

Querschnittstudie zum Gegensatzpaar «Fett, aber billig» und «Ganz schön mediterran»:

Was essen Biertrinker? Und was Weintrinker?

Subjektive Angaben zu allen denkbaren anamnestischen Fragen sind sprichwörtlich unzuverlässig, vor allem wenn sie von Personen stammen, die tagtäglich der öffentlichkeitswirksamen Gesundheitspropaganda in den Medien ausgesetzt sind. Aber es geht auch objektiver – dank der (semi)transparenten Kundschaft im Supermarkt. Dies zeigt schön eine kürzlich vom «British Medical Journal» im Internet vorab publizierte Studie aus den beiden grössten Supermarktketten in Dänemark.

Zur Vorgeschichte: Das reduzierte Sterblichkeitsrisiko bei geringem Alkoholkonsum schreibt man gemeinhin einem Schutzeffekt von Äthanol gegen koronare Herzkrankheit (KHK) zu. Abgesehen vom Weingeist müssen aber noch andere Faktoren eine Rolle spielen, so soll Wein antithrombotische und antikarzinogene Effekte haben. Bisher hatten Studien auch Anzeichen gefunden, dass sich Weintrinker zudem gesünder ernähren. Diese Hinweise stammten aber direkt von Befragten, die sowohl bei ihren Wein/Bier als auch bei anderen Konsumpräferenzen versucht gewesen sein könnten, sich selbst in einem «besseren» Licht darzustellen.

Die Autoren sammelten daher aus 3,5 Millionen Transaktionen, die die Kassen von 98 Supermärkten während sechs Monaten gespeichert hatten, eine Zufallsprobe, um ihre Hypothese zu prüfen, dass Leute, die Wein einkaufen, sich gesünder ernähren. Die anonymen Daten wurden in die Kategorien «nur Wein», «nur Bier», «gemischt» und «kein Alkohol» eingeteilt (in dänischen Supermärkten werden Spirituosen separat verkauft – sie sind hier ausgeklammert). Das Ergebnis der hochwissenschaftlichen Studie bestätigt, was man schon lange vermutet hat: Weintrinker kaufen häufiger als Biertrinker:

- Oliven, Früchte und Gemüse
- Geflügel, Kochöl, Magerkäse und Fleisch.
- Biertrinker hingegen kaufen im Vergleich zu Weintrinkern häufiger:
- Fertiggerichte, Zucker, Aufschnitt
- Pommes Chips, Schweinefleisch
- Butter oder Margarine, Würste
- Lammfleisch und Softdrinks.

In der Diskussion weisen die Autoren darauf hin, dass ihre so schön objektivierten Ergeb-



nisse denjenigen qualitativerer Studien aus Frankreich oder den Vereinigten Staaten entsprechen. Als mögliche Erklärung für die Verwerfungslinie zwischen Gehorsam gegenüber Gesundheitsdogmen und vulgärem Konsumgeschmack vermuten sie – nicht ganz überraschend – soziale und kulturelle Faktoren. ■

H.B.

Quelle: Ditte Johansen et al., doi: 10.1136/bmj.38694.568981.80 (published 20 January 2006).

Krebsvorsorge

Koloskopie höchstens alle 20 Jahre?

Die Koloskopie wird heute von vielen Experten als wirksame Früherkennungs-massnahme von Dickdarmtumoren angesehen. Personen, deren Darm bei einer solchen Darmspiegelung frei von malignen oder verdächtigen Befunden ist, müssen – wenn überhaupt – erst frühestens nach 20 Jahren eine zweite Kontrolluntersuchung machen. Das legt eine populationsbasierte Studie von Professor Hermann Brenner von der Abteilung Klinische Epidemiologie und Altersforschung im Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) nahe. Mit Unterstützung

von 22 Kliniken in der Rhein-Neckar-Region wertete Brenners Arbeitsgruppe Daten von 865 Personen im Alter über 30 Jahre aus. Insgesamt waren 380 an Darmkrebs erkrankt, 485 wurden zufällig ausgewählt und bildeten die Kontrollgruppe.

Die Wissenschaftler fanden heraus, dass der Personenkreis mit intakter Darmschleimhaut noch bis zu 20 Jahre später zu etwa 70 Prozent seltener an Darmkrebs erkrankte als die Vergleichsgruppe ohne Koloskopie (gut.bmjournals.com). Laut Brenner reicht eine Wiederholung der Darmspiegelung

nach 20 Jahren. Bei einer erstmaligen Darmspiegelung im höheren Lebensalter könnte ein negativer Befund eine weitere Spiegelung sogar überflüssig machen. Dies führt nach Meinung der Wissenschaftler zu einer Kostensenkung im Gesundheitssystem und einer geringeren Belastung der Patienten. Werden bei der Koloskopie aber Krebsvorstufen entdeckt, sei eine Kontrolle zu- meist schon nach drei Jahren unbedingt notwendig. ■

U.B.

Rosenbergstrasse 115

«Aids, Arbeitslosigkeit oder Vogelgrippe.» So beginnt die Pressemitteilung der FSP (Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen), in der – nach einem kurzen Umweg über «positive thinking» («Nein! Die Vogelgrippe bekommt mich nicht in ihre Fänge ...») – für den Umgang mit der Angst vor all diesen Bedrohungen der Beizug einer «geschulten Fachperson» empfohlen wird. Dabei würds der Rat tun: Bestellen Sie den «Blick» ab, trinken Sie des öfteren ein Glas Wein und gehen Sie abends ins Kino oder ins Theater. Bis Sie heimkommen, ist «10vor10» gelaufen.



Aber sicher. Jeder kann sein Geld da ausgeben, wo er will. Man kann es aus Angst vor der Vogelgrippe auch zum Psychologen tragen. Und so lange derartige Hilfe nicht als medizinische deklariert und von uns allen über Krankenkassenprämien bezahlt wird, kanns uns ja eigentlich egal sein. Man könnte diese Entwicklung aber auch positiv sehen: die Angstindustrie als eine der am stärksten wachsenden Industriezweige.

Wann bietet die erste Grossbank endlich Scary-Fonds an, die Aktien und Obligationen aus der Branche «Angst» enthalten: Roche (Tamiflu), Kaba (Schliesssysteme), SIG Arms (Waffen); aber auch Small-Caps wie zum Beispiel Produzenten von Verbotschildern, Lichtsignalanlagen, Polizeiuniformen oder Feinstaubdetektoren gehörten unbedingt ins Portefeuille.



Das verstehe – und interpretiere – wer will! Im «Brennpunkt», der Broschüre der santésuisse, des Dachverbands der Schweizer Krankenkassen, steht schwarz auf weiss: «Die Romands suchen die Arztpraxis weniger häufig auf als ihre Landsleute jenseits der Saane. Trotzdem sind die Kosten pro Versicherten deutlich höher.» Der Datenpool der santésuisse erklärt dieses Phänomen: «Die jährlichen Arztbesuche in der Deutschschweiz belaufen sich auf 5,5 pro Versicherten, in der Westschweiz auf 4,4. Hingegen liegen die Kosten pro Konsultation in der Romandie mit 150 Franken um 40 Prozent höher als in der (Suisse allémanique) (107

Franken). Besonders auffällig sind darüber hinaus auch die Unterschiede beim Medikamentenkonsum: Unter den diesbezüglich acht kostenintensivsten Kantonen sind alle sieben Kantone aus der lateinischen Schweiz. Die Medikamentenkosten pro Kopf sind in Genf etwa doppelt so hoch wie in Appenzell Innerrhoden.»

Selbstverständlich könnte man behaupten, das alles habe mit dem Distributionsweg – Selbstdispensation beziehungsweise Rezeptur – nichts zu tun. Was man aber eigentlich nicht können sollte ist, dass man die Möglichkeit, dass die Kostenunterschiede etwas damit zu tun haben, nicht einmal in Erwägung zieht. Die Weigerung, sich dieser Frage überhaupt nur zu nähern, ist pure Ideologie (es kann nicht sein, was nicht sein darf) und ökonomisch erst noch dumm.

Richard Altorfer

Das Misstrauen von Kollege Beat Meister (Leserbrief in der SAeZ vom 3. Februar) richtet sich längst nicht nur gegen die Versichertenkarte, sondern gegen die FMH als Standesorganisation, die klammheimlich (natürlich nicht heimlich, aber doch so leise, dass der nicht täglich mit Standespolitik Befasste es doch als «heimlich» empfindet) die Einführung der Versichertenkarte begleitet. Und das «auch weiterhin zu tun beabsichtigt» – so das Zitat aus der Antwort von Ludwig Heuss auf Kollege Meisters kritische Rückfrage.

Wer Kollege Meisters Bedenken teilt, wird die Antwort des ZV eher peinlich finden. Der ZV sei sich «der Brisanz und Bedeutung des Themas Versichertenkarte durchaus bewusst». Das mag man gern glauben. Nur, darum geht es nicht. Die Brisanz des Themas ist das eine. Damit versucht man

taktisch geschickt umzugehen. Die Brisanz liegt aber eben gerade nicht nur im Thema, sondern in der Sache selber. Ob sich der ZV ihrer Bedeutung für die Praxis bewusst

Versichertenkarte – schon wieder: Basis gegen FMH?

ist, daran darf getrost gezweifelt werden. Sonst hätte er – empfehlenswerterweise bereits im Vorfeld der (so die abwimmeln-de Rechtfertigung) «durch das Parlament beschlossenen Änderung des KVG» – mehr kritische Fragen gestellt und die kritischen Stimmen der «Basis» stärker in die Diskussion einbezogen. Stattdessen hat seit dem Entscheid des Bundesrats «die FMH aktiv bei der Ausgestaltung der Konzepte für eine Versichertenkarte mitgearbeitet». Und wird, wie gesagt, das auch weiterhin tun. Mit andern Worten: Die FMH – unsere

FMH – denkt nicht daran, die Option eines Neins zur Versichertenkarte auch nur in Erwägung zu ziehen. Kollege Meisters (und anderer) Bedenken zum Trotz. Immerhin ist man bestrebt, die «Konsequenzen zu antizipieren». Na, wenn das nichts ist. Und «die entsprechenden (ein ? sei hier gestattet) Anliegen in die Konzeption der Versichertenkarte einfließen zu lassen». Ob man das etwas konkreter haben könnte? Kennen denn die Verantwortlichen die Anliegen der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte überhaupt? Heuss stellt am Ende klar, dass «eine Urabstimmung wie sie Kollege Meister fordert, am Fahrplan für die Einführung einer Versichertenkarte nichts ändern würde». Nein, mit dieser Einstellung ganz sicher nicht.