

„Geteilte Verantwortung“

Der Kampf gegen Diabetes erfordert ein anderes Verhalten der Betroffenen und andere Verhältnisse: Experten rufen nach Steuern auf süße Getränke, besserer Kennzeichnung von Lebensmitteln und weniger an Kinder und Jugendliche gerichtete Werbung für Süßes.

Text: Stefan Scheytt

Es wäre besser gewesen, sagt sie, wenn sie an jenem 10.10.2017 einfach nicht ins Krankenhaus gegangen wäre wegen dieses entzündeten Fingers, an dessen Nagel sie so lange gekaut hatte, bis es blutete und schließlich der Verdacht auf Blutvergiftung aufkam. Ohne Krankenhausbesuch, glaubt sie, hätte es keine Blutabnahme gegeben, und dann wäre ihr auch diese Diagnose erspart geblieben: Diabetes Typ 2. Mit zwölf Jahren.

Weil Hürrem* ein großes, übergewichtiges Mädchen ist, wirkt sie auf den ersten Blick älter als vierzehn, aber wenn sie Hand in Hand mit ihrer Mutter durch die Flure der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Ulmer Uniklinikums läuft, erscheint sie einem eher wie ein hilfloses Kind. Seit zwei Jahren kommen sie alle paar Wochen hierher – zur Diabetesschwester, zur Ernährungsberaterin, zur Psychologin und natürlich zum Arzt, der dann von Neuem entscheidet, was zu tun ist. „Meine größte Angst ist, dass ich wieder hierbleiben muss“, sagt Hürrem. Das passierte schon dreimal: eine Woche stationärer Aufenthalt, ihre Blutzuckerwerte lagen ein Vielfaches über den Normalwerten.

Vor ein paar Monaten war Hürrem in der Reha. Sechs Wochen in einer Einrichtung weit entfernt von zu Hause mit einer Gruppe jugendlicher Leidensgefährten.

Es gab einen Tagesplan mit festen Essenszeiten, nie Leerlauf und ab 22 Uhr kein WLAN. Jeden Tag waren sie im Freien, am Wochenende sogar vier Stunden, machten Schneeballschlachten, gingen schwimmen, kein Kühlschrank war in der Nähe und auch kein Laden zum Einkaufen. „Am Anfang war es schwer“, erzählt Hürrem, „aber dann ging’s immer besser, eigentlich ganz locker.“ Nach der Reha waren ihre Blutzuckerwerte drastisch niedriger. Hürrem schöpfte Hoffnung.

Inzwischen sind ihre Werte wieder stark gestiegen, und Hürrem resigniert. Mit kippender Stimme sagt sie: „Das Problem liegt bei mir: Wenn ich mich richtig anstrengen würde, könnte ich den Diabetes wegbekommen. Ich hab’s ein halbes Jahr lang probiert, auch für meine Eltern, denn die sind traurig, wenn mir was passiert. Aber ich schaff’ es nicht, ich hab’ keine Motivation mehr, jetzt ist es mir ehrlich gesagt egal.“

Ihre Ängste und Sorgen teilt Hürrem mit schätzungsweise etwa sieben Millionen Menschen in Deutschland (ein Anstieg um weit mehr als ein Drittel seit 1998), die an einer der beiden Formen der Zuckerkrankheit leiden, die meisten – wie Hürrem – an Diabetes Typ 2. Rechnet man die vermutete Zahl der unentdeckten Erkrankungen hinzu, könnten gut neun Millionen Menschen betroffen sein, bis zum Jahr 2040 rechnen Experten mit bis zu zwölf Millionen Diabeteskranken allein hierzulande. Auch weltweit steigen die Zahlen rasant – zwischen 1980 und 2014 fast um das Vierfache auf 422 Millionen Menschen; die Erkrankungshäufigkeit unter Erwachsenen wuchs in diesem Zeitraum von 4,7 auf 8,5 Prozent, weshalb die Weltgesundheitsorganisation (WHO) von einer „globalen Epidemie“ spricht. Deren eine Seite ist das persönliche Leid der Betroffenen: Diabetes gilt als einer der Hauptfaktoren für Blindheit, Nierenversagen,

Herzinfarkt, Schlaganfall oder Beinamputationen und kann die Lebenszeit um viele Jahre verkürzen. Die andere Seite der chronischen Krankheit sind enorme gesellschaftliche Belas-

tungen: Für Deutschland wurden die direkten und indirekten Kosten auf 35 Milliarden Euro pro Jahr für Behandlung und Pflege sowie durch Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung geschätzt. Angesichts der Kosten für das Solidarsystem durch die Behandlung von Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes sprach die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) bei ihrer Jahrestagung 2019 von einem „nationalen Notstand“. Allein bei der IKK classic summieren sich die jährlichen Ausgaben durch die „Volkskrankheit“ Diabetes auf rund zwei Milliarden Euro – 9,4 Prozent der Versicherten benötigen damit mehr als 20 Prozent der Leistungsausgaben.

Zwar gibt es eine genetische Veranlagung für die Erkrankung (siehe Randspalte auf Seite 33). Doch gerade der Typ-2-Diabetes, von dem mehr als 90 Prozent aller Diabetiker betroffen sind, kann verhindert, verlangsamt oder gestoppt werden, wenn die oft übergewichtigen oder fettleibigen (adipösen) Menschen ihr Gewicht reduzieren, sich gesünder, weil zucker- und fettärmer ernähren und sich mehr bewegen.

Wer ist also verantwortlich für die Diabetes-Epidemie? Die Diabeteskranken selber wie Hürrem, weil sie zu willensschwach sind, ihre Ernährung umzustellen und regelmäßig Sport zu treiben? Die Hersteller ungesunder Lebensmittel? Die Politik? Die Gesellschaft? „Man kann den Einzelnen nicht von jeglicher Verantwortung freisprechen“, sagt Oliver Huizinga von der Verbraucherorganisation foodwatch. „Aber wenn fast zehn Prozent der Menschen in Deutschland an Diabetes erkrankt sind – Tendenz weiter steigend – liegt auf der Hand, dass es vor allem um ein systemisches Problem geht und weniger um das Fehlverhalten Einzelner. Wir leben in einer Welt, in der die gesunde Wahl, die das Diabetesrisiko mindert, die schwere Wahl ist. Gerade für Kinder und Jugendliche ist es einfacher, sich ungesund zu ernähren. Und für diese Welt, in der sie aufwachsen, tragen viele Verantwortung. Es geht also um geteilte Verantwortung.“

Entsprechend unterscheiden Mediziner zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention: Wenn Verantwortung bedeutet, dass man Antworten geben muss auf Probleme, dann muss sowohl der Diabeteskranke mithilfe von Ärzten Antworten finden, wie er sein Verhalten ändern kann, aber auch andere Akteure, wie die Verhältnisse angepasst werden müssen, damit die Volkskrankheit Diabetes eingehegt werden kann.

Im Fall von Hürrem spricht ihr behandelnder Arzt, der Kinder- und Jugendmediziner und Diabetologe Christian Denzer am Universitätsklinikum Ulm, von „chronischer Überforderung“. Was er damit meint, wird klar, wenn Hürrem über ihren

Alltag erzählt. In der Schule höre sie oft abschätzige Bemerkungen von anderen Jugendlichen über ihr Gewicht und ihre Krankheit; und manche Lehrer glaubten ihr nicht, wenn sie etwa wegen Kopfschmerzen – ein typisches Diabetes-Symptom – früher nach Hause wolle. Wenn sie dort nach der Schule ankommt, ist sie allein, beide Eltern arbeiten, ihre Mutter sogar in der Spätschicht. „Außer Schule mache ich nichts, ich bin immer zu Hause, 24/7, liege mit dem Handy auf dem Sofa, und der Fernseher läuft.“ Oft kocht sie sich selber etwas, und natürlich kennt sie die Hinweise der Ernährungsberater, aber sie liebt die türkische Küche, Döner, Süßigkeiten. Sie esse viel weniger davon als früher, aber wenn sie ihre Blutzuckerwerte mit Insulin herunterspritze und davon Heißhunger bekomme, „dann kann ich mich oft nicht zurückhalten, dann ess’ ich einfach.“

Sie sei eben faul, habe zu wenig Disziplin, klagt sich Hürrem selber an. Ihre Psychologin widerspricht: „Hürrem, das hat nichts mit Faulheit zu tun. Es ist ein verdammt weiter und harter Weg, besonders für Kinder und Jugendliche. Wir verlangen von Patienten viel: Sie sollen jeden Tag Maß halten, ihr Leben grundlegend verändern, dafür braucht man Unterstützung.“ Einen Antrag auf einen Erziehungsbeistand, wie ihn die Psychologin vorschlug, damit Hürrem nicht so viele Stunden allein zu Hause ist, lehnte das Jugendamt ab. „Wir haben schon vieles hingekriegt“, sagt Hürrem’s Mutter, deren Mann ebenfalls Diabetes hat, „wir haben keine Süßigkeiten mehr zu Hause, kochen gesünder. Aber ich kann nur übers Wochenende helfen und darauf achten, dass sie ihren Blutzucker regelmäßig misst, ihre Tabletten nimmt und Insulin spritzt. Und wenn es die Arbeit erlaubt, begleite ich meine Tochter zu jedem Termin.“

„Viele Patienten kommen aus sozialen Verhältnissen mit zu geringen Ressourcen, um ihren Lebensstil dauerhaft der Erkrankung anzupassen“, sagt Hürrem’s Arzt. Allein in der Schulpause den Blutzuckerwert zu messen und die richtige Menge Insulin zu spritzen, das gelinge nicht vielen Jugendlichen zuverlässig, auch nicht in Akademikerfamilien, weiß Christian Denzer. Und warum die Lebensstilintervention, wie Mediziner die Verhaltensänderung nennen, bei manchen funktioniert, aber bei vielen nicht, sei nicht wirklich klar. Umso wichtiger ist deshalb die Frage, ob und wie die Verhältnisse verändert werden müssen. Denzer hat dazu einen klaren Standpunkt: „Ohne begleitende Maßnahmen auf politischer Ebene wird das, was wir Ärzte tun, in der Breite wenig Wirkung haben.“

Andere Länder setzen auf die Limo-Steuer

Konkret geht es um Steuern auf Süßgetränke, um eine bessere Kennzeichnung von Lebensmitteln in Form einer Nährwertampel, um verbindliche Standards für die Schul- und Kitaverpflegung sowie um Beschränkungen der an Kinder gerichteten Lebensmittelwerbung, wie sie zahlreiche Ärzte und >

Institutionen fordern – auch in einem offenen Brief an die Bundesregierung, den im vergangenen Jahr der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und die Verbraucherorganisation foodwatch schrieben, unterstützt von einer Vielzahl Verbänden und Fachorganisationen – vom AOK-Bundesverband bis zur Bundeszahnärztekammer und zur Deutschen Adipositas Gesellschaft. Sie verweisen darin auf die besorgniserregenden Zuwächse bei Übergewicht, Fettleibigkeit (Adipositas) und Diabetes. Die DDG beklagt, der „Tsunami der Lebensstilerkrankungen“ könne nicht mit kosmetischen Maßnahmen gestoppt werden.

„In Sachen Prävention ist Deutschland ein Entwicklungsland“, kritisierte Thomas Fischbach, der Präsident des BVKJ. „Während zahlreiche andere Staaten in Europa im Kampf gegen Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen die Lebensmittelwirtschaft in die Pflicht nehmen, setzt die Bundesregierung weiterhin auf freiwillige Vereinbarungen mit der Industrie und auf Programme für Ernährungsbildung. Das ist die falsche Strategie.“ Ein Großteil der Typ-2-Diabetes-Erkrankungen wäre vermeidbar, so die Deutsche Diabetes Gesellschaft, „wenn es gelänge, eine Umgebung zu schaffen, in der sich Menschen besser ernähren und weniger übergewichtig sind.“

Eine Steuer auf zuckergesüßte Getränke wäre ein Weg dahin. Die Produktgruppe ist nach Ansicht der WHO eine „wesentliche“ Ursache für Fettleibigkeit und Typ-2-Diabetes, weil bei Softdrinks – anders als bei Süßwaren, die in gewissem Maße mit einer ausgewogenen Ernährung vereinbar sind – bereits eine Dose am Tag als „zu viel“ gilt: Denn die Getränke bringen zusätzliche Kalorien, aber keinen Sättigungseffekt.

Tatsächlich entfaltet die Softdrink- oder Limo-Steuer Lenkungswirkung, wie Erfahrungen in Mexiko, Finnland, Frankreich oder in der US-Stadt Berkeley zeigen, wo der Konsum zuckeriger Getränke nach Einführung der Sonderabgabe zurückging. Ein anderer Effekt besteht darin, dass die Hersteller – wie in Ungarn und Großbritannien festgestellt – den Zuckergehalt reduzieren oder komplett eliminieren, um die Steuer zu umgehen oder zu verringern.

Aufgrund dieser Erfahrungen empfiehlt die WHO anderen Regierungen diese Maßnahme explizit: Es bestehe Evidenz, dass eine 20-prozentige Sondersteuer einen etwa 20-prozentigen Rückgang des Konsums zur Folge habe und so der Entstehung von Adipositas und Typ-2-Diabetes vorbeuge – eine Einschätzung, die auch das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) teilt, die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten oder der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Dessen Präsident Thomas Fischbach sagte Mitte 2016: „Wir brauchen mehr Schutz vor Zucker für Kinder und Jugendliche, denn Zucker macht dick und krank, er verursacht Diabetes Typ 2, Gefäßerkrankungen, orthopädische Probleme und Karies. Das ist wissenschaftlich bewiesen. Die Politik nimmt hier jedoch

anders als beim Kampf gegen das Rauchen ihre Verantwortung nicht wahr.“ Fischbach forderte „endlich die Zuckersteuer nach dem Vorbild der Alkopops-Steuer“.

Die Politik verschleppt die Lebensmittelampel

Forderungen von Diabetologen, die auf taube Ohren in der Politik treffen – dieses Muster wiederholte sich auch beim jahrelangen Streit um eine verständliche Nährwertkennzeichnung auf Lebensmitteln. So sprach sich neben vielen anderen Organisationen auch die DDG für den Nutri-Score aus, bei dem aus den Inhaltsstoffen der Lebensmittel ein Gesamtpunktwert („score“) gebildet wird, der gut sichtbar auf der Vorderseite der Verpackung mit Buchstaben und fünf Farben dargestellt wird.

Anders als beim bisherigen Kleingedruckten auf der Rückseite kann jeder Konsument leicht zwischen dem dunkelgrünen A (vorteilhafte Nährwertqualität) und dem roten E (weniger vorteilhaft) unterscheiden. „Der Nutri-Score hat seine Wirksamkeit wissenschaftlich bewiesen und ist sofort einsetzbar“, sagte DDG-Geschäftsführerin Barbara Bitzer. Tests hätten gezeigt, dass Menschen dadurch weniger ungesunde und mehr gesunde Produkte kauften. In Frankreich, Belgien und neuerdings auch in der Schweiz ist die fünffarbige Ampel bereits etabliert, Spanien, Portugal und Luxemburg wollen folgen.

In Deutschland jedoch verschleppte das Ministerium für Ernährung und Landwirtschaft unter Julia Klöckner den Prozess, indem es ein eigenes, noch schnell erdachtes Kennzeichnungssystem des staatlichen Max Rubner-Instituts ins Spiel brachte und dann auch noch eine Umfrage unter 1600 Verbrauchern startete; zur Wahl stand dabei auch das Modell der Lebensmittelindustrie. Das Vorgehen der Politik sei inakzeptabel, fand die Diabetes Gesellschaft. „Warum Frau Klöckner den Nutri-Score (...) skeptisch sieht und einen deutschen Sonderweg ins Spiel bringt, dessen Umsetzung auch noch unnötig Zeit und Geld kostet, ist fachlich nicht zu erklären“, kritisierte DDG-Geschäftsführerin Bitzer. Ende September 2019 lenkte das Ministerium schließlich ein: Nutri-Score soll im kommenden Jahr als erweitertes Nährwertkennzeichen eingeführt werden – allerdings nur auf freiwilliger Basis.

Der Diabetes wird auch mit einer besseren Lebensmittelkennzeichnung und einer Limo-Steuer nicht verschwinden, „es gibt keine ‚silver bullet‘, die alles löst“, sagt Oliver Huizinga von foodwatch. Doch der Ansatz, im Kampf gegen Übergewicht und Diabetes nur auf Verbraucherbildung und Aufklärung zu setzen wie die Bundesregierung und die Lebensmittelindustrie, sei gescheitert. Es brauche einen Paradigmenwechsel – weg vom Fokus auf das Verhalten des Einzelnen, hin zur Veränderung der Verhältnisse. „Denn wir leben in einer Übergewicht fördernden und damit diabetesriskanten Welt: Es wird uns schwer gemacht, die gesunde Wahl zu treffen – durch das

sind die großen Treiber für die weitverbreitete Fehlernährung – und nicht so sehr das fehlerhafte Verhalten des Individuums.“ Huizinga zitiert aus einer viel beachteten Rede der ehemaligen Generaldirektorin der WHO, Margaret Chan: „Kein einziger Staat hat es geschafft, die Fettleibigkeits-Epidemie in allen Altersgruppen zu stoppen. Hier mangelt es nicht an individueller Willenskraft. Hier mangelt es am politischen Willen, sich mit einer großen Industrie anzulegen.“

Was nicht bedeutet, dass individuelle Willenskraft keine Rolle spielen würde. In der Universitätsklinik Ulm sitzt Özlem*, 16, wie Hürrem Tochter türkischer Eltern, auch sie hat Diabetes Typ 2, wie ihr Vater. Als Özlem mit 14 oft über Müdigkeit klagte, über einen trockenen Mund und den häufigen Drang, zur Toilette gehen zu müssen, ahnte sie schon, was der Arzt sagen könnte. Damals wog sie 89 Kilogramm, jetzt elf Kilo weniger. Özlem sagt: „Ich esse jetzt seltener Süßigkeiten und Döner, lieber mal einen Apfel. Zu Hause kochen wir mehr Gemüse und weniger Kohlenhydrate, essen weniger Brötchen und mehr Vollkorn- oder Knäckebrötchen. Meine Mutter backt den Kuchen mit weniger Zucker. Cola Zero und süßen Eistee lasse ich weg, ich habe meine Liebe zu Wasser entdeckt. Ich schaffe es immer öfter, nicht mehr zu essen, bis ich komplett satt bin, sondern aufzuhören, wenn ich normal satt bin.“ Vor der Diagnose machte sie auch keinen Sport, jetzt geht Özlem dreimal in der Woche zum Taekwondo. Ihr Vater war dagegen und ließ sich dann doch irgendwie breitschlagen. „Der Sport tut mir gut, ich fühle mich danach gut, frei, besser“, sagt Özlem. Sie muss nur noch alle drei Monate zur Kontrolle ins Krankenhaus und hofft, bald ohne Tabletten leben zu können. Ihr Arzt, Christian Denzer, sagt, Özlem habe gute Chancen, den Diabetes dauerhaft in Remission zu bringen, seit mehr als einem Jahr seien ihre Blutzuckerwerte wieder im normalen Bereich. „Gerade in jungen Jahren gibt es ein Zeitfenster, in dem sich die Bauchspeicheldrüse erholen kann. Özlem nutzt dieses Zeitfenster sehr gut.“

Wie sie das schafft, beschreibt sie so: „Zucker ist eine Art Sucht. Wie beim Rauchen muss man es unterbewusst, zu hundert Prozent wollen, davon wegzukommen. Ich habe mir gesagt: Entweder ich kämpfe jetzt ein paar Monate oder Jahre und bin danach frei von Diabetes, oder ich mache so weiter und habe ihn dann mein ganzes Leben lang, nur weil ich eine gewisse Zeit nicht auf bestimmte Sachen verzichten konnte. Wichtig ist die Selbstverantwortung, die Eltern können nicht ständig nach einem schauen. Wichtig ist, dass man Willen zeigt, dass man sich sagt: Ich will das machen, ich will was ändern, und dafür muss man ein paar Jahre kämpfen.“

*Namen geändert

WAS IST DIABETES?

Bei der chronischen Stoffwechselerkrankung Diabetes mellitus produziert die Bauchspeicheldrüse zu wenig oder gar kein Insulin. Das Hormon sorgt wie eine Art Türöffner dafür, dass der mit der Nahrung aufgenommene Zucker vom Blut in die Körperzellen gelangen kann. Ist dieser Mechanismus gestört, erhöht sich der Blutzuckerspiegel, im äußersten Fall kann es zum diabetischen Koma kommen. Beim Typ-1-Diabetes, an dem meist Kinder und Jugendliche erkranken, herrscht absoluter Insulinmangel, der ein Leben lang ausgeglichen werden muss. Die Ursachen sind bis heute nicht endgültig geklärt, neben einer genetischen Prädisposition scheinen Umweltfaktoren wie Ernährung und Infektionen durch Viren eine wesentliche Rolle zu spielen.

Der viel häufigere Typ 2 – früher Altersdiabetes genannt – entwickelt sich langsam, die Symptome sind uncharakteristisch, sodass es Jahre dauern kann, bis die Krankheit diagnostiziert wird. Der Verlauf des Typ-2-Diabetes kann durch ausgewogene, zucker- und fettärmere Ernährung, Gewichtsreduktion und verstärkte körperliche Aktivität hinausgezögert und seine Entstehung sogar verhindert werden. Greifen diese Maßnahmen nicht, wird eine Behandlung mit blutzuckersenkenden Medikamenten (Tabletten und Spritzen) notwendig. Ein dauerhaft hoher Blutzuckerspiegel kann gravierende Schäden an den Augen und Organen anrichten. Besonders häufig kommt es zu Nieren- und Herzerkrankungen, auch Durchblutungsstörungen in den Beinen und im Gehirn sowie Nervenstörungen gehören zu den typischen Symptomen eines unbehandelten Diabetes.