

Jeder Fünfte ist adipös

Warum klappt es nicht mit der Prävention?

Schon lange wird vor den Folgen der „Adipositas-epidemie“ gewarnt. Aber die Erfolge der Präventivmedizin scheinen eher mager zu sein. Woran das liegt, und wie man Prävention attraktiver machen kann, erklärt Prof. Ulrich Keil vom Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster.

MMW: Die Amerikaner haben uns zahlreiche Kulturgüter zukommen lassen, auch Fast Food mit allen Konsequenzen. Die „Fettwelle“, die Adipositas in epidemischen Ausmaßen, ist eine davon. Schwappt diese Welle auch zu uns über?

Keil: Wir sind auch auf dem besten Wege, eine überfettete Gesellschaft zu werden. Die Amerikaner sind uns aber noch weit voraus. Wenn wir einen BMI über 30 kg/m² als Adipositas definieren, dann sind in den USA 33% und bei uns 23% der Erwachsenen adipös. Aber auch die Kinder holen auf. Neueste Daten der Kinder- und Jugendstudie des Robert Koch-Instituts in Berlin bestätigen den Trend nach oben. Die kurative Medizin kann das Adipositasproblem nicht lösen, das sind gesellschaftliche Phänomene. Die Kinder sitzen vor dem Fernseher und vor dem PC, oben drein wird ihnen eine hochkalorische Kost angeboten, und in den Schulen werden Sportstunden gestrichen. Wenn wir diese gesellschaftlichen Phänomene nicht angehen, ersticken wir genauso in der Fettwelle wie die Amerikaner.

MMW: Trotzdem steigt die Lebenserwartung. Ist das nicht ein Widerspruch?

Keil: Bisher sieht es bei der Lebenserwartung noch rosig aus: in den letzten 22 Jahren bei Männern ein Zugewinn von fast sechs Jahren, bei Frauen um fünf Jahre. Zurückzuführen ist dieses Plus besonders auf einen Rückgang von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, speziell von Schlaganfällen. Also auch bei der Hypertoniebehandlung muss sich, obwohl wir chronisch über dieses Thema lamentieren, etwas Positives getan haben. Aber sicher nicht genug – das wissen wir auch.

Der genannte Widerspruch kann sich in nächster Zeit auflösen. Es gibt erste Hochrechnungen für die USA, die zeigen, dass bei zunehmender Adipositas die Lebenserwartung weniger zunimmt bzw. sogar wieder rückläufig sein kann. Aber für die Medizin das viel größere Problem sind die vielen Begleiterkrankungen der Adipositas, zum Beispiel Diabetes, Hypertonie, verschiedene Krebserkrankungen oder Arthritis.

MMW: Es kommt also eine Morbiditätswelle auf uns zu.

Keil: Ja, richtig. Die Mortalitätsaspekte sind meines Erachtens zurzeit eher interessant für die Rentenversicherer. Für die Medizin ist zweifellos die Morbiditätswelle die große Herausforderung.

MMW: Die Präventivmedizin ist seit Jahrzehnten eine ausgesprochene Jammerdisziplin. Nichts scheint wirklich zu klappen.

Keil: Da lohnt sich zum Beispiel ein Blick



Nachgefragt

bei Prof. Dr. med. Ulrich Keil

„Bei zunehmenden Adipositasraten wird die Lebenserwartung weniger steigen oder rückläufig sein.“

nach England, auf den National Health Service, auf den wir jahrzehntelang despektierlich herabgeschaut haben. Die Prävention wurde rational und evidenzbasiert durchstrukturiert und mit einem Anreizsystem für die Ärzte attraktiv gemacht. Es wurde eine Skala der wichtigsten Erkrankungen gebildet, unter anderem KHK, Schlaganfall, Hypertonie, Diabetes – alles Krankheiten, von denen wir wissen, dass wir etwas erreichen, wenn wir optimal behandeln. Wenn der Arzt richtig dokumentiert, berät und behandelt, dann kann er sein Budget um 20% erhöhen. Dieses Angebot ist sehr gut angenommen worden.

Allerdings hat es auch enorme Kosten mit sich gebracht; man hat eine Milliarde Pfund dafür locker gemacht. Deswegen wird jetzt darüber nachgedacht, diese präventivmedizinischen Initiativen in die Regelversorgung zu übernehmen. Ob es dann weiter so gut klappen wird, muss man abwarten.

MMW: Können Sie uns ein konkretes Beispiel dafür nennen, was die britische Initiative beinhaltet?

Keil: Für die Initiative wurde zum Beispiel eine eigene Software entwickelt, die dazu zwingt, die einzelnen Risikofaktoren abzufragen, auch den Raucher- und Gewichtsstatus. Das muss alles in das Krankenblatt eingetragen werden. Von EUROSPIRE wissen wir, dass oft gar nicht ins Krankenblatt eingetragen wird, ob ein KHK-Patient raucht oder übergewichtig ist.

■ Interview: Dr. Jochen Aumiller