

Neues Jahr, neue Gesetze: Was sich für Verbraucher 2020 ändert

Gesundheit & Ernährung

- **Rezepte: Maximal viermal die gleiche Arznei auf einer Verordnung**
- **Rezepte: Apps vom Doc**
- **Apotheken: Höherer Notdienstzuschlag, aber Plus bei Botendiensten**
- **Arztbesuch: Schnellere Termine, mehr Sprechzeiten, bundesweite Notdienstnummer**
- **Zahnersatz: Höherer Festzuschuss – mit Bonusheft bis zu 75 Prozent**
- **Fettabsaugen: Unter engen Voraussetzungen Kassenleistung**
- **Ab März: Impfpflicht gegen Masern**
- **Gebärmutterhalskrebs: Start für Früherkennung nach organisiertem Programm**
- **Zigaretten: Verkaufsaus für Kippen mit Menthol**
- **Kassenzettel: Bons nur noch ohne schädliches BPA**
- **Textilien: Strengere Grenzwerte für 33 krebserregende Substanzen**
- **Weichmacher: Verbot für vier krank machende Phthalate in Alltagsprodukten**
- **Lebensmittelkennzeichnung: Nutri-Score kommt**

Rezepte: Maximal viermal die gleiche Arznei auf einer Verordnung

Wer chronisch krank ist und regelmäßig bestimmte Arzneimittel benötigt, kann ab 2020 von seinem Arzt eine Wiederholungsverordnung bekommen. Die Mediziner können auf dem Rezept vermerken, ob und wie oft das verordnete Medikament auf dieselbe Verschreibung wiederholt abgegeben werden darf. Pro Rezept sind nach der Erstaussgabe maximal drei weitere „Lieferungen“ durch den Apotheker möglich. Auch muss der Arzt angeben, wie lange das Folgerezept nach der Erstaussgabe gültig ist. Fehlt diese Angabe, bleibt die Verschreibung drei Monate gültig. Das Arzneimittel ist jeweils in der gleichen Packungsgröße abzugeben. Tierarzneimittel sind von der Neuregelung ausgenommen.

Der Gesetzgeber will mit der Neuregelung die Arzneimittelversorgung von Chronikern erleichtern. Als chronisch krank gilt, wer mindestens einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang nachweisen kann und zusätzlich eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- entweder Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 oder aber ein Grad der Behinderung beziehungsweise eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent
- oder wenn eine kontinuierliche medizinische Versorgung benötigt wird, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die von der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Zu den chronischen Krankheiten, die eine Dauerbehandlung erfordern, können zum Beispiel Diabetes mellitus, Asthma, die chronisch obstruktive Atemwegserkrankung oder die koronare Herzkrankheit gehören.

Rezepte: Apps vom Doc

Blutzuckerwerte dokumentieren, Tagebücher über Symptome führen oder bei Migräne oder Schwangerschaften mit Verhaltensempfehlungen unterstützen: Voraussichtlich ab dem zweiten Quartal des Jahres 2020 werden Ärzte ihren Patienten Rezepte für solche Gesundheits-Apps ausstellen können. Verschrieben auf Kosten der Krankenkasse – so ist es im Digitale-Versorgungs-Gesetz geregelt.

Bevor das digitale medizinische Hilfsmittel jedoch auf dem Rezeptblock landen wird, sind erst noch ein paar Anforderungen zu erfüllen. Bis zum 31. März 2020 muss die Kassenärztliche Bundesvereinigung zunächst ein Sicherheitskonzept erarbeiten und dann zusammen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) Hersteller solcher Apps zertifizieren. CE-zertifiziert landen die geprüften Apps dann im Verzeichnis für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis), in dem alle kassenpflichtigen Gesundheits-Apps gelistet werden. Zusätzlich muss das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die App nach Kriterien wie Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Qualität, Datensicherheit und Datenschutz und als Medizinprodukt geprüft haben. Werden diese Anforderungen erfüllt, wird die App ein Jahr lang vorläufig von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet. In dieser Zeit muss der Hersteller beim BfArM nachweisen, dass seine App die Versorgung der Patienten verbessert. Wie viel Geld der Hersteller erhält, verhandelt er dann selbst mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung.

Aus Verbrauchersicht bedenklich ist, dass Apps, deren medizinischer Nutzen (noch) nicht erwiesen ist, erst einmal ein Jahr lang von Ärzten verschrieben werden können. Immerhin muss eine verordnungsfähige digitale Gesundheitsanwendung jetzt anders als zunächst geplant einen medizinischen Nutzen oder eine „patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserung“ in der Versorgung nachweisen. Zuvor waren nur ganz allgemein positive Versorgungseffekte im Gesetzentwurf erwähnt. Wie das BfArM die Gesundheits-Apps im Detail prüft, ist noch unklar. Eine Regelung dazu folgt noch.

Apotheken: Höherer Notdienstzuschlag, aber Plus bei Botendiensten

Der Notdienstzuschlag bei der Ausgabe von rezeptpflichtigen Arzneimitteln durch Apotheken wird zum 1. Januar 2020 erhöht: Statt bisher 16 Cent sind dann 21 Cent pro rezeptpflichtigem Arzneimittel bei der Ausgabe im Rahmen der Notdienstzeiten, also etwa nachts, sonntags oder an Feiertagen, zu zahlen. Bei dokumentationspflichtigen Arzneimitteln, wie beispielsweise Betäubungsmitteln, erhöht sich der Zuschlag beim Notdienst von 2,91 Euro auf 4,26 Euro pro Abgabe.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber ermöglicht, dass auch bei Versicherten in der privaten Krankenversicherung, bei Beihilfeempfängern sowie Selbstzahlern vom Arzt verschriebene Arzneimittel in der Apotheke durch wirkstoffgleiche ersetzt werden können (aut-idem).

Damit sich mehr Menschen gegen Grippe impfen lassen, soll dies künftig auch durch – von Ärzten entsprechend geschulte – Apotheker möglich sein. Die Apotheken müssen über geeignete Räume mit der entsprechenden Impfausstattung verfügen. Das Verfahren wird zunächst im Rahmen von regionalen Modellvorhaben erprobt, die fünf Jahre laufen sollen. In diesen ausgewählten Apotheken können sich Erwachsene (ab 18 Jahren) dann impfen lassen.

Botendienste von Apotheken sind bereits seit Ende Oktober 2019 auf Wunsch des Kunden jederzeit möglich. Bisher konnte eine Lieferung nach Hause nur in besonderen Fällen, etwa bei eingeschränkter Mobilität des Patienten, erfolgen. Ausliefern darf nur weisungsgebundenes Personal der Apotheke. Darüber hinaus muss eine ausreichende pharmazeutische Beratung – gegebenenfalls bei der Auslieferung des Arzneimittels – sichergestellt werden.

Arztbesuch: Schnellere Termine, mehr Sprechzeiten, bundesweite Notdienstnummer

Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen schlagen Versicherten bisher Facharzttermine in zumutbarer Entfernung vor, wenn diese bei ihrer eigenen Suche nur nach langen Wartezeiten zum Zuge kommen würden. Die Wartezeit auf den Termin darf dabei vier Wochen nicht überschreiten. Waren diese Stellen bislang während individuell festgelegter Zeiten und unter regional unterschiedlichen Rufnummern zu erreichen, werden sie zum Jahreswechsel nun als Servicestellen für die ambulante Versorgung sowie für Notfälle ausgebaut. Über die bundesweit einheitliche Notdienstnummer 116117 werden sie 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche erreichbar sein.

Die Terminservicestellen vermitteln – wie bislang – einen Termin beim Facharzt, wenn der Patient eine entsprechende Überweisung dorthin hat. Darüber hinaus sind sie nun verpflichtet, auch Termine zu Haus- und Kinderärzten zu vermitteln. Sie sollen zudem unterstützen, wenn dauerhaft behandelnde Haus-, Kinder- oder Jugendärzte gesucht werden. Die Frist, dass Patienten innerhalb von vier Wochen ein Termin vermittelt wird, gilt auch bei termingebundenen Kindesvorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen). Nach wie vor gibt es bei den Terminvermittlungen keinen Anspruch auf einen bestimmten Arzt.

Darüber hinaus vermitteln die Servicestellen Patienten in Akutfällen nun auch an Arztpraxen oder Notfallambulanzen oder Krankenhäuser.

Niedergelassene Ärzte müssen ab 1. Januar 2020 auch mehr Sprechstunden für Kassenpatienten anbieten – statt bisher 20 Stunden pro Woche sind es künftig mindestens 25 Stunden.

Zahnersatz: Höherer Festzuschuss – mit Bonusheft bis zu 75 Prozent

Ab Oktober 2020 schmerzt die Rechnung für Zahnersatz etwas weniger: Anstatt bislang 50 Prozent gibt es von den gesetzlichen Krankenkassen dann 60 Prozent der Regelversorgung als Festzuschuss für Brücken, Kronen und Prothesen. Wer mit dem Bonusheft den regelmäßigen Zahnarztbesuch und Vorsorge nachweist, kann ab dem letzten Quartal 2020 dann auf bis zu 75 Prozent als Festzuschuss rechnen (bei einem über fünf Jahre geführten Bonusheft 70, bei einem über zehn Jahre geführten 75 Prozent).

Für Zahnersatz gibt es seit 2005 ein Festzuschuss-System. Der feste Zuschuss wird aus Durchschnittswerten ermittelt und deckt bislang die Hälfte, ab Oktober 2020 dann 60 Prozent der ermittelten Kosten für die Regelversorgung, also die Basistherapie, ab. Wer mehr will, muss die Mehrkosten selbst bezahlen. Wenn Gold oder Keramik oder Implantate gewünscht werden, also ein über die Regelversorgung hinausgehender Zahnersatz, bekommt der Patient den Festzuschuss auch, muss aber die Mehrkosten alleine zahlen. So steht es im Sozialgesetzbuch.

Fettabsaugen: Unter engen Voraussetzungen Kassenleistung

Ab 2020 bezahlen gesetzliche Krankenkassen Patientinnen mit ausgeprägten Lipödemen (Stadium 3) das Absaugen der Fettpolster durch einen Facharzt. Das Lipödem ist eine krankhafte Fettvermehrungsstörung, die an Armen und Beinen auftreten kann und insbesondere im Stadium 3 zu starken Schmerzen und Bewegungseinschränkungen führt. Das Krankheitsbild zeigt sich nahezu ausschließlich bei Frauen.

Für eine gesicherte Diagnose des Lipödems im Stadium 3 muss der behandelnde Arzt künftig feststellen, dass die Patientin an einer übermäßigen Fettgewebsvermehrung mit überhängenden Gewebeanteilen von Haut und Unterhaut und einem Druck- oder Berührungsschmerz im Weichteilgewebe der betroffenen Extremitäten leidet. Zudem muss zunächst sechs Monate lang eine ärztlich verordnete konservative Therapie mit Lymphdrainage, Kompression sowie Bewegungstherapie kontinuierlich durchgeführt worden sein. Wenn sich Beschwerden auch dadurch nicht gelindert haben, kann der behandelnde Arzt eine Liposuktionsbehandlung verordnen. Vorausgesetzt wird jedoch, dass der Body-Mass-Index (BMI) der Patientin unter 35 liegt. Bei Patientinnen mit einem BMI ab 35 soll zusätzlich zur Liposuktion eine Behandlung der Adipositas stattfinden. Bei einem BMI ab 40 soll keine Liposuktion durchgeführt, sondern zunächst die Adipositas behandelt werden.

Die Kassen können die Kosten für ambulante wie stationäre Liposuktionsbehandlungen bei Lipödemen im Stadium 3 übernehmen. Geknüpft ist das jedoch an enge Bedingungen: So muss vor dem ersten Eingriff eine Operationsplanung erfolgen. Dokumentiert werden müssen die zu behandelnden Körperareale, die voraussichtliche Anzahl der Eingriffe und die Menge an abzusaugendem Fettgewebe. Festgelegt ist auch, dass mehr als 3.000 Milliliter reinen Fettgewebes nur dann pro Eingriff abgesaugt werden dürfen, wenn die Nachbeobachtung im Anschluss an die Operation über mindestens zwölf Stunden sichergestellt ist.

Abrechnen dürfen die Liposuktion Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Außerdem hat der Gemeinsame Bundesausschuss, das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen,

für andere operativ tätige Fachärzte Anforderungen formuliert, nach denen auch sie Leistungen für Liposuktion abrechnen dürfen.

Die Entscheidung zur Kostenübernahme ist bis Ende 2024 befristet. Bis dahin sollen dann auch Ergebnisse einer wissenschaftlichen Studie zu Nutzen und Risiken der Liposuktion (Fettabsaugung) in den Stadien 1 und 2 vorliegen.

Ab März: Impfpflicht gegen Masern

Ab 1. März 2020 müssen Eltern nachweisen, dass ihr Kind gegen Masern geimpft ist, bevor der Nachwuchs in eine Kita, Schule oder andere Gemeinschaftseinrichtung aufgenommen wird. Die beiden von der Ständigen Impfkommission (Stiko) empfohlenen Masern-Impfungen (die erste im Alter von 11 bis 14 Monaten, die zweite Impfung im Alter von 15 bis 23 Monaten) sind hierbei Pflicht.

Auch alle Mitarbeiter dieser Einrichtungen – also etwa Erzieher und Lehrer – sowie Tagesmütter, die nach 1970 geboren sind, müssen ab März gegen Masern geimpft sein. Im Masernschutzgesetz hat der Gesetzgeber die Impfpflicht zudem für Bewohner wie Beschäftigte in Asylbewerber- und Flüchtlingsunterkünften sowie für Pflegekräfte festgeschrieben.

Nicht geimpfte Kinder dürfen nicht in Kitas aufgenommen werden, ungeimpftes Personal darf nicht in Gemeinschafts- oder Gesundheitseinrichtungen tätig sein.

Eltern, deren Kinder vor dem 1. März bereits in der Schule sind oder eine Kita besuchen, müssen die Impfung bis spätestens 31. Juli 2021 nachweisen. Diese Frist gilt auch für das Personal in diesen Einrichtungen. Laut Bundesgesundheitsministerium können die Impfungen mit Hilfe des Impfausweises nachgewiesen werden. Wer den nicht mehr findet oder unsicher ist, ob ausreichender Schutz besteht, kann sich an den ehemaligen Haus- oder Kinderarzt wenden. Patientenunterlagen müssen mindestens zehn Jahre lang aufbewahrt werden. Wer gar keine Unterlagen findet, kann den so genannten Titer, also die Zahl der Antikörper, bestimmen lassen. War man doch schon einmal geimpft, schadet die erneute Impfung nicht. Denn das Immunsystem „erkennt“ das abgeschwächte Masernvirus und „weiß“, dass es schon Antikörper dagegen gebildet hat.

Wurde die Krankheit schon einmal durchlitten, kann der Nachweis durch ein ärztliches Attest erfolgen.

Wenn der Nachweis nicht vorgelegt wird oder sich daraus ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt zu benachrichtigen und ihm die personenbezogenen Angaben zu übermitteln. Die örtlichen Gesundheitsämter sind zuständig, die Einhaltung der Impfpflicht zu überwachen. Gegen Eltern, die ihre in Gemeinschaftseinrichtungen betreuten Kinder nicht impfen lassen sowie gegen nicht geimpfte Mitarbeiter in Gesundheits- und Gemeinschaftseinrichtungen kann künftig ein Bußgeld in Höhe von bis zu 2.500 Euro verhängt werden.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes darf künftig jeder Arzt Schutzimpfungen durchführen.

Gebärmutterhalskrebs: Start für Früherkennung nach organisiertem Programm

Frauen zwischen 20 und 65 Jahren bekommen ab dem neuen Jahr regelmäßig Post von ihrer Krankenkasse: Alle fünf Jahre werden sie damit jetzt zu einer Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs eingeladen und über Nutzen sowie Risiken der – altersabhängigen – Angebote des Früherkennungsprogramms informiert:

Frauen zwischen 20 und 34 Jahren: Können – wie bisher – einmal jährlich eine zytologische Untersuchung mittels des sogenannten Pap-Tests wahrnehmen. Dabei wird ein Abstrich vom Gebärmutterhals entnommen und auf veränderte Zellen untersucht. Je nach Ergebnis können weitere Untersuchungen folgen.

Frauen ab 35 Jahren: Die derzeitige jährliche zytologische Untersuchung wird künftig durch eine Kombinationsuntersuchung (Pap-Test sowie ein HPV-Test, bei dem sowohl auf humane Papillomviren als auch auf Zellveränderungen untersucht wird) ersetzt, die alle drei Jahre angeboten wird. Abhängig von den Ergebnissen können auch in dieser Altersgruppe weitere Untersuchungen folgen.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen können weiterhin auch unabhängig von den Schreiben der Krankenkassen und über das 65. Lebensjahr hinaus in Anspruch genommen werden. Wie bisher haben Frauen – neben dem organisierten Screening auf Gebärmutterhalskrebs – jährlich Anspruch auf eine klinische Untersuchung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen Deutschlands, hatte 2018 beschlossen, dass die Früherkennung des Zervixkarzinoms (Gebärmutterhalskrebs) als organisiertes Programm – wie schon das Darmkrebsscreening – nach dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz aufgebaut wird.

Frauenärzte werden verpflichtet, die Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchungen elektronisch zu dokumentieren und verschlüsselt an ihre jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zur Evaluation zu übermitteln. Im Schreiben der Krankenkassen zum Früherkennungsprogramm werden Teilnehmerinnen auch über die geplante Datenerhebung und -verarbeitung informiert.

Zigaretten: Verkaufsaus für Kippen mit Menthol

Seit Mai 2016 mussten die EU-Staaten die Vorgaben der Tabakrichtlinie erfüllen, die größere Warnhinweise in Text und Bild auf Zigaretenschachteln und eine verbesserte Information über Inhaltsstoffe vorsah. Außerdem durften Zigaretten und Drehtabakerzeugnisse keine charakteristischen Aromen – wie Vanille oder Menthol – mehr enthalten, die den Geschmack und den Geruch von Tabak überdecken.

Für sämtliche Produkte mit einem höheren Marktanteil als drei Prozent hatte die EU jedoch eine Auslaufphase bis 2020 festgelegt, damit Hersteller und Händler ihre Bestände verkaufen konnten. Damit ist bald Schluss: Ab 20. Mai ist auch der Verkauf von Restbeständen mentholhaltiger Zigaretten verboten.

Kassenzettel: Bons nur noch ohne schädliches BPA

Es ist in unzähligen Alltagsprodukten zu finden: Ob Bodenbeläge, beschichtete Konservendosen, Lebensmittelverpackungen, Trinkflaschen aus Polycarbonat oder Thermopapier von Kassenzetteln – in allen steckt Bisphenol A (BPA). Seit 2017 von der Europäischen Chemikalienagentur wegen seiner schädlichen Wirkung auf das Hormonsystem als besonders besorgniserregender Stoff für Mensch und Umweltorganismen eingestuft, wird dem Einsatz der Chemikalie mit verschärften Grenzwerten und Verboten begegnet. So ist ab dem 2. Januar 2020 die Verwendung von Bisphenol A als Farbentwickler in Thermopapier von Bonrollen und Waagenetiketten aus Gründen des Gesundheitsschutzes verboten. Händler müssen ihren Bestand an Thermoetikettenpapieren, die BPA enthalten, bis Ende 2019 aufgebraucht haben. Die Pflicht zum Einsatz von BPA-freiem Thermopapier gilt für Einzelhändler, Tankstellen, aber beispielsweise auch für Ticketcenter. Eine Reihe von Händlern hat nach eigenen Angaben schon seit einiger Zeit auf BPA-freie Bonrollen umgestellt.

Es gibt weitere Vertreter aus der Familie der Bisphenole, wie BPS und BPF, die möglicherweise als Ersatzstoffe für BPA in Bonrollen eingesetzt werden. Diese können ebenfalls das Hormonsystem schädigen, eine Regelung für diese Ersatzstoffe steht aber bisher noch aus. Der beliebte Hinweis „BPA-frei“ ist daher nicht unbedingt aussagekräftig. Die Produkte sollten – so die Forderung der Verbraucherzentrale NRW – generell Bisphenol-frei sein.

Die Verbraucherzentrale NRW rät, bedrucktes Thermopapier wie Kassenzettel oder Fahr- und Eintrittskarten soweit wie möglich über den Restmüll zu entsorgen. Dadurch wird verhindert, dass Bisphenol A über recycelte Papierprodukte wie Toilettenpapier wieder in den Stoffkreislauf und in die Umwelt gelangt.

Textilien: Strengere Grenzwerte für 33 krebserregende Substanzen

Ab 1. November 2020 werden 33 krebserregende Substanzen in Textilien, die mit der Haut in Berührung kommen, sowie in Schuhen zum „Auslaufmodell“: Die EU hat für chemische Stoffe, die bekanntermaßen bzw. wahrscheinlich beim Menschen krebserregend sind, niedrigere Grenzwerte für deren Einsatz etwa in Bekleidung, Bettwäsche, Sportkleidung, Taschen, wiederverwendbare Windeln oder auch Polsterungen festgeschrieben. Die strengeren Vorgaben gelten etwa für Cadmium, Chrom, Arsen, Blei und deren Verbindungen, aber auch für Benzol und weitere Stoffe. Die europäische Verbraucherorganisation BEUC hatte dagegen gefordert, dass auch solche Stoffe, bei denen der Verdacht auf krebserzeugende Wirkung beim Menschen besteht, beschränkt werden, und zudem weitere gesundheits- und umweltgefährdende Stoffe sowie allergieauslösende Substanzen oder langlebige Umweltgifte ebenfalls mit höheren Grenzwerten minimiert werden.

Wer über die gesetzlichen Vorgaben hinaus Schadstoffe in Kleidung und Textilien vermeiden will, dem empfiehlt die Verbraucherzentrale NRW, sich an Siegeln orientieren, die strengere Anforderungen stellen: Das IVN (Internationaler Verband der Naturtextilwirtschaft) und das GOTS-Siegel (Global Organic Textile Standard) etwa schließen viele Schadstoffe vom

Anbau bis zum Endprodukt aus und die Fasern der Textilien müssen aus Bio-Anbau stammen.

Weichmacher: Verbot für vier krank machende Phthalate in Alltagsprodukten

Ob Schwimmhilfen oder Tierfiguren, Gummistiefel und Kopfhörerbügel, Kabel, Lacke, Bodenbeläge, Duschvorhänge oder Plastikgeschirr: erst durch Phthalat-Weichmacher erhalten diese Produkte ihre elastischen Eigenschaften. Für vier dieser Weichmacher gilt ab dem 7. Juli 2020 ein zulässiger Grenzwert von 0,1 Prozent, wenn sie bei der Herstellung von Alltagsgegenständen zum Einsatz kommen. Der Grenzwert gilt sowohl für die Verwendung als Einzelsubstanz als auch für die Summe der vier Weichmacher DEHP, DBP, BBP und DIBP. Diese Stoffe wirken nachgewiesenermaßen auf das Hormonsystem, können die menschliche Fortpflanzungsfähigkeit beeinflussen und sich schädlich auf die Entwicklung von Kindern im Mutterleib auswirken.

DBP und BBP sind in der EU schon länger in Babyprodukten und Spielzeug verboten. DEHP durfte auch bislang in Europa schon nicht mehr in Verpackungen fetthaltiger Produkte eingesetzt werden.

Lebensmittelkennzeichnung: Nutri-Score kommt

Mit einem Nährwert-Logo in Ampelfarben können Lebensmittelhersteller ab 2020 freiwillig Auskunft geben, wie gesund das Fertiggericht ist. Der Nutri-Score signalisiert auf einer fünfstufigen Skala – vom grünen A bis zum roten E – wie der ernährungsphysiologische Wert eines Lebensmittels einzuordnen ist: dabei steht das „A“ in Grün für die günstigste und „E“ in Rot für die ungünstigste Nährwertbilanz. Auf einen Blick wird dann auf der Verpackung zu erkennen sein, wie es um das Produkt bestellt ist. Verbraucherverbände haben ein solches verbraucherfreundliches Kennzeichnungssystem lange gefordert.

Mit in die Nährwertbilanz einberechnet werden sowohl problematische Bestandteile wie Fett, gesättigte Fettsäuren, Salz, Zucker und der Energiegehalt als auch günstige Bestandteile wie Ballaststoffe, Proteine, Obst, Gemüse und Nüsse. Für die verschiedenen Inhaltsstoffe gibt es gewichtete Plus- und Minus-Punkte, die eine Gesamtpunktzahl ergeben. Die errechnete Punktzahl wird dann beim Nutri-Score in einen farblich unterlegten Buchstaben übersetzt.

In einer Verbraucher-Umfrage des Bundesernährungsministeriums hatte mehr als die Hälfte der Befragten den Nutri-Score als bestes von vier zur Auswahl stehenden Modellen favorisiert. Auch einige große Lebensmittelhersteller hatten sich für diese Variante ausgesprochen. In einer Reihe europäischer Länder, so in Frankreich, Belgien, Spanien, Portugal, Schweiz und Luxemburg – ist der Nutri-Score schon länger eingeführt.

Auch wenn Lebensmittelhersteller diese Kennzeichnung ab 2020 jetzt auch in Deutschland freiwillig verwenden können: Es braucht ein einheitliches, europaweites System, das für alle Hersteller Pflicht ist. Sonst droht ein Flickenteppich aus unterschiedlichen Darstellungen, die

beim Einkauf kaum helfen, Zusammensetzungen und Inhaltsstoffe leicht zu bewerten und Produkte miteinander zu vergleichen.