

## **BSD-Brief Dezember 2012**

*Liebe Mitglieder und Freunde des BSD,*

*eigentlich hatte ich gehofft, dass Sie sich alle leidenschaftlich um kleine oder umfangreichere Berichte für unseren gemeinsamen Newsletter schlagen werden, vielleicht auch exemplarische Patientenprobleme zur Publikation sammeln. Leider ist dies bis heute noch nicht Wirklichkeit geworden. Aber was nicht ist, kann ja noch werden. Geben wir also die Hoffnung nicht auf.*

*Einen Newsletter an rund 4000 Einzelmitglieder zu versenden, kostet enorm viel Porto. Diese Mittel haben wir nicht, und ich halte es auch nicht für sinnvoll, dafür Geld auszugeben. Deshalb werde ich – diesmal auf gut Deutsch als „BSD-Brief“ bezeichnet – diese Informationen regelmäßig an die Leiter der einzelnen SHGs bzw an die Vorsitzenden der beiden Landesverbände mailen mit der Bitte und Hoffnung, dass sie den Text an ihre Gruppen weitersenden und diesen den Brief dann auch an ihre Mitglieder, die eine Mailadresse haben, weiterleiten bzw für die noch „Internetlosen“ einen Ausdruck bei den Treffen verteilen.*

*Ich habe drei Berichte für Sie zusammengestellt, einmal Anmerkungen zur ersten bundesweiten Ausschreibung für die Schlafapnoe-Therapie der Techniker Krankenkasse, dann einen aktuelle Report über den DGSM-Kongress in Berlin und ein paar Gedanken ganz allgemein zu präventivem Verhalten, das uns allen weiterhelfen wird, obwohl es halt schwierig ist, ein bisschen gesundheitsbewusster zu leben.*

*Zur TK-Ausschreibung möchte ich hier noch ein paar Anmerkungen machen. Das Verfahren ist juristisch völlig in Ordnung. Ich sehe auch keinen Grund, Kritik am Hauptgewinner der von der TK ausgeschriebenen Lose zu üben, an Heinen + Löwenstein. Ich bin mir sicher, dass diese Firma sich alle erdenkliche Mühe geben wird, den Betroffenen eine qualitativ hochstehende Versorgung zu bieten. Heftige Kritik jedoch ist an dem Management der TK zu üben, die mit dieser Ausschreibung der Kosteneinsparung deutlichen Vorrang einräumen als der Qualität. Anders gesagt: Statt „payment for performance“ der Beginn eines gnadenlosen Preiswettbewerbs. Immerhin der neue Chef der TK hat vordem als Unternehmensberater Automobilfirmen und Banken betaten. Dort ist Ethik nicht gefragt. Doch eine Krankenkasse ist kranken Menschen verpflichtet und nicht ihren Shareholdern. Wer von den TK-Mitgliedern mit einer solchen Entwicklung, die sich zu Beginn ganz harmlos ausnimmt und nicht wehtut, nicht einverstanden ist, hat eine simple Möglichkeit des Protestes: Er kann die Kasse wechseln. Es gibt Krankenkassen, die statt auf Ausschreibungen zu setzen, mit den Leistungserbringern faire Preise aushandeln wollen, beispielsweise die BEK GEK.*

*Wenn Sie als TK-Mitglied, das mit der neuen Versorgungsstrategie dieser Kasse unzufrieden ist, Unterstützung brauchen, wenden Sie sich doch bitte an den BSD.*

*Im nächsten Schlafmagazin werden wir die Versorgungsproblematik zum Schwerpunkt machen.*

*Ich wünsche Ihnen beim Lesen viel Spass und dann natürlich einen guten Rutsch ins Neue Jah, viel Gesundheit, viel Freude.*

*Ihr*

*Werner Waldmann*

.....  
*Techniker Krankenkasse will die Schlafapnoe-Versorgung gegen die Wand fahren*

Es ist eine Tatsache, dass unser Gesundheitssystem vor enormen Herausforderungen steht. Die Gesellschaft wird immer älter, die Medizin macht rasante Fortschritte. Beides kostet immer mehr Geld. Man muss sparen, die Ressourcen sinnvoll einsetzen. Und man muss intelligent sparen. Die Politik gibt den Rahmen dafür vor. Sie hofft, dass die Gesetze des Marktes das schon irgendwie richten werden. Die zunehmende ökonomische Ausrichtung unseres Gesundheitswesens stellt sich immer mehr als eine gewaltige Fehlentwicklung heraus. Die Politik reformiert nicht, gestaltet nicht – sie überlässt auch unsere Gesundheit dem Wettbewerb. Ökonomisches Denken ist zwar wichtig, so der Medizinethiker Prof. Giovanni Maio aus Freiburg, doch die Ökonomie darf der Medizin lediglich dienen. Sie darf sie nicht beherrschen.

Ich möchte Ihnen dieses allgemeine Problem an einem sehr speziellen Fall verdeutlichen. Sie wissen, was obstruktive Schlafapnoe ist. Nächtliches Schnarchen mit häufigen Atemaussetzern, weil die Atemwege kollabieren. Was lange Zeit als Modekrankheit belächelt wurde, nehmen mittlerweile so ziemlich alle Mediziner ziemlich ernst: Wird eine Schlafapnoe nicht behandelt, kann das schwerwiegende gesundheitliche Folgen für den Betroffenen haben. Langzeitstudien zeigen, dass eine unbehandelte Schlafapnoe das Risiko verdreifacht, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu bekommen, also Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall. Und wir wissen heute, dass jeder Vierte, der an Schlafapnoe leidet, auch an Typ-2-Diabetes erkrankt. Das ist aber noch nicht alles. Gut 20% der an Schlafapnoe leidenden Patienten laufen auch Gefahr, eine Depression zu entwickeln. Und inzwischen steht die Schlafapnoe sogar im Verdacht, Demenz zu verursachen.

Schlafapnoe führt zu Arbeitsausfällen. Unbehandelte Schlafapnoe-Patienten haben im Durchschnitt 60% bis 80 % mehr Fehltage bei der Arbeit. Die Amerikaner haben da einmal genau nachgerechnet. Die Produktivitätsverluste summieren sich pro Jahr auf 1,2 Milliarden US-Dollar. Und amerikanische Experten haben auch errechnet, dass die Volkswirtschaft innerhalb von drei Jahren 1 Million US-Dollar einspart, wenn 500 Schlafapnoe-Betroffene behandelt werden.

Außerdem erhöht eine unbehandelte Schlafapnoe das Risiko für den gefährlichen Sekundenschlaf am Steuer. Das betrifft Berufskraftfahrer ebenso wie normale PKW-Fahrer.

Wenn man sich all diese Fakten vor Augen hält, müsste doch eigentlich sonnenklar sein, dass es sich wirtschaftlich rentiert, Schlafapnoe-Patienten frühzeitig zu

entdecken und zu behandeln – schnellstmöglich und bestmöglich. Das kostet die Krankenkassen zwar etwas, aber langfristig hilft es ihnen, Kosten einzusparen.

Die lebenslangen direkten Behandlungskosten pro Schlaganfallpatient in Deutschland belaufen sich durchschnittlich auf 43.129 Euro. Hochgerechnet auf die nächsten zwanzig Jahre werden die direkten medizinischen Kosten, die durch die zu erwartenden ca. 3,5 Mio. Schlaganfälle anfallen, bei insgesamt 108,6 Mrd. Euro liegen. Doch die Krankenkassen geben sich offenbar alle Mühe, die Schlafapnoe nicht besonders ernst zu nehmen.

Die Diagnose der Schlafapnoe findet heute in einem Stufenschema statt. Der Hausarzt spricht den Verdacht aufgrund der Schilderung der Beschwerden seines Patienten aus, der niedergelassene Schlafmediziner führt eine häusliche Untersuchung durch, und wenn diese positiv ausfällt, geht es ins Schlaflabor. Dort wird die Krankheit genau diagnostiziert und dann mittels einer Maske mit Überdruckbeatmung behandelt. Nicht alle Patienten tolerieren diese Therapie; es gibt aber auch noch eine andere Behandlungsoption mit einer Zahnschiene, die im Schlafen den Unterkiefer vorschiebt und so die Atemaussetzer verhindert.

Wir sind in dieser Hinsicht gleich mit zwei Problemen konfrontiert. Die Krankenkassen bezahlen die Schlaflabore dermaßen miserabel, dass viele dicht machen müssen und die Wartezeiten dadurch immer länger werden. Im Schlaflabor schläft man in einem Zimmer in einer Klinik, umgeben vom üblichen Apparat eines Krankenhauses, den Mitarbeitern und den Bereitschaftsärzten für Notfälle. Die Kassen haben nun einfach bestimmt, dass diese Leistung, obwohl der Patient im Krankenhaus schläft, keine stationäre, sondern eine ambulante Behandlung sei und deshalb schlechter vergütet wird.

Seit einiger Zeit haben wir aber noch ein ganz anderes Problem, das die Versorgungsqualität der Patienten eminent beeinträchtigt. Die Krankenkassen bezahlen für die Versorgung eines Patienten eine Jahrespauschale. Diese schließt das Gerät, die Maske und anderes Zubehör und – besonders wichtig – eine intensive Beratung und Betreuung des Patienten ein, wenn er Probleme mit seiner Therapie hat. Besonders wichtig ist, dass Neupatienten in den ersten sechs Wochen ihrer Beatmungstherapie intensiv von ihrem Versorgungsunternehmen – man nennt das Homecare Provider – beraten und betreut werden. Denn die Gefahr ist sehr groß, dass der Patient in der ersten Zeit seiner Therapie Probleme mit Gerät oder Maske bekommt; und wenn Patienten mit diesen Schwierigkeiten allein gelassen werden, stellen viele ihr Gerät in die Ecke und nutzen es nicht mehr – mit allen gefährlichen Folgeerkrankungen und sonstigen Konsequenzen.

Bislang haben die Kassen mit den einzelnen, meist kleinen regionalen Versorgerfirmen die Jahrespauschale fair ausgehandelt. Das waren im Schnitt so um die 500 Euro, und das ist nicht zu viel, denn die modernen Therapiegeräte sind Hochleistungsgeräte, die man nicht für ein paar Euro kriegt. Statt zu verhandeln, kann eine Kasse beispielsweise auch eine bundesweite Ausschreibung machen. Der billigste Anbieter kriegt dann den Auftrag für sagen wir vier Jahre. In der letzten Gesetzesänderung wurde die Muss-Bestimmung zum Thema Ausschreibung zu einer Kann-Bestimmung verändert. Ausschreibungen können dann angewendet werden, wenn es zweckdienlich ist. In aller Regel versteht man darunter dienstleistungsferne Versorgungsbereiche, die stark distributionsorientiert sind. Das

heißt, dass dabei keine Dienstleistung im Sinne einer echten Beratung des Patienten stattfindet. Inkontinenzartikel kann man zum Beispiel einfach auf einer Palette im Pflegeheim anliefern. Bei schwer inkontinenten Patienten, die zu Hause leben, ist natürlich auch eine intensive Betreuung nötig.

Die Techniker Krankenkasse hat nun als erste Krankenversicherung bundesweit eine solche Ausschreibung gemacht. Kriterien für den Losgewinn waren zu 70% der Preis und zu 30% die Qualität. Gewonnen hat die bundesweite Ausschreibung zu 80% ein großes Unternehmen. Für die Krankenkasse ist dies ein wirtschaftlicher Vorteil, denn sie kann sich den wirtschaftlichen Erfolg schon während des Ausschreibungsverfahrens hochrechnen. Und natürlich ist das ganze Procedere für die Kasse sehr viel einfacher, weil sie dann bundesweit nur noch wenige Vertragspartner hat. Das spart echt Geld. Früher waren das Vertragspartner im dreistelligen Bereich! Die Kasse spart. Fraglich ist, ob auch die Patienten etwas davon haben. Wir befürchten: Nein.

Die TK hat sich, so geht das Gerücht, von der Boston Consulting Group beraten lassen. Da geht es um Strategieberatung, um Effizienzsteigerung, zu Deutsch: ums Sparen. Dr. Jens Baas – ursprünglich hat er Medizin studiert, ging aber dann sofort zur Unternehmensberatung – ist seit Beginn dieses Jahres neuer Vorstandschef der TK, und unter seiner Verantwortung wurde diese Ausschreibung realisiert. Baas hat vordem Banken und Automobilfirmen beraten.

Die TK bezahlt nun für die Versorgung eines Schlafapnoe-Patienten zwischen 90 und 160 Euro im Jahr, so heißt es in der Branche. Dafür lässt sich keine Versorgung auf bisherigem Niveau durchführen. Zumindest wäre das ein Wunder – und die gibt es ja auch immer wieder. Wir befürchten, dass damit zuerst einmal für die TK-Versicherten die Versorgungsqualität eminent heruntergefahren wird. Und nicht zu vergessen: Andere Krankenkassen schauen auf die TK-Ausschreibung mit Interesse und springen bestimmt gerne auf diesen Zug auf.

Und dies geschieht in einer Zeit, in der die Kassen über gewaltige Überschüsse verfügen.

Mit diesem Geld könnte man die Versorgung verbessern. Stattdessen will die TK ihren Versicherten Boni zurückzahlen. Das ist populistisch, das macht PR für die gute TK – wobei beim einzelnen Versicherten nur Peanuts ankommen.

WW

\*\*\*\*\*

## **Fragen zur neuen Sparstrategie der Techniker Krankenkasse**

### **Müssen medizinische Hilfsmittel grundsätzlich ausgeschrieben werden?**

In der letzten Gesetzesänderung wurde die Muss-Bestimmung zum Thema Ausschreibung zu einer Kann-Bestimmung verändert. Ausschreibungen können dann angewendet werden, wenn es zweckdienlich ist. In aller Regel versteht man darunter dienstleistungsferne Versorgungsbereiche, die stark distributionsorientiert

sind. Das heisst, dass dabei keine Dienstleistung im Sinne einer echten Beratung des Patienten stattfindet.

### **Was bedeutet die Ausschreibung der TK für die Firmen, die bisher diese Betreuung durchgeführt haben?**

Neu zu versorgende TK-Versicherte werden sofort vom Gewinner der Ausschreibung versorgt. Ansonsten endet die Betreuung der TK-Versicherten mit dem Ende der noch laufenden Fallpauschale. Die Geräte, die derzeit bei den Versicherten sind, sind Eigentum des bisherigen Versorgers. Der holt diese natürlich sofort zurück. Der Betroffene wird dann vom neuen Versorger mit einem neuen Gerät versorgt. Dies muss nicht dasselbe Fabrikat sein, das der Patient bisher hatte. Es kann auch ein Gebrauchtgerät sein. Der neue Versorger kann dieses Gerät natürlich auch vom alten Versorger kaufen. Ob dies allerdings in Anbetracht der niedrigen Vergütungshöhe ein gangbarer Weg ist, ist zu bezweifeln – zumal man davon ausgehen muss, dass ein Großteil der Versicherten derzeit mit qualitativ hochwertigen Geräten ausgestattet ist.

### **Mit welcher Versorgungspauschale pro Jahr haben sich die Gewinner der Ausschreibung durchgesetzt?**

Die Vergütungshöhe wird sich zwischen 90 und 160 Euro im normalen CPAP-Bereich einpendeln. Angesichts dieser Konditionen stellt sich schon die Frage, mit welchen Geräten kann hier eine medizinisch funktionelle Versorgung der Versicherten sichergestellt werden. Sicherlich nicht mit einem Gerät, das zwischen 300 und 400 oder noch mehr Euro kostet. Dazu müssen noch weitere Kosten kalkuliert werden z.B. für die gesamte Serviceleistung, für Nachlieferung von Verbrauchsmaterialien, Masken, Reparaturen, Betreuung etc. Rein kaufmännisch betrachtet müsste hier ein Gerät her, das so gut wie nichts kostet. In den USA kriegt man Schlafapnoegeräte schon für unter 100 Dollar. Die haben hier allerdings noch keine Hilfsmittelverzeichnisnummer.

### **Spielt bei den Verhandlungen außer dem Preis auch die Qualität eine Rolle?**

Qualität ist natürlich immer oberste Maxime und man unterstellt natürlich immer, dass der Leistungserbringer die Qualitätsparameter einhält, die im Vertrag stehen. Die Überprüfung der Qualität ist natürlich schwierig und wird in aller Regel nicht durchgeführt. Nur bei eklatanten Beschwerden wird geprüft. Wenn sich aber nicht viele Versicherten beschweren, so unterstellt die Kasse, dass die Qualität top ist. Das Problem ist, dass viele Patienten bei unzureichender Qualität der Versorgung sich nicht beschweren, sondern die Therapie abbrechen. Das erfährt die Kasse zuerst einmal nicht. Bei der TK-Ausschreibungen ist das Zuschlagskriterium zu 70% der Preis. Qualität spielt nur zu 30 % noch eine Rolle.

### **Welche Vorteile hat die TK, wenn sie nicht mehr verhandelt, sondern eine pauschale Ausschreibung macht?**

Das ist ein immenser wirtschaftlicher Vorteil für die TK, denn sie kann sich den wirtschaftlichen Erfolg schon während des Ausschreibungsverfahrens hochrechnen. Und natürlich ist das ganze Procedere für die Kasse sehr viel einfacher, weil sie bundesweit nur noch wenige Vertragspartner hat. Das spart echt Geld. Früher waren das Vertragspartner im dreistelligen Bereich!

### **Welche Notwendigkeit bestand für das Management der TK, dies zu tun?**

Das fragt sich der Markt allenthalben auch, weil die TK bislang eine Kasse mit hoher Reputation war, die sich immer bemühte, Leistungskatalog und Leistungsqualität auf relativ hohem Niveau zu halten. Das war auch Grund für viele Patienten, zur TK zu gehen. Insofern ist dieser Paradigmenwechsel jetzt, dazu noch in einem solchen speziellen Versorgungsspektrum wie der Schlafmedizin, nicht nachvollziehbar.

### **Wie gefährlich ist die Ausschreibung im sensiblen Bereich medizinischer Versorgung?**

Sich dort rein von ökonomischen Maßstäben lenken zu lassen, öffnet die Tür für einige sehr gefährliche Entwicklungen, weil der ökonomische Faktor, also die Rendite, für die Krankenkasse der wesentliche Faktor in der Betrachtung dieser Themen bleibt. Und dies hat eigentlich nichts mit der ureigenen Aufgabenstellung einer gesetzlichen Krankenkasse zu tun. Sie ist kein Wirtschaftsunternehmen. Die GKV muss keinem Kapitalgeber gefallen. Sie hat die Leistungsansprüche ihrer Versicherten zu befriedigen und dabei eine ausgewogene Finanzierung sicher zu stellen.

### **Führen Ausschreibungen nicht zwingend zur Monopolbildung?**

Wettbewerb muss sein. Das will auch die Politik. Wenn jedoch durch Ausschreibungen Märkte für zwei oder vier Jahre einfach vordeterminiert sind, hat das zwei Folge: Wer den Markt gewonnen hat, muss jetzt schauen, unter diesen Rahmenbedingungen seinen Vertrag zu erfüllen. Er bewegt sich aber qualitativ nicht mehr in einem spezifischen Wettbewerb. Und wer jetzt im Markt nicht mehr teilnehmen kann, muss sich überlegen, wie er überlebt. Geht es um größere Marktanteile, wird es zu ganz massiven Verschiebungen auf der Ebene der Leistungserbringer kommen. Die Zahl der Wettbewerber nimmt ab. Damit wächst auch die Gefahr von Preisabsprachen hinter den Kulissen. Nehmen wir das klassische Beispiel vom Reha-Markt in Holland. Dort gibt es noch zwei oder drei wesentliche Anbieter. Alle anderen sind weg vom Markt.

### **Service wie eine Maskensprechstunde im Rahmen einer Selbsthilfegruppenveranstaltung kostet das Unternehmen Geld. Dies ist eine zusätzliche Leistung. Kann man diese bei weiter sinkenden Preisen noch anbieten?**

Bislang beinhalten die Vergütungsstrukturen auch diese Leistung. Bei einer Pauschale von, sagen wir, 120 Euro im Jahr ist dies nicht mehr machbar. Das kann

auch ein großer Versorger nicht machen, weil es letztendlich eine nur untergeordnete Rolle spielt, ob man jetzt 5000 oder 50.000 Patienten versorgen muss. Das Teuerste ist der letzte Meter zum Kunde. Das ist der Aufwand, und davon hängt es ab, ob die Therapie funktioniert. Dann muss der Patient selbst aktiv werden. Wo die Versorger bislang ein Interesse daran hatten, aktiv auf die Betroffenen zuzugehen, zu schauen, ob die Therapietreue stimmt, wo es Therapieprobleme gibt, muss sich der Versorger jetzt die Maxime zu eigen machen: Hoffentlich ruft keiner an. Hoffentlich rufen von diesen 50.000 Patienten nur wenige an, weil das mit der vorhandenen menpower gar nicht machbar ist. Aktiv kann ich mich nicht mehr um 50.000 Kunden kümmern. Ich kann keine Maskensprechstunden mehr anbieten, wo ich jede Woche 50.000 Patienten in der ganzen Republik zu versorgen habe.

### **Die Patienten müssen aber in die Geräte eingewiesen werden?**

Einweisung muss sein. Die vertraglichen Anforderungen an die Leistungserbringung beinhalten eine persönliche Einweisung des Versicherten bis hin zur Sicherstellung und Gewährleistung bei Fragen. Und wir wissen, dass wir uns in den ersten drei bis sechs Monaten in einer kritischen Phase der Patienten befinden. Wenn man da Information und Betreuung zurückfährt, wird sich die Compliancerate und damit der Therapieerfolg drastisch verändern. Wenn der Patient das Gerät nicht nutzt, ist auch die geringste Pauschale zuviel bezahlt. Die Krankenkasse kriegt das vorerst nicht mit. Sie kommt dahinter, wenn nach einem oder zwei Jahren die Betriebsstunden die Wahrheit enthüllen.

### **Ist die Versorgung von Schlafapnoe-Patienten nicht eine besonders heikle Angelegenheit?**

Warum muss man in diesem Bereich mit solchen Maßnahmen agieren? Dieser Versorgungsbereich ist im Bereich der Hilfsmittelversorgung nur mit ganz wenigen zu vergleichen. Man hat hier eine Therapienotwendigkeit von der Erstdiagnose bis ans Lebensende, weil man diese Erkrankung nicht austherapieren kann. Wir reden hier bei den Patienten von Versorgungszeiträumen von 10, 20, 30, 40 Jahren! Da müsste man doch über ganz andere Modelle nachdenken, um die Compliance sicherzustellen. Realiter sagt sich die TK, gut, wir sparen durch eine Ausschreibung zuerst einmal soundsovieler Millionen für einen Zeitraum von drei oder vier Jahren. Das ist ein völlig falscher strategischer Ansatz.

### **Was kommt nach den vier Jahren, die die Ausschreibung festlegt?**

Nach einem Jahr wird niemand mehr daran denken, dass der jetzige Ausschreibungspreis auf Grund einer Ausschreibung zustande gekommen ist. Von der jetzigen Pauschale wird man dann bei weiteren Ausschreibungen oder Verhandlungen ausgehen. Der Preisverfall ist damit festgeschrieben. Und die Versorgungsqualität ebenso.

WW

\*\*\*\*\*

## **„Wer schlafen kann, darf glücklich sein...“**

Kongress der DSGSM in Berlin, 2012-12-19

Von Werner Waldmann und Marion Zerbst

*Das Motto des diesjährigen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) verdeutlicht, welchen wichtigen Einfluss gesunder Schlaf auf unser psychisches Wohlbefinden hat. Rund 2000 Experten diskutierten vom 6. bis 8. Dezember in Berlin über neue Erkenntnisse und praktische Erfahrungen zur Bedeutung des Schlafes für Gesundheit, Leistung und Lebensqualität.*

Der Kongress hat wieder einmal gezeigt, wie eng der Schlaf mit unserem körperlichen und seelischen Gesundheitszustand verzahnt ist. Es gibt kaum eine physische oder psychische Erkrankung, die nicht mit gestörtem Schlaf einhergeht. Manchmal sind die Schlafprobleme Ursache oder erstes Warnsignal, manchmal auch Begleitsymptom oder Folgeerscheinung anderer Krankheitsbilder.

### **Schlafstörungen – ein Alarmsignal**

So ist gestörter Schlaf beispielsweise ein Risikofaktor für neurologische Erkrankungen. Eine obstruktive Schlafapnoe (krankhaftes Schnarchen mit Atemaussetzern) kann das Schlaganfallrisiko drastisch erhöhen, und zwar in Abhängigkeit vom Schweregrad: Je öfter dem Schläfer nachts die Luft wegbleibt, umso eher läuft er Gefahr, einen Hirninfarkt zu erleiden. Deshalb, betont der Neurologe und Schlafexperte Professor Claudio Bassetti, sollte man eine schwere Schlafapnoe unbedingt auch dann behandeln, wenn keine Beschwerden vorliegen – denn das Schlaganfallrisiko besteht unabhängig von der Tagessymptomatik. Standardtherapie einer obstruktiven Schlafapnoe ist nach wie vor die nasale Überdruckbeatmung (CPAP), bei der dem Patienten über eine Nasenmaske mit Überdruck Luft in die Atemwege geblasen wird, um diese offenzuhalten. Doch auch für Menschen, die bereits einen Schlaganfall erlitten haben, ist gesunder Schlaf wichtig. Das zeigen Versuche an Ratten, bei denen Wissenschaftler künstlich einen Schlaganfall auslösten: Wurden diese Tiere anschließend einem Schlafentzug ausgesetzt, so erholten sie sich weniger gut als die Ratten, die man ungehindert schlafen ließ. „Wahrscheinlich“, meint Professor Bassetti, „spielen hier Entzündungsfaktoren eine Rolle.“

Zusammenhänge zwischen gestörtem Schlaf und Demenz sind mittlerweile ebenfalls nachgewiesen. Kurzschläfer und Patienten mit schlafbezogenen Atemstörungen erkranken häufiger an einer Demenz oder einer leichten kognitiven Beeinträchtigung, die oft eine Vorstufe der Demenz ist. Menschen mit solchen leichten kognitiven Störungen haben Probleme mit der Konzentration und dem Erinnerungsvermögen, die sie als belastend empfinden, die ihre Selbständigkeit aber (noch) nicht gefährden. Bei manchen verschlimmern sich diese Symptome jedoch mit der Zeit und gehen in eine Alzheimer-Demenz über.

Der Zusammenhang zwischen gestörtem Schlaf und Demenzerkrankungen zeigt, wie wichtig es ist, Schlafprobleme zu behandeln. Er ist aber auch eine ernste Warnung an unsere Rund-um-die-Uhr-Gesellschaft, die sich immer weniger Schlaf gönnt – und in der Reizüberflutung und überhöhter Leistungsdruck einen erholsamen Schlaf immer schwieriger machen.



### **CPAP für Epileptiker**

Nicht nur Demenz-Patienten, sondern auch Epileptiker leiden überzufällig häufig an Schlafapnoe. Behandelt man diese Patienten mit einer CPAP-Therapie, so lassen ihre epileptischen Anfälle sich deutlich besser unter Kontrolle bringen. „Das ist eine wichtige Erkenntnis, denn ein Drittel aller Epilepsie-Patienten sind therapierefraktär, das heißt, sie sprechen auf eine Behandlung mit Antiepileptika nicht an“, betont Professor Bassetti. Solchen Menschen könnte die Behandlung mit einem CPAP-Gerät helfen.

Und nicht zuletzt können Schlafstörungen auch ein Warnsignal für einen Herzinfarkt sein. In einer neueren Studie wurden Patienten gefragt, wie ihr Schlaf kurz vor dem Infarkt ereignis gewesen sei – mit erschreckendem Ergebnis: Fast 40% der Patienten gaben an, in den zwei Wochen vor dem Infarkt unter Ein- und Durchschlafstörungen gelitten zu haben!

Und wer ständig schlecht schläft, der lebt sowieso ausgesprochen gefährlich: Studien zeigen, dass Kurzschläfer und Menschen mit verminderter Schlafqualität ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben und dass Ein- und Durchschlafstörungen die Prognose von Patienten, die bereits an einer solchen Krankheit leiden, verschlechtern. Schlafexperten gehen mittlerweile davon aus, dass die frühzeitige Entdeckung und Behandlung solcher Schlafstörungen die Symptome und den Schweregrad von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbessern könnte.

### **Sage mir, wie du schläfst...**

... und ich sage dir, wer du bist!

Ganz so einfach ist es vielleicht nicht immer; doch die Erkenntnis, dass Schlaf und Persönlichkeit eng miteinander zusammenhängen, gewinnt in der Schlafforschung und Schlafmedizin einen immer höheren Stellenwert. Immer mehr Untersuchungen zeigen, dass Menschen mit Ein- und Durchschlafstörungen (Insomnien) – der häufigsten Schlafstörung, die es gibt – Persönlichkeitsmerkmale aufweisen, die einem gesunden, erholsamen Schlaf nicht gerade zuträglich sind. Eine Therapie, die bei diesen Charaktereigenschaften ansetzt, könnte den Schlaf dieser bedauernswerten Zeitgenossen womöglich verbessern. Denn die Superpille, die erholsamen Schlaf schenkt, ohne die Schlafarchitektur zu zerstören, und über längere Zeit eingenommen werden kann, ohne abhängig zu machen oder andere unerwünschte Nebenwirkungen zu verursachen, wurde trotz aller Fortschritte in der Schlafforschung bis heute leider nicht gefunden. Deshalb setzt man in der Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen stark auf nicht-medikamentöse Behandlungsmaßnahmen: Die Menschen müssen „lernen“, wieder besser zu schlafen – zum Beispiel, indem sie sich schlaffördernde Verhaltensweisen angewöhnen und alle beeinflussbaren Faktoren, die einen guten Schlaf stören könnten, nach Möglichkeit eliminieren. Schon seit längerem zeigen Studien, dass Insomniker zum Grübeln neigen und sehr selbstkritisch sind: Sie reagieren sensibler auf eigene Fehler als schlafgesunde Menschen, zweifeln stärker an ihrer Leistungsfähigkeit und haben eher das Gefühl, dass das bisher Erreichte nicht ihren Zielvorstellungen entspricht. Außerdem plagt sie auch häufig der Gedanke, den Erwartungen ihrer Mitmenschen nicht gerecht werden zu können.

Eine Gruppe von Schlafforschern der Universität Freiburg hat nun herausgefunden, dass Insomnie-Patienten außerdem zu besonders pünktlichem und gründlichem Verhalten neigen. Sie kommen immer rechtzeitig oder sogar zu früh zu ihren Behandlungsterminen in die Klinik, wobei hier eine interessante „Dosis-Wirkungs-Beziehung“ zu beobachten ist: Diejenigen, die am schlechtesten schlafen, nehmen

es mit der Pünktlichkeit am genauesten. Außerdem füllen sie Fragebögen besonders gründlich aus und schreiben oft sogar noch Extra-Kommentare dazu, in denen sie ihre Antworten akribisch erläutern.

Worin liegt der praktische Nutzen solcher Untersuchungen? Ganz einfach: Es gibt bereits psychotherapeutische Verfahren zur Behandlung von übermäßigem Perfektionismus, die für Menschen mit Essstörungen entwickelt wurden. Damit könnte man auch Insomnie-Patienten behandeln – und wer weiß: Wenn sie nicht mehr so perfekt sein wollen, schlafen sie ja vielleicht auch wieder besser...

### **„Ich habe heute Nacht kein Auge zugetan...“**

Zu allem Überfluss leiden viele Insomnierer außerdem an einer gestörten Schlafwahrnehmung. Jeder kennt den häufig zitierten Dialog zwischen Ehemann und Ehefrau:

Sie: „Ich habe heute Nacht wieder kein Auge zugetan.“

Er: „Das kann nicht sein. Du hast doch geschnarcht wie ein Säbelzahn tiger!“

Nichts bringt das Problem chronisch schlafgestörter Menschen besser auf den Punkt. Insomnierer schätzen ihre nächtliche Schlafdauer nämlich meistens weitaus kürzer ein, als sie tatsächlich ist, und erleben nach der Untersuchung im Schlaflabor dann oft eine freudige Überraschung, wenn sie erfahren, dass sie zwar nicht gerade gut, aber doch deutlich besser geschlafen haben, als sie dachten. So etwas kann auf diese Menschen, die sich ständig Sorgen darüber machen, wie sie nach ihrer kurzen Nacht den nächsten Tag durchstehen sollen, sehr beruhigend wirken.

Inzwischen gibt es sogar ein Behandlungsverfahren für Insomnie-Patienten mit gestörter Schlafwahrnehmung, das von Schlafmedizinern der Universität Regensburg entwickelt wurde – ein wichtiger Fortschritt, denn es ist sehr belastend für schlafgestörte Menschen, wenn sie nach (objektiv) erfolgreicher Therapie dennoch keine subjektive Verbesserung ihres Schlafs spüren. Deshalb führte die Diplompsychologin Dr. Tatjana Crönlein mit ihrem Team eine Vorstudie an Insomnie-Patienten durch, die schon jahrelang unter Schlafproblemen und einer Schlafwahrnehmungsstörung litten. Und nicht nur das: Diese Patienten berichteten auch öfter über negative Körperwahrnehmungen vor dem Einschlafen als schlafgesunde Menschen.

Die Probanden wurden in zwei Gruppen eingeteilt: Mit der einen Gruppe führten die Schlafmediziner zunächst eine Atemmeditation und anschließend eine progressive Muskelentspannungsübung durch, damit sie innerlich locker wurden – was gerade Insomnierern schwerfällt. Dann folgte eine geleitete Fantasiereise, die der Schärfung ihrer Selbstwahrnehmungsfähigkeit diente. Anschließend mussten die Patienten Fragen zu ihrem Empfinden beantworten: „Spüren Sie einmal in sich hinein. Wie fühlen Sie sich gerade? Empfinden Sie ein Gefühl der Wärme? Sind Sie müde? Woran merken Sie das?“ So sollte ihre Aufmerksamkeit von den negativ getönten Körperwahrnehmungen weg- und auf schlafassoziierte Empfindungen hingelenkt werden. Anschließend besprachen die Trainer mit den Patienten ihre individuellen Einschlaf- und Entspannungswahrnehmungen.

Das Training hat tatsächlich geholfen: Die Probanden konnten ihren Schlaf jetzt deutlich realistischer einschätzen als vorher – auf jeden Fall besser als die Patienten aus der Kontrollgruppe, mit denen die Schlaftrainer lediglich die Atemmeditation und die Entspannungsübung, nicht aber das Schlafwahrnehmungstraining durchgeführt hatten.

### **Studieren – ein Alptraum?**

Ein besonderer Schwerpunkt des Schlafkongresses lag in der Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter. Aktuelle Erkenntnisse aus der neurologischen Schlafmedizin belegen die negativen Folgen für Lernen und Leistung, wenn Kinder und Jugendliche zu kurz schlafen und durch den Einsatz von Computerspielen und Fernsehen am Abend immer mehr ihr natürliches Schlafbedürfnis ignorieren. Neue Studien zeigen den Zusammenhang zwischen gesundem Schlaf und Gedächtniskonsolidierung und den maßgeblichen Einfluss eines ausreichenden, erholsamen Schlafs auf das psychische Wohlbefinden und die geistige Entwicklung.

Ein weiteres wichtiges Thema waren Schlafstörungen und Leistungseinschränkungen bei Studierenden, über die es in der Schlafforschung bisher nur wenige Untersuchungen gab. Auf der diesjährigen DGSM-Tagung wurden Ergebnisse gleich mehrerer Studien mit über 2000 Studenten präsentiert. Sie zeigen, dass Schlafstörungen ein häufiges Problem bei Studierenden sind, die oft einer starken Mehrfachbelastung durch Nebenjob, Wohnsituation und hohen Leistungsdruck ausgesetzt sind. Oft gehen diese Schlafstörungen mit depressiven Verstimmungen einher.

### **Ein Schlafproblem kommt selten allein**

Auch Alpträume kommen bei Studierenden öfter vor als in der Allgemeinbevölkerung. Eine Studie von Schlafforschern der Universitäten Würzburg, Tübingen und Koblenz-Landau ging der Sache auf den Grund und stellte fest, dass diese meist nicht das einzige Problem sind: Gerade alptraumgeplagte Studenten leiden zusätzlich oft unter Ein- und Durchschlafstörungen. Und nicht nur das: Auch ihr Selbstbewusstsein scheint angeknackst zu sein. Zumindest trauen sie sich nicht sehr viel zu. Die Studie untersuchte nämlich auch die so genannte Selbstwirksamkeitserwartung und stellte fest, dass diese bei Studierenden mit Insomnien und/oder Alpträumen besonders niedrig ist.

„Selbstwirksamkeitserwartung“ ist nichts anderes als der Glaube, dass man eine gewünschte Handlung erfolgreich ausführen kann – also die optimistische Selbstüberzeugung: „Ja, das schaffe ich!“ Sie ist bei Menschen mit psychischen Problemen wie Angst, Depressionen und Essstörungen meist nicht sehr ausgeprägt.

### **Gefährlicher Schlafstörungs-Cocktail**

Im Rahmen der Studie wurden alle Studierenden der Universität Tübingen per E-Mail über die Befragung informiert. Über 2000 Studenten füllten einen Online-Fragebogen zu Schlafqualität, Alpträumen, Ein- und Durchschlafen und Ängsten beim Zubettgehen aus. Fast 25% der Studierenden berichteten, immer wieder unter Alpträumen zu leiden – davon über 18% mehr als einmal, knapp 6% sogar über dreimal pro Woche. Frauen waren häufiger betroffen als Männer. Außerdem litt die Hälfte der Studenten unter Ein- und Durchschlafstörungen und unruhigem Schlaf. Vor allem diejenigen, die sehr oft Alpträume hatten, konnten abends schlecht einschlafen.

Ferner konnte in der Studie ein hoher Zusammenhang zwischen Alpträumen, Schlafstörungen und niedriger Selbstwirksamkeitserwartung festgestellt werden. Und dieser Mix aus verschiedenen Schlafproblemen und angeknackstem Selbstbewusstsein scheint ein gefährlicher Cocktail zu sein. Verschiedene Untersuchungen zeigen nämlich, dass Menschen mit Insomnie und Alpträumen besonders selbstmordgefährdet sind. Schon allein die Verkürzung der Schlafdauer scheint mit vermehrten Suizidgedanken einherzugehen. Deshalb sollten Ärzte im Gespräch mit Patienten, die unter Insomnie, Alpträumen oder nächtlichen

Panikattacken leiden, grundsätzlich abklären, ob diese selbstmordgefährdet sind – und auch schlafgestörte Menschen selbst sollten sich dieser Gefahr bewusst sein. Denn solche Störungen sind durch schlafhygienische Maßnahmen, Insomnie-Behandlungsprogramme, Psychotherapie und Medikamente in den meisten Fällen gut behandelbar; und so eine Behandlung kann im Ernstfall lebensrettend sein.

### **Vorbeugen ist besser als schlecht schlafen**

Sogar Vorbeugung ist möglich. Dies zeigt eine Studie, in der gesunde Studentinnen sich einem achtwöchigen Stressbewältigungsprogramm unterzogen. Die Teilnehmerinnen mussten zwei Wochen lang Schlaftagebücher mit Abend- und Morgenprotokollen ausfüllen, hatten nach dem Kurs tatsächlich einen längeren Nachtschlaf und fühlten sich morgens entspannter. Fazit: Jeder, der (noch) gut schläft, aber bereits merkt, dass ihm der tägliche Stress über den Kopf zu wachsen droht, sollte die Notbremse ziehen und versuchen, mehr Ruhe in seinen Alltag zu bringen. Wer das ohne fremde Hilfe nicht schafft, kann Stressbewältigungsstrategien und Entspannungsverfahren wie beispielsweise autogenes Training in Kursen erlernen.

### **Zu frühes Aufstehen kann krank machen**

Die einen sind Frühaufsteher, die anderen Nachtschwärmer: Menschen sind unterschiedliche Chronotypen. (Umgangssprachlich bezeichnet man sie auch als „Lerchen“ und „Eulen“.) Erstmals haben Wissenschaftler nun den Einfluss von Schlafenszeiten und dem menschlichen Chronotyp auf die Leistungsfähigkeit untersucht. Wie die innere Uhr tickt, die über Schlafen und Wachen entscheidet, erforscht Professor Till Roenneberg mit seinem Team an der Ludwig-Maximilians-Universität München: „Unser biologischer Rhythmus ist angeboren, und seine Missachtung kann krank machen“, so der renommierte Schlafforscher. Neue Untersuchungen zeigen, dass ein Drittel der menschlichen Gene nur zu bestimmten Zeiten aktiviert wird und Zellstoffwechsel, Immunsystem und Leistungsfähigkeit einem individuellen Rhythmus unterliegen. So genießt derjenige den effektivsten Schlaf, der in dem Zeitfenster schlafen kann, das ihm seine innere Uhr vorgibt. Wer jedoch als „Spättyp“ schon frühmorgens anfängt zu arbeiten, bekommt zu wenig Schlaf, weil er abends seinem individuellen Schlaf-wach-Rhythmus entsprechend spät einschläft und morgens, wenn um sechs oder sieben Uhr der Wecker schellt, bereits wieder aufstehen muss, obwohl seine biologische Schlafenszeit noch gar nicht beendet ist. Permanent gegen die innere Uhr zu leben, kann zu chronischem Schlafmangel führen. Und dieses Schlafdefizit macht auf die Dauer krank.

### **„Eulen“ sind im Nachteil**

Laut Auswertung spezieller Chronotyp-Fragebögen liegen für 60% aller Deutschen die Arbeitszeiten zu früh und zwingen sie, entgegen ihrem Chronotyp zu leben. „Das führt zum sozialen Jetlag“, warnt Till Roenneberg – und hat nach aktuellen Erkenntnissen negative Auswirkungen auf Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Dem Jetlag vergleichbar, der nach Flügen über Zeitzonen eintritt, begleitet dieser Konflikt zwischen biologischer und sozialer Uhr die Betroffenen meist ihr Leben lang. Je stärker er ausgeprägt ist, desto mehr sinkt das psychische Wohlbefinden. Viele „Nachteulen“, die während der Arbeitswoche permanent mit hängenden Augenlidern durch die Gegend laufen, holen den versäumten Schlaf dann am Wochenende nach – aber auch das ist nicht gerade ein ausgewogener Lebensrhythmus und zehrt auf die Dauer an der Substanz.

Tatsächlich zeigt eine neue Untersuchung, die auf dem DGSM-Kongress vorgestellt wurde, dass Eulen emotional instabiler sind: Sie gaben an, bei einer Kopfrechenaufgabe, die ihnen im Rahmen der Studie vorgelegt wurde, mehr Stress erlebt zu haben als die Morgentypen. Eine Analyse der Studie zeigte eindeutig, dass diese vermehrte Stressanfälligkeit auf die schlechtere Schlafqualität der Abendtypen zurückzuführen war.

Das Forscherteam um Professor Roenneberg konnte sogar einen Zusammenhang zwischen sozialem Jetlag und zunehmendem Körpergewicht feststellen. Eine neue Studie erforscht jetzt das Zusammenspiel von innerer Uhr, sozialem Jetlag und Diabetes.

### **Schichtarbeit sollte individuellen Schlaf-wach-Rhythmus berücksichtigen**

Die schlimmsten Angriffe auf die innere Uhr sind Nachtschichten und Wechselschichten. Deshalb sollte bei der Schichtplangestaltung unbedingt auf den Chronotyp Rücksicht genommen werden – was bisher jedoch leider nicht geschieht. Auch die meisten Studien über die Folgen von Schichtarbeit beziehen den Chronotyp nicht in ihre Analysen ein – obwohl man die gesundheitsschädigenden Wirkungen von Schichtarbeit nur auf diese Weise wissenschaftlich fundiert nachweisen und wirksame Strategien zu deren Einschränkung entwickeln könnte, betont Roenneberg. Eine kürzlich von ihm durchgeführte Studie beweist, wie wichtig das ist: Sie ermittelte bei über 370 Wechselschichtarbeitern anhand von Fragebögen das Schlaf-wach-Verhalten und die Schlafqualität. Dabei zeigte sich erwartungsgemäß, dass die Schlafdauer von späten Chronotypen in der Frühschicht deutlich kürzer ist, während in der Spät- und Nachtschicht die Lerchen sehr viel weniger Schlaf bekommen. Man müsste bei der Schichtplangestaltung also wohl tatsächlich mehr Rücksicht auf den individuellen Schlaf-wach-Rhythmus der Mitarbeiter nehmen.

### **Schlafprobleme von A bis Z**

Im Rahmen des DGSM-Kongresses fand diesmal auch ein Patientenforum unter dem Motto „Schlafprobleme von A wie Alpträume bis Z wie Zähneknirschen“ statt. Dazu waren alle interessierten Bürger – insbesondere natürlich von Schlafstörungen und Schlafstörungen Betroffene – zu einer Diskussionsrunde mit Schlafexperten und Vertretern von Selbsthilfegruppen eingeladen. Sie hatten auch die Möglichkeit, ihre Fragen zum Thema Schlaf und Schlafstörungen direkt an die Experten auf dem Podium zu stellen – und das Forum hat gezeigt, dass der Informationsbedarf sehr groß ist.

Dem Schwerpunktthema des Kongresses entsprechend gab es außerdem erstmals einen Jugendtag, der die Auswirkungen von Schlaf auf die Leistungsfähigkeit thematisierte und in Vorträgen und Diskussionen die wichtige Bedeutung eines erholsamen, gesunden Schlafes vermittelte. Denn guter Schlaf beginnt meistens im Kopf: Gründliche Aufklärung der Bevölkerung ist notwendig, um die Menschen für die Wichtigkeit einer erholsamen Nachtruhe zu sensibilisieren, Probleme zu erkennen und Hilfe zu suchen.

\*\*\*\*\*

### **Prävention – wie geht das eigentlich?**

#### **Was wir tun müssten, um ein bisschen gesünder zu leben**

Von Werner Waldmann

Prävention heißt „Krankheiten vorbeugen“. Das funktioniert leider nicht immer, denn manche Erkrankungen sind Schicksal. Viele Krebsarten lassen sich zum Beispiel kaum verhindern – trotz geballter Offerten von Nahrungsergänzungsmittelherstellern und aberwitziger Vorschläge, wie man sich ernähren soll (Stichwort Brokkoli & Co). Aber vor unseren heutigen weit verbreiteten Zivilisationsleiden, den so genannten Volkskrankheiten, kann man sich durchaus schützen. Diabetes muss man nicht unbedingt bekommen, wenn man sich ausgewogen ernährt und regelmäßig bewegt. Ausgewogene Ernährung bedeutet zum Beispiel, die Finger von Fastfood und Snackriegeln zu lassen, weil die nun mal viel Zucker und oft auch jede Menge ungesundes Fett enthalten.

Auch der Alkoholkonsum wird in unserer modernen Gesellschaft immer mehr zum Problem. Viele Menschen überschreiten regelmäßig die Grenze zu riskantem Trinken – vielleicht, weil sie das Gefühl haben, den Stress ihres Berufs- und Alltagslebens irgendwie ertränken zu müssen, oder weil man sich abends in geselliger Runde eben leicht dazu verführen lässt, ein Gläschen mehr zu bestellen, als einem guttut. Wer trinkt auf einer Party oder in der Kneipe schon Sprudel oder Apfelsaftschorle? Das tun nur die wenigsten; also bestellt man sich, dem Zwang der Masse folgend, eben auch ein Getränk mit ein paar Prozenten drin. Schon bei Jugendlichen ist „Flatrate-Saufen“ in, und wer da nicht mitmacht, wird in seiner Clique leicht zum Außenseiter.

### **Kenn' dein Limit**

Unsere Leber verkraftet zwar schon eine ganze Menge, doch irgendwann ist Schluss. Auch der Bauchspeicheldrüse schadet übermäßiger Alkoholkonsum; und oft werden diese Schäden, da sie im Anfangsstadium keine unangenehmen Symptome verursachen, eben leider viel zu spät entdeckt. Die Empfehlungen für einen maßvollen Alkoholkonsum lauten: für Frauen höchstens ein bis zwei und für Männer maximal zwei bis drei Deziliter Wein oder Bier pro Tag. Außerdem sollte man Alkohol nicht aufgrund seiner berauschenden, euphorisierenden Wirkung oder als „Entspannungsmittel“, sondern nur zum Genuss konsumieren – und unbedingt zwei bis drei alkoholfreie Tage pro Woche einschalten, damit man nicht abhängig davon wird.

Rauchen scheint bei uns ebenfalls nach wie vor als schick zu gelten; doch der Zigarettenqualm enthält Hunderte von giftigen Substanzen, die eine Menge Unheil im Körper anrichten können – nicht nur in der Lunge, sondern auch in unseren Gefäßen. Wer da auf Helmut Schmidt verweist, der nonstop raucht und bisher trotzdem weder an Lungenkrebs noch am Herzinfarkt gestorben ist, der sucht halt nach einer bequemen Ausrede für sich. Ausnahmen – Menschen, die rauchen und saufen, was das Zeug hält, aber ein so unverwüstliches Gesundheitskostüm haben, dass sie trotzdem 80 oder 90 Jahre alt werden – gab es schon immer. Doch es ist erwiesen, dass Raucher eine kürzere Lebenserwartung und eine schlechtere Lebensqualität haben. Erst kommt der Raucherhusten, dann stellen sich andere Leiden ein – Arteriosklerose in Herzkranzgefäßen und Beinen oder die berüchtigte „chronisch-obstruktive Lungenerkrankung“ (COPD), bei der man allmählich immer kurzatmiger wird. Im schlimmsten Fall hängen solche Leute irgendwann ständig an der Sauerstoffflasche.

Aber es sind nicht nur dramatische Folgeerkrankungen wie diese; der blaue Dunst verursacht auch etliche kleinere „Schönheitsfehler“, die viele Menschen auf den

ersten Blick vielleicht gar nicht aufs Rauchen zurückführen: Die Haut wird fahler und faltiger, und bei vielen männlichen Rauchern klappt es irgendwann auch im Bett nicht mehr so gut. Denn die gefährlichen Ablagerungen in den Blutgefäßen bilden sich nicht nur im Herzen, im Gehirn und in den Beinen, sondern auch im Penis. Schon allein dieser Gedanke sollte die Menschen eigentlich dazu motivieren, mit dem Rauchen aufzuhören.

### **Falsch verstandene Prävention**

Freilich gehen nicht alle Leute so sorglos mit ihrem Körper um. Es gibt auch viele, die sehr gesundheitsbewusst sind, aber die falschen Präventionsmaßnahmen ergreifen, weil sie nicht richtig informiert sind – das Internet ist eben leider doch nicht immer der optimale Ratgeber in allen Lebenslagen. Manche Menschen glauben, Krebserkrankungen mithilfe einer Palette verschiedenster, teilweise unsinniger Untersuchungen möglichst frühzeitig erkennen zu können. Da werden beim Arzt Ganzkörper-MRTs in Auftrag gegeben (in den USA bereits gang und gäbe) und Tumormarker-Bestimmungen gewünscht, obwohl Mediziner sich darüber einig sind, dass solche Untersuchungen bei Menschen, die noch nicht an Krebs erkrankt sind, keine Aussagekraft und daher auch keinen Sinn haben.

Solche Art von „Prävention“ ist der falsche Weg. Ebenso unsinnig ist es, ständig Multivitaminpräparate und andere Nahrungsergänzungsmittel zu schlucken in dem Glauben, seiner Gesundheit damit etwas Gutes zu tun. Neuere Untersuchungen zeigen, dass man sich durch die unkontrollierte Einnahme solcher Präparate, die es mittlerweile leider in jeder Drogerie zu kaufen gibt, unter Umständen sogar ernsthaften Schaden zufügen kann. Wer sich ausgewogen ernährt, braucht normalerweise keine Nahrungsergänzungsmittel. Wenn jemand tatsächlich an einem Vitamin- oder Mineralstoffmangel leidet, können sie freilich schon sinnvoll sein. Doch niemand sollte solche Tabletten einnehmen, ohne vorher seinen Arzt um Rat zu fragen. Im Zweifelsfall gibt eine Blutuntersuchung Aufschluss darüber, ob ein Mangel an bestimmten Nährstoffen vorliegt oder nicht.

Dass man seiner Gesundheit mit „falscher“ Prävention manchmal mehr schadet als nützt, gilt leider auch für den Sport. Extreme sportliche Aktivitäten sind keineswegs gesund – das gilt nicht nur für die von uns vielfach so bewunderten Leistungssportler, sondern beispielsweise auch für Marathonläufe, an denen leider immer wieder Menschen teilnehmen, die Herz-Kreislauf-Risikofaktoren haben, ohne diese zu kennen, weil sie sich vorher nicht ärztlich untersuchen lassen haben. Mäßig, aber regelmäßig – das ist die richtige Devise beim Sport, wenn er gesund sein soll. Ausdauersportarten wie Walken, Radfahren, Schwimmen sind das beste Lebenselixier für Herz und Kreislauf; allerdings sollte man sich schon mehrmals pro Woche mindestens eine halbe Stunde Zeit dafür nehmen. Ergänzen kann man das Ganze durch ein gezieltes Krafttraining, um dem Muskelabbau im Alter vorzubeugen; aber jede Woche dreimal in die „Muckibude“ zu gehen, ist unnötig; und Anabolika (die immer mehr Fitnessstudio-Besucher – vor allem junge Männer – einnehmen, um dem Aufbau von Biceps & Co. ein wenig nachzuhelfen) sollten ohnehin tabu sein. Lebensgefährliche Herz-Kreislauf-Probleme bis hin zum Herzinfarkt oder Schlaganfall können die Folge sein.

### **Gesundheitserziehung muss bei den Kindern beginnen**

Wie kann man sich zu einem gesundheitsbewussteren Leben motivieren? Das ist gar nicht so einfach, denn es erfordert schon eine ziemliche tiefgreifende Umstellung

unserer Lebensgewohnheiten. Solange man sich gesund fühlt, schiebt man solche Veränderungen gern auf die lange Bank. Hat erst einmal eine Krankheit zugeschlagen, fällt uns der Wandel leichter, nützt aber dann unter Umständen nicht mehr so viel. Wie also schaffen wir es, dass unsere meist sitzenden Berufen nachgehenden und nicht gerade unterernährten Wohlstandbürger ein bisschen mehr für ihre Gesundheit und die ihrer Familien tun?

Da hilft nur eines: Wir müssen schon bei den Kindern in den Schulen und Kindergärten anfangen. Die Hoffnung, dass vielbeschäftigte Mütter ihrem Nachwuchs qualitativ hochwertige Nahrung anbieten, ist eine Illusion. Oft haben sie – aufgerieben zwischen Familie und Beruf – beim besten Willen keine Zeit dazu oder ernähren sich womöglich sogar selbst hauptsächlich von Fastfood. Und die Kleinen würden „gesundes“ Essen auch gar nicht so ohne weiteres akzeptieren. Die allgegenwärtige Werbung der Nahrungsmittelindustrie – ohne Milchschnitte keine Energie; ohne Hamburger, Döner oder Fertigpizza kein Glücksgefühl – macht schon Kinder und Jugendliche zu faszinierten Anhängern dieser Esskultur. Welches Kind isst heute noch einen Apfel? Und viel Bewegung, wie es früher im Kindesalter gang und gäbe war – Cowboy-, Verstecken-, Fange- und Fußballspielen –, das ist auch nichts für unseren modernen Nachwuchs. Man hockt an der Spielkonsole oder vor dem Fernseher, tauscht sich über Facebook und Twitter aus und läuft, wenn einen denn schon mal die Sonne nach draußen lockt, mit dem iPhone in der Landschaft herum.

Kindergärten und Schulen sind die einzige Chance, den Nachwuchs für eine andere Lebensweise zu motivieren. Doch die Lehrplanmacher haben für so etwas leider keinen Sinn. Die Kinder bekommen zwar ein paar Informationen zum Thema Gesundheit im Biologieunterricht vorgesetzt; doch das ist nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Und natürlich führen die Schulen ab und zu ein paar kleine Projekte durch – vielleicht einmal ein vollwertiges Frühstück oder eine Aktion „Gesundes Pausenbrot“ –, aber dabei bleibt es dann auch. Eigentlich sollte Gesundheitsunterricht in unseren Schulen regelmäßig auf dem Programm stehen. Es ist wirklich absurd: Unsere Kinder lernen, den Flächeninhalt von Figuren zu berechnen, mit denen sie in ihrem späteren Leben garantiert nie wieder etwas zu tun haben werden, und erfahren, mit welchen Truppenkontingenten Caesar die Gallier besiegt hat – nur über ihren eigenen Körper und ihre Gesundheit lernen sie leider viel zu wenig.

### **„Sprechende Medizin“ wird nicht mehr bezahlt**

Und was ist mit den Erwachsenen? Für die gibt es natürlich jede Menge Gesundheitsmagazine aus der Apotheke und auch Radio- und Fernsehsendungen zum Thema gesundes Leben; das schaut oder hört man sich an, nickt – und macht so weiter wie bisher. Kaum jemand nimmt solche Ratschläge ernst. Wirksamer ist es schon, wenn der Hausarzt seinem Patienten ins Gewissen redet. Denn im Idealfall besteht zwischen Arzt und Patient doch ein gewisses Vertrauensverhältnis, sodass man auf die Ermahnungen des Mannes im weißen Kittel schon eher hört. Nur leider werden diese so wichtigen Gespräche zwischen Arzt und Patient von den Krankenkassen heutzutage kaum noch honoriert. „Sprechende Medizin“ ist nicht mehr in. Unsere moderne Apparatedizin wird viel besser bezahlt. Und genau da liegt das Problem unseres Gesundheitssystems: Ärzte – vor allem die Hausärzte – müssen es sich wieder leisten können, mit ihren Patienten zu sprechen, sie ausführlich zu beraten und ihnen ab und zu auch mal ins Gewissen zu reden. Und



das geht leider nur, wenn sie diese Leistung von den Krankenversicherungen auch bezahlt bekommen.

### **Rote Karte für Coca Cola**

Der Geldbeutel spielt in unserem Leben nun mal eine sehr wichtige Rolle. Das muss nicht immer nur ein Nachteil sein; man könnte es sich beispielsweise zunutze machen, um die Bürger zu gesundheitsbewussterem Verhalten zu erziehen. Der Mensch braucht Zwang. Würde die Befolgung der Straßenverkehrsordnung nicht durch rigide Regeln mit entsprechend harten Strafen durchgesetzt, so würde auf unseren Straßen ein Chaos herrschen. Warum also sollte man nicht auch gesundheitsschädliches Verhalten bestrafen? Zum Beispiel durch extrem hohe Steuern auf Zigaretten und Alkohol, Fastfood und Süßgetränke oder reduzierte Mehrwertsteuer für gesunde Lebensmittel?

Hier könnte der Staat eine ganze Menge tun. Amerika sollte uns in dieser Hinsicht als Vorbild dienen: Ab März nächsten Jahres wird Coca Cola in New York geächtet. Bürgermeister Michael Bloomberg setzt seine Stadt auf Diät. Das neue Gesetz untersagt Restaurants, Theatern, Cafés und Kinos das Servieren von Cola in Halb-Liter-Behältern. Dieses Verbot soll auch für andere kalorienreiche Softdrinks und gesüßten Kaffee gelten. (Coca Cola mit Süßstoff ist von dieser Regelung natürlich ausgenommen.) Da fragt man sich: Warum nicht auch bei uns? In Deutschland gibt es bisher leider keine einschränkenden Regelungen für zuckerhaltige Getränke. Diskutiert wird lediglich immer wieder, Werbung für ungesunde Lebensmittel (insbesondere Süßigkeiten) einzuschränken, um die Bürger – vor allem unsere Kinder – vor übermäßigem Zuckerkonsum zu schützen. Passiert ist bisher noch nichts. Warum ist unsere Regierung so zögerlich?

### **Kooperation und Vernetzung zum Wohl des Patienten**

Allenthalben ist von leeren Kassen in unserem Gesundheitswesen die Rede. Doch eigentlich braucht unser Gesundheitssystem nicht mehr Geld, sondern mehr Effizienz. Vernetzung ist angesagt, wirkliche Vernetzung. Der Hausarzt als Lotse ist eine geniale Idee. Eigentlich nichts Neues, sondern die Wiederentdeckung einer früher praktizierten Methode: Ein Arzt betreut seinen Patienten möglichst ein Leben lang, ist sein Gesundheitsbegleiter, sein Gesundheitscoach. Er organisiert auch den Kontakt zu Fachärzten und Kliniken, Apothekern, Sanitätshäusern, Pflegeeinrichtungen. Hier muss miteinander gearbeitet werden, nicht nebeneinander her. Eine hohe Anforderung an unsere medizinischen Helfer, denn bislang sieht fast jeder nur seine eigene Pfründe. Bei einer echten, sinnvollen Kooperation und Vernetzung hat jeder seine Einkünfte. Man muss es nur wollen. Ein echter Arzt – einer, der seinen Beruf ernst nimmt und nicht nur als Job versteht – wird dem nur zustimmen können.

Dann gäbe es keine überflüssigen Doppeluntersuchungen mehr und auch keine sinnlosen Therapien: Ein Arzt würde seinem Patienten keine Medikamente mehr verschreiben, die ihm nichts nützen, nur weil dieser das halt erwartet. Die eingesparten Milliarden ließen sich dann dort verwenden, wo wirklich medizinische Hilfe nötig ist – zum Beispiel für ein künstliches Hüftgelenk oder eine Aortenklappe für die 85-jährige Oma. Spare in der Zeit, dann hast du in der Not. Dann bräuchten wir auch nicht mehr über Rationierung medizinischer Leistungen für betagte Mitbürger zu reden. Denn damit, dass einzelne Kassen ihren Patienten sinnvolle Behandlungen versagen, lässt sich kein Geld einsparen – eher im Gegenteil. Die

Therapie der Folgeerkrankungen, die durch solche „Einsparungen“ entstehen, kostet hinterher meist noch viel mehr Geld.

### **Politik der kleinen Schritte**

All das klingt schön, und jeder stimmt zu. Nur, wer macht sich ernsthaft daran, etwas zu verändern? Auf die Gesundheitspolitik ist nicht zu hoffen. Die organisiert Reförmchen und verursacht damit immer nur noch schlimmere Bürokratie. Wenn wir wirklich etwas verändern wollen, muss jeder bei sich und seiner Familie anfangen und in mühevoller Kleinarbeit – Tag für Tag – seinen inneren Schweinehund überwinden. In kleinen, konkreten, konsequenten Schritten. So lange, bis man irgendwann selber merkt, dass es durchaus Spaß machen kann, gesund zu leben. Dass ein frischer Obstsalat oder ein Brot mit Ei, Tomaten und frischen Kräutern besser schmeckt als Hamburger und Pommes frites, kann man mit ein bisschen Fantasie vielleicht sogar seinen Kindern beibringen, wenn man das Brot mit einem lustigen Gesicht verziert oder den Nachwuchs auf spielerische Weise in die Zubereitung gesunder Mahlzeiten einbindet. Und sicherlich wird einem auch bald klar, dass es gar nicht so schwierig ist, sich zu regelmäßiger körperlicher Aktivität zu motivieren, weil mit ein bisschen Nachdenken schließlich jeder Mensch auf irgendeine Bewegungsform kommt, die ihm Freude macht: Wer partout keinen Sport mag, findet vielleicht Spaß daran, tanzen zu gehen, im Garten zu arbeiten oder sich öfters mal den Nachbarshund zum Spaziergehen auszuleihen. Und nach einiger Zeit merkt man dann, dass man sich durch die regelmäßige Bewegung tatsächlich besser fühlt: Man kommt ohne lästige Leistungstiefs durch den Tag, gerät beim Treppensteigen nicht mehr nach fünf Stufen außer Atem, und auch die Stimmung ist besser. Spätestens dann hat man die schwierige Anfangsphase überwunden und wird es von nun an gar nicht mehr so schwierig finden, sich zu ein bisschen mehr Bewegung aufzuraffen.

### **Raucherentwöhnung im Schnellverfahren**

Im Grund gilt das für alle Aspekte eines gesunden Lebens – nicht nur für Ernährung und Bewegung. Und die Mediziner und Psychologen lassen sich ja wirklich schon eine ganze Menge einfallen, um uns den Abschied von unseren lieb gewordenen ungesunden Lebensgewohnheiten zu erleichtern. So wurde jetzt beispielsweise ein neuer Raucherentwöhnungskurs entwickelt, bei dem die Teilnehmer nicht über mehrere Wochen hinweg immer wieder zu ihren Kursterminen erscheinen müssen – was für viele offenbar demotivierend ist. Inzwischen gibt es einen Kompaktkurs, der nur noch zwei Termine umfasst und auch entsprechend weniger kostet: Die Lerninhalte wurden einfach auf das Wesentlichste reduziert – und das nach bisheriger Erfahrung mit sehr gutem Erfolg. Nähere Informationen zu dem neuen Tabakentwöhnungsprogramm, das zurzeit in Stuttgart, Heidelberg, München, Chemnitz und Berlin angeboten wird, gibt es unter <http://www.bisquits-studie.de/>.

