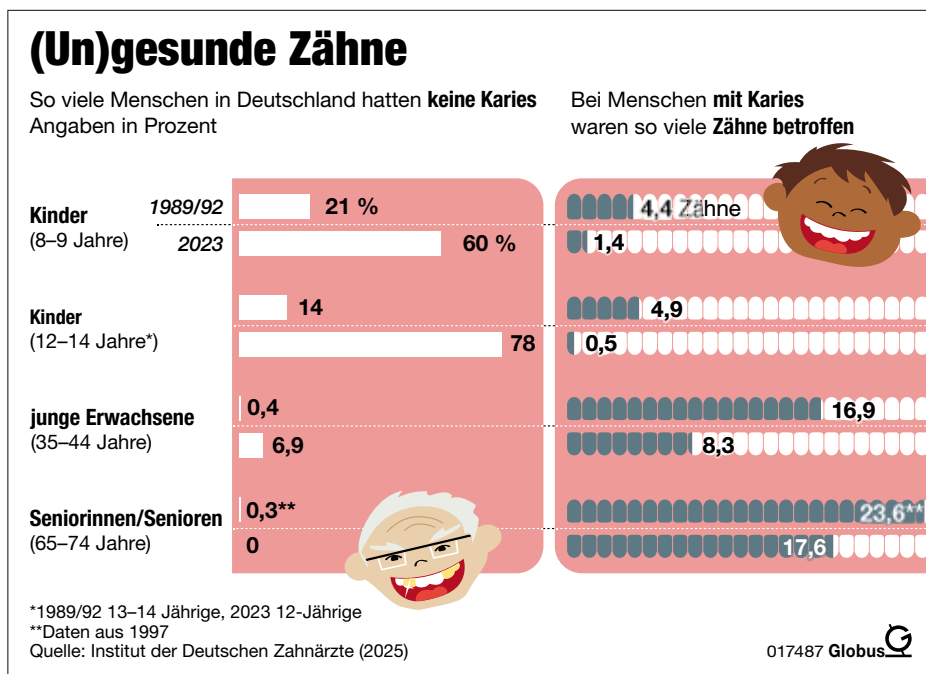
oder mehrerer Zähne (Aplasie/Oligodontie) oder auch Zahnfehlbildungen.

Ab welchem Alter ist eine kieferorthopädische Untersuchung sinnvoll, auch wenn noch nicht alle bleibenden Zähne da sind?

Es gibt Indikationen für eine kieferorthopädische Frühtherapie, die schon im Milchgebiss indiziert sind. Das sollte immer in Absprache und Kontrolle beim Zahnarzt befundet werden. Klassischerweise beginnt eine kieferorthopädische Therapie erst nach dem Zahnwechsel.

Viele Kinder haben Angst vor dem Zahnarzt. Haben Sie Tipps, wie Eltern ihre Kinder auf den Besuch vorbereiten können?

Wir Zahnärzte und Zahnärztinnen freuen uns, wenn der Besuch schon positiv vorbereitet wird. Oft erzählen Eltern im Vorhinein, dass es dort Spritzen gibt oder die Kinder keine Angst haben müssen. Die meisten Kinder wissen aber nicht, dass es Leute gibt, die Angst vor dem Zahnarzt haben. Sie hören dann nur „Spritze“ und „Angst“ und entwickeln dann natürlich Skepsis beziehungsweise die Angst vor dem Zahnarztbesuch. Am besten ist es, den Kindern von Anfang an ein gutes Gefühl für den Besuch zu vermitteln. Die eigene Angst möglichst nicht auf das Kind übertragen. Die Eltern sollten schon davor ruhig und zuversichtlich auftreten. Auch hier kann man frühzeitig beginnen, indem das Kind schon früh an den Besuch gewöhnt wird. Zu Beginn





Regelmäßige Zahnarztbesuche und Kontrollen helfen, Karies und Fehlstellungen rechtzeitig zu erkennen



wird ja meistens nur geguckt. So entsteht Vertrauen. Zu Hause kann der Besuch auch bereits spielerisch geübt werden. Es gibt auch Zahnärzte und Zahnärztinnen, die sich auf die Behandlung von Kindern spezialisiert haben.

Was passiert, wenn Zahnfehlstellungen nicht behandelt werden – gesundheitlich wie funktional?

Unbehandelte Zahn- und Kieferfehlstellungen sind nicht nur ein ästhetisches Problem, sondern können zu ernsthaften gesundheitlichen und funktionellen Beeinträchtigungen führen. Es kann zu einem erhöhten Karies- und Parodontitisrisiko kommen. Zähne und Kiefer können fehlbelastet werden, was zu einer ungleichmäßigen Bisslage führen kann. Dadurch kann es zu Zahnschäden wie übermäßigem Abrieb oder Zahnlockerungen sowie zu Kiefergelenkproblemen

„Gesunde Zähne fördern auch die körperliche Gesundheit und schonen das Immunsystem“

bis hin zu Kopf-, Nacken- und Rückenbeschwerden kommen.

Eine falsche Zahnstellung kann Auswirkungen auf das Kauen und Sprechen haben, sodass es zu Sprachfehlern oder Lautbildungsfehlern kommen kann. Dabei sind häufig die S-, Z- und Sch-Laute betroffen. Ebenso können unbehandelte Zahn- und Kieferfehlstellungen Auswirkungen auf die Atmung und die Körperhaltung haben. Beispiele sind Mundatmung statt Nasenatmung. Sie führt häufiger zu Infekten und Zahnfleischproblemen, auch Schnarchen oder Schlafstörungen können eine Folge davon sein.

In welchem Zusammenhang stehen gute Mundhygiene und Zahnstellung mit der allgemeinen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?

Mundhygiene und Zahnstellung sind eng mit der gesamten körperlichen, sprachlichen, psychischen und sozialen Entwicklung verbunden. Gesunde Zähne fördern die körperliche Gesundheit; chronische Entzündungen im Mund belasten das gesamte Immunsystem. Die richtige Zahn- und Kieferstellung unterstützt die sprachliche Entwicklung von Kindern. Gesunde Zähne ermöglichen ein beschwerdefreies und suffizientes Zerkauen von Nahrung und somit eine bessere Verdauung, außerdem stärken sie das Selbstbewusstsein und die soziale Entwicklung. Früh erlernte und beibehaltene Mundgesundheit kann einen positiven Einfluss auf die Allgemeingesundheit in Erwachsenenalter haben. So beugt sie nicht nur Karies vor, sondern schützt

auch vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes-Folgen oder systemischen Entzündungen im Erwachsenenalter – denn viele Krankheiten stehen in Zusammenhang mit oraler Gesundheit. ●

Interview: Sabrina Teske

DIE BUNDES-ZAHNÄRZTE-KAMMER EMPFIEHLT:

- Erster Milchzahn. Bis zwei Jahre: Reinigung zweimal täglich mit einer Kinderzahnpaste mit 0,10 Prozent (= 1.000 ppm) Fluorid in einer **reiskorn-großen Menge**
- Ab dem zweiten Geburtstag: Reinigung zweimal täglich mit einer Kinderzahnpaste mit 0,10 Prozent (= 1.000 ppm) Fluorid in einer **erbsengroßen Menge**
- Nach Durchbruch der ersten bleibenden Zähne (ca. sechstes Lebensjahr): Zahnreinigung zweimal täglich mit einer fluoridhaltigen Junior- oder Erwachsenenzahnpaste mit 0,15 Prozent Fluorid (= 1.450 ppm) erfolgen.

Wenn die Bauchwand reißt

Hernien gehören zu den häufigsten chirurgischen Erkrankungen. Vor allem Männer sind von diesen Eingeweidebrüchen betroffen – doch woran liegt das?

Hernien – das sind Brüche der Eingeweide. Umgangssprachlich spricht man je nach Verortung auch von Leisten-, Schenkel-, Narben- und Bauchnabelbruch. Genauer versteht man darunter den Austritt von Bauchorganen oder Gewebe durch eine Schwachstelle in der Bauchwand oder angrenzenden Strukturen. Dabei bildet sich meist ein sogenannter Bruchsack, der vom Bauchfell ausgekleidet ist und Teile des Darms, Fettgewebes oder anderer Organe enthalten kann. Die Bauchwand wird durch Muskeln, Faszien und Bindegewebe gestützt und schützt die inneren Organe. An bestimmten Stellen – etwa am Leistenkanal, Bauchnabel oder Zwerchfell – ist sie von Natur aus dünner. Dort können leichter Hernien entstehen.

Erworbene Ursachen sind vielfältig: Mit zunehmendem Alter kann das Bindegewebe schwächer werden. Auch chronischer

Husten, Verstopfung, Schwangerschaft, starkes Übergewicht (Adipositas) oder Flüssigkeitsansammlungen im Bauchraum (Aszites) erhöhen den Druck auf die Bauchwand. Narben nach Operationen können ebenfalls eine Schwachstelle bilden. Auch Verletzungen, Operationen oder eine angeborene Bindegewebsschwäche können dies begünstigen. Zusätzlicher Druck durch Husten, starkes Pressen oder schweres Heben erhöht das Risiko.

Die Symptome einer Hernie können sehr unterschiedlich sein. Häufig zeigt sich eine sichtbare oder tastbare Auswölbung, die beim Husten oder Pressen größer wird. Viele Betroffene berichten über ziehende Schmerzen sowie Druck- oder Brenngefühle in der betroffenen Region. Kommt es zu Komplikationen wie einer Einklemmung, treten plötzlich starke Schmerzen auf, oft begleitet von Übelkeit und Erbrechen. In schweren Fällen kann ein Darmverschluss

entstehen. Wenn Teile des Darms stranguliert werden – also nicht mehr ausreichend durchblutet sind – besteht die Gefahr, dass Gewebe abstirbt. Das kann zu einer Bauchfellentzündung und sogar zu einer lebensbedrohlichen Blutvergiftung (Sepsis) führen. Zwerchfellhernien äußern sich meist anders: Sie verursachen eher Beschwerden wie Sodbrennen, Rückfluss von Magensäure (Reflux) oder Schmerzen hinter dem Brustbein.

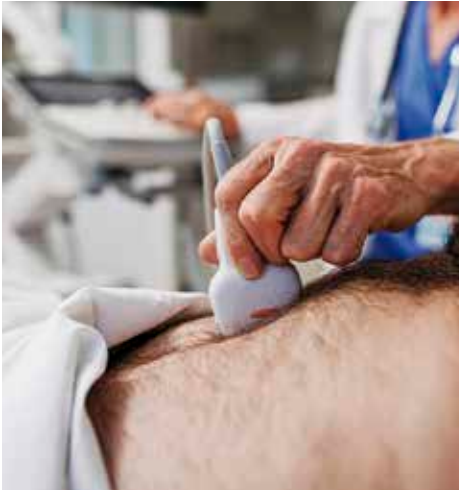
Die Diagnostik beginnt mit einer sorgfältigen Anamnese und der klinischen Untersuchung. Der Arzt inspiziert und palpiert die Bauchwand im Stehen und Liegen, oft unter Hustenstoß. Ergänzend wird die Sonografie eingesetzt, die als Standardverfahren gilt. Bei unklaren Befunden oder Verdacht auf innere Hernien kommen CT oder MRT zum Einsatz, bei Zwerchfellhernien auch Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel.

Bei Erwachsenen heilt eine Hernie in der Regel nicht von selbst. Deshalb ist eine Operation vonnöten. Dabei wird die Bruchstelle geschlossen und die herausgetretenen Organe wieder in den Bauchraum zurückgeführt. Je nach Situation kommen unterschiedliche Verfahren zum Einsatz. Bei offenen Methoden wird entweder die Bauchwand direkt vernäht (Shouldice-Technik) oder ein Kunststoffnetz eingesetzt, das die Bruchstelle stabilisiert (Lichtenstein-Technik). Schonende, minimalinvasive Verfahren wie die TEP (totale extraperitoneale Plastik) und die TAPP (transabdominelle präperitoneale Plastik) sind heute weit verbreitet. Sie ermöglichen eine schnellere Erholung und senken das Risiko, dass die Hernie erneut auftritt. In akuten Fällen, etwa wenn eine Hernie eingeklemmt ist (inkarzeriert), muss sofort operiert werden. Dabei kann es notwendig sein, abgestorbenes Darmgewebe zu entfernen, um schwerwiegende Komplikationen zu vermeiden.

Nach einer Operation ist die Aussicht auf Heilung meist sehr gut. Besonders moderne Verfahren mit Kunststoffnetzen zeigen eine niedrige Rückfallquote – weniger als fünf Prozent der Patientinnen und Patienten entwickeln erneut eine Hernie. Trotzdem können gelegentlich Komplikationen auftreten, etwa Infektionen, Flüssigkeitsansammlungen (Serome) oder anhaltende Schmerzen.

Um einem Rückfall vorzubeugen, ist es hilfreich, Übergewicht zu reduzieren, chronische Beschwerden wie Husten oder Verdauungsprobleme zu behandeln, schwere körperliche Belastungen zu ver-





Leichtes Ziehen oder Schwellungen im Bauchbereich sollten ernst genommen werden. Eine ärztliche Untersuchung klärt die Ursachen schnell ab

meiden und auf das Rauchen zu verzichten. Es gibt zwar keine Medikamente zur Vorbeugung, aber wer Risikofaktoren gezielt reduziert, kann das Risiko für eine erneute Hernie deutlich senken.

In Deutschland werden jedes Jahr mehr als 350.000 Hernien-Operationen durchgeführt. Besonders häufig betroffen sind Männer: Etwa 27 Prozent entwickeln im Laufe ihres Lebens eine Hernie, bei Frauen sind es rund drei Prozent. Ein Grund dafür ist die stärkere körperliche Belastung, der Männer oft ausgesetzt sind – etwa durch schweres Heben und Tragen im Beruf. Das erhöht den Druck im Bauchraum und begünstigt die Entstehung von Brüchen.

Am häufigsten treten Leistenbrüche auf – sie machen rund Dreiviertel aller Fälle aus und betreffen vor allem Männer. Dabei unterscheidet man zwischen direkten und indirekten Leistenhernien, je nachdem, ob sie innen (medial) oder außen (lateral) neben den Blutgefäßen liegen. Die Ursache ist meist keine plötzliche Verletzung wie das bekannte „Verheben“, auch wenn solche Belastungen den Bruch begünstigen können.

Bei Leistenbrüchen liegt die Ursache manchmal in einem nicht vollständig verschlossenen Scheidenhautfortsatz (Processus vaginalis), durch den die Hoden während der Entwicklung aus dem Bauchraum in den Hodensack wandern. Männer sind davon betroffen, da in diesem Bereich wichtige Strukturen wie der Samenstrang, Blutgefäße und Nerven durch die Bauchwand verlaufen. Diese anatomische Besonderheit macht die Region zu einer anfälligen Schwachstelle für die Entstehung eines Bruchs.

Schenkelhernien sind seltener, kommen aber häufiger bei Frauen vor. Sie gelten als besonders riskant, da sie leicht einklemmen können. Nabelhernien entstehen rund um den Bauchnabel und betreffen sowohl Babys als auch Erwachsene. Bei Säuglingen verschwinden sie oft von selbst, bei Erwachsenen ist meist eine Operation nötig. Narbenhernien bilden sich an früheren Operationsstellen, während epigastrische Hernien zwischen dem Nabel und dem Brustbein auftreten.

Zwerchfellhernien sind eine spezielle Art von Bruch, bei der Teile des Magens durch das Zwerchfell in den Brustraum rutschen. Je nach Verlauf unterscheidet man verschiedene Formen. Reponible Hernien lassen sich meist problemlos zurückschieben. Inkarzerierte Hernien sind eingeklemmt – der Inhalt steckt fest und kann nicht mehr zurückverlagert werden. Strangulierte Hernien sind besonders gefährlich: Die eingeklemmten Organe werden nicht mehr ausreichend durchblutet, was zu einem lebensbedrohlichen Zustand führen kann. ●

Stefan Bohlander

ARTEN DER HERNIEN:

Man unterscheidet äußere Hernien, die sich durch eine sicht- oder tastbare Vorwölbung bemerkbar machen, von inneren, bei denen sich Organe innerhalb der Bauchhöhle verlagern, ohne dass dies äußerlich sichtbar ist.

- **Epigastrische Hernie:** Eingeweidebruch in der Mittellinie des Oberbauchs
- **Leistenhernie:** Eingeweidebruch in der Leistengegend
- **Nabelhernie:** Eingeweidebruch in der Nabelregion
- **Narbenhernie:** Eingeweidebruch im Bereich einer Narbe nach einer vorangegangenen Operation
- **Parastomale Hernie:** Eingeweidebruch bei künstlichem Darmausgang, Hiatushernie
- **Schenkelhernie:** Spezielle Form des Leistenbruchs, die in den Oberschenkel zieht
- **Zwerchfellhernie:** an der Durchtrittsstelle der Speiseröhre in den Bauchraum

ANATOMISCHE BESONDERHEITEN DES LEISTENKANALS:

- Der Leistenkanal ist bei Männern eine natürliche Schwachstelle, weil hier der Samenstrang (mit Samenleiter und Gefäßen) vom Bauchraum in den Hodensack zieht.
- Während der Embryonalentwicklung wandern die Hoden aus der Bauchhöhle durch den Leistenkanal nach unten. Dabei bleibt eine potenzielle Lücke (Processus vaginalis), die sich nicht immer vollständig verschließt.
- Bei Frauen verläuft im Leistenkanal nur das dünne Mutterband (Ligamentum teres uteri), sodass die Öffnung kleiner und stabiler ist.

In Deutschland werden jährlich über 350.000 Hernien operiert

Altersversorgung neu gedacht

Anderen nahe zu sein, das Leben zu teilen und gute Beziehungen zu führen – das ist ein natürliches Bedürfnis. Mit zunehmendem Alter wird dies immer schwieriger. Im Saarland soll das **Konzept „Saar66“** der Vereinsamung entgegenwirken.

Babyboomer im Mittelpunkt: 2024 feierte der geburtenstärkste Jahrgang seinen 60. Geburtstag. Noch sind die „jungen Alten“ agil, kraftvoll und haben in allen gesellschaftlichen Bereichen eine tragende Rolle. Doch in 20 Jahren werden sie als größter Teil der Bevölkerung auf Hilfe angewiesen sein. Vermehrte Isolation und Einsamkeit, die das Alter mit sich bringt, bedeuten unter anderem Stress, der ernst zu nehmende gesundheitliche Folgen wie Schlafstörungen, Depressionen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach sich ziehen kann.

Hochrechnungen prognostizieren bereits in absehbarer Zeit eine augenscheinliche Diskrepanz zwischen Angebot an pflegerischen Leistungen und Nachfra-

ge, die von jüngeren Generationen nicht kompensiert werden kann, wie es im saarländischen Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit heißt. Allein im Saarland werde mit einem Anstieg von heute 72.000 pflegebedürftigen Menschen auf 77.000 in den kommenden zehn Jahren kalkuliert. Den Problemen, die das mit sich bringt, widmet sich das Ministerium mit dem Projekt „Saar66“, das Strukturaufbau und gesellschaftliche Bewegung gleichermaßen sein soll.

Das Programm konzipiere Altenhilfe neu und verbinde sie mit Seniorenpolitik, Gesundheitsförderung und Pflegepolitik zu einem wichtigen Teil der Versorgungsarchitektur – und all das innerhalb der Infrastruktur der Kommunen: vor Ort,

im Nahraum von Menschen im höheren und höchsten Lebensalter. Das sperrige Zauberwort lautet „age-friendly cities and communities“, also altersfreundliche Städte und Kommunen. Dabei handelt es sich um ein globales Netzwerk der Weltgesundheitsorganisation (WHO), das 2010 gegründet wurde. Das, was heute Pflege ist, sollen in Zukunft „Caring Communities“ sein, sorgende Gesellschaften.

Der saarländische Sozialminister Magnus Jung stellte „Saar66“ bereits im April 2024 vor. Im November 2024 fand ein Diskussionsforum statt. Am 29. April 2025 beschloss die saarländische Landesregierung im Ministerrat „Saar66“ dann als Landesstrategie. Seitdem können sich Städte und Gemeinden darum bewerben, Zuschüsse für ein sogenanntes „Zukunftsbüro66 – Unser Ort im Alter“ zu bekommen. Dieses soll durch eine Generationengestalterin oder einen Generationengestalter personalisiert werden. Die wiederum sollen mit den lokalen haupt- und ehrenamtlichen Akteurinnen und Akteuren einen Maßnahmenkatalog zum Auf- und Ausbau der altersfreundlichen Infrastruktur ihrer Gemeinde erarbeiten.

„Es sind bisher sieben Anträge bei uns eingegangen“, sagt Thomas Müller, Abteilungsleiter für Pflege und Senioren im Ministerium. „Darüber hinaus liegen uns weitere konkrete Interessenbekundungen in Form von Vorgesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gemeinden vor. Andere Gemeinden oder auch Träger der freien Wohlfahrtspflege schicken uns vorab einen Konzeptentwurf, um zu prüfen, ob ihr Modellvorhaben in die richtige Richtung geht und mit der Förderrichtlinie sowie den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, vereinbar ist.“ Dem Ministerium obliege die Bewertung der Anträge auf Förderfähigkeit aus fachlicher und zurechtensrechtlicher Sicht. Im Anschluss sei das Einvernehmen mit den gesetzlichen Krankenkassen und Pflegekassen sowie dem Bundesministerium für Gesundheit herzustellen.

Die erste Kommune habe zum August eine Generationengestalterin eingestellt und somit die Arbeit



im Rahmen des Modellvorhabens aufgenommen. Zwei weiteren Gemeinden sei eine Zusage zum vorzeitigen Maßnahmenbeginn zum 1. September beziehungsweise 1. Oktober erteilt worden. Außerdem liegen weitere Anträge auf vorzeitigen Maßnahmenbeginn zur Prüfung vor. „Es ist also davon auszugehen, dass bis zum Jahresende noch weitere Kommunen mit der Umsetzung ihres Modellvorhabens beginnen können“, erklärt Thomas Müller.

Bereits im Vorfeld hatte sich das Ministerium mit den Kommunen abgestimmt und nachgefragt, „wo der Schuh drückt“. Viele Kommunen verfügten bereits über haupt- oder ehrenamtliche Seniorenvertretungen, wie Seniorenbeiräte oder Generationenmoderatoren. Diese seien zusammengeschlossen in der Landesarbeitsgemeinschaft der kommunalen Seniorenbeiräte und -beauftragten (LAG KSB) und Teil des Landesseniorenbeirates des Saarlandes (LSB). „Die seniorenpolitische Fachabteilung fungiert als Geschäftsstelle des LSB und der LAG-KSB, sodass bei Mitgliederversammlungen der Gremien Bedarfe und Bedürfnisse in den jeweiligen Kommunen über die Seniorenvertretung an das Ministerium übermittelt werden“, so der Abteilungsleiter.

Zudem habe die Entwicklung des Landesprogramms „Saar66“ in einem breit angelegten partizipativen Prozess stattgefunden. Thomas Müller sagt: „Bei den Veranstaltungen wurden in Workshops gemeinsam Vorschläge erarbeitet, um die Herausforderungen des demografischen Wandels in Chancen umzuwandeln und innerhalb von saarländischen Kommunen innovative und seniorenfreundliche Strukturen zu schaffen. Diese Ideen sind in die Ausarbeitung der Konzeptionierung der Landesstrategie ‚Saar66‘ eingeflossen.“

Die Finanzierung sei durch eine Neuregelung von §123 SGB XI gesichert, womit der Gesetzgeber im Rahmen des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes (PUEG) eine bundesweite Fördermöglichkeit geschaffen habe. Die Finanzierung erfolgt hauptsächlich aus Bundes- und Landesmitteln. Von 2025 bis 2028 stellt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Ländern jährlich Fördermittel in Höhe von bis zu 30 Millionen Euro zur Verfügung.

„Die Aufteilung dieser Mittel erfolgt gemäß dem Königsteiner Schlüssel“, so Thomas Müller, „und bedeutet für das Saarland, dass jährlich Mittel in Höhe von 359.481 Euro aus dem Ausgleichsfonds



Gemeinsames Kochen schafft Nähe und hilft älteren Menschen, den Alltag selbstbestimmt zu gestalten

durch das Saarland abgerufen werden können. Zuzüglich des verpflichtenden Kofinanzierungsanteils stehen somit rund 720.000 Euro jährlich für Modellvorhaben zur Verfügung. Dabei wird für jedes Modellvorhaben pro Gemeinde mit einer Gesamtsumme von bis zu 60.000 Euro kalkuliert. Derzeit wurden noch keine Mittel abgerufen, da wir uns noch am Anfang der Umsetzungsphase befinden.“

SAAR66 – AUF EINEN BLICK:

Durch die Förderung aus dem Ausgleichsfonds regionalspezifischer Modellvorhaben zur Entwicklung von Maßnahmen und Strukturen vor Ort und im Quartier (gemäß §123 SGB XI) sollen Pflegebedürftige, Angehörige und vergleichbar Nahestehende unterstützt werden. Die

Förderung aus dem Ausgleichsfonds dient insbesondere dazu,

- die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu erleichtern,
- den Zugang zu den vorhandenen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu verbessern,
- die Pflegeprävalenz positiv zu beeinflussen,
- den Fachkräftebedarf zu decken sowie ehrenamtliche Strukturen aufzubauen,
- eine bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes zu unterstützen,
- Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements auf- und auszubauen und zu stabilisieren,
- innovative Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität zu entwickeln oder
- die Pflegeangebote untereinander digital zu vernetzen.

Unter dem Dach der Landesstrategie können die einzelnen Modellvorhaben der Gemeinden subsumiert werden. Dementsprechend wurde mit „Saar66“ ein Konzept verfasst, dessen inhaltliche Ausrichtung dem Gesetz sowie den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zu den gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier nach § 123 Abs. 3 SGB XI entspricht und im Einvernehmen mit den saarländischen Kranken- und Pflegekassen, dem LKT sowie dem SSGT des Saarlandes verabschiedet wurde. ●

Stefan Bohlander



Magnus Jung, Sozialminister des Saarlandes, setzt sich für bessere Pflegeangebote und das Konzept ein



KLEINE SIEGE ZÄHLEN

Die Krankheit verändert nicht nur das Gedächtnis, sondern ganze Lebenswelten. Die **Alzheimer-Forschung** bringt neue Hoffnung durch Blutmarker, Künstliche Intelligenz und gezielte Therapie. Doch trotz aller Fortschritte bleibt der Alltag die größte Herausforderung.

Von *Dr. Dirk Förger*

Zuerst sind es Kleinigkeiten: ein vergessener Name, ein verlegter Schlüssel – und wo steht noch mal das Auto? Dann werden die Unsicherheiten größer. Für die Betroffenen selbst ist es der Verlust vertrauter Selbstverständlichkeit, der sie belastet. Für die Angehörigen ist Alzheimer eine permanente Gratwanderung zwischen Fürsorge, Trauer und organisatorischer Überforderung. Häufig sind die pflegenden Personen am Ende selbst gesundheitlich angegriffen.

Was viele nicht wissen: Die Krankheit, die im Alltag so eindeutig wirkt, ist aus biologischer Sicht ein kompliziertes, vielschichtiges Phänomen. Veränderungen im Gehirn beginnen häufig schon Jahre, manchmal Jahrzehnte, bevor die ersten Symptome sichtbar werden. Vieles im Ablauf der Erkrankung ist noch nicht geklärt. Zwar entwickelt sich die wissenschaftliche Landschaft gerade rasant. So hat sich die Früherkennung verbessert, erste krankheitsmodifizierende Therapien für frühe Stadien sind vorhanden und die Pflege wurde optimiert. Aber bis heute gibt es keine Heilung. Und weil offensichtlich viele Faktoren an der Entstehung von Alzheimer beteiligt sind, ist es aus heutiger Sicht auch unwahrscheinlich, dass ein einzelnes Medikament das Problem lösen könnte.

WARUM ALZHEIMER SO SCHWER ZU BEHANDELN IST

Der aktuelle Stand der Forschung und Behandlung kann folgendermaßen zusammengefasst werden: Erfolge, aber keine Wunderheilung – Fortschritte, jedoch mit Einschränkungen. Das liegt vor allem daran, dass an der Alzheimer-Entstehung und Demenz-Entwicklung eine ganze Reihe von Prozessen beteiligt sind. Zusätzlich spielen verschiedenste innere und äußere Einflüsse eine Rolle. Wahrscheinlich ist bei Alzheimer nicht nur ein System gestört: Seit vielen Jahren sind Protein-Ablagerungen (Amyloid-Plaques) im Zusammenhang mit Alzheimer bekannt. Ein anderes Eiweiß, das verklumpt und dadurch das Gehirn schädigt, trägt den Namen Tau. Hinzu kommt, dass Menschen ganz unterschiedlich betroffen sein können – also individuell reagieren. So können Personen, die viel mehr Ablagerungen haben, weniger von Alzheimer betroffen sein als andere mit geringeren Ablagerungen. Genetische Anlagen, der Stoffwechsel, der Lebensstil, der Einfluss anderer Lei-



Zuwendung, Geduld und Verständnis sind oft die wirksamste Therapie

den und Umweltfaktoren können hier zusammenspielen.

In neuerer Zeit wird auch vermehrt untersucht, inwiefern Entzündungen den Schaden verschärfen, oder sogar ursächlich beteiligt sein könnten. Werden die Proteinablagerungen bei Alzheimer durch häufige Entzündungen angestoßen, ist beispielsweise eine Frage, die sich Forscher stellen. Letzteres führte bei einem Seminar für Laien sogar zur Frage: „Kann häufiger Sonnenbrand denn auch Alzheimer verursachen?“ (Denn letztlich ist Sonnenbrand nichts anderes als eine akute Entzündung der Haut.) In eine ähnliche Richtung geht die Frage: „Schadet Stadtluft dem Gehirn?“ Denn zunehmend wird auch Luftverschmutzung (unter anderem Feinstaub) als Faktor diskutiert, der langfristig entzündliche Prozesse im Nervengewebe fördert. Trägt also jemand, der in stark belasteten Regionen lebt, nicht alleine ein Herz- oder Lungenrisiko?

FORSCHUNGSHINTERGRUND

Bei all diesen Fragen muss die Wissenschaft noch dicke Bretter bohren. Um ein Beispiel aus der genetischen Forschung herauszugreifen: Eine bestimmte Genvariante (APOE4) erhöht das Risiko für Alzheimer deutlich. Aber sie macht nicht zwangsläufig krank. Damit ist sie ein Risiko-Baustein, aber kein Schicksalsurteil. Seltene andere genetische Veränderungen führen in manchen Familien zum frühen Ausbruch von Alz-

heimer. Allerdings liegt der Anteil dieser Betroffenen nur bei rund einem Prozent. Dagegen wurde zuletzt der Zusammenhang zwischen Stoffwechselstörungen und Alzheimer immer deutlicher. So haben Menschen mit Typ-2-Diabetes ein erhöhtes Demenzrisiko. Das wiederum rückt Insulinresistenz und zelluläre Energiestörungen in den Mittelpunkt der Forschung. Neue Arbeiten zeigen, dass Medikamente, die ursprünglich zur Behandlung von Diabetes gedacht waren (GLP-1-Agonisten) mit einem niedrigeren Demenzrisiko assoziiert sind.

MODIFIZIERBARE RISIKEN: VIELE FELDER ZUM ANPACKEN

Die Lancet-Kommission und andere große Übersichtsarbeiten belegen: Fast die Hälfte der Demenzerkrankungen könnten zumindest verzögert werden, wenn bekannte Risikofaktoren über die Lebensspanne angegangen würden. Dazu zählen Blutdruck, Diabetes, hohes LDL-Cholesterin, Hör- und Sehprobleme, mangelnde Bildung, Rauchen, Bewegungsmangel, Schlafstörungen und soziale Isolation. Das bedeutet, so langweilig es sich auch anhört: Ein gesunder Lebenswandel und frühzeitige Prävention könnten, wie in so vielen anderen Feldern der Medizin, im Kampf gegen Alzheimer helfen.

Ein weiterer Bereich ist die Früherkennung. Diese ist deshalb so wichtig, weil viele Therapien nur dann wirksam sind, wenn sie früh im Krankheitsprozess angewendet werden. Zum Nach-

FOTOS: GETTY IMAGES / KULKANN — GETTY IMAGES / AQUARTS STUDIO

weis von Amyloid braucht es aktuell noch teure und aufwendige Untersuchungen – beispielsweise den Einsatz von Tomografie (PET). Allerdings zeigen Bluttests in den vergangenen Jahren beeindruckende Fortschritte. Ein Protein-Fragment im Blut (eMTBR-tau243) korreliert stark mit Ablagerungen im Gehirn und mit dadurch verursachten Alzheimer-Symptomen. Solche „Marker“ können helfen, Personen zu identifizieren, die für bestimmte Therapien infrage kommen. Aber Vorsicht: Ein Bluttest allein reicht nicht! Diagnostik muss anschließend noch immer klinisch und bildgebend belegt werden. Es handelt sich also um erste Hinweise.

Gleichzeitig entwickeln Wissenschaftler datengetriebene Systeme: Smarthome-Sensorik, Wearables und Sprachanalysen, kombiniert mit KI, können selbst subtile Alltagsveränderungen detektieren. Dazu gehören unter anderem wachsende Unordnung bei der Haushaltsführung, veränderte Wege oder Schlafmuster. EU-geförderte Projekte wie „Serenade“ oder lokal verankerte Forschungsgruppen testen solche Verfahren in realen Wohnumgebungen.

**MEDIKAMENTE:
ZWISCHEN HOFFUNG,
VORSICHT UND REALITÄT**

Anti-Amyloid-Antikörper (Lecanemab und Donanemab), also Substanzen, die Ablagerungen eines der Alzheimer-Proteine (Amyloid) im Gehirn abbauen, können die Krankheit in frühen Stadien

verzögern. Klinische Studien haben eine Verlangsamung des Prozesses um etwa 25 bis 35 Prozent über 18 Monate nachgewiesen. Dies bedeutet, dass einige Hirnfunktionen kurz- bis mittelfristig länger erhalten bleiben. Wichtig ist: Diese Therapie ist kein Heilmittel. Sie kommt außerdem nur für eine eng definierte Patientengruppe infrage, verlangt aufwendige Kontrollen (unter anderem Bildgebung und Biomarker) und ist mit hohen Kosten verknüpft. Dennoch markiert die Zulassung in Europa 2025 einen Wendepunkt: Zum ersten Mal gibt es Therapien, die in den Krankheitsverlauf eingreifen – wenn auch nur begrenzt!

Gehirnablagerungen des zweiten charakteristischen Alzheimer-Proteins (Tau) korrelieren oft enger mit Gedächtnisverlust als Amyloid. Daher sind Tau-gerichtete Therapien ebenfalls ein aktives Forschungsfeld. Erste Antikörper zeigen vielversprechende Effekte, doch die klinische Wirksamkeit ist in vielen Studien noch nicht endgültig belegt. Immerhin zeigt sich, dass Tau-Blocker am besten wirken, bevor sich Tau-Ablagerungen großflächig etabliert haben. Letzteres ist wiederum ein Argument für eine sehr frühe Erkennung.

Da bei Alzheimer mehrere physiologische Pfade involviert sind, arbeiten Forscher ebenfalls an kombinierten Behandlungsverfahren: Amyloid- und Tau-Therapien plus entzündungshemmende Substanzen oder Modulatoren des Stoffwechsels. Auch Wirkstoffe, die ursprünglich für Herz-Kreislauf- oder



Die Alzheimer-Forschung arbeitet intensiv an neuen Wirkstoffen und Blutmarkern

Fettstoffwechsel-Störungen entwickelt wurden, zeigen in Studien deutlich Wirkung. Das Feld erinnert zunehmend an die Kombinationstherapien, wie sie in der Krebsbekämpfung und bei Aids eingesetzt werden. Parallel zur medikamentösen Forschung bleiben psychosoziale Interventionen, Ergotherapie, angepasste Umgebungsgestaltung und pflegerische Unterstützung. Diese sind sehr effektiv für die Lebensqualität von Betroffenen. Und oft genug sind sie praktischer und unmittelbarer wirksam als medikamentöse Ansätze.

**DZNE – DEUTSCHES ZENTRUM
FÜR NEURODEGENERATIVE
ERKRANKUNGEN**

Das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) beschäftigt sich, wie der Name schon sagt, mit dem Verfall von Zellen im Nervensystem. Daher forscht es neben Leiden wie ALS oder Parkinson auch an Alzheimer und anderen Formen von Demenz. Das DZNE arbeitet an mehreren Standorten und verbindet Grundlagen-, klinische und Versorgungsforschung.

Ein Schwerpunkt am DZNE war und ist die Entwicklung von Blutmarkern, die Schäden an den Verbindungen von Nerven sowie Tau-Ablagerungen abbilden können. So waren Forscherinnen und Forscher des DZNE an internationalen Studien beteiligt, die zeigten, dass



Rituale und vertraute Tätigkeiten geben Betroffenen Halt

FOTOS: GETTY IMAGES / CAROL YEPES — PICTURE ALLIANCE / SZ PHOTO
GETTY IMAGES / TEK IMAGE / SCIENCE PHOTO LIBRARY



**VERSORGUNGS- UND
PFLIEGEFORSCHUNG:
WITTEN, ROSTOCK UND
GREIFSWALD ALS ZENTREN**

Das DZNE forscht nicht nur im Labor und im klinischen Bereich, sondern auch direkt im Alltag von Menschen mit Demenz und deren Familien. Besonders hervorzuheben sind die Standorte Witten sowie Rostock/Greifswald, die sich intensiv der Versorgungs- und Pflegeforschung widmen. Ziel ist eine konkrete Verbesserung der Lebenssituation für Betroffene und deren Familien. Das Spektrum in diesem Feld reicht von besseren Beratungssystemen und speziellen Schulungsangeboten für Angehörige über Wohnumfeld-Optimierung bis zur Entwicklung partizipativer Forschungsformate.

Am Standort Witten lautet ein Leitsatz: Menschen mit Demenz sollen nicht nur Gegenstand der Forschung sein – vielmehr sollen sie aktiv mitforschen. Projekte wie „Dementia Leaders“ bilden dafür Betroffene, Angehörige und Versorgungspartner aus. So fließen deren Erfahrungen systematisch in die Studiengestaltung ein. Ein weiteres Projekt mit hohem Praxisbezug ist „RAUM!Erleben“. Hier werden Lebenswelten und Alltagsrealitäten von Menschen mit Demenz systematisch erhoben, um daraus konkrete Handlungsempfehlungen für die Förderung gesellschaftlicher Teilhabe zu entwickeln. Solche Forschung ist essenziell, weil sie jenseits von Pillen und Interventionen die Lebensqualität direkt beeinflusst – sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen und Pflegenden.

ein Protein (Beta-Synuclein) bei genetisch vorbelasteten Personen im Blut bis zu elf Jahre vor den ersten Symptomen von Alzheimer deutlich ansteigt. Außerdem korrespondieren diese Marker mit nachfolgenden Hirnveränderungen und einer Verschlechterung der Gedächtnisleistung. Solche Ergebnisse nähren die Hoffnung, dass künftig Routine-Bluttests genutzt werden könnten, um Betroffene für frühzeitige Interventionen zu identifizieren.

Der Standort Rostock/Greifswald hat einen klaren regionalen Bezug: Eine Aufgabenstellung lautet zum Beispiel, wie in strukturschwachen Regionen neue, übertragbare Versorgungsmodelle entwickelt werden können. Hier steht die Frage im Mittelpunkt, wie man Menschen mit Demenz und ihre Familien so unterstützen kann, dass eigenständiges Leben in der Heimatregion möglichst lange gelingt. Dies beinhaltet auch die Vernetzung mit Kommunen, Pflegekassen und lokalen Kliniken.

Zusätzlich forschen Teams in Rostock/Greifswald an Themen wie Belastung von Angehörigen, Versorgungslücken, Schulungsprogrammen für pflegende Angehörige und niedrigschwellige Beratungsangeboten. Es gibt Studien, die die Akzeptanz und Wirksamkeit regionaler Unterstützungsangebote evaluieren. Solche Forschung ist ein zentraler Baustein, damit künftig Medikamente, wenn sie verfügbar sind, auch wirklich bei den Menschen ankommen, die davon profitieren.

FAZIT UND BLICK NACH VORN

Die kommenden Jahre werden zeigen, ob die Kombination aus besseren Biomarkern, gezielteren Therapien und regionaler Versorgungsforschung die Hoffnungen erfüllt. Wichtige Fragen bleiben, wie zum Beispiel: Lassen sich Blutmarker zuverlässig bei Hausärzten in der Breite einsetzen? Können Kombinationstherapien größere klinische Effekte bringen? Oder wie sorgen wir dafür, dass ländliche Regionen und sozioökonomisch benachteiligte Gruppen nicht zurückbleiben? Antworten auf diese und viele weitere Fragen brauchen nicht nur Labore und Kliniken, sondern auch Versorgungsforschung und politische Entscheidungen.

Alzheimer ist nicht erledigt. Aber die Landschaft hat sich verändert: Blutmarker, KI-gestützte Früherkennung, erste krankheitsmodifizierende Therapien und praxisorientierte Versorgungsforschung geben Grund zur vorsichtigen Hoffnung. Für Betroffene und Angehörige heißt das: Es lohnt sich, informiert zu bleiben, Frühangebote zu nutzen und regionale Versorgungsnetzwerke einzubeziehen. Die zentrale Botschaft bleibt pragmatisch: Es gibt keinen schnellen Triumph, aber viele kleine Siege. Diese kleinen Siege bringen mehr Zeit! Mehr Zeit mit vertrauten Menschen, mehr Zeit für Betreuung, Fürsorge und gemeinsame Erinnerungen. Und in der Summe könnten sie schon heute einen Unterschied ausmachen. ●



Das DZNE gilt als führendes Forschungszentrum für Alzheimer und Demenz

„Das größte Problem bei Psoriasis ist die Stigmatisierung“

Etwa drei Prozent aller Menschen in Deutschland leiden unter Psoriasis, gemeinhin als **Schuppenflechte** bekannt. Wie sich dieses Erkrankungsbild zeigt, was sich dagegen unternehmen lässt und welche mentalen, körperlichen und gesellschaftlichen Probleme damit einhergehen weiß PD Dr. Thomas Rosenbach, Mitglied des Deutschen Psoriasis Bundes.

Interview: **Sabrina Teske**

Herr PD Dr. Rosenbach. Was genau ist Psoriasis eigentlich und wie äußert sich diese Erkrankung?

Also dieses schwer auszusprechende Wort heißt auf Deutsch Schuppenflechte. Das sind typischerweise münzgroße Stellen auf der Haut. Die sind verdickt und schuppen silbrig. Und die Schuppen lösen sich von der Haut. Trägt man zum Beispiel einen schwarzen oder dunkelblauen Anzug und hat die Schuppenflechte auf dem behaarten Kopf, dann sind die Schultern weiß, was natürlich auf einem dunklen Anzug nicht so schön aussieht. Und das führt zur Stigmatisierung und ist eines der Hauptprobleme bei der Schuppenflechte. Sie gibt es ja gerade an den sichtbaren Hautarealen wie Händen, an den Unterschenkeln oder Beinen. Wenn Frauen jetzt im Sommer einen kurzen Rock anziehen möchten, ist das der sichtbare Bereich. Das Ge-

sicht natürlich auch. Schon in der Bibel wurde die Schuppenflechte deshalb auch Aussatz genannt. Damit war die Lepra zum einen gemeint, aber auch die Schuppenflechte. Und es ist noch gar nicht so lange her um 1850 gab es das noch, zum Beispiel hier nebenan in Münster. Es gab vor den Toren der Stadt ein Leprosorium, also wo die Leprakranken und natürlich die Leute mit Schuppenflechte im Zweifelsfall genauso weggeschlossen wurden. Da waren sie hinter Schloss und Riegel. Das ist auch heute noch in der Bevölkerung drin, dass Schuppenflechte was Ansteckendes ist. Ist es natürlich nicht, aber viele Leute ekeln sich davor.

Kommt das denn besonders häufig in Deutschland vor, dass Menschen Schuppenflechte haben, oder ist das eine seltenere Erkrankung?

Schuppenflechte ist eine der häufigsten beziehungsweise die häufigste chronische

Hauterkrankung. Circa zwei bis drei Prozent der Bevölkerung haben das.

Und weiß man denn, was die Auslöser sind?

Ja, wie es so schön auf Medizinerdeutsch heißt, multifaktoriell. Da kommen ganz viele Sachen infrage. Das ist eine Autoimmunerkrankung, wahrscheinlich. Die Erkenntnisse, die ändern sich jährlich und alle Jahrzehnte. Aber nach heutigem Stand der Dinge ist es eine Autoimmunerkrankung, die durch weiße Blutkörperchen, in dem Fall die T-Lymphozyten, verursacht wird. Die reagieren auf ein unbekanntes Antigen. Das wissen wir ja alle seit Covid, was ein Antikörper ist beziehungsweise ein Antigen. Die erkennen im Körper eine Struktur, eine körpereigene Struktur, als fremd an und lösen dann diesen Prozess aus, der in Schuppenflechte endet. Es ist ja interessant, warum ich jetzt zum Beispiel an der einen Stelle Schuppenflechte und dann fünf Zentimeter weiter habe ich vollkommen normale Haut? Man sieht aus wie ein Streuselkuchen. Diese runden Flecken oder verdickten Stellen sind ja nicht überall. Gott sei Dank sind nicht 100 Prozent der Haut damit bedeckt. Solche Fälle gibt es auch, aber extrem selten. Ich habe das nur einmal im Leben gesehen, dass einer wirklich die ganze Haut mit Schuppenflechte voll hat.

Also es gibt schwere Verlaufsformen wie diese Ausnahmesituation, aber wahrscheinlich auch leichte Fälle, wo nur einzelne Areale bedeckt sind?

Also 75 Prozent der Schuppenflechte-Erkrankten haben eine Körperoberflächenbeteiligung unter zehn Prozent, wobei man rechnet, dass ein Handteller



PD Dr. Thomas Rosenbach wurde 1959 in Bochum geboren. Nach seinem Studium in Göttingen und Münster promovierte er 1986 zum Thema Schuppenflechte. Er ist Facharzt für Dermatologie, Venerologie und Allergologie. Seit 1995 habilitiert an der Charité Berlin. Im Jahr 1994 wurde er Mitglied im Deutschen Psoriasis Bund, für den er seit seinem Ruhestand im vergangenen Jahr weiter tätig ist.



der Person einem Prozent Körperoberfläche entspricht. Also zehn Handteller sind der Durchschnitt, mehr als das haben die wenigsten. Und bis dahin spricht man hier von einer leichten bis mittelschweren Schuppenflechte. Über zehn Prozent Körperoberfläche, da fängt die mittelschwere bis schwere Schuppenflechte an. Das ist die magische Grenze, immer. Unter zehn macht man meist eine topische (äußerliche) Behandlung. Über zehn Prozent Körperoberfläche sollte man systemisch behandeln, also innerlich, mit Tabletten, Spritzen und anderem.

Gibt es Zusammenhänge zwischen der Schuppenflechte und anderen Erkrankungen?

Etwa 25 Prozent der Menschen, die unter Psoriasis leiden, haben auch eine Psoriasis-Arthritis, eine Gelenkbeteiligung. Die gehört zur Psoriasis dazu. Also jeder Vierte.

Diese Psoriasis-Arthritis gehört in den Bereich der rheumatologischen Erkrankung. Dann gibt es aber noch andere Begleiterkrankungen. Man hat zum Beispiel ein vierfach erhöhtes Risiko, einen Morbus Crohn zu bekommen. Morbus Crohn ist eine entzündliche Darmerkrankung, die auch so ähnlich abläuft wie eine Schuppenflechte, vom Immunologischen her. Junge Menschen, die eine schwere oder mittelschwere bis schwere Schuppenflechte besitzen, haben ab dem 30. Lebensjahr ein dreifach erhöhtes Herzinfarktrisiko. Bei vielen Menschen mit Schuppenflechte spielt Übergewicht mit. Sie neigen zu Diabetes, erhöhten Blutfettwerten, also Triglyceriden, Cholesterin und erhöhtem Blutdruck. Das fasst man alles als metabolisches Syndrom zusammen. Das endet gerne in Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sprich Schlaganfall, Herzinfarkt und dergleichen mehr.

Das Immunsystem ist auf jeden Fall beteiligt und wenn ich aber vielleicht gute Phasen habe, kann es auch sein, dass es gar nicht auftritt? Oder ist es immer da?

Die Veranlagung zur Schuppenflechte, die hat man in sich drin, das ist genetisch bedingt. Und dann kommen die äußeren Auslösefaktoren, die Trigger, die das dann begünstigen können. Zum Beispiel Stress, ein Klassiker. Wenn man die Patienten fragt, wann war dann ihre Schuppenflechte besonders schlimm? Dann sagt zum Beispiel ein Akademiker, ja, als ich damals im Examen in meinem Studium war, das war ein ganz schlimmes halbes Jahr, wo ich für die Prüfung gelernt habe, und da blühte die Schuppenflechte richtig auf. Ältere Patienten, die sagen dann zum Beispiel, als mein Mann gestorben war, da ging es mit der Schuppenflechte erst richtig los. Auch kleinere Sachen im Beruf, die Stress machen, können zu neuen Akutphasen führen.

Was kann ich selbst präventiv tun?

Ja, bei manchen Patienten ist es sinnvoll, eine Rehabilitation zu machen. Hier lernen die Patienten zum Beispiel auf ihr Gewicht zu achten, dieses gegebenenfalls zu reduzieren. Alkohol ist ebenfalls ganz schlecht für die Schuppenflechte.

Wenn ein neuer Schub aufflammt, was mache ich?

Bei leichten Formen der Schuppenflechte ist der Goldstandard heute, ein Kombinationspräparat einzunehmen. Das enthält zum einen einen Kortisonanteil, zum anderen einen Vitamin-D3-Anteil. Und die beiden ergänzen sich super in der Wirkung und schwächen sich gegenseitig in der Nebenwirkung ab. Damit kriegt man das äußerlich ganz gut in den Griff. Das macht allerdings nur Sinn, wenn unter zehn Prozent der Körperoberfläche betroffen sind. Heute reden wir nicht mehr von der Psoriasis als Hautkrankheit, sondern wir nennen das jetzt die Psoriasiskrankheit. Das beinhaltet die Begleiterkrankungen noch mit, also die Gelenkbeteiligung, die entzündlichen Darmerkrankungen, das erhöhte Herzinfarktrisiko, das alles gehört zum Umkreis der Schuppenflechte. Und da kann man sich vorstellen, wenn ich das jetzt ausgeprägt habe, nutzt mir ja eine äußerliche Behandlung der Schuppenflechte gar nichts. Ich muss innerlich behandeln, wenn ich auch die Begleiterkrankung beeinflussen möchte.

Die Betroffenen leiden ja auch psychisch darunter. Gibt es Selbst-



Rückfettende Cremes beruhigen die Haut und können neue Schübe hinauszögern

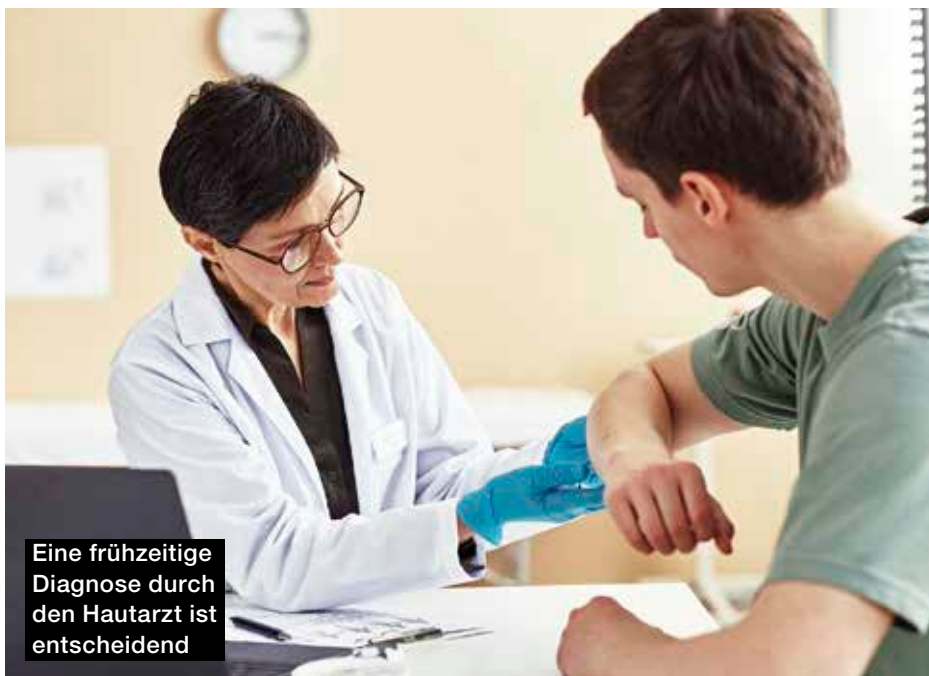


Juckreiz und Schuppen können den Alltag stark beeinträchtigen, sind aber gut behandelbar

hilfegruppen oder andere Therapie-möglichkeiten, die man dann auch in Anspruch nehmen kann?

Ja, die Stigmatisierung ist enorm. Bei Kindern oder in der Pubertät. Klassische Stellen für Schuppenflechte sind der Intimbereich, also bei Männern und Frauen im Schritt. Hier der ganze Bereich rot und schuppig. Jetzt stellen Sie sich mal vor Sie sind 18 Jahre alt und verliebt, was das beeinflusst. Da droht ein Schaden fürs Leben. 35 Prozent aller Betroffenen fühlen sich ganz stark in ihrer Sexualität beeinträchtigt. Sie können in der Freizeit nicht ins Schwimmbad oder ins Fitnessstudio gehen, weil ja alle anderen schräg gucken. In knapper Sportbekleidung sieht man alles. Klar, braucht man da schon vielleicht eine Selbsthilfegruppe oder eine andere Form von Therapie, um durch den Alltag zu kommen. Über die Selbsthilfe haben wir uns ja jetzt auch getroffen. Ich bin Mitglied im Vorstand des Deutschen Psoriasis-Bundes. Das ist die größte Selbsthilfe-Vereinigung im Bereich der Haut. Und wir sind in ganz Deutschland vertreten. Unsere Geschäftsstelle ist in Hamburg, aber wir sind mit unseren Regionalgruppen überall da, wo es Betroffene gibt. Hier trifft man sich einmal im Monat oder einmal im Vierteljahr und unterhält sich dann über Probleme, tauscht sich aus. Ein Klassiker ist zum Beispiel: Man geht zum Friseur, die Schuppenflechte ist ganz ausgeprägt auf der Kopfhaut. Da sagt der Friseur, Sie haben da einen Pilz auf dem Kopf, das ist ansteckend, ich schneide Ihnen nicht die Haare, bitte verlassen Sie meinen Salon. In der regionalen Selbsthilfegruppe sagt der eine zum anderen: Ja, dann geh mal zu meinem Friseur, bestellt einen schönen Gruß von mir, der kennt mich ja gut und sag, ich habe auch Schuppenflechte, so wie ich. Und dann ist einem schon mal geholfen. Die Regionalgruppen haben in den letzten Jahrzehnten Konkurrenz gekriegt durch das Internet. Aber es ist ein Unterschied, wenn ich jetzt im Internet gucke, sitze ich allein zu Hause vor meinem Bildschirm. In der Regionalgruppe habe ich ja den gegenseitigen sozialen Kontakt und auch den Zuspruch von den anderen, die, wenn ich jetzt down bin, versuchen, mich auch aufzurichten in der Gruppe. Das ist ja so eine gewisse Gruppendynamik und diese Unterstützung, das ist schon wichtig. Das sehen viele nicht.

Gibt es aktuelle Entwicklungen oder neue Forschungen?



Als ich promovierte, war mein Thema natürlich Psoriasis. Da waren wir als Forscher in der Schmutzedecke. Das interessierte keinen. Neurodermitis war so sexy. Da hat jeder drauf rumgeforscht. Für Schuppenflechte gab es vielleicht in Deutschland so fünf, sechs Mann, die beschäftigten sich da forschungsmäßig mit. Heute ist es genau umgekehrt. Weil wir ganz früh dabei waren mit der Entwicklung und Nutzung sogenannter Biologika, das sind Medikamente oder Antikörper, die gespritzt werden zur Behandlung der Krankheit. Für die Schuppenflechte kamen die ersten 2004 auf den Markt. Damit sind wir heute in der Lage, bei über 80 Prozent der Patienten, die eine mittelschwere bis schwere Schuppenflechte haben, nahezu 100 Prozent wegzukriegen. Das ist ein hervorragendes Ergebnis. Bei bestimmten Medikamenten kriegen wir mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Schuppenflechte fast komplett

Über 80 Prozent der Betroffenen erreichen nahezu erscheinungsfreie Haut

weg. Fast komplett heißt: Wenn ich jetzt mein Mikroskop zur Hand nehme, finde ich auf der Kopfhaut noch einige Schuppen oder in der Ohrmuschel, mit bloßem Auge kaum erkennbar.

Ist das individuell abgestimmt, die Art der Behandlung, oder ist es einfach ein Standardmedikament, was man dann gibt?

Nein, wir haben 16 verschiedene Biologika die zur Behandlung der Haut zugelassen sind. Da kommen auch ständig neue dazu. Hier muss man schon individuell gucken. Eine Kardinalfrage ist: Habe ich eine Gelenkbeteiligung oder keine? Bei den Biologika oder überhaupt bei den Systemtherapien gibt es welche, die wirken auch auf die Gelenke, und es gibt welche, die wirken nicht oder auch nur schlecht auf die Gelenke. Und habe ich jetzt einen starken Gelenkbefall, muss ich natürlich ein wirksames Medikament nehmen, was gut die Psoriasis-Arthritis behandelt, und nicht ein Medikament, was das so ein bisschen mitbehandelt, aber das ist es auch. Und dann kommt noch die Frage hinzu: Was habe ich sonst noch an Krankheiten? Habe ich zum Beispiel eine Herzinsuffizienz, dann sollte man keinen Antikörper gegen TNF-alpha, das ist so ein Entzündungsmediator, nehmen. Der kann die Herzkrankheit verschlechtern.

Wenn ich jetzt Schuppen auf meiner Haut feststelle, wo wäre meine erste Anlaufstelle?

Ein Hautarzt. Der stellt dann die Diagnose und behandelt. In der Realität machen es natürlich auch viele Hausärzte, aber der Profi ist natürlich der Hautarzt.

Wenn ich jetzt betroffen bin im Alltag, worauf sollte ich da achten?

Also erst mal auf die Ernährung. Sich gesund ernähren. Es gibt keine spezielle Diät. Mediterrane Ernährung kann helfen, viel Salat, Gemüse und leichte Kost und weniger Fleisch. Ganz wichtig: viel Bewegung. Man sollte zusehen, dass man am Tag über 10.000 Schritte kommt. Auch mal das Auto stehen lassen und zu Fuß einkaufen gehen oder seine Besorgungen machen. Eine Basistherapie ist ebenfalls wichtig. Mit Pflegecremes, die die Haut rückfetten. Hier reichen ganz handelsübliche Sachen aus dem Supermarkt aus. Es muss jetzt nichts Spezielles sein. Hauptsache, man pflegt sich. Eine gepflegte Haut braucht länger, bis die Schuppenflechte wiederkommt. Also das Rezidiv, wenn es wieder hochkommt. Entspannungsübungen wie Yoga oder Meditation sind hilfreich. Wenn man jetzt in einer kritischen Situation ist, setzt man sich mal zwei Minuten hin, atmet tief durch, so wie der Volksmund das sagt, das ist ja auch richtig, entspannt sich, und dann auf einmal geht es auch wieder besser. Damit habe ich es dann im Griff. Weggehen wird es nie richtig. Eine chronische Erkrankung bleibt. Manchmal gibt es Verläufe im Alter, so ab 80 irgendwann, da wird es besser, weil das Immunsystem sich umstellt. Aber im Regelfall schlägt man sich ein Leben lang damit rum. Das heißt auch bei den



Eine ausgewogene, mediterrane Ernährung wirkt entzündungshemmend

Therapien, die sind lebenslanglich. Sobald man die Tabletten oder Spritzen absetzt, verschlechtert sich das Hautbild wieder.

Dauertherapien wie diese klingen nach vielen Nebenwirkungen. Womit ist da zu rechnen?

Konventionelle Medikamente haben so ihre Tücken. Zum Beispiel Methotrexat, da muss man die Leber im Auge behalten. Es gibt das Medikament Ciclosporin, das kommt aus der Transplantationsmedizin, das verhindert Organabstoßungen. Das ist auch gut bei der Psoriasis, aber es erhöht stark die Rate an Hautkrebs. Und die Menschen, die haben ja auch viel UV-Licht als Therapie gehabt. Also, das ist

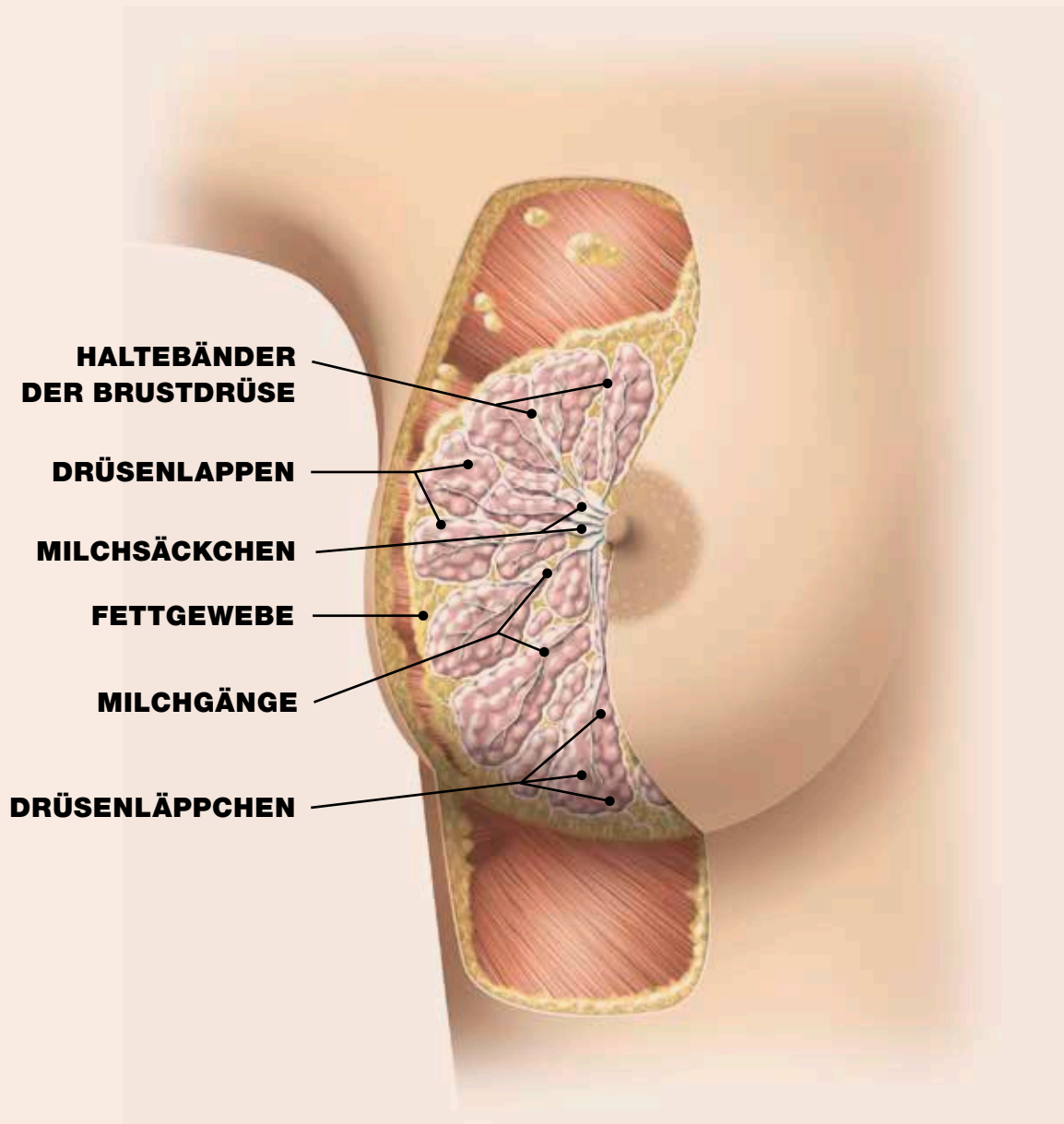
nicht so eine gute Idee. Die Nebenwirkungen nehmen im Laufe der Jahre zu. Je länger ich das nehme, gehen die Inhaltsstoffe so langsam aber sicher irgendwann auch mal an die Nieren. Da gibt es heute viel bessere Alternativen. Das sind dann diese Biologika. Die sind sehr nebenwirkungsarm. Und die sind auch sehr gut erforscht, weil wir sie seit 2004 in der Dermatologie nutzen. Wir haben ein nationales Psoriasis-Register in Hamburg. Da sind ganz viele Patienten erfasst, also Tausende pro Präparat. Da werden die ganzen Nebenwirkungen registriert. Da haben wir also ausreichend Daten, um die Sicherheit beurteilen zu können. Und da stellt man dann fest: Da ist nichts Wesentliches. Also es gibt keine so gut erforschte Medikamentengruppe beziehungsweise dokumentierte Medikamentengruppe wie die der Biologika. Die Langzeitdokumentation liegt aktuell bei 25 Jahren. Wenn jetzt nichts aufgetreten ist, zum Beispiel an Krebs, dann kommt auch nichts mehr und es gibt grünes Licht. ●



Selbsthilfegruppen bieten Verständnis, Mut und praktische Tipps für den Alltag

Übungen zur Entspannung wie Yoga oder Meditation sind sehr hilfreich

DIE WEIBLICHE BRUST



Die **weibliche Brust** (lateinisch Mamma) besteht aus der Brustdrüse (Glandula mammaria) und einem bindegewebigen Stroma, das Fettgewebe enthält. Sie umfasst bis zu 20 Einzeldrüsen (Lobi). Diese münden jeweils mit einem eigenen Ausführungsgang auf der Brustwarze (Papilla mammaria). An den Enden dieser verzweigten Ausführungsgänge sitzen Endstücke. Diese Endstücke sind in Gruppen (Lobuli) angeordnet. Während einer Schwangerschaft, der biologischen Hauptfunktion der weiblichen Brust, wird das Drüsengewebe zur laktierenden

Brustdrüse umgebaut. Neben der biologischen Funktion ist die Brust ein sekundäres Geschlechtsmerkmal und löst einen sexuellen Reiz auf potenzielle Partner aus. Vor allem die Brustwarzen gehören zu den spezifischen erogenen Zonen – teilweise auch bei Männern. Die Brust befindet sich unter der Haut, auf dem großen und dem kleinen Brustmuskel. Sie erstreckt sich von der zweiten bis zur siebten Rippe. Weibliche Brüste gibt es in unterschiedlichen Größen und Formen. Dies hängt sowohl von genetischen Faktoren, als auch vom individuellen

Anteil an Fett- und Bindegewebe ab. Hormonelle Schwankungen während des Monatszyklus oder hormonelle Veränderungen während der Schwangerschaft haben großen Einfluss auf den Umfang der Brust.

Bereits im embryonalen Entwicklungsstadium entsteht bei beiden Geschlechtern die Anlage zur Brustdrüse. Während der Pubertät kommt es durch hormonelle Veränderungen zur Brustentwicklung bei Mädchen. Mit fortschreitendem Alter und einem Abbau von Fett- und Bindegewebe verändert sich die Form und Größe der Brust, sie erschlafft.

HAUS DER HITZE

Zwischen Hitze und Ruhe entfaltet sich eine jahrtausendealte Kunst der Reinigung. Der **Hamam** verbindet römische Thermenkultur mit orientalischer Ritualpraxis.

Feuchtigkeit hängt in der Luft, dicht und weich wie ein Schleier, der alles umhüllt. Der Steinboden ist warm und über den Kuppeln ziehen langsam feine Schwaden von Dampf, die sich im Licht brechen, das durch kleine runde Öffnung in der Decke fällt. Das Geräusch von fließendem Wasser hallt in der Ferne wider, begleitet von leisen Tropfen, das den Rhythmus dieses Ortes bestimmt.

Der Hamam gehört zu den ältesten noch praktizierten Formen der Körper- und Seelenpflege. In seiner heutigen Gestalt ist er das Ergebnis einer langen kulturellen Entwicklung, die sich über mehrere Jahrtausende und über ganze Kontinente erstreckt. Die Bezeichnung entstammt dem Arabischen hammām, das sich vom Verb hamma ableitet, was „erhitzen“ oder „wärmen“ bedeutet. Das verweist bereits auf das zentrale Element des Rituals: die Wärme als Mittel der Reinigung, Entspannung und Regeneration.

Historisch lässt sich die Entwicklung des Hamam bis in die römische Antike

zurückverfolgen. Bereits im ersten Jahrhundert v. Chr. existierten in Rom komplexe Badeanlagen, die nicht nur der Körperpflege, sondern auch der sozialen und kulturellen Begegnung dienten. Mit der Ausbreitung des Römischen Reiches gelangte diese Badekultur in den gesamten Mittelmeerraum, bis nach Nordafrika, Syrien und Kleinasien. Nach dem Zerfall des Reiches blieben viele dieser Thermen bestehen und bildeten die Grundlage für die spätere islamische Badekultur. Die islamische Expansion ab dem siebten Jahrhundert n. Chr. führte dazu, dass die Idee des Bades in den neuen städtischen Zentren des Kalifats, von Damaskus und Bagdad bis Kairo und Cordoba, erneut aufgegriffen wurde. Hier verschmolzen römische, persische und byzantinische Einflüsse mit islamischer Spiritualität und Ritualpraxis.

In der islamischen Welt erhielt das Bad eine doppelte Bedeutung. Zum einen war es ein Ort der körperlichen Reinigung, die im religiösen Kontext eine wichtige Rolle spielt. Die islamische Rechtslehre unterscheidet zwischen kleiner und großer ritueller Reinheit (wudū und gusl), die beide durch Wasser vollzogen werden. Der Hamam wurde so zu einem zentralen Bestandteil des Alltags, der die Vorbereitung auf das Gebet und die Teilnahme am religiösen Leben erleichterte. Zum anderen war er ein Ort der sozialen Begegnung. In Städten des Mittelalters, insbesondere in den Metropolen des Osmanischen Reiches wie Istanbul, Aleppo, Kairo oder Marrakesch, befanden sich Hamams häufig in unmittelbarer Nähe von Moscheen, Märkten oder Karawansereien. Archäologische Funde und osmanische Stadtpläne zeigen, dass in großen Städten oft Dutzende solcher Badehäuser existierten, was ihre gesellschaftliche Bedeutung verdeutlicht.

Die Architektur des Hamam folgte dabei in der Regel einem durchdachten thermischen und räumlichen Konzept.



Jede Zeremonie im Hamam beginnt mit Wasser

Typisch war die Abfolge mehrerer Räume mit unterschiedlichen Temperaturen. Der Eingang führte in den sogenannten cemenkan, einen Vorraum zum Ausruhen und Umkleiden, der häufig von einer Kuppel überdacht war. Es folgten der lauwarmer Raum (ılıklık), der heiße Raum (hararet) und schließlich der eigentliche Dampfraum, in dessen Zentrum sich meist ein beheizter Marmorstein, der göbek taşı (Bauchstein), befand. Die Wärme wurde über ein unterirdisches Heizsystem, das hypocaustum, erzeugt. Die Räume waren so angeordnet, dass die Temperatur allmählich anstieg, wodurch der Kreislauf geschont und der Körper langsam auf die intensive Hitze vorbereitet wurde.

Die soziale Funktion des Hamam ging weit über die körperliche Pflege hinaus.



Historische Berichte, etwa aus Reisebeschreibungen des 16. und 17. Jahrhunderts, schildern den Hamam als Ort des Gesprächs, des Handels und der Geselligkeit. Frauen nutzten ihn als Raum der Gemeinschaft, in dem Neuigkeiten ausgetauscht, Ehen arrangiert oder Feste vorbereitet wurden. Für Männer war der Hamam oft eine Verlängerung des öffentlichen Lebens, ein Treffpunkt für Diskussionen und Verhandlungen. Der französische Orientalist Jean-Claude David bezeichnete den Hamam treffend als „eine Institution zwischen Hygiene und Gesellschaft“, in der sich die Werte der Gemeinschaft, Reinheit, Gastfreundschaft und Ordnung, räumlich manifestierten.

Im Verlauf der Neuzeit erfuhr der Hamam eine langsame Transformation. In

Europa verlor die öffentliche Badekultur nach dem Mittelalter an Bedeutung, während sie im Nahen Osten und in Nordafrika bis in die Gegenwart fortbestand. Mit dem Beginn des Kolonialzeitalters im 19. Jahrhundert entdeckten europäische Reisende und Künstler den Hamam

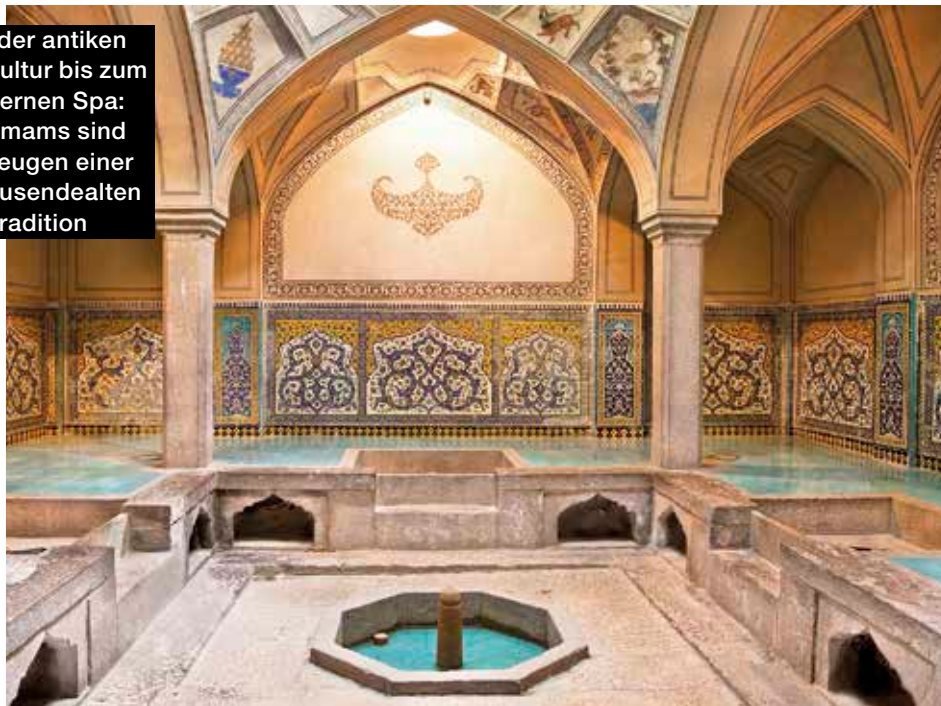
„Eine Institution
zwischen
Hygiene und
Gesellschaft“

als exotisches Motiv, das in der Malerei und Literatur, etwa bei Ingres, Delacroix oder Gérôme, eine idealisierte, oft erotisierte Form fand. Zugleich begannen Ärzte und Hygieniker, die physiologischen Vorteile des Dampf- und Schwitzbades wissenschaftlich zu untersuchen. Die Verbesserung der Hautdurchblutung, die Stärkung des Immunsystems und die psychische Entspannung durch Wärme und Feuchtigkeit wurden schon damals empirisch beschrieben.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde der Hamam schließlich zu einem globalen Symbol für orientalisches Wohlbefinden. Mit der Ausbreitung des Wellness-Begriffs in den 1980er- und 1990er-Jahren begann eine kulturelle Aneignung dieser Tradition, die den Ha-



Von der antiken Badekultur bis zum modernen Spa: Hammams sind Zeitzeugen einer jahrtausendealten Tradition



mam in neue architektonische und ästhetische Kontexte überführte. Heute finden sich Hamams nicht nur in Istanbul oder Marrakesch, sondern auch in Paris, Berlin, Zürich oder Wien. Moderne Spa-Architektur greift die klassischen Elemente auf, die Abfolge der temperierten Räume, die Verwendung von Naturstein und Marmor, die beruhigende Wirkung des gedämpften Lichts und verbindet sie mit westlichen Konzepten von Entspannung und Gesundheit.

Ein typischer Ablauf im zeitgenössischen Hamam folgt noch immer der klassischen Struktur. Nach einer Phase der Erwärmung im lauwarmen Raum folgt ein intensiver Aufenthalt im heißen Dampfraum, wo die Poren sich öffnen und die Haut gereinigt wird. Anschließend wird der Körper mit einem speziellen Peelinghandschuh, dem Kese, abgerieben, bevor eine Einseifung mit schwarzer Olivenölseife, der sogenannten Savon noir, erfolgt. Diese Seife enthält einen hohen Anteil unverseifter Öle und wirkt sowohl reinigend als auch rückfettend. Nach einer abschließenden Massage mit ätherischen Ölen folgt eine Ruhephase im kühlen Raum, die den Kreislauf stabilisiert und den Übergang zurück in die äußere Welt vorbereitet. Der gesamte Prozess dauert meist zwischen ein und zwei Stunden.

Aus gesundheitlicher Sicht bietet der Hamam eine Vielzahl positiver Effekte. Die hohe Luftfeuchtigkeit von bis zu

hundert Prozent bei Temperaturen zwischen 40 und 50 Grad Celsius bewirkt eine Erweiterung der Blutgefäße, fördert die Sauerstoffversorgung der Gewebe und unterstützt die Entgiftung über die Haut. Studien zur Thermotherapie belegen eine Senkung des Stresshormonspiegels sowie eine Verbesserung der Schlafqualität nach regelmäßigen Dampfbädern. Auch bei Atemwegsbeschwerden kann der Hamam lindernd wirken, da der warme Dampf Schleimhäute befeuchtet und Sekrete löst. Die Kombination aus Wärme, Massage und Ruhe stimuliert das parasympathische Nervensystem und führt zu einer tiefen körperlichen und mentalen Entspannung.

Kulturell betrachtet bleibt der Hamam ein bedeutendes Symbol für die Ver-

Kombination aus Wärme, Massage und Ruhe stimuliert und entspannt das Nervensystem

bindung von Hygiene, Spiritualität und sozialem Leben. In vielen muslimischen Ländern gehört der Besuch des Hamam nach wie vor zum festen Bestandteil des Alltags, besonders am Vorabend des Freitagsgebets oder zu besonderen Anlässen wie Hochzeiten. Die Unesco hat mehrere traditionelle Hamams – etwa in Marrakesch und Fez – als Teil des immateriellen Kulturerbes der Menschheit anerkannt. Diese Anerkennung betont nicht nur den architektonischen Wert der Bauwerke, sondern auch ihre Funktion als Orte der Gemeinschaft, in denen Wissen, Rituale und Handwerkskunst über Generationen weitergegeben werden.

In der heutigen Wellnesskultur fungiert der Hamam als Brücke zwischen Tradition und Moderne. Er steht für eine Rückbesinnung auf die Langsamkeit und auf die sinnliche Erfahrung von Wärme und Wasser. Während moderne Gesellschaften häufig Entspannung als Produkt konsumieren, erinnert der Hamam an eine Zeit, in der Reinheit und Ruhe als Bestandteil des sozialen und spirituellen Lebens galten. Seine fortdauernde Faszination liegt vielleicht gerade darin, dass er nicht nur den Körper reinigt, sondern auch eine kulturelle Erinnerung wachhält: die Erinnerung an eine Epoche, in der Architektur, Wasser und Ritual zu einem harmonischen Ganzen verschmolzen. ●

Julia Indenbaum



EINCHECKEN & Entdecken!

Für alle, die nicht zu einer Reise, sondern zu einem echten Abenteuer aufbrechen wollen. Und für alle, die sich dabei nicht nur eine Unterkunft, sondern einen Gastgeber mit Herz wünschen. Ob im pulsierenden Berlin, im kulturellen Leipzig oder im charmanten Saarbrücken: Unsere Victor's Residenz-Hotels lassen deutschlandweit Ihre Wünsche wahr werden!

Unser Angebot
„Einchecken & Entdecken!“ beinhaltet:

- Übernachtung* im Doppelzimmer inklusive Frühstück
- ein Willkommensgetränk pro Person bei Anreise
- eine Vorteilskarte mit attraktiven Freizeitangeboten der jeweiligen Region bei Anreise

* *Mindestaufenthalt: 2 Nächte. Buchbar auf Anfrage und nach Verfügbarkeit*

JETZT ONLINE BUCHEN:
WWW.VICTORS.DE/FREIZEITANGEBOT

Victor's

RESIDENZ-HOTELS

Arosler Allee 84 · 13407 Berlin · Deutschland · Telefon +49 1805 115 114
(14 ct/Min. a. d. dt. Festnetz, Mobilfunk max. 42 ct/Min.)
info@victors.de · www.victors.de



Victor's

RESIDENZ-HOTEL
SCHLOSS BERG
★★★★S

WINTER AUF SCHLOSS BERG

*Wenn der Winter sein kühles Gewand über die verschlafenen Moselweinberge legt,
beginnt im Dreiländereck eine Zeit der besinnlichen Genussmomente.*

*Ab zwei Übernachtungen inkl. Frühstück, Abendessen
als 4-Gang-Menü und vielem mehr ...*

ab 270 € p. P. im DZ

