

Welche und wie viel Gesundheit wollen wir und brauchen wir, wenn wir nicht mehr 30 sind?

Einführungsvortrag Prof. Dr. Christoph Klotter
Hochschule Fulda

Mit steigendem Alter steigt auch der BMI. Selbstverständlich hat das auch etwas mit Fehlernährung (zu viel, vor Allem zu viel Fett und Süßes) und mangelnder Bewegung zu tun (Ernährungsbericht 2008). Angesichts dieses Sachverhalts darf aber nicht übersehen werden, dass auch positive Tendenzen berichtet werden können:

- Die Adipösen sind wesentlich gesünder als noch vor Jahrzehnten (Klotter 2007); nur hinsichtlich der mit Adipositas assoziierten Diabetes-Erkrankung ist diese positive Entwicklung nicht festzustellen.
- Die BMI-Grenzziehungen sind hinsichtlich ihrer Möglichkeit, Gesundheitsgefährdungen anzuzeigen, in die Kritik geraten. Einerseits wird argumentiert, dass dieser Index insgesamt ungeeignet ist und statt des BMI entweder der Waist-to-Hip-Ratio oder der Waist-to-Height-Ratio herangezogen werden muss. Andererseits werden die bisherigen Grenzziehungen aufgrund neuerer Daten in Frage gestellt. Insbesondere Flegal weist darauf hin, dass die höchste Lebenserwartung mit einem BMI zwischen 25 und 30 einhergeht, und ein BMI über 30 noch nicht automatisch mit einer Gesundheitsgefährdung gleichzusetzen ist. Hauner argumentiert ähnlich, wenn er feststellt, dass es eine Gruppe von Adipösen gibt, bei denen Adipositas keinen Risikofaktor darstellt.
- Auch die Adipösen nehmen teil an der noch immer steigenden Lebenserwartung (Klotter 2007).

Wird die Frage aufgeworfen, ob ältere Adipöse abnehmen sollen, dann darf nicht unerwähnt bleiben, dass es Studien gibt, die darauf hinweisen, dass eine Gewichtsabnahme ab dem 35. Lebensjahr nicht gesund ist (Döhner 2004). Also: Möglicherweise ist Adipositas gesundheitsgefährdend, aber Gewichtsabnahme auch.

In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass Gewichtsabnahme überhaupt, unabhängig vom Lebensalter, eine äußerst schwierige Angelegenheit ist. Die Erfolgsbilanz aller Adipositasinterventionen weltweit ist äußerst mager. Das betrifft vor Allem die langfristige Aufrechterhaltung der einmal erzielten Gewichtsabnahme. Stunkard, einer der wichtigsten Adipositasexperten weltweit, hat dies bereits vor Jahrzehnten ungefähr so zusammengefasst: Diejenigen Adipösen, die behandlungsbedürftig sind, kommen nicht zur Behandlung. Diejenigen, die kommen, brechen meistens ab. Diejenigen, die nicht abbrechen, haben meistens kein Erfolg.

Fachtagung „Im Gleichgewicht bleiben...“, Ernährung & Bewegung in der Lebensmitte 21. April 2010

Diejenigen, die Erfolg haben, können den Erfolg meistens nicht aufrechterhalten. An dieser Bilanz hat sich bis heute nichts geändert. Wer zu einem Menschen, der älter als 35 ist, sagt, „Sie müssen abnehmen“, muss wissen, was er tut: nicht nur, weil Abnehmen, sollte es einmal erfolgreich sein, die Gesundheit nicht steigert (Döhner 2004), sondern auch, weil Abnehmen wenig Erfolg versprechend ist und der Abnahmeversuch häufig in einem Teufelskreis mündet: unzufrieden mit dem eigenen Gewicht, Diät, Scheitern der Diät, Enttäuschung und Depression, unkontrolliert essen, unzufrieden mit dem eigenen Gewicht sein, usw. Das bedeutet, dass die versuchte Gewichtsabnahme, vor allem die selbst durchgeführte Diät, in der Regel nicht zum gewünschten Erfolg führt und die Probleme mit dem Essen eher steigert, wenn nicht gar in Essstörungen mündet. Bei einem potenziell gesundheitsgefährdenden Übergewicht kann also nicht automatisch die Empfehlung zur Gewichtsabnahme gegeben werden. Vielmehr muss unter anderem berücksichtigt werden, ob jemand überhaupt in der Lage dazu ist, abzunehmen.

Die Empfehlung zur Gewichtsabnahme muss auch vor dem Hintergrund gesehen werden, inwieweit sich diese Empfehlung nicht quasi unfreiwillig einreicht in die massive Diskriminierung der Übergewichtigen und Adipösen. Wer heute wohlbeleibt ist, hat auf allen Ebenen schlechtere Chancen: bei der Ausbildung, bei der Jobsuche, bei der Bezahlung, bei der Heirat. Jemandem die Diagnose von behandlungsbedürftigem Übergewicht zu geben, ändert das Leben dieses Menschen. Er sieht sich Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt, ohne in der Regel etwas dagegen tun zu können. Er sieht die gesellschaftliche Diskriminierung mit den entsprechenden negativen Emotionen wie Depression als berechtigt an. Schließlich ist er attestiert krank und belastet die Krankenversicherung mit ihrer solidarischen Finanzierung. Die Diagnose behandlungsbedürftige Adipositas verändert das Leben des betreffenden Menschen, nicht aber seine Chancen, etwas gegen seine Adipositas tun zu können.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, als ersten Schritt bei einer potenziellen Behandlung der Adipositas das Selbstbewusstsein des Adipösen zu stärken, ihn zu immunisieren gegen Diskriminierung, seine sozialen Fertigkeiten zu stärken (auf Diskriminierung reagieren zu können, sich verteidigen zu können, ins Schwimmbad gehen können), ihn darauf vorzubereiten, dass eine potenzielle Gewichtsabnahme ein langer Weg ist, der viel Geduld erfordert und ein gnädiges Verhältnis zu sich selbst. In diesem ersten Schritt geht es auch darum, das Kohärenzgefühl des Betroffenen zu stärken.