

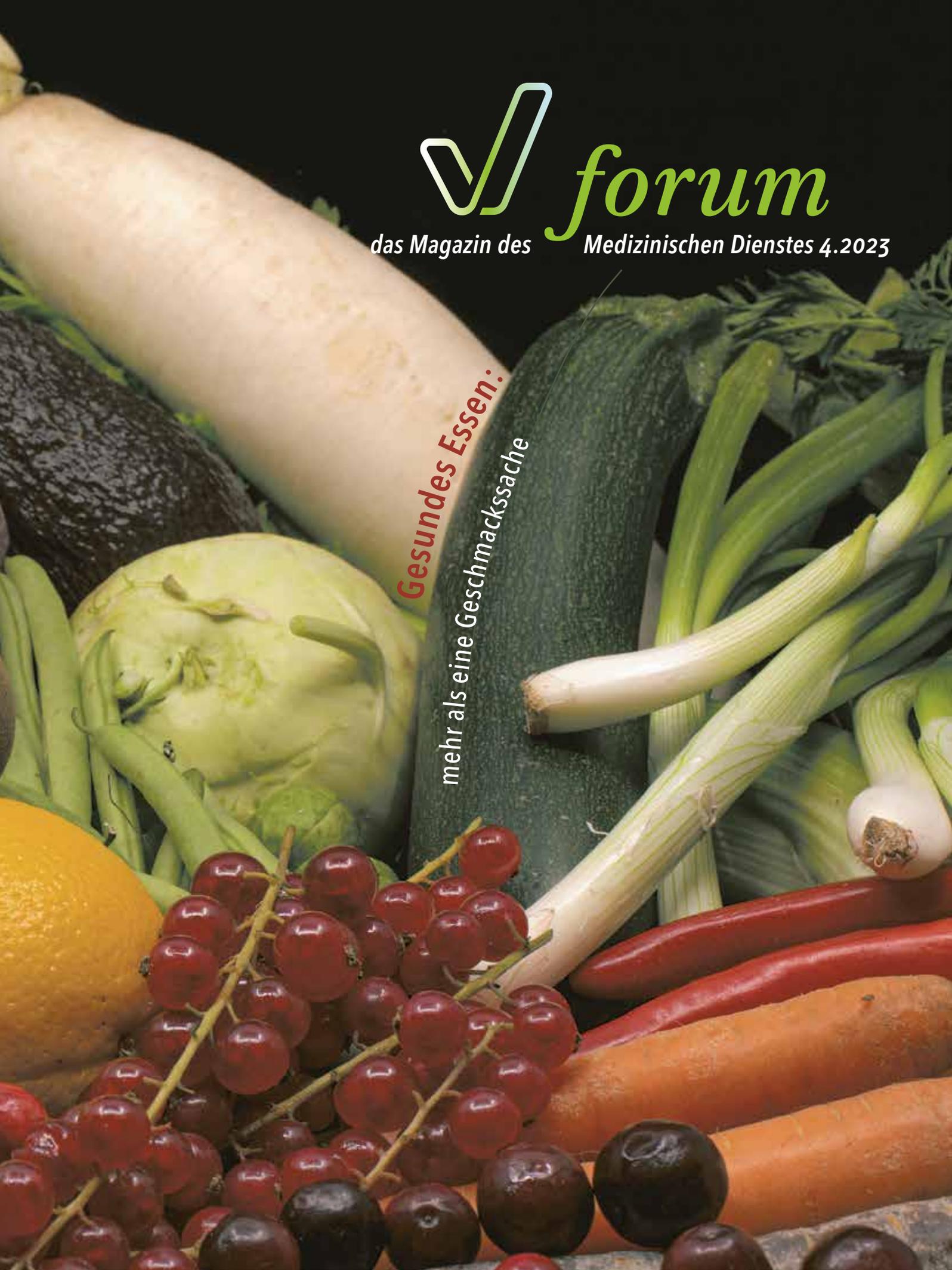


forum

das Magazin des

Medizinischen Dienstes 4.2023

*Gesundes Essen:
mehr als eine Geschmackssache*



Liebe Leserin!
Lieber Leser!



KERZENSCHEN und Plätzchenduft, Kipferl, Krapfen, Gans und Glühwein – Weihnachten steht vor der Tür. Und wie in jedem Jahr werden viele Menschen mit Familie und Freunden beisammen sein, feiern und gemeinsam essen. Dass dabei mitunter auch Ungesundes auf den Tisch kommt, auch das gehört zum Fest dazu. Doch wie heißt es noch so schön? »Was man zwischen Weihnachten und Neujahr isst, ist egal. Entscheidend ist, was man von Neujahr bis Weihnachten isst.« **❶** Wie ernähren sich die Menschen in Deutschland? Welche Auswirkungen hat eine kalorienreiche, nährstoffarme Ernährung auf die Entstehung von Krankheiten? Was hat es auf sich mit dem Trend um die Abnehmspritzen? Wie ist die Verpflegung in Pflegeheimen? Und warum gibt es so viele Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen? **❷** Das *forum* widmet sich im Schwerpunkt dem vielfältigen Thema Ernährung und hält daneben weitere lesenswerte Beiträge bereit, beispielsweise zur Wiedereinführung des strukturierten Telefoninterviews bei der Pflegebegutachtung, zur gesundheitlichen Versorgung von älteren Strafgefangenen in Justizvollzugsanstalten und zur Evidenz von Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen. **❸** Mit Blick auf die schrecklichen Bilder des Krieges in der Ukraine, im Gazastreifen und in Israel, die uns zutiefst berühren, ängstigen und besorgen, wünsche ich Ihnen umso mehr ein friedliches Weihnachtsfest und ein gutes und gesundes neues Jahr.

Herzlichst, Ihr Dr. Ulf Sengebusch **❹**

AKTUELL

Die gute Frage: Wie kommen wir mit Krisen klar? **1**

Kurznachrichten **3**

Auch das noch:

Kasse statt Masse **32**

TITELTHEMA

Gesundheit geht durch den Magen **6**

»Viele haben nur das Essen« **8**

Mit Spritzen gegen Übergewicht? **10**

Mehr Vielfalt auf dem Acker **12**

»Die Gefahren blenden viele einfach aus« **13**

Hunger nach Leben – der lange Weg aus der Magersucht **14**

Smoothies: gerührt, geschüttelt, gesund? **16**

MEDIZIN & PFLEGE IN ZAHLEN **17**

WISSEN & STANDPUNKTE

Pflegebegutachtung: Telefoninterview wieder möglich **18**

Pflege hinter Gittern **20**

GESUNDHEIT & PFLEGE

Screening: früh erkannt, Gefahr gebannt? **22**

Gefährliches Vapen **24**

Alte (Infektions-)Krankheiten – neue Gefahren? **26**

GESTERN & HEUTE

Das Mittelmeer und die Fettsäuren **28**

WEITBLICK

Nur die Medaillen zählten – krank durch DDR-Zwangsdoping **30**

DIE GUTE FRAGE

Wie kommen wir mit Krisen klar?



Wir leben in Zeiten multipler Dauerkrisen. Dazu gehören Pandemien, Kriege, Umweltkatastrophen, sich rasant verändernde Geschäftsumwelten, instabile Marktbedingungen, Zusammenbrüche im Finanzsystem, kollabierende Lieferketten, Rohstoffengpässe, Unsicherheit mit künstlicher Intelligenz. Was das mit uns macht und welche Bewältigungsstrategien es dazu gibt, haben wir René Träder, Psychologe und Resilienz-Coach aus Berlin, gefragt.

Spätestens seit der Corona-Pandemie haben viele das Gefühl, dass eine Krise die andere jagt. Die permanente Berichterstattung in den Medien oder die eigene Betroffenheit belastet viele Menschen sehr. Was macht das mit uns?

Krisen aktivieren bei uns immer Stress. Das ist gut, denn kurzfristiger Stress sorgt für einen zusätzlichen Energieschub, um ins Handeln zu kommen. Der Eindruck, in einer Welt mit multiplen Krisen zu leben, kann allerdings für chronischen Stress sorgen und somit eine zusätzliche psychische Belastung darstellen. Für unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden ist so ein Zustand extrem schädlich. Denn: Dauerstress lähmt und macht krank.

Wie nehme ich ggf. die eigene Überforderung, mit den Krisen klarzukommen, wahr?

Unser inneres System macht sich sehr schnell bemerkbar, vor allem indem mentale und körperliche Symptome entstehen. Dazu gehören unter anderem schlechte

Laune, Angst oder Wut, Dünnhäufigkeit, Schlafstörungen, der Verzicht auf schöne Erlebnisse, extreme Ablenkung oder der Hang zu Süchten. Es ist wichtig, diese Symptome bewusst wahr und ernst zu nehmen. Sie sind eine Art Frühwarnsystem, dass es so nicht weitergehen kann.

Welche Rolle spielt hierbei die persönliche Resilienz?

Resilienz meint Widerstandsfähigkeit und bedeutet, dass eine Person der Negativität bzw. der Belastung etwas entgegenstellen kann, um eine Lösung oder zumindest einen Umgang damit zu finden. Im besten Fall trägt das Bewältigen der Krise sogar dazu bei, neue Fähigkeiten oder Kräfte zu entwickeln, so dass man gestärkt daraus hervorgehen kann. Die gute Nachricht ist: Resilienz ist trainierbar. Wir können täglich durch gute Gewohnheiten und eine gesunde Lebensführung etwas dafür tun, um gestärkt durchs Leben zu gehen, so dass Krisen uns nicht (nachhaltig) umhauen. Wir können aber auch in einer akuten Krise gute Strategien entwickeln, um unsere Resilienz zu stärken.

Gibt es Strategien, um mit Krisenängsten besser umzugehen?

Es ist wichtig, zu unterscheiden: Handelt es sich um eine persönliche Krise oder eine Krise im Außen? Persönliche Krisen sind immer eine Aufforderung, etwas anders zu machen, also ins Handeln, in die Veränderung zu kommen. Die Energie von Krisen ist die Gestaltungskraft, die nach

einer gewissen »Tiefzeit« aktiviert wird. Bei den globalen Krisen ist es schwierig oder sogar unmöglich, das Problem zu lösen und aus der großen Krise rauszukommen. Es liegt oft nicht in unserer Hand. Körper und Psyche stellen aber trotzdem Energie zur Verfügung, um ins Handeln zu kommen. Wenn ich zum Beispiel eine Beziehungskrise oder Sinnkrise im Job habe, dann kann ich aktiv daran arbeiten und durch mein Handeln konkret auf die Gründe der Krise einwirken und etwas Neues gestalten. Das ist bei globalen Krisen wie Krieg, Pandemien oder Naturkatastrophen nahezu unmöglich. Dadurch entsteht bei uns der Eindruck, die Kontrolle zu verlieren, Opfer oder Spielball zu sein, wodurch sich Hoffnungslosigkeit, Angst und Stress entwickeln können. Ein sinnvoller Umgang damit bedeutet, auch bei diesen Themen eine Form des Handelns zu finden, die einem das Gefühl gibt, etwas bewirken zu können, und sei es nur um Kleinen. Es geht nicht darum, eine Lösung für die Krise an sich zu finden, sondern eine Lösung oder einen Umgang für das, was die Krise mit einem selbst macht.

Wie kann dieses Handeln dann ganz konkret aussehen?

Man kann sich beispielsweise ausführlich mit Expertenmeinungen befassen, um sich ein eigenes Bild von der Lage zu machen. Man kann zu Demos gehen, sich mit anderen vernetzen, und im Familien- und Freundeskreis kann man dafür sorgen, dass man sich

offen über verschiedene Sichtweisen austauscht. Man kann Politikerinnen und Politiker aus dem Umfeld oder auch aus dem Bundestag kontaktieren und konstruktiv berichten, was die aktuelle Lage für einen bedeutet und was man sich wünscht. Man kann anderen Menschen helfen, die von etwas negativ betroffen sind, und dadurch die Welt ein ganz kleines bisschen besser machen.

In Zeiten dieser großen Themen, die medial sehr präsent sind, ist es zudem wichtig, ausreichend Zeit und Energie für die eigenen, ganz persönlichen Themen, Probleme und Herausforderungen zu haben.

Welche Rolle spielt der Medienkonsum?

Wir haben aktuell so viele Informationen über die verschiedenen Krisen zur Verfügung wie noch nie in der Menschheitsgeschichte. Gleichzeitig fühlen sich viele Menschen sehr orientierungslos. Die vielen Informationen, der starke Fokus auf das Negative tragen zu Überforderung und Erschöpfung bei, nicht zu Klarheit, Mut und Kraft. Wir sollten deshalb auf diese »geistige Nahrung« achten und genau prüfen, ob es sich dabei um ungesundes »Medien-Snacken« handelt oder ob es wirklich nahrhafte Beiträge sind, durch die ich Dinge besser einordnen kann, die der Unsicherheit und Angst etwas entgegenstellen können und mir gute Ideen davon vermitteln, wie ich mit etwas umgehen kann. Dafür lohnt

es sich meist, tiefer in eine Thematik einzutauchen: Bücher zu lesen, Experten-Interviews oder Online- und Live-Vorträge anzuschauen / anzuhören, sich unterschiedlich und bewusst zu informieren, sich neutral beraten zu lassen und Informationen kritisch zu prüfen. Man sollte sich nicht passiv informieren, also nebenbei durch Online-, TV- oder Radio-Nachrichten, sondern immer ganz bewusst und zeitlich begrenzt. Und ganz wichtig: Wir sollten nicht die meiste Zeit des Tages Medien konsumieren, sondern lieber Dinge mit Körper und Geist machen, durch die unsere Sinne aktiviert werden. Wenn wir nur grübeln und sich negative Zukunftsszenarien immer stärker gedanklich verankern, vernachlässigen wir unsere Sinne und den Kontakt zum echten Leben mit all dem, was hier und jetzt auch gut und schön ist. Wir sollten deshalb viel öfter bewusst sehen, hören, tasten, riechen und schmecken, wahrnehmen, spüren und ins Gestalten kommen. Man kann jedem nur raten, den ganzen Körper öfter zu nutzen: wandern, tanzen, töpfern, malen, backen – völlig egal, Hauptsache ins Spüren kommen, eigene Skills weiterentwickeln und echte Erfahrungen machen.

Die meisten Gefahren bzw. Risiken, die man sich ausmalt, treffen nicht ein. Machen wir uns nicht zum Teil selbst die Angst?

Angst ist wie ein Hefeteig. Sie kann leicht größer werden und das ganze Denken, Fühlen und Handeln überschatten. Eigentlich ist die Angst eine wichtige Warn-Emotion, die uns auf eine mögliche Gefahr hinweist und zum Reagieren motiviert. Wir kennen es vom Horrorfilm-Gucken: Obwohl wir wissen, dass das nur ein Film ist und der Mörder nicht hinterm Sofa lauert, kann ein mulmiges Gefühl entstehen und wir sind schreckhafter. Für unser Gehirn erscheinen alle Sinneseindrücke real. Es kann nicht gut unterscheiden zwischen Realität

und Fiktion. Das musste es im Laufe der Evolution auch nicht. Alles, was ein Mensch gesehen oder gehört hat, war in seiner unmittelbaren Nähe. Wenn wir nun Berichte über den Krieg konsumieren, »beamen« wir uns psychisch ins unmittelbare Geschehen. Auch immer wieder Katastrophengedanken zu haben und sich Sorgen zu machen, verankert die Angst. Ein resilienter Umgang mit Angst bedeutet, sich klarzumachen, wovor man Angst hat, sich Worst-Case-Szenarien bewusst zu machen, zu prüfen, wie wahrscheinlich etwas ist und Ideen zu entwickeln, was man dann konkret tun könnte. Und natürlich lohnt es sich auch, die diversen Hilfsangebote im Umgang mit Krisen und für die mentale Gesundheit zu nutzen: Podcasts, Bücher, Blogartikel, Selbsthilfegruppen, psychosoziale Dienste, Familienberatungen bis hin zu Reha-Maßnahmen oder Therapien, um Krisen aufzuarbeiten und zu meistern und mit neuer Kraft und neuen Ideen nach vorne zu schauen und das Beste aus dem eigenen Leben zu machen.

Die Fragen stellte
Martin Dutschek.

René Träder ist Psychologe aus Berlin. Seit mehr als zehn Jahren begleitet er Veränderungsprozesse von Einzelpersonen, Teams und Unternehmen im Rahmen von Coachings, Workshops und Vorträgen. Zu seinen zentralen Themen gehören psychische Gesundheit, Stress-Management, Resilienz und Achtsamkeit sowie Teamentwicklung und Kommunikation / Konflikte. Hierzu hat er auch Bücher veröffentlicht (u. a. *Das Leben ist so: NEIN, ich so: DOCH! - Wie du besser mit Stress, Krisen und Schicksalsschlägen umgehst*), hat YouTube-Videos und Podcasts erstellt.

Informationen auch unter
<http://www.renetraeder.de/>

Präventionsbericht

Mit rund 584 Mio. Euro haben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2022 Aktivitäten zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Betrieben und für einzelne Versicherte unterstützt. Damit steigerten sich die Gesamtausgaben im Vergleich zum Vorjahr um rund 9%. Das geht aus dem aktuellen Präventionsbericht vom GKV-Spitzenverband und Medizinischen Dienst Bund hervor. Mit Blick auf das Vor-Corona-Jahr 2019, in dem die GKV-Ausgaben hierfür bei rund 631 Mio. Euro lagen, setzte sich die bereits 2021 begonnene Stabilisierung in 2022 fort.

Mit Präventionsmaßnahmen zur Ernährung und Bewegung oder zur Stärkung der Gesundheitskompetenz konnten die Krankenkassen im Jahr 2022 rund 9,3 Mio. Menschen in mehr als 50 000 Lebenswelten, also insbesondere in Kitas, Schulen und Kommunen, erreichen. Im Vergleich zu 2021 bedeutet das eine Steigerung von 24% bei den Lebenswelten und um 55% bei den hier erreichten Menschen. Insgesamt investierten die Krankenkassen rund 159 Mio. Euro für Präventionsmaßnahmen in Lebenswelten und damit 8% mehr als im Vorjahr.

Die Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) lagen im Jahr 2022 bei insgesamt rund 257 Mio. Euro und sind damit im Vergleich zu 2021 um rund 4% gestiegen. Angesprochen wurden mit BGF-Maßnahmen knapp 2 Mio. Beschäftigte in mehr als 26 000 Betrieben. Das sind 43% mehr Betriebe und 12% mehr Beschäftigte als im Vorjahr. Mit BGF unterstützten die Krankenkassen Betriebe etwa bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen, durch gezielte Trainings zur Weiterentwicklung einer gesundheitsgerechten Führungskultur oder bei Stressbewältigung und Ressourcenmanagement. Auch kleinere Betriebe konnten durch den Ansatz der überbetrieblichen Vernetzung und Kooperation zunehmend von BGF-Angeboten profitieren. Der größte Anstieg zeigte sich 2022 bei den Kursangeboten,

die sich an einzelne Versicherte wenden und sich mit Bewegungsförderung, Stressbewältigung, Ernährung und Suchtmittelreduktion befassen.

Die Kassen wendeten hierfür 2022 insgesamt rund 168 Mio. Euro auf – ein Anstieg von über 17% gegenüber 2021. Mit rund 1,3 Mio. Teilnehmenden in 2022 ist hier eine Zunahme um 60% gegenüber dem Vorjahr festzustellen.

Auch die Ausgaben der Pflegekassen konnten 2022 auf rund 18,5 Mio. Euro gesteigert werden und liegen um etwa 13% höher als in 2021. Damit haben die Pflegekassen ihren bisher insgesamt höchsten Betrag für Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen investiert. Insgesamt wurden Aktivitäten in mehr als 2500 stationären Pflegeeinrichtungen dokumentiert. Das sind 36% mehr als im vergangenen Jahr.

Der Präventionsbericht ist als Download unter www.md-bund.de abrufbar.

Weniger HPV-Impfungen

HPV-Impfungen gehen in Deutschland deutlich zurück. Laut einer Sonderanalyse des Kinder- und Jugendreports der DAK-Gesundheit wurden 2022 insgesamt 25% weniger Kinder und Jugendliche als 2021 geimpft. Besonders stark sei der Rückgang bei 15- bis 17-jährigen Jungen. Hier sanken die HPV-Impfungen um 42%. Insgesamt gab es bei Jungen ein Minus von 31% und bei Mädchen einen Rückgang von 21%. Humane Papillomviren (HPV) werden sexuell übertragen und können unter anderem Gebärmutterhalskrebs und Krebs im Mund-Rachen-Raum hervorrufen. HPV-Impfungen werden von der Ständigen Impfkommission für Mädchen und Jungen von 9 bis 14 Jahren empfohlen. Ist sie bis dahin nicht erfolgt, rät die Impfkommission, diese bis zum Alter von 17 Jahren nachzuholen.

Podcasts zu Gesundheitsthemen

Die Menschen hierzulande hören in nahezu alle Lebenslagen Podcasts. Das hat eine aktuelle Befragung im Auftrag des Digitalverbands Bitkom unter 1159 Personen ab 16 Jahren in Deutschland ergeben, darunter 494 Hörerinnen und Hörer von Podcasts. Am häufigsten werden diese im Auto gehört (48%), aber auch bei der Hausarbeit, (38%), zum Entspannen (34%), beim Essen (20%), zum Einschlafen (30%), in öffentlichen Verkehrsmitteln (19%) oder beim Sport (16%). Ganz im Trend sind neben Nachrichten die Themen »Gesundheit und Medizin«, die 57% der Hörerinnen und Hörer bevorzugen.

Auch der IGeL-Podcast, der informative Gesundheits-Podcast des IGeL-Monitors, bietet regelmäßig aktuelle Hintergrundinformationen zu individuellen Gesundheitsleistungen (Selbstzahlerleistungen), zu Gesundheitswissenschaft und Gesundheitsökonomie. In der aktuellen Folge mit Prof. Dr. Jürgen Windeler, Initiator des IGeL-Monitors und langjähriger Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, stehen Prävention, Vorsorge und Früherkennung im Fokus: Der IGeL-Podcast fragt, warum Gesundheits-Checks und Screenings eine derart gute Reputation genießen, obwohl in vielen Fällen die Evidenz fehlt. Reinhören lohnt sich unter www.igel-monitor.de und auf allen relevanten Podcast-Plattformen.

forum-Newsletter

Wissenswertes auf einen Klick: Der forum-Newsletter informiert über Themen und Trends rund um Gesundheit, Pflege und die Arbeit des Medizinischen Dienstes. Er verlinkt auf ausgewählte Magazinbeiträge des forum und kündigt viermal im Jahr das Erscheinen einer neuen Ausgabe an.

Anmeldung sind unter <https://md-bund.de/presse/forum-das-magazin-des-medizinischen-dienstes/forum-newsletter.html> willkommen.



René Träder

NACHRICHTEN

Begutachtungsanleitung Vorsorge und Reha

Der Medizinische Dienst Bund hat die Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation aktualisiert, überarbeitet und im November veröffentlicht. Sie ist die Grundlage für die Begutachtung der Medizinischen Dienste bei Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation. Die Überarbeitung der Begutachtungsanleitung war notwendig, weil der Gemeinsame Bundesausschuss seine Rehabilitations-Richtlinie im Rahmen der Umsetzung des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) zum 1. Juli 2022 in den Bereichen geriatrische Rehabilitation und Anschlussrehabilitation angepasst hatte.

Die Änderungen in der Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation betreffen insbesondere die Bereiche Geriatrische Rehabilitation, geriatrische Rehabilitandin, geriatrischer Rehabilitand, Neurologische Reha-Phase C / D und SINGER Patientenprofil, Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung und die Zusammenarbeit Medizinischer Dienst / Krankenkasse, Ergebnismitteilung an die Krankenkasse.

Infos auch unter www.md-bund.de

Ausgaben für Arzneimittel

Die Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel sind laut einer Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (wido) auf einen Rekordwert gestiegen. Vor allem patentgeschützte Arzneimittel kosten demnach immer mehr Geld, tragen zugleich aber immer weniger zur Versorgung bei. Laut wido fließt bereits jeder zweite Euro der Arzneiausgaben in patentgeschützte Mittel. Zugleich deckten diese aber, gemessen an den verordneten Tagesdosen, nur noch 6,8% der Versorgung ab. 2013 waren es noch 12,2%. Insgesamt stiegen die Nettoausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel binnen zehn Jahren um 88% auf 52,9 Milliarden Euro in 2022. Die Kosten für patentierte Mittel verdoppelten sich sogar auf 27,8 Mil-

liarden Euro. Die Wirtschaftskraft Deutschlands legte im selben Zeitraum hingegen nur um knapp 38% zu. Die Zahl der Verordnungen wuchs lediglich um 12,6%. Als Ursache für den steilen Anstieg der Arzneiausgaben nannte das Institut neben der wachsenden Verordnungsmenge vor allem die jährlich steigenden Packungspreise.

Infos auch unter www.wido.de

Mehr Krankenhaus- behandlungen

Die Zahl der stationär im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten ist im Jahr 2022 gegenüber dem Vorjahr um rund 63 000 (= 0,4%) gegenüber 2021 auf 16,8 Mio. gestiegen. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, lag die Zahl der stationären Behandlungsfälle damit weiterhin deutlich (-13,4%) unter dem Vor-Corona-Niveau des Jahres 2019 von 19,4 Mio. Bedingt durch die Corona-Pandemie war die Fallzahl in 2020 auf 16,8 Mio. und 2021 auf 16,7 Mio. gesunken.

Laut Destatis waren in den Krankenhäusern in Deutschland im Jahresdurchschnitt 480 382 Betten aufgestellt, darunter 26 327 Intensiv- und 7672 Intermediate-Care-Betten. Das waren 0,7% weniger Betten insgesamt und 3,6% weniger Intensivbetten als im Vorjahr. Die Betten insgesamt waren zu 69% ausgelastet, die Intensivbetten zu 68,7%. 2019 lag die Bettenauslastung insgesamt noch bei 77,2%, in 2020 und 2021 war sie auf 67,3% bzw. 68,2% gesunken.

Ein stationärer Krankenhausaufenthalt dauerte 2022 durchschnittlich 7,2 Tage. Damit blieb die durchschnittliche Behandlungsdauer seit 2018 unverändert. Einen leichten Zuwachs gab es 2022 beim Klinikpersonal. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte stieg gegenüber 2021 um 2% und die Zahl der Beschäftigten im nichtärztlichen Dienst um 1,5%. Erstmals seit 2005 sank hingegen die Zahl der Nachwuchskräfte. Im Jahr 2022 gab es 0,8% weniger Schülerinnen und Schüler sowie Auszubildende in den Kliniken als 2021.

Gesundheit im Ländervergleich

Nur die USA und die Schweiz geben mehr Geld für Gesundheit aus als Deutschland es tut. Laut Ländervergleich 'Health at a Glance 2023' der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) betragen die Gesundheitsausgaben hierzulande pro Kopf 8011 US-Dollar (USA: 12 555 US-Dollar; Schweiz: 8049 US-Dollar). Im OECD-Schnitt waren es 4986 US-Dollar. Verglichen wurden 38 Länder.

Bei der Lebenserwartung liegt Deutschland mit 80,8 Jahren gerade 0,5 Jahre über dem OECD-Schnitt; unter den westeuropäischen Ländern zählt es sogar zu den Schlusslichtern. Auch bei der Sterblichkeit infolge vermeidbarer Erkrankungen kommt Deutschland nur knapp über den Schnitt: OECD-weit gibt es laut Studie 158 vermeidbare Sterbefälle pro 100 000 Bürger, in Deutschland 129.

Gute Noten erzielt Deutschland dagegen beim Zugang zum Gesundheitssystem: 85% der Bürger zeigen sich zufrieden mit der Verfügbarkeit der Versorgung und damit deutlich mehr als im OECD-Schnitt mit 67%. Nur 0,1% der Befragten in Deutschland beklagen unerfüllte Bedarfe, OECD-weit sind es hingegen 2,3%.

Rückenschmerzen

Jeder Dritte in Deutschland leidet unter Rückenschmerzen. Laut aktuellem Gesundheitsatlas des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (wido) waren 2021 insgesamt 26,2 Mio. Patientinnen und Patienten mit Rückenbeschwerden in Behandlung – also 31,4% der Bevölkerung. Gerade ältere Menschen und Frauen litten unter Rückenschmerzen. So sei jede zweite Frau über 65 Jahren betroffen, bei Männern werde dieser Wert erst ab 80 Jahren erreicht. Auch hätten materiell und sozial benachteiligte Menschen häufiger Rückenprobleme als Menschen mit einem hohen sozialen Status. Zudem litten in Regionen mit einem höheren Anteil adipöser Personen auch mehr Menschen unter Rückenschmerzen.

Infos auch unter www.wido.de



Gesundheit geht durch den Magen

ESSEN und Trinken gehören zu den grundlegenden Bedürfnissen des Menschen. Und nicht nur das: Was wir essen, beeinflusst, ob wir gesund bleiben oder krank werden. ▶ Angesichts des vielfältigen Nahrungsangebots, das hierzulande rund ums Jahr verfügbar ist, sollte eine gesunde und ausgewogene Ernährung eigentlich kein Problem sein. Doch nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin sind zwischen 20 und 60% der Menschen, die stationär ins Krankenhaus aufgenommen werden, fehl- oder mangelernährt. Gleichzeitig ist mehr als die Hälfte (53,5%) der Bevölkerung in Deutschland übergewichtig. Fast jeder fünfte Erwachsene (19%) ist adipös, also krankhaft fettleibig, so das Ergebnis der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA, Erhebungswelle 2019/2020). Weltweit hat sich der Anteil der Menschen mit Adipositas seit 1975 etwa verdreifacht. In Deutschland stieg die Zahl der stark Übergewichtigen zwischen 2012 und 2022 um 30%, ermittelte die Kaufmännische Krankenkasse (KKH). Auch Kinder und Jugendliche bringen häufig schon zu viel auf die Waage. Die KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ergab, dass zwischen 2014 und 2017 bereits 15,4% der Heranwachsenden zwischen 3 und 17 Jahren übergewichtig und 5,9% adipös waren. Während der Corona-Pandemie, zwischen 2019 und 2021, stieg die Zahl der adipösen 6- bis 18-jährigen KKH-Versicherten um rund 11% an.

Wenn das Essen krank macht

Das bleibt nicht ohne Folgen. Ernährungsbedingte Krankheiten sind weltweit auf dem Vormarsch. Starkes Übergewicht begünstigt die Entwicklung des nicht angeborenen, sondern erworbenen Typ-2-Diabetes, an dem dem »Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2023« zufolge allein in Deutschland jährlich mehr als eine halbe Million Erwachsene neu erkranken. Derzeit leben hierzulande rund 8,7 Millionen Menschen mit Diabetes, die meisten mit einem diagnostizierten Typ-2-Diabetes. 2040 könnten es bereits 12 Millionen sein. Übergewicht und eine unge-

Dr. **Silke Heller-Jung** ist freie Journalistin und hat in Frechen bei Köln ein Redaktionsbüro für Gesundheitsthemen. redaktion@heller-jung.de



sunde Ernährung erhöhen auch das Risiko für manche Krebsarten, Herz-Kreislauf- sowie chronische Atemwegserkrankungen, beeinträchtigen die Lebensqualität und verringern die Lebenserwartung. Jeder siebte Todesfall in Deutschland ist laut Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) auf eine ungesunde Ernährung zurückzuführen.

Neben dem oft vermeidbaren individuellen Leid verursachen ernährungsbedingte Erkrankungen auch eine erhebliche Belastung für die Gesellschaft. Die Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen beziffert in einem im November 2023 vorgestellten Report die weltweiten Kosten einer ungesunden Ernährung und einer nicht umweltgerechten Landwirtschaft auf rund 10 Billionen Dollar pro Jahr. Mehr als 70% davon seien die Folgen einer ungesunden Ernährung mit zu viel Fett, zu viel Zucker und zu vielen hochverarbeiteten Lebensmitteln. Die »Global Burden of Disease« (GBD)-Studie, eine systematische Metaanalyse mit Daten aus 195 Ländern, nennt als weitere Ernährungsrisiken einen hohen Natriumgehalt, einen niedrigen Vollkornanteil und einen geringen Fruchtekonsum.

Ein großes Gesundheitsrisiko stellen auch Essstörungen dar. Von 1000 Mädchen und Frauen entwickeln im Laufe ihres Lebens durchschnittlich 28 eine Binge-Eating-Störung, gekennzeichnet durch wiederkehrende Essattacken, 19 eine Bulimie (Ess-Brech-Sucht) und 14 eine Magersucht, so die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Jungen sind seltener betroffen. Die Corona-Pandemie hat die Situation verschärft: Laut dem DAK-Kinder- und Jugendlichen-Report 2022 mussten 2021 aufgrund von Essstörungen 17% mehr Jugendliche und 21% mehr Schulkinder als im Vorjahr stationär behandelt werden. Auch immer mehr Erwachsene sind betroffen: So verzeichnete die KKH zwischen 2010 und 2020 einen Anstieg um durchschnittlich rund 11%, in der Altersgruppe zwischen 50 und 59 Jahren sogar um mehr als 70%. Die im März 2023 veröffentlichte Meta-Analyse »The social media

diet« kommt zu dem Schluss, dass unter anderem die Vermittlung unrealistischer Schönheitsideale die Sozialen Medien zu einem Risikofaktor für Essstörungen macht.

Am liebsten lecker und gesund

Für den jährlichen BMEL-Ernährungsreport wurden im Mai 2023 im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) rund 1000 Personen ab 14 Jahren zu ihren Ess- und Einkaufsgewohnheiten befragt. Besonders wichtig ist den meisten, dass das Essen gut schmeckt (99%) und gesund ist (91%). Knapp jeder Zweite (45%) kocht fast jeden Tag selbst mit frischen Zutaten; 71% essen täglich Gemüse und Obst, 58% Milchprodukte wie Joghurt oder Käse. Fleisch oder Wurst kommt nur noch bei jedem Fünften (20%) täglich auf den Tisch, vegane oder vegetarische Fleischalternativen bereits bei jedem Zehnten – das sind etwa doppelt so viele wie 2020. Vegetarisch ernähren sich etwa 8%, vegan 2%. Nach Angaben der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung sank der Pro-Kopf-Verzehr von Fleisch im Jahr 2021 auf den niedrigsten Wert seit 1989.

Das Umweltbundesamt untersuchte in seiner Studie »Fleisch der Zukunft« pflanzliche Fleischalternativen, essbare Insekten und In-vitro-Fleisch. Unter Umweltgesichtspunkten schnitten die pflanzenbasierten Produkte am besten ab. Auch für eine gesunde Ernährung sind sie einer aktuellen Studie zufolge geeignet, obwohl es sich um sogenannte hochverarbeitete Lebensmittel (ultra-processed food, kurz: UPF) handelt. Viele UPF, vor allem fleischierte sowie Softdrinks,



weisen ein schlechtes Nährwertprofil auf und stehen in dem Ruf, Multimorbidität zu begünstigen. Am besten für Mensch und Umwelt wäre die Planetary Health Diet, ein von Wissenschaftlern erstellter Speiseplan mit viel Obst, Gemüse, Vollkornprodukten und Hülsenfrüchten.

Die Qualität im Blick

Immer mehr Verbraucher achten verstärkt auf den Zucker-, Fett- und Salzgehalt von Lebensmitteln, zeigt der BMEL-Ernährungsreport. Viele machen sich grundsätzlich Sorgen um die Qualität ihrer Nahrung. Bei einer Befragung für den »Verbrauchermonitor August 2023« des Bundesinstituts für Risikobewertung schätzte nur jeder Zweite (50%) die in Deutschland verkauften Lebensmittel als »sehr sicher« ein, 16% als »(gar) nicht sicher«. Große Sorgen machten den Befragten vor allem potenziell schädliche Stoffe in Lebensmitteln, von Mikroplastik über Rückstände von Pflanzenschutzmitteln bis zu gentechnisch veränderten Produkten, künstlichen Süßungsmitteln oder einer möglichen Keimbelastung.

Ganz andere Sorgen haben diejenigen, die mit wenig Geld auskommen müssen. Die steigenden Lebensmittelpreise haben insbesondere in den vergangenen Monaten Schlagzeilen gemacht. Dabei hat der Preisanstieg bereits im Sommer 2021 begonnen, betont die Verbraucherzentrale. Seit damals seien die Lebensmittelpreise bis Oktober 2023 um knapp 28% gestiegen. Laut dem Armutsbericht 2022 des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes waren 2021 gut 14 Millionen Menschen, etwa 16,9% der Bevölkerung, arm. Bei einem Bürgergeld-Satz von 5,75 Euro für Lebensmittel pro Tag könnten sich immer mehr Menschen nicht mehr ausreichend ernähren, mahnt die Verbraucherzentrale.

Doch während die einen nicht genug zu essen haben, landen anderenorts Lebensmittel auf dem Müll: Im Jahr 2020 fielen in Deutschland insgesamt rund 11 Millionen Tonnen Lebensmittelabfälle an. Ein Großteil davon (59%) geht auf das Konto privater Haushalte: Pro Kopf werden hierzulande ca. 78 Kilogramm Lebensmittel im Jahr weggeworfen.

Mit einer bundesweiten Ernährungsstrategie will die Bundesregierung die gesunde Ernährung jetzt zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe machen und setzt dabei auf weniger Lebensmittelverschwendung, gesündere Rezepturen für Fertiggerichte und einen Ausbau des ökologischen Landbaus. Die Gemeinschaftsverpflegung in Kitas, Schulen, Kliniken und Unternehmen soll zum Vorbild für eine gesunde, nachhaltige Ernährung werden. Laut Bundeslandwirtschaftsminister Cem Özdemir soll außerdem eine verstärkte Ernährungsbildung dazu beitragen, »dass es für alle Menschen in Deutschland möglich ist, sich gut und gesund zu ernähren«. ◻

»Viele haben nur das Essen«

NICHT WENIGE Seniorinnen und Senioren sind nicht zufrieden mit der Qualität der Verpflegung im Pflegeheim. Ist das dem persönlichen Geschmack geschuldet oder ist die oft geäußerte Kritik berechtigt? Immer mehr neue Kochbücher, Kochsendungen und Ratgeber: Die Frage, welches Essen fair, gesund und lecker ist, bewegt offenbar Millionen Menschen. Wie viel Wertschätzung für eine gute Ernährung kommt in den Pflegeheimen hierzulande an?

Rund 11500 vollstationäre Pflegeheime mit rund 918000 Plätzen zählte Anfang 2023 die amtliche Statistik der Bundesregierung. Und alle Bewohnerinnen und Bewohner haben Hunger, brauchen Nahrung und Nährstoffe.

Dem Thema Ernährung kommt in den Pflegeeinrichtungen eine noch größere Bedeutung zu als in Privathaushalten, sagen Heimbetreiber unisono. Denn der gemeinschaftliche Genuss ist die wichtigste und mitunter einzige Gelegenheit für die Älteren und Pflegebedürftigen, miteinander in Kontakt zu kommen. Zudem strukturieren die Mahlzeiten den Tag. »Die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner sind in vielerlei Hinsicht angewiesen auf das Angebot ihres Hauses«, sagt Ulrike Kempchen, Leiterin der Rechtsabteilung beim BIVA-Pflegeschatzbund. »Viele haben nur das Essen.« Umso sorgfältiger und gesünder soll es zubereitet werden.



Essen hält Leib und Seele zusammen

Klagen über das Essen sind der häufigste Beschwerdegrund, aus dem sich die Bewohner und ihre Angehörigen an den BIVA wenden, berichtet Kempchen. »Entweder ist das Essen in ihrer Einrichtung von schlechter Qualität, kalt und verkocht, oder es wurde aus Fertigprodukten wie Pressfleisch oder Tütensuppen hergestellt. Oder die Senioren beschwerten sich über die Auswahl: tagelang die gleiche Wurst und das gleiche Brot.«

Kempchen kritisiert, dass es offenbar sogar Küchenchefs in stark marktorientierten Einrichtungen gäbe, die finanzielle Anreize erhielten, wenn sie unter den Budgets für die Ernährung der Senioren bleiben. Dabei ist das Essen besonders in Pflegeeinrichtungen nicht nur Geschmackssache, sondern es trägt maßgeblich zu Wohlbefinden und Gesundheit bei. Tatsächlich kann zu wenig und zu »schlechtes« Essen krank machen. »Eine unserer Klientinnen klagt gegen den Träger ihres Heims wegen ärztlich festgestellter Unterernährung. Sie hatte schlechte Blutwerte, die ihr Arzt auf Nährstoffmangel zurückführte«, berichtet Kempchen. »Und das Haus, in dem sie lebte, war kein billiges!«

Projekt im Ländle

Aber es gibt auf dem Pflegemarkt auch Anbieter, die den Wert guter, gesunder Ernährung erkannt haben, betont Kempchen. Einige von ihnen haben bei dem Projekt »Gutes Essen in der Seniorenverpflegung« der Landeszentrale für Ernährung Baden-Württemberg mitgemacht. Das Projekt will seit 2021 für die teilnehmenden Einrichtungen gesunde und attraktive Ernährung organisieren. Vier große Ziele sollen die teilnehmenden Häuser erreichen: einen Bio-Lebensmittel-Anteil im Essen von 20% und einen gesteigerten Anteil von regionalen und fair gehandelten Lebensmitteln sowie die Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE).

Die DGE hat ihre zentralen Empfehlungen sehr genau in einem langen Kriterienkatalog dargelegt: Wie viel Getreide kommt auf den Tisch? Wie viel Fisch?

Wie oft Obst oder Milchprodukte? Welches Öl wird benutzt? Auch Umfeld und Atmosphäre spielen eine Rolle, ein gut beleuchteter Esstisch und Platz genug für Rollstühle am Tisch sowie ein freundliches und ansprechendes Ambiente im Speiseraum und am Speisetisch. »Wenn die DGE-Kriterien erfüllt sind, können Sie sich darauf verlassen – hier gibt es gutes Essen«, resümiert Dr. Stefanie Gerlach von der Landeszentrale für Ernährung Baden-Württemberg.

Der aktuelle Projektdurchlauf im Südwesten startete im Mai 2023 und wird noch bis zum Oktober 2024 dauern. In Gruppen- und Einzelcoachings werden Küchenpersonal, Mitglieder der Verwaltungen oder Gesundheitsberater der Einrichtungen in dieser Zeit darin geschult, wie sie die vier Ziele erreichen können.

»Die Gemeinschaftsverpflegung bietet einen großen Hebel für die Transformation hin zu nachhaltiger Verpflegung mit einem hohen regionalen und bio-regionalen Wareneinsatz, weil Millionen Menschen täglich in Großverpflegungseinrichtungen wie Heimen und Kantinen essen«, sagt Gerlach. Ein besserer Wareneinsatz dient aber zum Beispiel auch der Umwelt. Immerhin werden im Jahr immer noch elf Millionen Tonnen Lebensmittel weggeworfen, 17% davon in der Außer-Haus-Verpflegung.

Der Medizinische Dienst schaut genau hin

Gerade einmal 63 Seniorenheime in Deutschland sind derzeit DGE-zertifiziert. Dass auch in Pflegeheimen nachhaltig, biologisch und gesund gekocht werden muss, wird offenbar erst langsam verstanden.

Grund genug auch für den Medizinischen Dienst, bei den Qualitätsüberprüfungen der Pflegeheime genauer hinzuschauen. Geprüft wird zum Beispiel, ob die Ernährung der Bewohnerinnen und Bewohner bedarfsgerecht ist und ob sie genug trinken.

Weil die Ernährung für pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und -bewohner besonders wichtig ist, hat das Deutsche Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) den Expertenstandard »Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege« entwickelt, nach dem sich auch der Medizinische Dienst richtet. Dabei achten die Gutachterinnen und Gutachter besonders auf drei Fragen: Wird die Ernährungssituation inklusive ausreichender Flüssigkeitszufuhr der Senioren genauso korrekt erfasst wie der Grad ihrer Selbstständigkeit beim Essen und Trinken? Werden die Bewohnerinnen und Bewohner beim Essen und Trinken bei Bedarf angemessen unterstützt? Werden erforderliche Hilfsmittel zur Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme fachgerecht eingesetzt?

Die Fragen sind auch für die Heime selbst bedeutsam. Denn wenn die Einrichtung nicht reagiert, sollte ein Bewohner zu wenig trinken oder beim Essen nicht die Unterstützung

erhalten, die er braucht, oder sollte ein Betroffener durch Versäumnisse der Einrichtung deutlich an Gewicht verlieren, vermerken die Gutachter dies als Qualitätsdefizit. Dabei zeigen sie nicht nur Mängel auf, sie beraten die Einrichtungen auch.

Das Projekt in Baden-Württemberg indessen ist ein Erfolg geworden, auch weil es immer genug Einrichtungen gab, die teilnehmen wollten. Das Projekt dauert in drei Durchläufen insgesamt fünf Jahre, jedes teilnehmende Haus ist für anderthalb Jahre dabei. »Bisher haben 17 Einrichtungen mitgemacht«, freut sich Gerlach.

Zum Beispiel das Seniorenzentrum Rheinauer Tor in Mannheim, ein Haus der Evangelischen Heimstiftung Baden GmbH. »Wir hatten Ärger im Küchenteam und das schlug auf die Qualität«, erinnert sich Hausdirektor Ralf Bastian. »Mal waren es Unzuverlässigkeiten bei den Bestellungen, mal waren es Schwierigkeiten mit den Lieferanten. In jedem Jahr erreichten uns deshalb 25 bis 30 Beschwerden über das Essen. Das ist eine sehr hohe Zahl.« Man brauchte also Hilfe von außen, sagt der Direktor. Schließlich sollten täglich 110 Essen frisch, heiß, gesund und pünktlich auf dem Tisch kommen.

Echter Kürbis statt Tütensuppe

Nach den Coachings und Tipps der Experten im Rahmen des Projekts geht es in dem Mannheimer Haus nun anders zu, berichtet Bastian: Die interne Logistik ist gereift, die Küchencrew wurde ausgetauscht, der neue Küchenchef habe viel dazugelernt, zum Beispiel in Hinblick auf die Rezepturierung, und es wird viel weniger vom Essen weggeschmissen als zuvor. Desserts gibt es inzwischen nur noch im Glas, weil es so appetitlicher aussieht, Suppen werden nicht mehr aus der Tüte bereit, sondern wenn es Kürbissuppe gibt, dann wird sie in der Küche auch aus Kürbissen hergestellt, Salate werden frisch gemacht und hübsch dekoriert. Suppen mit Nudeln hingegen gibt es nicht mehr, weil sich mancher alte Mensch an den Nudelstücken verschluckte. Auch in der Kaltverpflegung sorgen Wurst- und Käsepläne für die passende Varianz auf dem Frühstückstisch. Die Resonanz bei den Heimbewohnerinnen und -bewohnern ist eindeutig. Bastian: »Wir hatten seither keine einzige Beschwerde mehr.«

Christian Beneker
ist Fachjournalist für
Gesundheitspolitik.
christian.beneker@
t-online.de



Mit Spritzen gegen Übergewicht?

10
Titelthema

UM DEN WIRKSTOFF Semaglutid ist ein regelrechter Hype entstanden, denn er verspricht großen Erfolg im Kampf gegen Übergewicht. Jetzt diskutieren Experten das Für und Wider im Kontext von wirksamer Medizin und Lifestyle-Medikament. Eine Spritze pro Woche und schon schmelzen die überflüssigen Kilos nur so weg: 5, 10 oder auch 15 Kilo haben manche Menschen durch den Wirkstoff Semaglutid verloren – innerhalb von einem Jahr. Ein regelrechter Hype hat sich um die »Abnehm-Spritzen« entwickelt, zusätzlich angefeuert durch Prominente wie Elon Musk oder Kim Kardashian, die öffentlich berichteten, durch Semaglutid abgenommen zu haben. Egal, ob diese Prominenten für ihre Aussagen bezahlt wurden, wie vermutet wird, oder nicht: Semaglutid ist so begehrt, dass der Hersteller Novo Nordisk anfangs mit der Produktion der Nachfrage nicht hinterherkam. Es kam zu Engpässen, auch bei dem Medikament Ozempic, das Semaglutid enthält, aber nur für Diabetes-Patienten zugelassen ist, denn: Manche Ärztinnen und Ärzte verschrieben Ozempic im Off-Label-Use auf Privatrezept auch Patientinnen und Patienten ohne Diabetes – weil in Deutschland anfangs nur Ozempic zu erhalten war und später, weil das Mittel deutlich billiger ist als das Medikament Wegovy für Adipositas-Patienten, das erst später auf den Markt kam. Ein gutes Geschäft für Novo Nordisk, das mittlerweile zum wertvollsten Unternehmen Europas aufgestiegen ist.

Kurzum: Die Nachfrage ist gewaltig, der Begriff »Gamechanger« fällt häufiger, wenn von Semaglutid gesprochen wird, aber »There is no free lunch«, wie die Briten sagen. Und so gibt es auch für Semaglutid Einschränkungen, die leider häufig unter den Tisch fallen.

Was ist Semaglutid, wie wirkt es?

Semaglutid ist ein GLP-1-Rezeptor-Agonist, das bedeutet: Es ahmt die Wirkung des Hormons GLP-1 nach, welches der Körper selber produziert. So bewirkt es zweierlei, beschreibt Prof. Dr. Baptist Gallwitz, Vorstandsmitglied der Deutschen Diabetes Gesellschaft, auf dem diesjährigen Diabetes-Kongress: »Es verlangsamt die Magen-Darm-Passage von Nahrungsbestand-



teilen, so dass man länger satt ist. Und es vermittelt im Gehirn »Sättigung«.« Dabei führe Semaglutid nicht nur dazu, dass Patientinnen und Patienten Gewicht verlieren, sondern es wirke auch positiv auf den Blutzuckerspiegel, führte der Facharzt für Innere Medizin, Diabetologie und Endokrinologie weiter aus. Daher habe das Medikament durchaus einen Stellenwert in der Behandlung des Typ-2-Diabetes. Doch eines kritisierte Gallwitz sehr deutlich: »dass Menschen, die nur geringes, leichtes Übergewicht haben, aus Lifestyle-Gründen versuchen, an sehr gute und wirkungsvolle Medikamente heranzukommen, einfach um das mal ein paar Wochen zu nehmen und dann stolz zu posten »ich bin jetzt schöner« oder »ich habe ein paar Kilo abgenommen.« Denn das behindere die Versorgung von Diabetes-Patienten.

Nicht ohne Nebenwirkungen

Ähnlich sieht das Prof. Dr. Anja Hilbert vom Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrum Adipositas-Erkrankungen am Universitätsklinikum Leipzig. Sie sagt: »Man sollte klar darstellen, dass dieses Medikament eine wirkliche Medizin und aktuell kein Lifestyle-Medikament ist. Es muss bei bestimmten Indikationen ärztlich verordnet und auch überwacht werden.«

Unter anderem, weil Semaglutid zu verschiedenen unerwünschten Nebenwirkungen führen kann: Neben Übelkeit, Bauchkrämpfen, Erbrechen und Durchfall, die vor allem zu Beginn der Therapie oder bei einer zu hohen Dosierung sehr häufig auftreten, kann es in seltenen Fällen auch zu Hypoglykämien (Unterzuckerung) kommen. Auf den US-amerikanischen Fachinformationen zu Ozempic wird als mögliche Nebenwirkung auch ein Darmverschluss aufgeführt, der lebensbedrohlich sein kann. Außerdem sind Bauchspeicheldrüsenentzündung und akutes Nierenversagen als seltene Nebenwirkungen bekannt, daher sollten zum Beispiel Patientinnen und Patienten mit einer Bauchspeicheldrüsenentzündung, mit Nierenerkrankungen oder mit bestimmten Magen-Darm-Krankheiten Semaglutid nicht verwenden.

Körperliche Aktivität und ausgewogene Ernährung bleiben wichtig

Noch etwas spricht gegen Semaglutid als Lifestyle-Präparat: Der Gewichtsverlust durch Semaglutid ist in der Regel prozentual. Das heißt: Wer kaum oder kein Übergewicht hat, verliert auch kaum oder gar nichts durch Semaglutid.

Dagegen scheint der Abnehm-Effekt dann am größten, wenn das Medikament kombiniert wird mit einem gesünderen Lebensstil, sagt Gallwitz: »Medikament und Lebensstil: Die Effekte sind additiv. Wir wissen, dass wir mit der medikamentösen Therapie plus Aktivierung der körperlichen Aktivität und Bewegung und Umstellung der Ernährung noch mehr Gewichtsreduktion hinkriegen können.« Und hier zeige sich ein Vorteil des Medikaments: »Die einsetzende Gewichtsreduktion ermöglicht es Patienten auch, sich mehr zu bewegen, weniger Belastungsluftnot zu bekommen und beweglicher zu werden.«

Was geschieht langfristig?

Studien zeigen: Die Wirkung hält nur so lange an, wie das Medikament genommen wird. Nach Absetzen der Spritzen steigt das Gewicht in der Regel wieder an. Dementsprechend geht man derzeit davon aus, dass Semaglutid und ähnliche Wirkstoffe dauerhaft genommen werden müssen, um das Körpergewicht dauerhaft zu reduzieren. Bisher gibt es jedoch keine Erfahrungen, wie der Körper auf eine jahrzehntelange Behandlung mit Semaglutid reagiert. Das werden erst Studien zu möglichen Langzeit-Nebenwirkungen zeigen. Ein potenzielles Risiko, demgegenüber allerdings die Erkenntnis steht: Starkes Übergewicht und Adipositas machen

langfristig krank, das weiß man sicher. Sie erhöhen das Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Brustkrebs und einige andere Krebsarten. Ganz zu schweigen von der Stigmatisierung, die viele stark übergewichtige Menschen in unserer Gesellschaft erleben.

Und das Problem nimmt zu: Studien des Robert Koch-Instituts zufolge ist jeder zweite in Deutschland übergewichtig und jeder fünfte sogar fettleibig. Dabei sind nicht nur Erwachsene betroffen: Etwa 15% der unter 18-Jährigen gelten als übergewichtig, 6% sind adipös. Bedenkt man, dass Kinder mit Übergewicht oft auch als Erwachsene zu viel wiegen und damit ein höheres Risiko für Folgeerkrankungen haben, ist klar: Hier rollt ein riesiges Problem auf Deutschland zu – auf die betroffenen Kinder und Erwachsenen, aber auch auf unser Gesundheitssystem, wie es das Robert Koch-Institut feststellt: »Aufgrund der hohen Prävalenz und den damit verbundenen Folgeerkrankungen entstehen beträchtliche Kosten für das Gesundheitssystem und Sozialsystem.«

Gleichzeitig sehen Ärztinnen, Ärzte und Forschende: Kaum ein Mensch mit starkem Übergewicht oder Adipositas schafft es langfristig sein Gewicht deutlich zu reduzieren. Die vielbeschworene Lebensstil-Änderung mit ausgewogener Ernährung und mehr Bewegung – sie wird nur selten jahrelang durchgehalten, viele Patientinnen und Patienten scheitern daran.

Vor diesem Hintergrund fordert der Vorsitzende der Adipositas Gesellschaft Prof. Dr. Jens Aberle, dass auch für adipöse Menschen ohne Typ2-Diabetes die Kosten für eine Behandlung mit Semaglutid künftig von den Krankenkassen übernommen werden sollten. Auch wenn man berücksichtigt, dass Aberle für Vorträge etc. Honorare von Novo Nordisk erhalten hat, also nicht völlig unabhängig ist: Es könnte sich lohnen, einmal die Folgekosten einer Adipositas gegenzurechnen gegen die Kosten einer dauerhaften Behandlung mit Semaglutid – zumal in den kommenden Jahren sicher ähnliche Wirkstoffe auf den Markt kommen werden und damit günstigere Preise möglich sein sollten als die aktuell doch sehr hohen Preise. Je nach Dosierung liegen die monatlichen Kosten für einen Monat zwischen 170 und 300 Euro. Dazu wäre jedoch auf jeden Fall eine Gesetzesänderung notwendig, denn derzeit ist im Sozialgesetzbuch festgelegt, dass Abnehmmittel als Lifestyle-Präparate nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden dürfen. **Q**

Christina Sartori ist freie Journalistin für Themen rund um Medizin, Gesundheit und Ernährung. info@christina-sartori.de



11
Titelthema
forum
das Magazin des Medizinischen Dienstes 4/2023

Mehr Vielfalt auf dem Acker

BIOLOGISCH, ÖKOLOGISCH, hochwertig, nachhaltig, gesund – wie kann die Landwirtschaft dem zunehmenden Bewusstsein für gesunde Lebensmittel gerecht werden? Die Europäische Kommission gibt den Weg vor: Bis zum Ende des Jahrzehnts sollen nur noch halb so viel Pestizide eingesetzt, Düngemittel um 20% reduziert und ein Viertel der Nutzflächen für die Öko-Landwirtschaft reserviert werden. Davon profitieren sollen Mensch, Umwelt und Natur. Können digitale Technologien helfen, die Vorgaben zu erfüllen?

»Digitale Technologien bieten sowohl konventionellen wie auch ökologisch wirtschaftenden Betrieben ein unglaubliches Potenzial, um effizienter zu arbeiten und gleichzeitig die Umwelt zu schützen«, sagt Hilmar Freiherr von Münchhausen, Geschäftsführer des Netzwerks Ackerbau Niedersachsen e.V. (NAN). Gemeinsam mit landwirtschaftlichen Betrieben, Verbänden, Unternehmen und Akteuren aus Politik und Forschung macht sich das Netzwerk für einen hochwertigen nachhaltigen Ackerbau stark, entwickelt innovative Konzepte und testet neue Technologien: »Wir handeln nicht allein aus der Perspektive des landwirtschaftlichen Betriebs, sondern aus der der gesamten Wertschöpfungskette. Denn das ist am Ende ja auch das, was die Verbraucher interessiert: Hat der Backweizen immer noch die bewährte Qualität, sind die Brötchen immer noch genauso lecker und gesund?«

Technologien im Test

Wo früher Zugpferde schweres Gerät übers Feld gezogen haben, rollen heute moderne Traktoren und könnten schon morgen immer mehr selbstfahrende Roboter die Arbeit übernehmen. So sind derzeit in Niedersachsen solarbetriebene, GPS-gesteuerte und autonom fahrende Hackroboter auf zahlreichen Zuckerrübenfeldern im Testeinsatz. Das Unkraut zwischen den Reihen, das bis dato im Ökolandbau oft in mühsamer Handarbeit gezupft und im konventionellen Landbau mit chemischer Spritze vernichtet wurde, hackt nun der Roboter weg – mechanisch und präzise. Für Hilmar von Münchhausen »eine chancenreiche Technologie auch mit Blick auf den Fachkräfte- und Arbeitskräftemangel in der Landwirtschaft«.

Dorothee Buschhaus
ist Redakteurin der
Gemeinschaft der
Medizinischen Dienste,
dorothee.buschhaus@
md-bund.de



Künstliche Intelligenz wird auch die Landwirtschaft immer mehr beeinflussen – KI und Kamerasensoren ermöglichen schon heute, per Drohne über ein Getreidefeld zu fliegen und zu detektieren: Wo ist viel und wo ist wenig Unkraut? Diese Informationen werden dann an die Spritze weitergeben mit dem Ziel, nicht mehr flächendeckend, sondern punktgenau chemische Pflanzenschutzmittel zu spritzen. Auch werden derzeit Bodensensoren entwickelt, die die Feuchtigkeit im Boden messen. »So kann der Zeitpunkt der Stickstoffdüngung viel besser festgelegt werden. Denn Stickstoff braucht ausreichende Bodenfeuchtigkeit, um effizient zu wirken«, erklärt Münchhausen.

Umdenken ist notwendig

Die Herausforderungen für die Landwirtschaft der Zukunft sind groß: Klimawandel und Umweltschutz, sich verändernde Märkte, die politischen Rahmenbedingungen und gestiegene Erwartungen der Verbraucher an gute und gesunde Ernährung erfordern ein Umdenken, meint der Geschäftsführer des NAN und gibt eine Prognose ab: »Wir müssen wieder mehr Interesse und Empathie für die Landwirtschaft wecken. Wir sind hier in Deutschland in einer absoluten Gunstregion. Wir haben gute Böden, ausreichend Niederschläge – wir werden auch noch in zehn, zwanzig Jahren nicht alles ökologisch erwirtschaften. Wir werden weiter auch, aber deutlich weniger chemische Pflanzenschutzmittel und stickstoffhaltige Düngemittel einsetzen, und wir werden neue Impulse aus Agrarforschung und -technik bekommen. Mit zunehmendem Ernährungsbewusstsein wird der Fleischkonsum weiter sinken, und pflanzliche Proteine werden auch für die Ernährung der Menschen bedeutsamer. So erleben eher vergessene Kulturen wie zum Beispiel die Erbse ein Comeback. Es wird sich etwas verändern auf unseren Feldern. Mehr Vielfalt auf dem Acker – das wünschen wir uns nicht nur für die Landwirte, sondern auch für Natur und Verbraucher.«



»Die Gefahren blenden viele einfach aus«

WER es geschafft hat, drastisch abzunehmen, beantragt oft danach bei der Krankenkasse die Kostenübernahme für das Entfernen von Fettschürzen oder Hautlappen. Die Kassen beauftragen dann den Medizinischen Dienst, zu begutachten. »Mein Arzt hat's empfohlen, der Medizinische Dienst aber nicht befürwortet – wie kann das sein?«, fragen sich Betroffene häufig, wenn die gewünschten Eingriffe von den Krankenkassen nicht übernommen werden. Gutachter wie der Sozialmediziner Dr. Nils-Ole Wendler vom Medizinischen Dienst Nord stehen in einem Spannungsfeld: Versicherte haben oft langwierige Abnehmphasen mit erheblichem Gewichtsverlust hinter sich und wollen nun überschüssige Hautlappen und Fettschürzen entfernen lassen. Die Rechtsgrundlagen sehen jedoch nur zwei Konstellationen vor, die eine Kostenübernahme als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zulassen: wenn ein krankhafter Zustand vorliegt oder eine Entstellung. »Beides ist durch die Rechtsprechung der Sozialgerichte eng definiert«, betont Dr. Wendler. Einen alleinigen psychischen Leidensdruck schließt das Bundessozialgericht (BSG) als Grund aus. »Dennoch wird dies oft als Begründung vorgebracht«, berichtet er aus der täglichen Praxis. Seine Vorgabe: »Ein sogenannter Krankheitswert oder eine Entstellung gemäß der BSG-Definition muss für mich objektiv überprüfbar und reproduzierbar, also schlüssig und plausibel nachvollziehbar sein.«

Mit oder ohne Krankheitswert?

Mit »krankhaft« ist gemeint: Die überschüssige Haut, die nach einem Gewichtsverlust von zum Beispiel 50 oder mehr Kilogramm am Körper herunterhängen kann, muss laut Gesetzestext eine »krankhafte, mechanische Funktionsbehinderung« auslösen. »Das passiert zum Beispiel, wenn eine Fettschürze am Bauch weit bis auf die Oberschenkel herabhängt und man sich nicht mehr richtig bewegen kann«, erklärt Dr. Wendler. Hiervon abzugrenzen seien sogenannte »Befindlichkeitsstörungen« ohne Krankheitswert, wenn sich etwa überschüssige Haut in den Oberschenkelinnenseiten berührt, was bei nicht wenigen übergewichtigen Menschen vorkäme. Viele Fälle würden den von der

Jan Gömer
ist Pressesprecher des
Medizinischen
Dienstes Nord,
jan.goemer@md-nord.de



Rechtsprechung geforderten Krankheitswert nicht erfüllen oder seien vorrangig nicht operativ zu behandeln. Beispielsweise müsse entzündete Haut unter Hautlappen zuerst längere Zeit vom Hautarzt erfolglos behandelt worden sein, bevor dies einen operativen Eingriff begründen könnte.

Auch was »entstellend« ist, werten Betroffene oft anders als die Sozialgerichte. Rechtlich gilt, dass ein Zustand »bei flüchtiger Betrachtung in alltäglichen Situationen« als entstellend auf andere wirkt, zum Gaffen reizt und Betroffene bei ihrer Teilhabe am Leben einschränken würde. »Damit ist in der Regel immer der bekleidete Zustand gemeint, nicht eine Situation wie am FFK-Strand oder in der Sauna«, schränkt Wendler ein. »So können wir häufig die medizinische Indikation zur gewünschten Ganzkörper-Straffung nicht bestätigen.«

Risiken werden oft ausgeblendet

Für ihre Begutachtung nutzen die Medizinischen Dienste bundesweit gültige Leitfäden, die sich an der aktuellen Rechtsprechung der Sozialgerichte orientieren. Ein neuer Leitfaden, an dem Wendler mitarbeitet, soll im kommenden Jahr veröffentlicht werden.

In vielen Jahren der Begutachtung ist dem erfahrenen Mediziner eines besonders aufgefallen: dass Betroffene bei ihrem Wunsch nach einer OP oft die Risiken ausblenden. Er warnt: »Straffungsoperationen sind keine minimalinvasive Chirurgie wie beispielsweise Arthroskopien, sondern sind oft verbunden mit langen Hautschnitten von über einem halben Meter Länge mit großen Wundflächen. Die Gefahr von Komplikationen, von Infektionen und Wundheilungsstörungen und deren Folgen blenden viele einfach aus.« Dennoch sei eine Operation zur Änderung des äußerlichen körperlichen Erscheinungsbildes als Selbstzählerleistung immer möglich, wenn sie ärztlich empfohlen sei, nur eben häufig nicht auf Kosten der Krankenkassen. □

Hunger nach Leben – der lange Weg aus der Magersucht

14
Titelthema

ANOREXIA NERVOSA, umgangssprachlich Magersucht, ist die psychische Erkrankung mit der höchsten Sterblichkeitsrate. Für etwa 10% der Betroffenen gibt es keinen Weg zurück. Der Weg aus der Essstörung ist lang. ▶ Als sich Mona mit 14 Jahren verliebt, fühlt sie sich unzulänglich und zu dick. Sie möchte abnehmen, erst ein bisschen, dann immer mehr. Von 52 auf 50 auf 48 Kilogramm. Nie mehr als 700 Kilokalorien am Tag. Mindestens zweimal am Tag Wiegen. Jenseits der Zahlen ist nichts mehr wichtig. Freundinnen, Familie, Hobbies – für all das hat sie keine Zeit und keine Kraft mehr. Während andere sie zu überzeugen versuchen, sie hätte ein Problem, weiß Mona ganz sicher: Sie muss dünner sein! Sie muss den starken Willen spüren, der sich dem Hunger widersetzt.

Immer mehr Fälle

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes starben 2021 in Deutschland 53 Menschen an Magersucht. Im Durchschnitt ist jeder fünfte der mit Anorexia Nervosa assoziierten Todesfälle ein Suizid. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bestätigt eine klare Zunahme von Essstörungen. Psychische Belastungen während der Corona-Pandemie haben diesen Trend offenbar weiter verstärkt: Einer Studie der DAK Gesundheit zufolge ist der Anteil von Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) mit einer stationär behandelten Essstörung im Jahr 2021 gegenüber 2019 um 40% gestiegen.

Die häufigste Essstörung ist die Binge-Eating-Störung, bei der die Betroffenen unter unkontrollierbaren Essanfällen leiden. Auch bei der Bulimie kommt es zu Essanfällen, denen jedoch beispielsweise mit Erbrechen, Abführmitteln oder ausdauerndem Hungern entgegengewirkt wird. Bei der Magersucht wird ein möglichst geringes Gewicht angestrebt und durch stark kontrolliertes Essen herbeigeführt. Ein besonderes Kennzeichen ist die verzerrte Selbstwahrnehmung.

Blickt Mona in den Spiegel, verspürt sie Ekel: An den Schenkeln, an den Oberarmen, am Bauch – in ihrer Vorstellung ist alles zu viel. Sie leidet an einer Körperbildstörung, das heißt, sie sieht und spürt ihren Körper deutlich dicker und größer als er bei ihrem Gewicht sein kann.



Diana Arnold ist
Online-Redakteurin der
Gemeinschaft der
Medizinischen Dienste.
diana.arnold@md-bund.de

Ursachen, Einflussfaktoren, Gründe

Viele Faktoren können die Entwicklung einer Magersucht begünstigen. Dazu gehören genetische, hormonelle und metabolische Einflüsse. Aber auch Charakterzüge wie Perfektionismus und Ehrgeiz gelten als Risikofaktoren. Und auch sozialkulturelle Themen wie Schönheitsideale und Social Media spielen eine Rolle bei der Verstärkung von Symptomen.

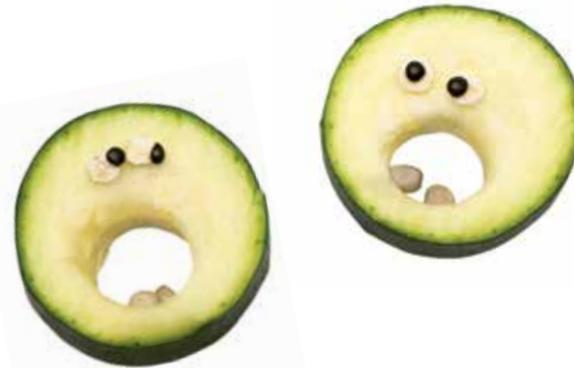
Das Wenige, was Mona isst, erfasst sie nun in einer App. Und irgendwann teilt sie die Ergebnisse auch >Seelenverwandten< mit: In einer geheimen WhatsApp-Gruppe erzählt sie anderen Mädchen, was sie tagsüber gegessen hat, wie viel sie in der nächsten Zeit abnehmen will, teilt Bilder von besonders knochigen Frauen und >Glaubenssätze<, die die Motivation aufrechterhalten sollen.

Zwei Drittel der Magersüchtigen leiden an psychischen Begleiterkrankungen wie Depressionen und Angststörungen. Auch Mona entwickelt eine panische Angst davor zuzunehmen. Sie befürchtet, dass schon allein durch das Anfassen von Lebensmitteln oder durch Rückstände im Leitungswasser Kalorien in ihren Körper gelangen könnten. Ihre Eltern sind verzweifelt. Sie haben es mit Empathie und Strenge probiert, doch sie scheinen nicht durchzudringen zu ihrer hungernden Tochter. Sie bringen Mona zur Therapie in eine Klinik.

Nach der Klinik ist vor der Heilung

Mona nimmt zu. Die strenge Essroutine, die Gruppensprache, die Körpertherapie und die klaren Strukturen geben ihr Halt. Sie fühlt sich allmählich besser, hat mehr Energie und Antrieb und kann zeitweise ihre Magersucht als Krankheit ansehen, die sie bekämpfen möchte und die sie lange begleiten wird.

Ein dreiviertel Jahr nach dem Klinikaufenthalt hält Mona weiterhin ihr Gewicht und ist stolz darauf, dass die Magersucht nicht mehr alle Bereiche ihres Lebens bestimmt –



auch wenn Essen, Gewicht und Kontrolle sie nie ganz loslassen. Sie macht eine ambulante Psychotherapie und arbeitet an ihrem Selbstwertgefühl. Sie trifft ihre Freundinnen und erobert sich Lebensfreude zurück.

Mit der Corona-Pandemie brechen haltgebende Strukturen weg. Die Schule fällt aus, auch Monas Freizeit, vor allem die Zeit mit Freundinnen, liegt auf Eis. Mona geht joggen. Die regelmäßige Bewegung an der frischen Luft tut anfangs gut. Dann beginnt sie wieder abzunehmen.

Langwierige Heilung, Rückfall und Hoffnung

Ein Drittel der Patientinnen und Patienten erleiden im ersten Jahr nach der stationären Behandlung einen Rückfall. Die S3-Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung der Essstörungen, die derzeit überarbeitet wird, gibt die Heilungsquote für Anorexia Nervosa mit 50% an. Bei weiteren 30% bessert sich zumindest die Symptomatik. Für alle anderen gibt es kein Zurück: Die Magersucht wird chronisch und endet zum Teil tödlich. Der Handlungsbedarf ist offenkundig.

An der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité-Universitätsmedizin Berlin haben die Ernährungswissenschaftlerin Dr. Verena Haas und ihr Team aktuell eine vielversprechende Pilotstudie zur familienbasierten Therapie (FBT) abgeschlossen. Sie hoffen, dass sich nun eine umfassende randomisierte kontrollierte Studie anschließt, die vom Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses finanziert werden und weitere Evidenz liefern soll.

Für die FBT sind die Familie, also Eltern und Geschwister, aber auch andere enge Bindungspersonen die wichtigste Ressource im Heilungsprozess. Dieser wird über durchschnittlich zehn Monate in drei Phasen strukturiert:

In der ersten Phase wird die Familie engmaschig begleitet und familientherapeutisch dabei unterstützt, das eigene Kind zum Essen und Zunehmen zu bewe-

gen. Jede Mahlzeit wird gemeinsam mit einem Familienmitglied eingenommen.

In der zweiten Phase entscheidet die oder der Erkrankte allmählich wieder selbstständig über die eigenen Mahlzeiten. Therapeutinnen und Therapeuten des FBT-Programms unterstützen weiterhin, aber die Zeitabstände zwischen den Beratungsgesprächen werden größer.

Die dritte Phase orientiert sich an der individuellen Situation der oder des Betroffenen und fokussiert auf die Rückkehr in den Alltag und die Nachsorge. Hier kann zum Beispiel auch eine weitergehende ambulante Psychotherapie empfohlen werden.

Das Risiko eines Rückfalls

Die FBT soll im besten Fall als Alternative zur stationären Therapie angeboten werden können, ohne diese vollständig zu ersetzen. »Wir würden gern besser verstehen, für wen FBT passt und für wen nicht« erklärt Haas. Von den 31 Jugendlichen, die an der Pilotstudie teilnahmen, musste knapp ein Drittel in die stationäre Therapie überführt werden. Dennoch hat die FBT über zwölf Monate hinweg die gleichen Behandlungserfolge erzielt wie eine im Schnitt viermonatige vollstationäre Therapie. 2024 folgt eine Nachuntersuchung der Pilotprobanden und soll mehr Aufschluss über die Rückfallquote geben. Für die stationäre Therapie ist das Rückfallrisiko vier bis neun Monate nach der Entlassung am höchsten.

Durch die Mangelernährung während der Magersucht werden insbesondere Herz, Nieren und Darm belastet; schlimmstenfalls kommt es zu Herzrhythmusstörungen oder Herzstillstand. Zu den unmittelbaren Folgen gehören auch Kreislauf- und Blutdruckprobleme, Erkrankte frieren ständig. In der Pubertät kann die Menstruation ausbleiben. Langfristig ist das Risiko für Osteoporose erhöht und die Lebenserwartung insgesamt deutlich verringert.

Mona hält sich nach dem zweiten Therapieanlauf mit großen Erwartungen zurück: »Ich kann mich darauf freuen, mit meinen Freundinnen essen zu gehen. Aber denke ich über das Essen nach? Über meinen Körper? Immer! Es ist ein Grundrauschen, von dem ich nicht weiß, ob es jemals weggehen wird.« ◻

Mehr Informationen zum Thema auch unter
<https://www.bzga-essstoerungen.de/>
<https://www.bundesfachverbandessstoerungen.de/>
<https://kinder-und-jugendpsychiatrie.charite.de/forschung/essstoerungen/fbt/>



15
Titelthema
forum
das Magazin des Medizinischen Dienstes 4/2023



Smoothies: gerührt, geschüttelt, gesund?

SIE SIND OFT TEURER als ein Mittagessen in der Kantine und ähnlich groß wie ein Becher Kaffee: Smoothies. Können sie frisches Obst und Gemüse ersetzen? Es klingt vor allem im Winter verlockend: Statt Obst und Gemüse zu schnippeln, kauft man einfach einen Smoothie. Der schmeckt gut und tut auch dem Immunsystem gut – oder nicht?

Smoothies, sogenannte Ganzfruchtgetränke, werden überwiegend aus Obst- und Gemüsesorten, die als Mark oder Püree verarbeitet werden, sowie Wasser oder Fruchtsaft hergestellt. Namensgebend ist die sämige Konsistenz (engl. smooth). Verarbeitet werden kann alles, was schmeckt – eine lebensmittelrechtliche Definition gibt es nämlich derzeit nicht. So verwundert es nicht, dass die Zutaten der bunten Mischgetränke in den Kühlregalen deutlich variieren und immer neue Kreationen mit Superfoods, Gewürzen, Nüssen, zusätzlichen Vitaminen, Mineralstoffen – aber auch künstlichen Zusatzstoffen und zugesetztem Zucker – auf den Markt kommen.

Das wichtigste Kaufargument ist der Geschmack, aber auch gesundheitliche Gründe spielen eine Rolle, zeigt die Verbraucherumfrage der Deutschen Lebensmittelbuch-Kommission 2021. Am beliebtesten sind reine Frucht- oder Frucht-Gemüse-Mischungen (besonders bekannt sind »grüne Smoothies«); reine Gemüse-pürees werden seltener konsumiert. Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, dass sie regelmäßig Smoothies verzehren. Damit sind Smoothies zu einem Trendgetränk und wichtigen Sektor auf dem Markt der Fruchtsäfte aufgestiegen. Fruchtsäfte rangieren bei den beliebtesten alkoholfreien Getränken der Deutschen auf Platz zwei hinter Mineralwasser (Stand 2021). Insbesondere als Frühstücksergänzung oder -ersatz sowie als Zwischenmahlzeit werden Smoothies konsumiert, sowohl zu Hause als auch unterwegs.

Vitaminspritze vs. Kalorienfalle

Smoothies gelten allgemein als »gesunde« Lebensmittel und werden meist mit gesundheitsbezogenen Angaben – zum Beispiel »voller Vitamine« oder »stärkt das Immunsystem« – beworben. Diese Gesundheitsversprechen stimmen jedoch nicht immer mit den Inhalts-

stoffen überein. Eine Analyse von Ökotest von 20 roten Smoothies aus dem Jahr 2022 zeigte unter anderem, dass nicht in allen Smoothies Vitamin C nachweisbar war, bzw. wenn, dann nur in niedrigem oder mittlerem Gehalt. Zudem enthielt mehr als die Hälfte der getesteten Drinks Spuren von Pestiziden. Ein weiteres Ergebnis: viel Zucker. Bei vielen Produkten lag der Zuckergehalt deutlich über 10 g pro 100 ml – dies entspreche ungefähr dem Zuckeranteil in einer Limonade oder Cola.

Der hohe Zuckergehalt könne auch bei Smoothies ohne zugesetzten Zucker zustande kommen, alleine durch den natürlichen Fruchtzucker. Die WHO empfiehlt pro Tag nicht mehr als 25 g Zucker zu sich zu nehmen – mit einem großen Smoothie ist die Grenze bereits erreicht.

Am besten roh und am Stück

Smoothies können eine ergänzende, schnelle und unkomplizierte Art des Verzehr von Obst und Gemüse sein – auch wenn ein verarbeitetes Produkt frisches Obst oder Gemüse nie ersetzen kann, weil wichtige sekundäre Pflanzenstoffe verloren gehen. Weiterer Nachteil ist, dass Smoothies nicht gekaut werden müssen, d. h. der Sättigungseffekt erst später einsetzt und die Gefahr besteht, zu viel Nahrung aufzunehmen.

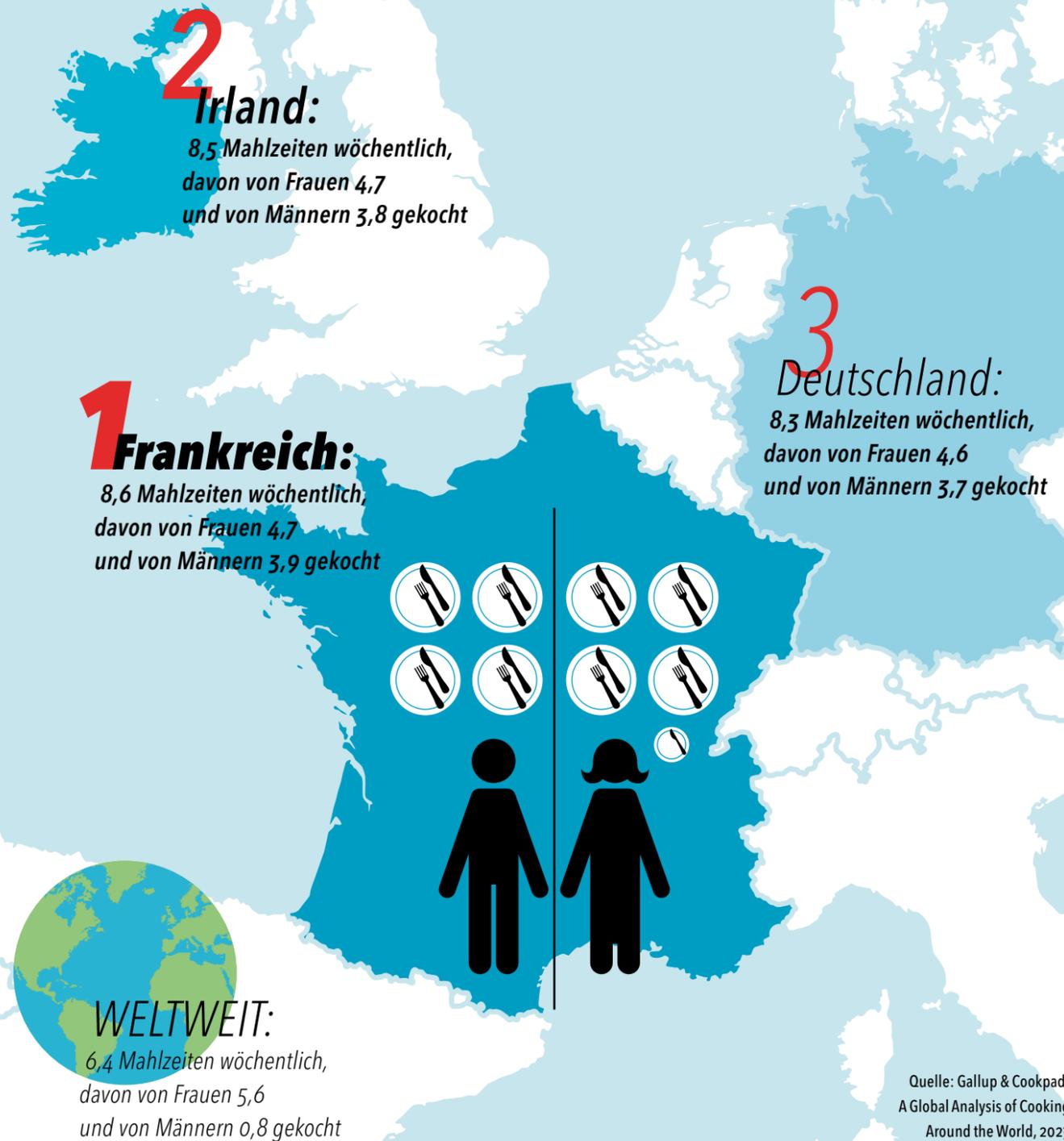
Die Deutsche Gesellschaft empfiehlt täglich »mindestens zwei Portionen (250 g) Obst« zu essen, wobei gelegentlich eine Portion auch als »Saft oder Smoothie« verzehrt werden könne. Wichtig sei, darauf zu achten, dass der Smoothie aus mindestens 50% Obst oder Gemüse besteht, ohne Zusatzstoffe oder zugesetztem Zucker. Um zu wissen, was drinsteckt, lohnt sich also immer der Blick auf die Zutatenliste oder man mixt Smoothies zu Hause selber.

Larissa Limbrunner
ist Referentin Kommunikation beim Medizinischen Dienst Bayern
larissa.limbrunner@md-bayern.de



Wo wird weltweit am meisten gekocht?

Und wer steht am Herd ...?



Quelle: Gallup & Cookpad:
A Global Analysis of Cooking
Around the World, 2023

Pflegebegutachtung: Telefoninterview wieder möglich

IMMER MEHR Menschen haben Anspruch auf Pflegeleistungen. Um in Zeiten des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels eine zeitnahe Begutachtung sicherstellen zu können, wurden die Begutachtungs-Richtlinien überarbeitet. In bestimmten Fallkonstellationen ist die telefonische Begutachtung wieder möglich. Zwischen 2016 und 2022 ist die Zahl der pflegebedürftigen Menschen von 3,1 Millionen auf über 5 Millionen gestiegen. Und sie wird weiter zunehmen: Prognosen des Statistischen Bundesamtes zufolge wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen allein durch die Alterung der Gesellschaft bis zum Jahr 2055 um 37% auf dann 6,8 Millionen steigen.

Um Pflegeleistungen beziehen zu können, beantragen Versicherte diese bei ihrer Pflegekasse, die dann den Medizinischen Dienst mit der Pflegebegutachtung beauftragt. Die Gutachterinnen und Gutachter stellen den Pflegegrad fest und geben darüber hinaus Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen oder zu erforderlichen Hilfsmitteln, um die Selbstständigkeit des pflegebedürftigen Menschen bestmöglich zu erhalten und zu unterstützen.

Grundlage für die Begutachtung des Medizinischen Dienstes sind die Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die ein strukturiertes Verfahren für die Begutachtung vorgeben. Mit den Richtlinien stellt der Medizinische Dienst die bundeseinheitliche Begutachtung sicher. Im Fokus steht die Frage, wie selbstständig die pflegebedürftige Person bei der Bewältigung ihres Alltags ist: Was kann sie und was kann sie nicht mehr? Und wobei braucht sie Unterstützung? Dazu erfassen die Gutachterinnen und Gutachter die individuellen Fähigkeiten in folgenden Lebensbereichen: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Die einzelnen Fähigkeiten werden nach Punkten gewichtet, und aus den Punkten errechnet sich dann der Pflegegrad.



Jana Klöse
ist Fachmitarbeiterin im Team Pflegebegutachtung beim Medizinischen Dienst Bund.
jana.kloese@md-bund.de



Bernhard Fleer
ist Seniorberater und Leiter Team Pflegebegutachtung beim Medizinischen Dienst Bund.
bernhard.fleer@md-bund.de

Strukturierte Telefoninterviews

»Eine qualitativ hochwertige, zeitnahe Begutachtung zur Einstufung der Pflegegrade ist für die Versicherten der entscheidende Schlüssel, um Leistungen der Pflegeversicherung erhalten zu können«, sagt Carola Engler, stellvertretende Vorsitzende des Medizinischen Dienstes Bund, und verweist auf die Zahlen: Rund 1,8 Millionen Begutachtungen haben die Medizinischen Dienste im Jahr 2016 durchgeführt; 2022 waren es bereits 2,5 Millionen, Tendenz weiter steigend. Doch angesichts des Fachkräftemangels stehen für die Begutachtung immer weniger Pflegefachkräfte zur Verfügung. Um dennoch sicherzustellen, dass die Pflegebegutachtung und die Versorgung der Pflegebedürftigen zeitnah sichergestellt sind, ermöglichen die Begutachtungs-Richtlinien in bestimmten Fallkonstellationen eine telefonische Begutachtung als Alternative zum Hausbesuch. Ausgeschlossen sind telefonische Begutachtungen unter anderem bei der Erstbegutachtung, bei der Begutachtung von Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr und bei Widerspruchsbegutachtungen.

Dass das strukturierte Telefoninterview eine bewährte Alternative zum Hausbesuch ist, hat sich bereits während der Corona-Pandemie gezeigt, als es darum ging, die besonders gefährdeten pflegebedürftigen Personen vor Infektionen zu schützen, sie aber gleichzeitig zeitnah zu begutachten, um einen schnellen Bezug von Pflegeleistungen sicherzustellen. In dieser Zeit erfolgte die Begutachtung des Medizinischen Dienstes durch eine Kombination aus eingereichten Unterlagen und strukturiertem Telefongespräch mit der pflegebedürftigen Person, ihren Zu- und Angehörigen sowie den Pflegepersonen.

So war es trotz Pandemie möglich, die pflegerische Versorgung der Menschen sicherzustellen.

Wissenschaftlich untersucht

Dass eine telefonische Begutachtung auch jenseits der Pandemie bei bestimmten Fallkonstellationen eine gute Alternative zum Hausbesuch sein kann, bestätigt eine unabhängige pflegewissenschaftliche Studie, die der Gesetzgeber als Grundlage

für die Neuregelungen zu einer telefonischen Begutachtung gefordert hatte. Sie wurde von Prof. Dr. Klaus Wingenfeld (Universität Bielefeld) und Prof. Dr. Andreas Büscher (Universität Osnabrück) erstellt und unter dem Titel »Analyse des Einsatzes des Telefoninterviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI« auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes Bund unter www.md-bund.de veröffentlicht.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass eine telefonische Begutachtung beispielsweise bei Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen ab dem vollendeten 14. Lebensjahr alternativ zum Hausbesuch erfolgen kann. Bei anderen Fallkonstellationen ist die telefonische Begutachtung kritisch zu prüfen oder sie kann nur in Anwesenheit einer Unterstützungsperson erfolgen. Das betrifft beispielweise alleinlebende Menschen mit einer demenziellen oder psychischen Erkrankung, Jugendliche zwischen dem vollendeten 14. und unter dem 18. Lebensjahr sowie Menschen, bei denen eine sprachliche Verständigung mit der Gutachterin bzw. dem Gutachter schwierig oder nicht möglich ist.

Unabhängig von den genannten Regelungen geht der Wunsch der antragstellenden Person, persönlich in ihrem Wohnbereich untersucht zu werden, einer Begutachtung mittels strukturierten telefonischen Interviews vor.

Schneller Zugang zu Leistungen

Die Ergebnisse der pflegewissenschaftlichen Studie wurden ebenso wie die gesetzlichen Vorgaben bei der Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien berücksichtigt.

Carola Engler bewertet die Wiedereinführung des Telefoninterviews als erste wichtige Maßnahme der Flexibilisierung, um die Pflegebegutachtung zukunftsfest aufstellen zu können: »Die Möglichkeit strukturierte Telefoninterviews bei Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen einzusetzen, ist ein erster wichtiger Schritt, um das gestiegene Begutachtungsaufkommen bewältigen zu können. Dem müssen nun jedoch weitere folgen, um den zeitnahen Zugang zu Leistungen in jedem Fall dauerhaft sicherzustellen.«

Unterlagen von der Pflegekasse

Um eine zeitnahe und sachgerechte Begutachtung der Versicherten organisieren und durchführen zu können, benötigt der Medizinische Dienst bestimmte Informationen zu den Versicherten von der Pflegekasse. Die überarbeiteten Begutachtungs-Richtlinien beschreiben, welche Unterlagen die Pflegekasse dem Medizinischen Dienst im Vorfeld zur Verfügung stellen muss, damit die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit stattfinden kann. Dabei handelt es sich um die Stammdaten der antragstellenden Person wie beispielsweise Name, Vorname, Adresse, Kranken- und Pflegeversichertennummer sowie um Angaben zu Erziehungsberechtigten und gesetzlichen Vertretungspersonen. Im Einzelfall sind von der Pflegekasse auch Unterlagen wie zum Beispiel die Kontaktdaten der antragstellenden Person (E-Mail-Adresse, Telefon- und Mobilnummer) und Selbstauskünfte zu Beeinträchtigungen bzw. Unterstützungsbedarfen zu übermitteln, wenn diese für die Begutachtung notwendig sind

Gesetzlicher Hintergrund

Gesetzliche Grundlage für die Einführung des strukturierten Telefoninterviews für bestimmte Fallkonstellationen in die Begutachtungs-Richtlinien ist das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG), das im Juli 2023 in Kraft getreten ist. Die Begutachtungs-Richtlinien wurden vom Medizinischen Dienst Bund am 29. September 2023 erlassen und vom Bundesministerium für Gesundheit mit Ausnahme des Kapitels 3.4 am 31. Oktober 2023 genehmigt. Kapitel 3.4 betrifft die Begutachtung bei Krisensituationen, also zum Beispiel bei Pandemien oder Katastrophenlagen und wird derzeit überarbeitet. Sobald das noch fehlende Kapitel genehmigt ist, wird es in den Richtlinien ergänzt. Die Begutachtungs-Richtlinien sind am 18. November 2023 in Kraft getreten.

Die Begutachtungs-Richtlinien und weitere ausführliche Informationen zur Pflegebegutachtung finden sich auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Bund unter www.md-bund.de.



Pflege hinter Gittern

ÄLTER und Krankheit machen vor Gefängnismauern keinen Halt. Gesundheitliche Probleme der Inhaftierten nehmen zu, die sozialen Bedürfnisse verändern sich: Entwicklungen, denen Justizvollzugsanstalten begegnen müssen. ▶ Mit der demografischen Entwicklung verändert sich auch die Altersstruktur in den 172 Justizvollzugsanstalten (JVA) in Deutschland. Oft begünstigen die Lebensläufe altersbedingte Einschränkungen und Krankheiten. Im Vergleich zu jüngeren Inhaftierten sind Ältere häufiger körperlich eingeschränkt, psychisch belastet und in ärztlicher Behandlung. Einen einheitlichen Umgang mit ihren besonderen Bedarfen gibt es nicht. Spezielle gesetzliche Vorgaben fehlen. Den Anforderungen an Barrierefreiheit können viele meist ältere Gefängnisgebäude nicht gerecht werden. Hindernisfreie Räume, Toiletten und Bäder finden sich längst nicht überall, ebenso wie spezielle Betreuungskonzepte oder Angebote, die sich an den Bedürfnissen von älteren Menschen orientieren (z. B. altersgerechte Verpflegung, Präventions- oder Beschäftigungsprogramme). Auch muss das Personal für die Situation von älteren und/oder pflegebedürftigen Inhaftierten sensibilisiert sein. Gerade bei Inhaftierten mit erhöhter Pflegebedürftigkeit geraten Justizvollzugsanstalten an ihre Grenzen. Einrichtungen, die zielgerichtet auf die Probleme Älterer eingehen, finden sich nur punktuell.

In Zahlen

Von 2017 bis 2022 ist die Gesamtzahl der Strafgefangenen in Deutschland von 51 082 um fast ein Fünftel auf 41 888 zurückgegangen. Der Anteil an Gefangenen über 60 Jahren hat sich dabei allerdings um drei Fünftel erhöht. Im Jahr 2022 waren 1698 Insassen zwischen 60 und 69 Jahre alt, 403 Personen zwischen 70 und 79 Jahren und 50 zwischen 80 und 89 Jahren.

Daneben ist auch die Zahl der Sicherungsverwahrten von 561 auf 604 gestiegen. Gemeint sind Personen, die auch nach einer verbüßten Freiheitsstrafe weiter in staatlicher Verwahrung bleiben, weil sie eine Gefährdung für die Allgemeinheit darstellen. Darunter ist, so Fredericke Leuschner und



Christine Probst
arbeitet im Stabsbereich
Selbstverwaltung /
Kommunikation / Politik
beim Medizinischen Dienst
Sachsen-Anhalt.
christine.probst@md-san.de

Elena Rausch von der Kriminologischen Zentralstelle (KrimZ), ein beachtlicher Anteil lebensälterer Personen.

»Früher war ich ein kräftiger Typ«, sagt Michi* nostalgisch. »Da habe ich mir nichts sagen und gefallen lassen.« Von seiner Stärke ist wenig geblieben. »Durch den Krebs habe ich sehr abgebaut«, sagt der 63-Jährige. Als Vollzugsbehörde ist jede JVA verpflichtet, für die körperliche und geistige Gesundheit ihrer Gefangenen zu sorgen. Die reguläre Kranken- und Pflegeversicherung ruht zwar während einer Haftstrafe, aber der Anspruch auf medizinische Versorgung bleibt der gleiche, nur ohne freie Arztwahl. Das beinhaltet die ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie eine Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Vorsorgeleistungen, zum Beispiel Impfungen oder Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten wie Diabetes oder Krebs, gehören ebenfalls dazu. Den Regelungen der Gesundheitsfürsorge ordnet sich auch das Thema »Pflege« zu. Der Strafvollzug ist in Deutschland Ländersache und wird dort durch unterschiedliche Gesetze geregelt.

Individuelle Umsetzung in den Ländern

»Bei der Vorsorgeuntersuchung haben die festgestellt, dass da was nicht stimmt«, sagt Michi. »Ich hab das schon geahnt, weil ich mich ständig so abgeschlagen gefühlt habe, aber das wollte ich mir nicht anmerken lassen.« Kranke und hilfsbedürftige Gefangene werden nach Möglichkeit in der JVA vor Ort behandelt und versorgt. Alle Justizvollzugsanstalten in Deutschland verfügen dafür über einen ärztlichen bzw. medizinischen Dienst mit Gesundheitspersonal, der bei Bedarf andere Fachärztinnen und Fachärzte hinzuziehen kann. Daneben sind meist ein psychologischer, pädagogischer und seelsorgerischer Dienst sowie ein Sozialdienst aktiv. Allerdings sind auch die Justizvollzugsanstalten zunehmend von Personalnot bedroht. Laut Bund der Strafvollzugsbediensteten Deutschlands (BSBD) fehlen bundesweit rund 2000 Justizvollzugsbeamtinnen und -beamte. Die Stellen seien da, könnten aber nicht



besetzt werden – ein Problem, das sich weiter verschärfen wird, denn in den nächsten Jahren gehen viele Beschäftigte in den Ruhestand.

Die personelle Situation beeinflusst insbesondere die Betreuung älterer und pflegebedürftiger Insassen. Einige Gefängnisse setzen deshalb sorgfältig ausgewählte Gefangene als »Alltagshelfer« ein, die ihre hilfebedürftigen Mithäftlinge bei der Alltagsbewältigung unterstützen. Individuelle Hilfsmittel wie Aufstehhilfen, Haltegriffe und -stangen erleichtern den Alltag ebenso wie Vollzugsmitarbeitende, die bei der Medikamentengabe oder den Mahlzeiten unterstützen.

In vielen Einrichtungen ist es üblich, externe ambulante Pflegedienste einzubinden, wenn sich der pflegerische Unterstützungsbedarf erhöht. Einfach ist das jedoch nicht, denn viele Pflegedienste sind ohnehin ausgelastet oder haben Bedenken gegen die Arbeit in einer JVA.

Für eine Operation oder eine Krankenhausbehandlung kommen Gefangene in eines der wenigen Justizvollzugskrankenhäuser in Deutschland. Da diese nur über begrenzte Kapazitäten verfügen, können in Ausnahmefällen auch Kliniken außerhalb des Strafvollzugs genutzt werden.

Spezielle Angebote

Steigt der pflegerische Unterstützungsbedarf, können Häftlinge in einigen Bundesländern wie Niedersachsen oder Nordrhein-Westfalen auch in eigens darauf ausgerichteten Justizvollzugsanstalten mit Pflegeabteilungen für Männer oder Frauen untergebracht werden. Die begrenzten Plätze sind hier älteren Menschen vorbehalten, die erheblich gesundheitlich eingeschränkt und/oder chronisch krank sind. Die Pflege übernehmen Mitarbeitende des allgemeinen Vollzugsdienstes mit pflegerischer Ausbildung.

Pflege anzunehmen, musste Michi erst lernen: »Auch wenn das am Anfang für mich schwierig war, auf andere angewiesen zu sein, bin ich froh, dass die Frau vom Pflegedienst kommt. Ansonsten will ich einfach nur meine Ruhe«, meint er. Gerade lebensältere Gefangene haben oft ein zunehmendes Ruhebedürfnis. Der Hofgang mit den anderen Häftlingen kann ein Stressfaktor sein, die Furcht

vor Auseinandersetzungen wächst. »Den anderen Häftlingen gehe ich inzwischen lieber aus dem Weg«, bestätigt auch Michi. Gründe, weshalb Bundesländer wie Sachsen, Brandenburg, Hessen, NRW, Baden-Württemberg oder Bayern in bestimmten Justizvollzugsanstalten eine begrenzte Anzahl an Plätzen nur für ältere Gefangene haben. Ohne die Konkurrenz zu Jüngeren finden die veränderten Bedürfnisse hier mehr Berücksichtigung. Ein externer Pflegedienst ist häufig für die Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Leistungen eingebunden.

Wenn das Lebensende naht

Lassen sich Pflegeaufwendungen im Strafvollzug nicht mehr abdecken, prüft und entscheidet die Staatsanwaltschaft bzw. bei Sicherungsverwahrten oder Mördern das Gericht, ob die Person haftuntauglich ist und im Zuge einer Haftunterbrechung in einer herkömmlichen Pflegeeinrichtung untergebracht werden kann. Schon vor der Entscheidung kann die JVA auf eigene Kosten den Medizinischen Dienst mit einer Feststellung der Pflegebedürftigkeit beauftragen, um die Aufnahme in einem Pflegeheim sicherzustellen. Mit Beginn einer Haftunterbrechung ist die JVA dann nicht mehr für die Person zuständig. Die Kranken- und Pflegeversicherung wird wieder aktiviert. Sofern bis dahin noch keine Pflegebegutachtung stattfand, wird diese dann von der Pflegekasse beauftragt. Beim teils schwierigen Übergang von der JVA in ein Pflegeheim helfen Sozialdienst und medizinische Abteilung der Justizvollzugseinrichtung sowie Wohlfahrtsverbände und regionale Netzwerke oder Vereine.

»Lebend komme ich hier nicht mehr raus«, mein Michi und lacht. Wie sich der letzte Lebensabschnitt bei einer lebensbedrohlichen Krankheit, die bald zum Tode führen wird, angemessen gestalten lässt, wenn keine Haftunterbrechung bewilligt wird, bleibt die Herausforderung der JVA. Diese kann dann beispielsweise eine palliative Begleitung innerhalb des Strafvollzugs initiieren. »Zumindest brauche ich mich um nichts kümmern und bin hier gut versorgt«, zieht Michi sein Fazit. ◻

* Name geändert



Screening: früh erkannt, Gefahr gebannt?

KAUM EIN medizinisches Thema führt so zuverlässig zu kontroversen Diskussionen, wie der Sinn von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Während die einen getreu dem Motto »Vorsorgen ist besser als Heilen« davon auszugehen scheinen, dass Früherkennung aus sich heraus nützlich ist, erinnern die anderen immer wieder an die Notwendigkeit der Evidenzbasierung auch für gesundheitsbezogene Maßnahmen im Bereich von Prävention und Früherkennung. Die aktuell vom Bundesgesundheitsministerium geplanten Ausweitungen von Früherkennungsuntersuchungen insbesondere im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes hat diese Diskussion erneut angeregt.

Screenings gibt es für eine Vielzahl von Erkrankungen. In Deutschland haben gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf diverse Früherkennungsuntersuchungen. Dazu zählen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Gesundheitsuntersuchungen insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Diabetes, Früherkennungsuntersuchungen von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Schwangeren. Darüber hinaus werden viele Früherkennungsuntersuchungen als Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) angeboten, wobei bei vielen dieser Leistungen keine belastbare Evidenz aus klinischen Studien vorliegt.

Warum gibt es so viel Diskussion um die Früherkennung?

Früherkennung wird häufig als etwas uneingeschränkt Positives wahrgenommen. Es gibt eine Reihe von Fehlannahmen, die diese Sichtweise stärken.

Die Idee eines Screenings ist es, in einer scheinbar gesunden Bevölkerung diejenigen auszumachen, bei denen Risikofaktoren oder frühe Anzeichen einer Erkrankung vorliegen. Durch das frühzeitige Angebot von Maßnahmen sollen bessere Behandlungsergebnisse erzielt oder das Erkrankungsrisiko gesenkt werden. Es scheint ebenso plausibel wie naheliegend, dass diese Idee funktioniert, dass man also nur früh nachsehen und intervenieren muss, um Erkrankungen oder zumindest schwere Verläufe zu verhindern, die die Betroffenen selbst belasten

und die zu möglicherweise vermeidbaren Kosten im Gesundheitssystem führen. Nun ist es aber keineswegs so, dass eine frühere Erkennung und Behandlung von Krankheiten immer zu besseren Erfolgen in der Behandlung führt als eine spätere Behandlung, sich also günstiger auf das Überleben oder die Lebensqualität der Betroffenen oder auch auf mögliche Folgeerkrankungen und Komplikationen auswirkt. Es kann auch passieren, dass man nicht insgesamt länger lebt, sondern nur länger das Wissen der Diagnose hat.

Eine weitere Fehlannahme ist, dass Früherkennung und Vorsorge häufig gleichgesetzt werden und die Begriffe synonym verwendet werden. Hierdurch können falsche Hoffnungen geweckt werden: Das frühe Erkennen einer Erkrankung bedeutet nicht das Gleiche wie Vorsorge. Unter Vorsorge versteht man das Verhindern oder auch Verzögern einer Erkrankung. Dies kann aber nur durch wenige Früherkennungsuntersuchungen geleistet werden. Dies ist zum Beispiel beim Darmkrebs-Screening oder dem Screening auf Gebärmutterhalskrebs möglich, wo auch Vorstufen von bösartigen Tumoren gefunden und entfernt werden können, bevor diese entarten. Das heißt, man kann auch dann erkranken, wenn man regelmäßig am Screening teilgenommen hat.

Wie können Früherkennungsuntersuchungen schaden?

Schäden durch Früherkennungsuntersuchungen können direkt oder indirekt entstehen. Direkte Schäden resultieren unmittelbar aus dem angewendeten Verfahren, zum Beispiel aus der Anwendung von Röntgenstrahlen oder wenn es bei Durchführung eines Belastungs-EKG zu einem Herzinfarkt kommt. Schwerwiegende direkte Schäden sind eher selten. Relevanter sind oft die indirekten Schäden. Diese können unter anderem aus falschen Testergebnissen resultieren. Screeningtests liefern nie 100% richtige Ergebnisse; keine Früherkennungsuntersuchung kann alle Erkrankten sicher als krank und alle Gesunden sicher als gesund identifizieren. Daher gibt es immer Personen, die einen positiven Test haben, obwohl sie nicht erkrankt sind. Diese falsch positiven Befunde werden auch als Fehlalarme bezeichnet. Grundsätzlich sind Tests, die zum

Screening genutzt werden, darauf angelegt, eine Art Vorsortierung vorzunehmen und aus einer großen Gruppe Menschen diejenigen herauszufiltern, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von einer Erkrankung betroffen sind, und dann weitere Abklärungsuntersuchungen durchzuführen. Daher sind falsch positive Ergebnisse verhältnismäßig häufig. Diese können zu unnötigen Sorgen und Ängsten führen. Aus der weiterführenden Diagnostik können wiederum Schäden resultieren, zumal diese möglicherweise invasiver ist.

Es kann auch vorkommen, dass Personen ein negatives Testergebnis haben, obwohl die Erkrankung bei ihnen vorliegt. Diese falsch negativen Befunde können dazu führen, dass sich Menschen in falscher Sicherheit fühlen und schlimmstenfalls spätere Symptome nicht ernst nehmen. Ein zentraler Schadensaspekt sind die sogenannten Überdiagnosen. Eine Überdiagnose ist die Diagnose einer Erkrankung, die der betroffenen Person in ihrem Leben nie geschadet hätte bzw. die sie möglicherweise niemals bemerkt hätte. Es handelt sich dabei nicht um eine Fehldiagnose oder einen falsch positiven Befund. Es sind richtige Diagnosen, die aber nie Beschwerden gemacht hätten. Überdiagnosen können zu unnötigen psychischen Belastungen führen und überflüssige Behandlungen nach sich ziehen, aus denen wiederum Schäden resultieren können. Dies gilt gleichermaßen (oder umso mehr) für die Diagnose von Risikofaktoren, von denen ebenfalls nicht per se klar ist, dass sie zu einer Erkrankung geführt hätten.

Grundsätzlich scheint es so zu sein, dass der mögliche Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen häufig überschätzt und der mögliche Schaden unterschätzt wird. Es gibt hierzu einige Untersuchungen zu Erwartungen an Früherkennungsuntersuchungen aus Sicht von Patientinnen und Patienten sowie aus ärztlicher Sicht insbesondere aus dem Gebiet der Krebsfrüherkennung. Zu den häufig zu screening-positiven Überzeugungen vieler Ärztinnen und Ärzte könnte beitragen, dass es kein wirklich negatives Feedback gibt. Wurde eine Erkrankung richtig diagnostiziert, ist man neben dem ersten Schock auch erleichtert, dass diese früh gefunden wurde. Dies ist umso mehr der Fall, wenn die Erkrankung erfolgreich behandelt werden konnte. Es wird weder hinterfragt, ob diese Diagnose jemals Beschwerden gemacht hätte, noch, ob eine spätere Diagnose nicht auch zu gleichen Ergebnissen geführt hätte. Kommt es zu einem falsch positiven Befund, ist man nach der Abklärungsdiagnostik erleichtert, dass keine Erkrankung vorliegt, so dass die unnötigen Sorgen und Ängste schnell vergessen sind. Bei einem negativen Ergebnis ist man ohnehin beruhigt.

Mit dem Thema »Wie sinnvoll sind Früherkennungsuntersuchungen (Screenings)?« hat sich auch der IGeL-Podcast beschäftigt. Der informative Gesundheits-Podcast des IGeL-Monitors diskutiert immer wieder aktuelle und kontroverse Themen mit Expertinnen und Experten. Reinhören lohnt sich auf allen relevanten Podcast-Plattformen und unter www.igel-monitor.de. Auf der Website gibt es daneben ausführliche Bewertungen zum Nutzen und Schaden von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die Versicherte in ärztlichen Praxen selbst bezahlen müssen. Hierzu zählen auch ausgewählte Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen.

Voraussetzung für sinnvolle Screeningmaßnahmen?

Wilson & Jungner regten bereits 1968 Grundsätze zur Bewertung der Durchführbarkeit, Wirksamkeit und Angemessenheit von Screeningprogrammen an, die auch heute noch als Diskussionsgrundlage dienen. Hierzu gehört unter anderem, dass die Erkrankung ein wichtiges Gesundheitsproblem darstellt, dass eine anerkannte Behandlung der Erkrankung existiert, es ein geeignetes Test- oder Untersuchungsverfahren gibt und dass es eine erkennbare Phase der Latenz oder Frühsymptomatik gibt. Neben diesen grundsätzlichen Überlegungen werden aussagekräftige Informationen zu Nutzen und Schaden benötigt, bevor Früherkennungsuntersuchungen in die Versorgung eingeführt werden. Es muss in großen vergleichenden Studien mit ausreichend langer Dauer gezeigt werden, dass die Maßnahme tatsächlich einen Vorteil in Bezug auf patientenrelevante Endpunkte hat. Weiterhin kann daraus abgeschätzt werden, wie häufig es zu Überdiagnosen kommen kann und welche weiteren Schäden auftreten können. Aus solchen Studien können dann nicht nur die Früherkennungsuntersuchung selbst abgeleitet werden, sondern auch die Patientengruppe, die gescreent werden soll, sowie das Screeningintervall.

Im Sinne einer patient*innenorientierten, evidenzbasierten Gesundheitsversorgung sollte eine weitere zentrale Voraussetzung erfüllt sein: Menschen können eine freie und informierte Entscheidung darüber treffen, ob sie eine gesundheitsbezogene Intervention in Anspruch nehmen wollen oder nicht. Das heißt zum einen, dass sie über die grundsätzliche Problematik von Früherkennungsuntersuchungen aufgeklärt werden müssen und Informationen dazu erhalten, ob es aussagekräftige Studien gibt sowie zum erwarteten Nutzen und möglichen Schaden der Untersuchung. Zum anderen muss es möglich sein, auch eine Entscheidung gegen eine Früherkennungsuntersuchung zu treffen. 

Dr. Michaela Eikermann
ist Leiterin Fachbereich
Evidenzbasierte Medizin
beim Medizinischen
Dienst Bund.
[michaela.eikermann@
md-bund.de](mailto:michaela.eikermann@md-bund.de)



Gefährliches Vapen

JAHRELANG ging die Zahl der jugendlichen Raucher zurück. Elektronische Zigaretten, sogenannte Vapes, drohen diesen Trend jetzt umzukehren: Preis, Aufmachung und süße Geschmacksrichtungen machen die Dampferzeuger attraktiv für junge Menschen – und sind dabei nicht minder gefährlich. ► Nicht nur in den 1960er Jahren war Rauchen ein gesellschaftlich akzeptierter Teil des Alltagslebens. Es wurde geraucht, wo immer es gefiel: im Büro, in Restaurants, im Auto, im heimischen Wohnzimmer. Nur vereinzelt wurden Stimmen laut, die sich fragten, wie gesund das eigentlich sein kann. So zum Beispiel die des US-Amerikaners Herbert A. Gilbert, der sich 1963 eine elektrische Zigarette patentieren lässt. Diese war rauch- und tabakfrei, stattdessen sollte sich der Nutzer an feuchter warmer Luft, die aromatisiert worden war, gütlich tun. Eine Idee, die keinen Anklang fand. Die E-Zigarette ging nie in Produktion.

Es dauerte lange, bis der chinesische Pharmazent Lik Hon Anfang der 2000er Jahre den Einfall hatte, das Nikotin in einer Flüssigkeit zu lösen, so dass es nur noch erwärmt und nicht mehr verbrannt werden muss. Der Siegeszug der modernen E-Zigarette begann. Die sieht fast stylisch aus: Kaum größer als ein Feuerzeug, ähnelt sie einem knallbunten und gerne auch schön glitzernden Stift, soll sich optisch gut in der Hand machen und kommt in vielversprechenden süßen Geschmacksrichtungen wie Cherry-Cola, Passionsfrucht oder Himbeere daher.

Attraktiv für Einsteiger

Populär ist vor allem die Einweg-E-Zigarette. Dabei treibt ein vorgeladener, nicht wiederaufladbarer Akku eine Spule an, die die Flüssigkeit, das sogenannte E-Liquid, verdampft. Durch das Ziehen am Mundstück entsteht ein Unterdruck, der den Akku automatisch aktiviert, man muss die E-Zigarette also nicht einmal anschalten. Sind die 500 möglichen Züge aufgebraucht, wird die E-Zigarette weggeworfen – eine hohe Umweltbelastung. Die Einwegvariante ist günstiger und einfacher zu handhaben als ein E-Zigaretten-Kit, was sie attraktiv für Einsteiger und Menschen macht, die »nur mal probieren« wollen.



Claudia Füllner
arbeitet als freie
Wissenschaftsjournalistin
in Freiburg.
claudiafuessler@web.de

Begeisterte Anhänger findet das elektrische Rauchen vor allem bei jungen Menschen. Suchtforscher am Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf befragen für die Studie Debra (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten) seit 2019 zweimonatlich einen repräsentativen Teil der Bevölkerung persönlich zum Konsum von Tabak und alternativen Nikotinabgabesystemen. Laut ihrer jüngsten Veröffentlichung Ende 2022 hat sich der Anteil der 14- bis 17-Jährigen, die E-Zigaretten nutzen, innerhalb eines Jahres von 0,5 auf 2,5% erhöht. Bei den 18- bis 24-Jährigen von 2,4 auf 4%. Gleichzeitig rauchen deutlich mehr 14- bis 18-Jährige: Der Anteil stieg von 8,7 auf 15,9%.

Schmeckt nach Apfel oder Cappuccino

Die Hersteller von E-Zigaretten werben damit, dass der Dampf einer E-Zigarette deutlich weniger gesundheitsschädliche Substanzen enthalte als eine klassische Zigarette. Tatsächlich geht auch die Wissenschaft aufgrund der bisherigen Datenlage davon aus, dass das gesundheitliche Risiko geringer ist. Das große Aber: Es fehlen Langzeitdaten. Und: »Geringer« heißt nicht, dass man gefahrlos zur E-Zigarette greifen kann. Daniel Kotz, einer der Leiter der Debra-Studie, betonte deshalb beim Forum Verbraucherschutz »Chancen und Risiken der E-Zigarette« des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR): »Die E-Zigarette gehört nicht in die Hände von Jugendlichen und auch nicht in die von Nichtraucherinnen und Nichtrauchern.« Allenfalls könne sie als Unterstützung bei einem Rauchstopp genutzt werden, falls evidenzbasierte Entwöhnungsmaßnahmen erschöpft sind oder von der Raucherin, dem Raucher nicht gewünscht werden.

»Die Regenbogenfarben und die attraktiven Geschmacksrichtungen sowie die viel zu geringe Regulation von staatlicher Seite sorgen dafür, dass wir hier eine sehr niederschwellige Einstiegsdroge haben«, sagt Uta Engler. Die zertifizierte Tabakentwöhnungstherapeutin vom Präventionsteam am Tumorzentrum CCCF der Universitätsklinik Freiburg hat beobachtet, dass die E-Zigarette nicht nur Jugendliche lockt, sondern auch Erwachsene, die eigentlich nicht rauchen



wollen. »Da wird davon ausgegangen, dass das Vapen nicht so schädlich ist wie eine Zigarette, man greift gerne mal zum Ausprobieren zu einer E-Zigarette, die nach Apfel oder Cappuccino schmeckt, und im Nu ist man abhängig«, sagt Engler. Der Nikotinhalt in E-Zigaretten sei mitunter sogar höher als in Zigaretten, eine Einweg-E-Zigarette mit etwa 500 bis 600 Zügen entspricht ein bis zwei Schachteln Zigaretten.

Versuch am lebendigen Menschen

Ein großes Problem sieht Engler zudem in der überaus leichten Handhabbarkeit der elektrischen Zigarette: Sie muss nicht erst angezündet und später ausgedrückt und entsorgt werden, sondern ist wie das Smartphone immer zur Hand und sofort einsatzbereit. »Ich kann sie jederzeit ohne Anschalten nutzen, da findet schnell eine Konditionierung statt«, sagt die Gesundheitspädagogin, »und das wiederum beschert uns schnell die Abhängigen von morgen. Die Debra-Studie zeigt leider auch: Nur eine geringe Menge der E-Zigaretten-Nutzer hat Lust aufzuhören.« Weil das Liquid mit dem Tabak nur erhitzt statt verbrannt wird, kommt die E-Zigarette ohne einige der nachweislich schädlichen Verbrennungsprodukte der konventionellen Zigarette aus. »Dennoch wissen wir nicht, was die Substanzen, die dort verdampft und inhaliert werden, langfristig für Konsequenzen haben«, sagt Engler, »das ist ein Versuch am lebendigen Menschen.« Und bei Jugendlichen umso kritischer zu sehen, weil sich deren Gehirne noch in der Entwicklung befinden.

Dass wieder mehr Jugendliche zu Tabakprodukten greifen, bezeichnet auch Burkhard Blienert als beunruhigenden Trend, dem man mit aller Entschlossenheit entgegenzutreten müsse. »Und zwar nicht irgendwann, sondern jetzt«, sagt der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen. Er weist darauf, dass jedes Jahr mehr als 127 000 Menschen in Deutschland an den Folgen ihres Tabakkonsums sterben. Millionen leiden unter den Folgen des Rauchens: Krebs-, Herz-Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen. »Wer verhindern will, dass auch in 20 oder 30 Jahren noch Zehntausende Menschen in Deutschland an den Folgen des Rauchens sterben, der muss heute die richtigen Weichen

stellen«, sagt Blienert. »Dazu gehören weitreichendere Werbebeschränkungen und ein lückenloses Verbot des Sponsorings durch die Tabakindustrie. Denn je häufiger Jugendliche mit Tabakwerbung konfrontiert werden, desto früher fangen sie mit dem Rauchen an.«

Verführerische Werbung

Das bestätigt das Präventionsradar der DAK-Gesundheit und des Kieler Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord). Laut der repräsentativen Studie erhöht der Kontakt mit Werbung für E-Zigaretten die Wahrscheinlichkeit, diese zu probieren, um 142%. Konkret heißt das: Etwa jeder sechste Schüler (15,9%) mit niedrigem Werbekontakt hat bereit E-Zigaretten geraucht. Bei hohem Werbekontakt ist es mehr als jeder dritte Schüler (38,5%) – ein Plus von 142%. »Kinder und Jugendliche werden durch Werbung zum Rauchen verführt. Deshalb muss die Politik nun endlich ein umfassendes Werbeverbot für Tabak, Zigaretten und auch für E-Zigaretten durchsetzen«, fordert Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit. »Als Kasse schließen wir uns auch den Forderungen der Weltgesundheitsorganisation an, E-Zigaretten und Tabakerhitzer strenger zu regulieren. Der Schutz der Gesundheit muss an erster Stelle stehen.«

Im Juni 2023 hat der Bundestag eine Änderung des bestehenden Tabakproduktgesetzes beschlossen, dass nun auch die Verpackungen von Tabakerhitzern – dazu zählt die E-Zigarette – sogenannte Text-Bild-Warnhinweise tragen müssen. Außerdem wird das bei herkömmlichen Tabakprodukten bereits bestehende Verbot von Aromen und Aromastoffen nun auch auf Tabakerhitzer angewendet. »Was krank macht, soll nicht nach Obstsalat oder Fruchtbonbon schmecken«, sagt Blienert. »Die im Bundestag beschlossenen Regeln für mehr Gesundheitsschutz bei Tabakerhitzern sind ein guter Schritt für mehr Gesundheitsschutz, können aber nur der Anfang sein.« ◻



Alte (Infektions-)Krankheiten – neue Gefahren?

HIERZULANDE weitgehend aus dem gesellschaftlichen Bewusstsein verschwunden, treten »alte« Krankheiten wie zum Beispiel Tuberkulose, Krätze und Keuchhusten wieder häufiger auf. Wie kommt das? Heute sind viel mehr Menschen weltweit unterwegs: Der durch Globalisierung beförderte rege Austausch von Waren und Personen verbreitet Viren und Bakterien immer rascher um die Welt. Aber auch Antibiotikaresistenzen, fehlende Impfungen, sich verändernde Umweltbedingungen, der Klimawandel und Klimaanlagen begünstigen die Verbreitung von Bakterien und führen zum Erstarken von Krankheiten, die »ausgestorben« schienen oder zumindest unterbrochen waren.

Die Wiederkehr »alter« Krankheiten wird zudem durch Naturkatastrophen, Kriege und eine schlechte Gesundheitsversorgung befördert. Gänzlich ausgerottet unter den menschlichen Infektionskrankheiten sind bisher die Pocken – nach jahrzehntelanger, weltweiter Impfkampagne der WHO. Seuchen wie Pest und Lepra treten in einigen Ländern fern von Europa immer noch endemisch auf. Gleiches gilt für Malaria – jedes Jahr werden 500 Millionen Menschen weltweit von Malaria befallen, zwei Millionen sterben daran. Dabei tritt die Erkrankung auch in Gegenden auf, in denen die Übertragung längst unterbrochen war.

Tuberkulose – eine der häufigsten Todesursachen
Die früher als »Schwindsucht« bezeichnete Tuberkulose ist eine der weltweit zehn häufigsten Todesursachen (2021 starben schätzungsweise 1,6 Millionen daran). Ein Drittel der Weltbevölkerung ist infiziert, jährlich erkranken 3 Millionen Menschen, mit steigender Tendenz. Insbesondere während der Corona-Pandemie waren Diagnostik und Behandlung stark eingeschränkt. Aufgrund der günstigen epidemiologischen Lage in Deutschland wird seit 1998 eine Impfung nicht mehr empfohlen. Die Zunahme der Fälle in den Jahren 2015 und 2016 (2008: 4537, 2015 und 2016: jeweils rund 6000 Fälle) hängt laut RKI mit einer erweiterten Falldefinition sowie mit dem vermehrten Testen von Menschen zusammen, die aus Kriegs- und Krisengebieten nach Deutschland geflüchtet sind und hier Asyl suchen.

Drei Viertel aller Erkrankten sind im Ausland geboren. »Flüchtlinge sind in Bezug auf Infektionen wie Tuberkulose keine Gefahr für die Bevölkerung, sie selbst stellen aber eine höchst gefährdete Gruppe, unter anderem wegen der Flucht- und schlechten Lebensbedingungen sowie einem anderen Risikoverständnis für die Gefahren von Infektionen, dar«, so Prof. Dr. med. August Stich von der Klinik für Tropenmedizin am Klinikum Würzburg Mitte. Die gute Nachricht: Seit 2016 sinken die Tuberkulose-Fallzahlen wieder – zuletzt auf 2619 Fälle im Juli 2023.

Krätze auf dem Vormarsch

Die Ursachen für die Wiederkehr der Krätze (Skabies) – weltweit eine der häufigsten Hauterkrankungen überhaupt – sind unklar. Zahlen aus Arzneimittelreporten, Krankenhäusern und Studien belegen eine deutliche Fallzunahme in Deutschland. So ist laut RKI unter Berufung auf Abrechnungsdaten niedergelassener Ärztinnen und Ärzte allein im Jahr 2018 bei über 380 000 Menschen Skabies diagnostiziert worden – neunmal mehr als 2009.

Auch Prof. Dr. Matthias Augustin, Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen am UKE Hamburg, weist auf eine steigende Versorgungsprävalenz hin: Zwischen 2010 und 2015 hätten die Behandlungsfälle im ambulanten Bereich um fast 53% zugenommen. Zahlen der Barmer zufolge wurden im Jahr 2017 insgesamt 60% mehr Medikamente gegen die Hautkrankheit verschrieben als noch im Vorjahr. Da die Erkrankung nur meldepflichtig ist, wenn Gemeinschaftsunterkünfte wie etwa Alten- und Pflegeheime, aber auch Kindergärten, Schulen, Gefängnisse oder Notunterkünfte betroffen sind, ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen.

Krätzemilben gehören zu den Spinnentieren und breiten sich besonders gern dort aus, wo viele Menschen auf wenig Raum zusammenkommen und/oder engen Kontakt haben. Bis zu 30 Minuten lang gräbt sich die befruchtete, weibliche Milbe in die menschliche Epidermis, um dort Eier und Kot abzulegen. Die durch die Milben in der menschlichen Haut abgesonderten Ausscheidungsprodukte zerfallen und lösen eine Überreaktion des Immunsystems aus, die sich in starkem Juckreiz, Bläschen



und Krustenbildung auf der menschlichen Haut zeigt. Bei intaktem Immunsystem hält die Immunreaktion des Körpers die Milbenzahl auf einem relativ niedrigen Niveau. Trotz hartnäckiger Vorurteile gilt: Krätze kommt grundsätzlich in allen sozialen Schichten vor und wird nicht immer sofort erkannt. Denn laut Expertenmeinung hat sich das klinische Erscheinungsbild der Erkrankung im Laufe der Zeit verändert und ähnelt heute oft eher einem Hautekzem. So dauert es mitunter länger bis zur richtigen Diagnose und Betroffene können mehr Menschen infizieren.

Impfmüdigkeit als eine Ursache?

Auch Masern und Keuchhusten sind Beispiele für bereits verdrängte Infektionskrankheiten, die mit zeitweise steigenden Fallzahlen in Deutschland Aufmerksamkeit erregen. Einerseits wurden während der Corona-Pandemie weniger Kinder geimpft, andererseits führte eine allgemeine Impfskepsis zu einer gesunkenen Herdenimmunität. Die Folge: Weltweit stiegen die Masernfälle rapide an: 2019 gab es die höchste Infektionsrate seit 23 Jahren, und deutlich mehr Menschen sind an Masern gestorben als in den Jahren zuvor (2016: 90 000, 2019: 207 500 Tote). Die vom RKI registrierten Masern-Fälle in Deutschland schwanken von Jahr zu Jahr teilweise erheblich. 2001, dem Einführungsjahr der Meldepflicht, gab es mehr als 6000 gemeldete Fälle hierzulande, 2015 waren es 2465, 2016 lediglich 327 und 2022 nur 15. Laut RKI gehört Deutschland dennoch aktuell zu den Ländern mit ungenügenden Masernimpfquoten.

Auch steigende Fallzahlen für Keuchhusten sind – mit Ausnahme der Corona-Pandemiejahre – übermittelt (2014: 16 655, 2016: 13 895, 2017: 26 834, Quelle RKI). Um 1900 gehörte diese Infektion in Deutschland zu den häufigsten Todesursachen bei Kleinkindern. Säuglinge, zu jung für eine Erstimpfung, sind besonders durch schwere Krankheitsverläufe und das Risiko eines Atemstillstands gefährdet. Sie werden hauptsächlich von älteren Kindern oder Erwachsenen ohne ausreichenden Impfschutz angesteckt.

Umweltbedingungen und Antibiotikaresistenzen

Noch unzureichend belegt, bergen der Klimawandel und die damit einhergehenden veränderten Umweltbedingungen Risiken für eine Wiederkehr längst vergessener Erreger. 2016 tauten ungewöhnlich hohe Temperaturen sibirische Permafrostböden auf und aktivierten beispielsweise den sogenannten Milzbrand-Erreger, der sich in einem im Permafrost schlummernden Kadaver eines vor etwa 70 Jahren verendeten Rentiers befunden haben soll. Erreger sporen infizierten die auf den Weideflächen lebenden Rentiere und in Folge steckten sich Menschen durch das verzehrte Fleisch an. In industrialisierten Regionen bleibt die Erkrankung bisher äußerst selten und ist nur unbehandelt gefährlich.

Veränderte klimatische Verhältnisse führen dazu, dass auch in unseren Breitengraden Krankheiten auftreten, die es zuvor hier noch nie gab. Die Asiatische Tigermücke, die Tropenkrankheiten wie Zika, Chikungunya, West-Nil-Fieber und Denguefieber überträgt, breitet sich durch mildere Winter und höhere Sommertemperaturen bei uns immer weiter aus. Nicht nur für diese Tropenkrankheiten gilt: Antibiotika können schwere Verläufe bakteriell verursachter Infektionen verhindern. Zu häufige und fehlerhafte Gaben haben jedoch weltweit zu einer zunehmenden Resistenz von Bakterien gegen Antibiotika geführt. Solche Antibiotikaresistenzen spielen beim Erstarken alter Krankheiten durchaus eine Rolle, weil sie zu längeren, deutlich schwereren oder überhaupt nicht mehr behandelbaren Infektionsverläufen führen.

Ob Tuberkulose, Malaria, Masern, Milzbrand oder Krätze – das Auftauchen der »alten« Erkrankungen bedeutet heute keine generelle Gefährdung für die Menschen hierzulande. Doch gerade angesichts sich verändernder Umweltfaktoren und zunehmender Mobilität mit mehr Reisenden, Geflüchteten und Zuwanderern wird die Früherkennung von Infektionskrankheiten entscheidend sein, um schnellstmöglich Therapiemaßnahmen einleiten zu können, die Heilung versprechen und eine Ausbreitung verhindern.

Corinna Thamm ist Referentin für Unternehmenskommunikation beim Medizinischen Dienst Sachsen in Dresden.
corinna.thamm@md-sachsen.de



Das Mittelmeer und die Fettsäuren

DER AMERIKANER Ancel Keys hat als einer der ersten die Art der Ernährung als Risikofaktor für vorzeitige Sterblichkeit und Herz-Kreislauf-Erkrankungen untersucht und die mediterrane Ernährung populär gemacht. ▶

Es ist ein Speiseplan, der Urlaubsgefühle weckt. Tomaten, Paprika, Zucchini, in Olivenöl gebraten. Als Beilage ein wenig Fisch oder helles Fleisch. So hat Ancel Keys sich ernährt, ein amerikanischer Ernährungswissenschaftler, und er ist 100 Jahre alt damit geworden. War er also das beste Beispiel für seine Theorie? Die Antwort: ein klares Vielleicht.

Kurz nach dem Zweiten Weltkrieg hatte Keys sich gefragt, warum Menschen in den USA, zumindest die wohlhabenden, viel häufiger koronare Herzkrankheiten bekamen als Menschen in Europa, vor allem im ärmeren Süden. Könnte es einen Zusammenhang geben zwischen Fett in der Ernährung und Herzerkrankungen? Ein italienischer Kollege hatte ihn darauf gebracht, und Keys machte die Frage der gesunden Ernährung zu seinem Lebensthema. Als einer der Ersten untersuchte er die Art der Ernährung als Risikofaktor für vorzeitige Sterblichkeit und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Keys wurde am 26. Januar 1904 in Colorado Springs geboren. Schon mit acht Jahren soll sein naturwissenschaftliches Interesse erkennbar gewesen sein, allerdings eher im Fachbereich Anästhesie: Seine Tochter Carrie D'Andrea erzählte 2001 in einem Video der Universität von Minnesota, dass er 1912 den Chemiebaukasten seiner eigenen Geburtstagsparty vorzog und eine Fliege betäuben wollte. Das jedoch ging schief – das Chloroform benebelte auch seine Sinne und er ging zu Boden.

Später studierte Keys Zoologie und machte seinen Master of Science in Berkeley, Kalifornien. Mit 26 Jahren promovierte er 1930 am renommierten Scripps Research Institute in La Jolla, Kalifornien, in Ozeanografie und Biologie. Danach erwarb er einen Dokortitel in Physiologie am britischen Kings College in Cambridge.

Speisepläne für Fallschirmtruppen und Kriegsdienstverweigerer

Im Jahr 1939, Keys war inzwischen Leiter des Labors für Physiologische Hygiene an der Universität von Minnesota, beauftragte ihn das Kriegsministerium der Vereinigten Staaten, eine Nahrungsration für Fallschirmtruppen zu entwickeln. Gefragt war eine maximale Kaloriendichte in einer möglichst kleinen Verpackung. Keys ließ Lebensmittel mit 3200 kcal als Tagesration wasserdicht verpacken: Fleisch oder Käse, Kekse, eine Tafel Schokolade und Bonbons, Kaffee, Zitronen oder Suppenpulver, Kaugummi, Toilettenpapier und Zigaretten. Genannt wurde sie >K-Ration< – nach K für Keys. Im Zweiten Weltkrieg ernährte das US-Militär damit Tausende von Soldaten.

Hunger in Kriegszeiten war auch die Grundlage für das nächste Forschungsprojekt, das >Minnesota Starvation Experiment<: An 36 Kriegsdienstverweigerern, die sich freiwillig dafür meldeten, verglich er vorab definierte Ernährungsinterventionen, um die Gesundheit nach einer starken Abmagerung wiederherzustellen. Dafür erhielten die Männer drei Monate lang nur Wurzelgemüse, Schwarzbrot und einfache stärkehaltige Lebensmittel. Die Ergebnisse wurden 1950 veröffentlicht.

Von der Auszeit in Oxford zum Labor in Neapel

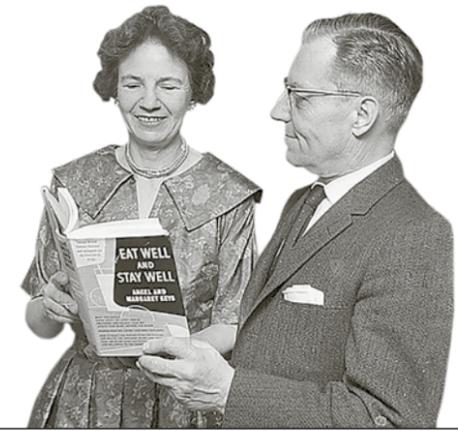
Ein Jahr später nahm er ein Sabbatical und ging mit seiner Familie nach Oxford. Dort erzählte ihm ein italienischer Wissenschaftler, dass Herzerkrankungen in Italien nicht vorkommen würden. Keys entschied sich, der Sache auf den Grund zu gehen, und richtete zusammen mit seiner Frau, einer Biochemikerin, ein Labor in Neapel ein. Das Ehepaar untersuchte in mehreren europäischen und afrikanischen Ländern den Cholesterinspiegel der Bevölkerung und kam zu der Überzeugung, die Ernährung mit vorwiegend ungesättigten Fettsäuren fördere die Gesundheit, eine Ernährung mit reichlich gesättigten Fettsäuren erhöhe dagegen den Cholesterinspiegel und schädige das Herz.

1955 stellte er diese These auf einer Tagung der Weltgesundheitsorganisation vor. 1958 begann dann die sogenannte Sieben-Länder-Studie – die erste multizentrische und



Tanja Wolf
ist Medizinerjournalistin
und Buchautorin und
arbeitet bei der
Verbraucherzentrale NRW.
lupetta@t-online.de

Margaret und Ancel Keys
mit ihrem 1959 erschienenen Buch
Eat Well and Stay Well.



systematisch-prospektive epidemiologische Studie weltweit, die Risikofaktoren für vorzeitige Sterblichkeit und Herz-Kreislauf-Erkrankungen untersucht hat. Insgesamt 12 000 gesunde Männer mittleren Alters nahmen über 15 Jahre teil, aus Italien, von den griechischen Inseln, aus Jugoslawien, den Niederlanden, Finnland, Japan und den Vereinigten Staaten. Die Ergebnisse, dass in den Mittelmeerländern die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen geringer war, veröffentlichte Keys jedoch erst 1980 als Buch. Dass die Mittelmeer-Kost trotzdem schon in den 1960er Jahren berühmt wurde, lag vor allem an dem 1959 erschienenen Buch *Eat Well and Stay Well*, das Keys zusammen mit seiner Frau schrieb. Es wurde ein Bestseller. Am 13. Januar 1961 war Keys das Titelgesicht des Time Magazine.

Von der Lebensmittelindustrie wurde der Ernährungswissenschaftler anfangs kritisiert, teils auch von der American Medical Association. Doch seine Forschung trug dazu bei, dass in den 1970er und 80er Jahren in den USA und Großbritannien umfassende Ernährungsrichtlinien eingeführt wurden. Die Empfehlung: den Anteil von gesättigten Fetten auf etwa 10% der Gesamtenergiezufuhr zu reduzieren, um den Cholesterinspiegel und damit das Herzinfarktisiko zu senken. Eine fettarme Ernährung gilt seither als gesund. 2010 ernannte die UNESCO die Mittelmeerdiät zum Immateriellen Kulturerbe der Menschheit – die erste Auszeichnung dieser Art für eine traditionelle Ernährungsweise.

Aber sind wirklich die >bösen< Fette aus der Nahrung die Ursache? Der Zusammenhang klang bestechend – und war doch nur eine Korrelation, keine Kausalität. Zwar hieß es bis in die 2010er Jahre hinein, die positiven Auswirkungen dieser Ernährungsform seien durch zahlreiche Untersuchungen belegt. Aber es waren eben nur Beobachtungsstudien. Ein Review der Cochrane Collaboration kam deshalb 2019 zu dem Schluss, »dass trotz der großen Zahl der eingeschlossenen Studien immer noch Unsicherheit über die Auswirkungen einer mediterranen Ernährungsweise bezüglich des Auftretens von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und auf die Risikofaktoren bei Menschen mit und ohne Herz-Kreislauf-Erkrankungen besteht«. Denn Beobachtungsstudien beruhen auf Fragebögen zur Ernährung, die die

Teilnehmenden aus dem Gedächtnis ausfüllen. Sie sind damit sehr fehleranfällig und können keine klaren Zusammenhänge belegen.

Die Rolle des Zuckers lange ignoriert

So gibt es auch viel Kritik an der Sieben-Länder-Studie. Keys habe sich mit den sieben Ländern die Rosinen herausgepickt für ein ideales Ergebnis. Frankreich etwa fehlte, wo trotz fettreicher Ernährung vergleichsweise wenig Herzerkrankungen auftraten. Außerdem hatte Keys zuvor Daten aus 22 und nicht nur aus sieben Ländern untersucht.

Vier Jahre, bevor Keys auf der Titelseite des Time Magazine erschien, veröffentlichte ein britischer Physiologe eine andere These: John Yudkin (1910–95) sah im Zucker die größere Gefahr für die Gesundheit. Seine Erkenntnisse wurden jedoch kein Bestseller, sondern weitgehend ignoriert. Seit 2016 weiß man, dass die Zuckerindustrie Gegen-Forschung finanzierte und in den 1960er Jahren damit die Rolle des Zuckers bei koronaren Herzkrankheiten herunterspielte. Große Studien bestärkten in den 2000er Jahren die Annahme, dass eher eine kohlenhydratreiche Ernährung das Leben verkürze als eine fettreiche. Heute rät die American Heart Association nicht mehr zu einzelnen Nahrungsbestandteilen, sondern definiert zehn Merkmale (>Features<) für eine gesunde Ernährung, die vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen schützen kann: ein »hoher Verzehr von Obst und Gemüse«, vor allem das nährstoff- und ballaststoffreiche Gemüse mit dunkler Farbe. Dazu Vollkornprodukte, pflanzliche Eiweiße, Fisch und Seefrüchte sowie fettarme oder fettfreie Milchprodukte und Pflanzenöle aus Oliven- oder Sonnenblumen. Weg ist sie also längst nicht, die Mittelmeerdiät. Ancel Keys starb am 20. November 2004 in Minneapolis. Als er an seinem 100. Geburtstag gefragt wurde, ob seine Ernährung zu seinem langen Leben beigetragen habe, antwortete er: »Sehr wahrscheinlich, aber es gibt keine Beweise.« ◻

Nur die Medaillen zählten – krank durch DDR-Zwangsdoping

DIE DDR galt als Sportwunderland – heute weiß man: Bis zu 15 000 Sportler und Sportlerinnen wurden ohne ihr Wissen auf staatliche Anordnung gedopt. Viele von ihnen leiden heute unter den seelischen und körperlichen Spätfolgen. ▶ Dörte Thümmler ist 16, als sie den Medaillenhunger der DDR-Funktionäre endlich erfüllt: Die kleine, schwächliche Turnerin vom Ostberliner Verein SC Dynamo, die eigentlich lieber Eiskunstläuferin werden wollte, wird 1987 in Rotterdam Weltmeisterin am Stufenbarren. Ein Jahr später steht sie bei den Olympischen Spielen in Seoul mit ihrer Mannschaft erneut auf dem Siebertreppchen. Kurz darauf beendet eine Rückenverletzung ihre Sportkarriere. Unfall oder Folge eines staatlich verordneten Medikamentencocktails? Erst viele Jahre später erfährt Dörte Thümmler durch ein Gutachten, dass sie von ihren Trainern und dem leitenden Sportmediziner des Vereins, der zugleich ihr Stiefvater war, seit ihrem elften Lebensjahr mit Testosteron-Derivaten zum Muskelaufbau, mit Wachstumshemmern, damit sie klein bleibt, und Psychopharmaka zur Stressbewältigung vollgepumpt wurde. Die Dopingsubstanzen tarnte man als Kaugummis, Pralinen und als Vitaminpulver in Tütchen mit der Aufschrift Dynvital. Heute leidet Dörte Thümmler unter einem chronischen Erschöpfungssyndrom. An manchen Tagen schmerzt ihr gesamter Körper. Mit 38 Jahren wurde sie arbeitsunfähig.

Angeblich nur Vitamine

Mit neun Jahren kam Sportgymnastin Susann Scheller in eine der Kadenschmieden für Spitzensportlerinnen, erst Potsdam und Halle, später Leipzig. Viermal am Tag wurde trainiert; nur an jedem vierten Wochenende durfte sie heim zu den Eltern, regelmäßig wurden Spritzen gesetzt; morgens lagen die Pillen, angeblich Vitamine, häufig auch Schmerzmittel, neben dem Teller. Ein Dokument, das sie später fand, belegt, dass ihr auch ein nicht zugelassenes Arzneimittel namens Actovegin, Kälberblut, gespritzt wurde, ein bekanntes Dopingmittel aus der Radrennszene. Mit 16 bekam Susann Scheller eine Herzmuskelentzündung und Herzrhythmusstörungen. Sie war erschöpft und unfähig, weiter zu trainieren.

Mit 13 Jahren wird Heidi Krieger als vielversprechende Leichtathletin »entdeckt«, mit 21 wird sie Europameisterin im Kugelstoßen. In all den Jahren schluckt sie die »blauen Pillen«, das berühmte Oral-Turinabol. Die Folgen beschreibt sie auf ihrer Website: »Ich war 1,85 Meter groß und wog 69 Kilo – zwei Jahre später 105 Kilo.« 1997 unterzog sie sich einer geschlechtsangleichenden Operation und heißt seitdem Andreas Krieger. Viele Sportlerinnen klagen, dass die hormonellen Dopingpräparate sie vermännlicht haben, von dicken Muskeln, tiefer Stimme und Bartwuchs bis zu verkümmerten Geschlechtsorganen.

Doping als Staatsziel

Andreas Krieger gehört zu den rund 1700 DDR-Dopingopfern, denen eine einmalige staatliche Entschädigung von 10 500 Euro zuerkannt wurde. Die SED-Opferbeauftragte Evelyn Zupke schätzt die Zahl der gedopten Athleten und Athletinnen auf 12 000 bis 15 000, die meisten waren ahnungslose Opfer, einige beugten sich dem subtilen Zwang, viele waren minderjährig. Neue Substanzen wurden häufig zuerst an Anschlusskadern getestet, um wertvolle Olympioniken nicht zu schädigen, schreiben Historiker des Zentrums deutsche Sportgeschichte Berlin-Brandenburg, die in diesem Jahr Prozessakten auswerten. Viele leiden bis heute unter den gesundheitlichen Spätfolgen. Ein Rechtsanspruch auf Rehabilitation ist noch umstritten; nur in wenigen Ländern wie Mecklenburg-Vorpommern wurde Betroffenen bislang eine kleine Rente zuerkannt.

Entscheidend dürfte in der Debatte sein, dass die DDR Zwangsdoping zum Staatsziel erklärte, streng kontrolliert, aber geheim. Ziel war es, der Welt mit sportlichen Höchstleistungen ihre Überlegenheit zu demonstrieren. 1974 beschließt das Zentralkomitee der SED den Staatsplan 14.25, Grundlage des staatlich gelenkten Dopingprogramms, in dem offiziell nur von »unterstützenden Mittel« die Rede ist. Stasi-Spitzel überwachen das System. Das Forschungsinstitut für Körperkultur und Sport in Leipzig kümmert sich um die wissenschaftliche Begleitung des Großprojekts. Der volkseigene Pharmabetrieb Jenapharm liefert Oral-Turinabol. Im Dopinglabor des Sportmedizinischen Diensts in Kreischa wird regelmäßig vor internationalen

Wettkämpfen geprüft, ob der Urin der Athleten und Athletinnen »sauber« ist. Sind Doping-Spuren trotz Pillepause noch nachweisbar, ist die Wettkampfteilnahme gestrichen. Dass die teilweise nicht zugelassenen Mittel in zehn oder zwanzig Jahren zu schweren gesundheitlichen Schäden führen können, wussten auch die Mitwirkenden, wie Stasi-Protokolle belegen – die meisten Sportler und Sportlerinnen ahnten dies nicht.

Schmerzstörungen, Depressionen

Die erste empirische Studie, die das überdurchschnittlich hohe Krankheitsrisiko der Betroffenen bestätigt, erschien 30 Jahre nach dem Ende der DDR. 2019 veröffentlichte der Schweriner Traumaforscher Jochen Buhrmann erste Ergebnisse einer Auswertung von Krankenakten und Biografien von DDR-Kader-Athleten und -Athletinnen. Von den 57 begutachteten Frauen und Männern im Durchschnittsalter von 53 Jahren litten danach 63% unter Schmerzstörungen, viele unter Skelettschäden.

Aber auch die Seele hatte Schaden genommen, nicht zuletzt aufgrund des »systematischen Trainings, in dem körperliche und mentale Leistungsgrenzen regelhaft massiv überschritten wurden, trotz bestehender schmerzhafter Verletzungen weitertrainiert wurde«. Auch die psychischen Nebenwirkungen und Langzeitfolgen von Oral-Turinabol seien in der Forschung sehr lange unterschätzt worden, stellt die Studie klar. 70% der Begutachteten hatten schon mal mit Depressionen gekämpft. Bei rund 17% wurden posttraumatische Belastungsstörungen diagnostiziert, der Durchschnittswert der Bevölkerung liegt bei 3%. Viele der Studienteilnehmer waren dauerhaft arbeitsunfähig.

Anfang dieses Jahres starteten die Unikliniken Rostock, Jena, Leipzig und Magdeburg im Verbund ein weiteres vom Bundeswirtschaftsministerium finanziertes Forschungsprojekt, das die körperlichen und seelischen Langzeitfolgen von Zwangsdoping untersucht. Mit einem Aufruf werden aktuell ehemalige DDR-Leistungssportlerinnen und -sportler um Mitarbeit gebeten. Eine zweite Studie beleuchtet die Identitätsentwicklung ehemaliger Athleten und

Athletinnen, die in der DDR an einer Kinder- oder Jugendsportschule trainierten. Die Ergebnisse sollen in Beratungs- und Behandlungsangebote fließen.

Trainer auf der Anklagebank

Und die Täter? Im November 1989 sind die Sportfunktionäre der untergehenden DDR bemüht, die Spuren ihres kriminellen Vorgehens zu verwischen. Der Chef des Amtes für Jugend und Sport weist die Leiter aller Sport-Einrichtungen an, Verschluss-sachen zu vernichten. Aber nicht alles landet im Reißwolf. 1991 stellt der mittlerweile verstorbene Heidelberger Molekularbiologe und Anti-Doping-Kämpfer Werner Franke die erste Strafanzeige gegen Verantwortliche des Staats-Dopings. Im März 1998 beginnt am Berliner Landgericht der erste Prozess gegen einen früheren DDR-Trainer. Es folgen weitere gegen Ärzte, Wissenschaftler und Funktionäre. Die meisten enden bereits nach einem Tag, alle mit Geld- und Bewährungsstrafen. Ende 2000 werden alle Ermittlungen eingestellt, die Straftaten sind verjährt.

Der Freiburger Sportmediziner Hans-Georg Aschenbach, in den 1970er Jahren weltbesten Skispringer aus der DDR, war einer der Ersten, die das Staatsdoping öffentlich anprangerten. »Das Ganze war flächendeckend und lief ganz systematisch und auf staatliche Anordnung hin ab. Das ist sicherlich der entscheidende Unterschied zu allen anderen Ländern«, bilanzierte er kürzlich noch einmal in einem Hörfunkinterview. Das Kapitel Doping hält er noch lange nicht für erledigt. Er wisse, welche furchtbaren Möglichkeiten heute durch Gendoping, Bakterien-doping und Blutdoping bestünden. »Irgendwann wird man ganz sicher eine Art Monster züchten können.«

Gabi Stief arbeitet als freie Journalistin in Hannover. gabi-stief@gmx.de



Kasse statt Masse

DI E EINSAMKEIT hat in der Corona-Zeit dramatisch zugenommen. Bayern hat beschlossen, dagegen etwas zu unternehmen. Der Freistaat hat das Tante-Emma-Prinzip wiederentdeckt und Plauderkassen eingeführt. Buxheim ist einer dieser Orte, wo man denkt, dass die Welt noch in Ordnung ist. Doch Ilka Abröll-Groiß, Betriebswirtin mit einem scharfen Auge für menschliche Befindlichkeiten, sah, dass etwas gar nicht mehr in Ordnung war. Während der Pandemie, dieser Zeit, in der wir alle Masken trugen und nicht nur im physischen Sinne, schienen die Menschen immer mehr in ihre eigenen kleinen Welten abzudriften. Abröll-Groiß, Chefin von vier Edeka-Supermärkten und dadurch inmitten des sozialen Geschehens, war besorgt.

Da taucht Klaus Holetschek auf, Bayerns Gesundheitsminister, mit einer dieser Ideen, bei denen man sich fragt: Wieso ist da nicht schon längst jemand drauf gekommen? Eine Kasse, an der man nicht nur zahlt, sondern auch plaudert. Eine »Ratschkasse«. Abröll-Groiß ist begeistert.

In einem Land, in dem Effizienz und Schnelligkeit oft als höchste Tugenden gelten, in einer Zeit, wo künstliche Intelligenzen drohen, immer mehr Jobs zu übernehmen, besinnt sich Bayern, das Land der Gemütlichkeit und der Biergärten, wieder auf den Spirit des gute alten Tante-Emma-Ladens.

Andere Länder, andere Kassen

Andere tun das schon längst. In Frankreich, dem Land der Romantik und der Revolution, gibt es »Blabla-Kassen«; in Holland, wo man lebt und leben lässt, gibt es die »Kletschkassa«, auf deutsch: Klatschkasse. Und in Japan, Land der Höflichkeit und des Respekts, gibt es gar schon »langsame Kassen« für Senioren. Aber lange Plaudereien an bayrischen Supermarktkassen? Das ist avantgardistisch.

Zurück zu Buxheim. Über den Kassen in Ilka Abröll-Groißens Supermärkten hängt seit Ende April ein großes Plakat: »Ratschkasse für Menschen mit ein bisschen Zeit«. Stellen Sie sich vor, Sie stehen in der Warteschlange und anstatt des üblichen »Piep, piep« hören Sie nun: »Wie war Ihr Wochen-

ende?« oder »Wie ist die Lasagne geworden?«. Ein kleiner Plausch, der den Tag erhellt. Wer da genervt hinten in der Schlange seufzt oder sich laut räuspert, der kann ja zur Self-Scan-Kasse gehen. Dann aber bei der Konkurrenz, denn Self-Scan-Kassen hat Ilka Abröll-Groiß aus Prinzip erst gar nicht eingeführt.

Und auch in Schweinfurt findet die Ratschkassen-Revolution statt, sogar schon zwei Monate vor Holetscheks großem Plausch-Angriff. Im Supermarkt von Marius Höchner heißt es »Plauderkasse«. Initialzündung war hier eine Mitarbeiterin, die nach eigenem Bekunden »sowieso so viel« rede. Die Resonanz? »Hervorragend«, sagt Höchner.

Einsamkeit ist in Bayern dramatisch angestiegen

Ob die Kassen tatsächlich als Präventionsangebot gegen Einsamkeit helfen werden, ist natürlich unerforscht. Fest aber steht, dass Einsamkeit schon vor der Corona-Pandemie ein Thema war – und seitdem deutlich zugenommen hat. Holetschek verweist auf die Langzeitstudie »Sozio-oekonomisches Panel« (SOEP), in der seit 1984 jedes Jahr rund 30 000 Befragte in etwa 15 000 Haushalten befragt werden. Demnach berichtete im Jahr 2017 etwa ein Drittel der Menschen in Bayern, manchmal einsam zu sein. 2 bis 3% waren es sogar häufig oder sehr häufig. Gerade ihre Zahl war im Jahr 2021 auf 16,2% hochgeschwollen.

Die Plauderkassen sollen der Einsamkeits-Epidemie nun Einhalt gebieten. Bislang tun sie das offenbar auch so erfolgreich, dass Gesundheitsminister Holetschek das Projekt erst einmal bis Jahresende verlängert hat. So wird es also vor allem in der für manche Menschen schwierigen Weihnachtszeit heißen: Lust zu plaudern? Zur Kasse, bitte! 

Jens Lubbadah
ist Redakteur bei
Zeit Online in Berlin.
Er schreibt außerdem
Wissenschafts-Thriller.
post@lubbadah.de



KONTAKT

Medizinischer Dienst Baden-Württemberg
Ahornweg 2, 77933 Lahr/Schwarzw.
Vorstandsvors. *Andreas Klein*
☎ 07821 938-0 ✉ info@md-bw.de

Medizinischer Dienst Bayern
Haidenauplatz 1, 81667 München
Vorstandsvors. *Prof. Dr. Claudia Wöhler*
☎ 089 159060-5555
✉ Hauptverwaltung@md-bayern.de

Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg
Lise-Meitner-Straße 1, 10589 Berlin
Vorstandsvors., Ltd. Arzt *Dr. Axel Meeßen*
☎ 030 202023-1000
✉ info@md-bb.org

Medizinischer Dienst Bremen
Falkenstraße 9, 28195 Bremen
Vorstandsvors. *Jutta Dervedde*
☎ 0421 1628-0
✉ info@md-bremen.org

Medizinischer Dienst Hessen
Zimmersmühlenweg 23,
61440 Oberursel
Vorstandsvors. *Sötkin Geitner*
☎ 06171 634-00
✉ info@md-hessen.de

**Medizinischer Dienst
Mecklenburg-Vorpommern**
Lessingstr. 33, 19059 Schwerin
Vorstandsvors. *Dr. Ina Bossow*
☎ 0385 48936-00
✉ info@md-mv.de

Medizinischer Dienst Niedersachsen
Hildesheimer Straße 202,
30519 Hannover
Vorstandsvors. *Carsten Cohrs*
☎ 0511 8785-0
✉ kontakt@md-niedersachsen.de

Medizinischer Dienst Nord
Hammerbrookstraße 5,
20097 Hamburg
Vorstandsvors. *Peter Zimmermann*
☎ 040 25169-0
✉ info@md-nord.de

Medizinischer Dienst Nordrhein
Berliner Allee 52, 40212 Düsseldorf
Vorstandsvors. *Andreas Hustadt*
☎ 0211 1382-0
✉ post@md-nordrhein.de

Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz
Albiger Straße 19d, 55232 Alzey
Vorstandsvors. *Prof. Dr. Jürgen Koehler*
☎ 06731 486-0
✉ post@md-rlp.de

Medizinischer Dienst Saarland
Dudweiler Landstraße 151,
66123 Saarbrücken
Vorstandsvors. *Jochen Messer*
☎ 0681 93667-0
✉ info@md-saarland.de

Medizinischer Dienst Sachsen
Am Schießhaus 1, 01067 Dresden
Vorstandsvors. *Dr. Ulf Sengebusch*
☎ 0351 80005-0
✉ info@md-sachsen.de

Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt
Allee-Center, Breiter Weg 19c,
39104 Magdeburg
Vorstandsvors. *Jens Hennicke*
☎ 0391 5661-0
✉ info.kommunikation@md-san.de

Medizinischer Dienst Thüringen
Richard-Wagner-Straße 2a,
99423 Weimar
Vorstandsvors. *Kai-Uwe Herber*
☎ 03643 553-0
✉ kontakt@md-th.de

Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe
Roddestraße 12, 48153 Münster
Vorstandsvors. *Dr. Martin Rieger*
☎ 0251 5354-0
✉ info@md-wl.de

Medizinischer Dienst Bund
Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
Vorstandsvors. *Dr. Stefan Gronemeyer*
☎ 0201 8327-0
✉ office@md-bund.de

ISSN 1610-5346

Fotos der Autoren und Gesprächspartner wurden uns, sofern nicht anders gekennzeichnet, privat zur Verfügung gestellt.



IMPRESSUM

**forum - das Magazin des
Medizinischen Dienstes.** Hrsg. vom
Medizinischen Dienst Bund (KÖR)

Verantwortlicher Redakteur
Dr. Ulf Sengebusch
ulf.sengebusch@md-sachsen.de

Redaktion
Dorothee Buschhaus
dorothee.buschhaus@md-bund.de
Martin Dutschek
m.dutschek@md-niedersachsen.de
Michaela Gehms michaela.gehms@md-bund.de
Jan Gömer jan.goemer@md-nord.de
Larissa Limbrunner
larissa.limbrunner@md-bayern.de
Dr. Barbara Marnach
barbara.marnach@md-nordrhein.de
Christine Probst christine.probst@md-san.de
Corinna Thamm corinna.thamm@md-sachsen.de
Diana Arnold diana.arnold@md-bund.de

Die Artikel externer Autorinnen und Autoren geben deren Meinung wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

**Redaktionsbüro
Medizinischer Dienst Bund**
*Martina Knop, Theodor-Althoff-
Straße 47, 45133 Essen*
☎ 0201 8327-111
Telefax 0201 8327-3111
✉ martina.knop@md-bund.de

Gestaltung und Layout
de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger MedienCentrum

Bildnachweis
Titel & Schwerpunkt de Jong Typografie
Assistenz Alma de Jong

S. 5 Jens Bonnke
S. 29 Star Tribune via Getty Images

Andere istockphoto.com:
S. 19 curtoicuro
S. 21 David Colman
S. 22 NISIT RAWO
S. 25 Yaroslav Litun (Vapes) &
Volosina (Beeren)
S. 27 panom
S. 31 Trots1905

