

JOURNAL FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN

KIEFER I, KUNZE M, RIEDER A
Epidemiologie der Adipositas

*Journal für Ernährungsmedizin 2001; 3 (1) (Ausgabe für
Österreich), 17-19*

Homepage:

**[www.kup.at/
ernaehrungsmedizin](http://www.kup.at/ernaehrungsmedizin)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Mit Nachrichten der



**INTERDISZIPLINÄRES ORGAN FÜR PRÄVENTION UND
THERAPIE VON KRANKHEITEN DURCH ERNÄHRUNG**

Epidemiologie der Adipositas

I. Kiefer, M. Kunze, A. Rieder

Adipositas, definiert als Body-Mass-Index ab $30,0 \text{ kg/m}^2$, ist heute in den Industriestaaten bereits eine Epidemie. Ihre Prävalenz hat in den letzten 10 Jahren besonders stark zugenommen, vor allem bei Kindern, Jugendlichen und bei jungen Frauen. Weltweit sind bereits mehr als 250 Millionen Personen adipös. Eine Trendwende ist nicht absehbar. In Österreich stieg der Anteil der Adipösen seit 1991 um 30 %, bereits 11 % der ÖsterreicherInnen sind adipös. Die Ursache dafür muß im Lebensstil der Betroffenen gesucht werden, da ungünstige Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten als Hauptursache anzusehen sind. Aufgrund der epidemiologischen Situation und des Risikos für Begleit- und Folgekrankheiten ist es künftig besonders wichtig, das Problembewußtsein zu stärken, Präventionsmaßnahmen zielgruppenspezifisch zu forcieren und für die Betroffenen eine professionelle Therapie anzubieten.

Schlüsselwörter: Adipositas, Epidemiologie, Trends

Obesity, defined as a body-mass index $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$, has reached epidemic proportions in the industrial nations. Its incidence has increased particularly rapidly during the past decade, above all among children, adolescents and among young women. Today, an estimated 250 million people worldwide are obese, and a reversal of this trend is not foreseeable. In Austria the proportion of the obese has climbed by 30 % since 1991, 11 % of the Austrians are already obese. The reason for this increase must be sought in the lifestyle of those affected, the major cause doubtless being faulty habits of nourishment and physical activity. The epidemiological situation and the risks of concomitant and subsequent illness make it essential to foster awareness of the problem, to step up preventive measures specific to the target group, and to offer professional therapy. *J Ernährungsmed 2001; 3 (1): 17–19.*

Key-words: obesity, epidemiology, trends

Adipositas, definiert beim Erwachsenen nach dem Body-Mass-Index (BMI) ab $30,0 \text{ kg/m}^2$, ist ein volksgesundheitliches Problem mit verschiedenen sozialmedizinischen Aspekten. Die deskriptive Epidemiologie ist eine wichtige Grundlage, um die Dimension des Problems aufzeigen zu können. Ebenso interessant sind die sozio-genetischen Einflüsse bei der Entstehung des Übergewichtes und die klinisch relevanten Folgen der gestörten Verhältnisse zwischen Energieaufnahme und -abgabe.

Im Amerika gilt Adipositas bereits jetzt als Hauptursache für Morbidität und Mortalität [1]. Schätzungen gehen davon aus, daß jedes Jahr 300.000 Todesfälle auf die Folgen der Fettsucht zurückzuführen sind [2], da ein Body-Mass-Index über 30 kg/m^2 die Mortalität zwischen 50–150 % erhöhen kann [3]. Bereits eine durchschnittliche Zunahme von 7 kg Körpergewicht kann das Risiko für die Sterblichkeit an koronaren Herzkrankheiten und Myokardinfarkten erhöhen [4].

Ein hoher Body-Mass-Index gilt als unabhängiger Risikofaktor für zahlreiche Erkrankungen, wie z. B. Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, koronare Herzkrankheiten, Arteriosklerose und deren Folgeerkrankungen, Gallensteinleiden, Malignome, Gicht und degenerative Erkrankungen. Weiters bestehen ein erhöhtes Operationsrisiko und eine reduzierte Beweglichkeit sowie eine Beeinträchtigung der Lebensqualität [5–9]. Es wird geschätzt, daß in einer Population von 1 Million Personen im Alter von 35 bis 84 Jahren 132.900 Fälle von Hypertonie (45 % aller Fälle), 58.500 Fälle von Typ-II-Diabetes (85 % aller Fälle), 16.500 Fälle von Hypercholesterinämie (18 % aller Fälle) und 16.500 Fälle von koronarer Herz-Krankheit (35 % aller Fälle) auf Adipositas zurückzuführen sind [10].

Epidemiologie in Österreich

Weltweit gibt es bereits mehr als 250 Millionen fett-süchtige Menschen (entspricht 7 % der erwachsenen Bevölkerung), mit steigender Tendenz [11]. Für Europa liegen Schätzungen vor, daß mehr als die Hälfte der 35–65jähri-

gen übergewichtig (BMI $25,0\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$) oder schwer übergewichtig (BMI ab $30,0 \text{ kg/m}^2$) sind. Die Prävalenz der Adipositas in Europa liegt in der Größenordnung von 10–20 % bei Männern und 15–25 % bei Frauen. Die höchsten Prävalenzen findet man im Süden Europas und in den ost-europäischen Ländern [12].

Nach den Erhebungen 1991 des Mikrozensus des Statistischen Zentralamts [13] gibt es in Österreich 8,5 % Adipöse (ab dem 20. Lebensjahr), davon 48 % Männer und 52 % Frauen. Den höchsten Anteil an Adipösen haben die Bundesländer Burgenland (11,6 %), Niederösterreich (11,1 %), Oberösterreich (9,7 %) und Wien (8,7 %). Tirol (4,8 %), Vorarlberg (6,3 %) und Kärnten (6,8 %) sind die Bundesländer mit den niedrigsten Anteilen an schwer übergewichtigen Personen (Abb. 1).

Den höchsten Anteil an Adipösen findet man sowohl bei Frauen als auch bei Männern im Alter zwischen 45 und 75 Jahren. Die Prävalenz sinkt mit zunehmender Schulbildung. Den niedrigsten Anteil an Adipösen haben Hochschulabsolventen, den höchsten hingegen Pflichtschulabsolventen.

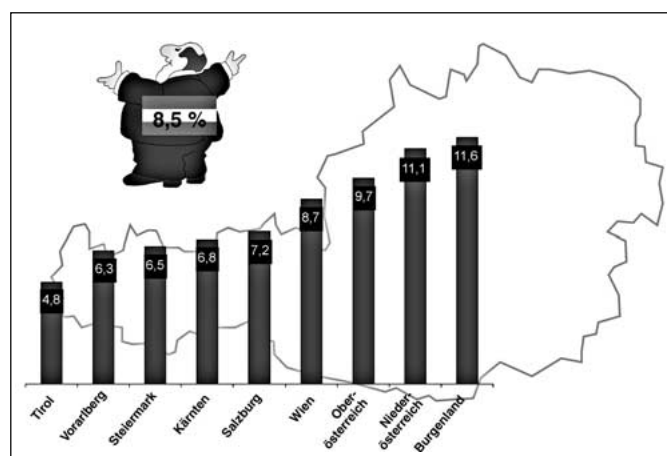


Abbildung 1: Epidemiologie der Adipositas in Österreich, 1991 [13]

Eingelangt am 24. 01. 2001, angenommen am 23. 02. 2001
Aus dem Institut für Sozialmedizin der Universität Wien

Korrespondenzadresse: Dr. Ingrid Kiefer, Institut für Sozialmedizin der Universität Wien, A-1080 Wien, Alser Straße 21/12,
e-Mail: Ingrid.Kiefer@univie.ac.at

Entwicklung der Adipositas

Epidemiologische Daten zeigen in den vergangenen Jahren in allen Industriestaaten immer eine Zunahme der Adipositas, wobei die Höhe der Zunahme in den letzten Jahren gestiegen ist. In Frankreich kam es beispielsweise in der erwachsenen Bevölkerung zwischen 1980 und 1991 nur zu einer leichten Erhöhung der Prävalenz (< 1 %) und hier vor allem bei jungen Frauen. Schätzungen gehen davon aus, daß diese Erhöhung auch in anderen europäischen Ländern nicht höher war [14].

Prognosen über die Entwicklung in den letzten zehn Jahren zeigen aber bereits eine deutliche Zunahme der Prävalenz, trotz oder vielleicht auch wegen des großen Angebots an Diäten, da ja „multiples Diätieren“ als Risikofaktor für die Entstehung angesehen werden muß.

In Amerika stieg der Anteil der schwer Übergewichtigen in der erwachsenen Bevölkerung bereits von 12,0 % im Jahr 1991 auf 17,9 % im Jahr 1999. Diese kontinuierliche Zunahme erfolgte unabhängig vom Geschlecht, von soziodemographischen Gruppen und geographischen Regionen [15].

Auch in Deutschland hat die Adipositas mittlerweile längst ein epidemisches Ausmaß erreicht. Rund 20 % der erwachsenen Deutschen haben einen BMI über 30,0 kg/m². Hier kam es in den letzten Jahren zu einer Zunahme der Fettsucht vor allem bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Prävalenz hat sich bei den 5- bis 7jähri-

gen in den letzten 15 Jahren geschlechtsunabhängig verdoppelt [16–18].

In Österreich zeigt sich auch eine starke Zunahme der Prävalenz in den letzten zehn Jahren. Eine repräsentative Umfrage des Meinungsforschungsinstituts SPECTRA [19] ergab, daß 2000 11,0 % der ÖsterreicherInnen adipös sind (Abb. 2), davon 50 % Männer und 50 % Frauen.

Sehr deutlich zeigen auch die Ergebnisse der Aktion „Wie gesund sind wir Österreicher?“ das bereits 1991 im Rahmen des Mikrozensus ermittelte Ost-West-Gefälle in Österreich. Bei dieser Stichprobe haben 15 % der Befragten (17 % Männer; 14 % Frauen) einen Body-Mass-Index über 30,0 kg/m². Die Burgenländer haben den höchsten Anteil an Adipösen (28,6 %), gefolgt von den Niederösterreichern (20,5 %). Die niedrigste Prävalenz zeigt sich bei dieser Untersuchung wieder bei den Vorarlbergern und Tirolern (6,8 %) (Abb. 3). Der Anteil der Adipösen ist hier in der Altersgruppe der 18- bis 30jährigen mit 4,8 % am geringsten. Bei den 31- bis 40jährigen ist die Prävalenz aber bereits bei 10,4 %, bei den 41- bis 50jährigen bei 14,4 % und bei den über 61jährigen bei 16,8 %. Den höchsten Anteil an schwer Übergewichtigen findet man hier im Alter zwischen 51 und 60 Jahren mit 22,5 % [20].

Die tatsächliche Gewichtssituation in Österreich entspricht **nicht** der Einschätzung der österreichischen Bevölkerung. Nur 5 % der ÖsterreicherInnen bezeichnen ihr Körpergewicht als stark übergewichtig [21] (Abb. 4).

Diskussion

Wie in fast allen westlichen Industriestaaten bestätigen sich auch für Österreich die Prognosen, daß es in den letzten Jahren zu einer Zunahme der Prävalenz der Fettsucht kam, obwohl exakte Aussagen über die tatsächliche Zunahme die Ergebnisse des neuen Mikrozensus liefern werden. Man kann aber heute schon sagen, daß sich auch in Österreich die Prävalenz in den letzten Jahren stark erhöht hat.

Da man aber davon ausgehen muß, daß sich der Genpool der Bevölkerung in diesem Zeitraum nicht signifikant geändert hat, können die genetischen Ursachen nicht für diese Epidemie verantwortlich gemacht werden [15]. Vielmehr müssen die Ursachen im Lebensstil der Betroffenen gesucht werden. Ungünstige Ernährungsformen und häufige Inaktivität sind deshalb die Hauptgründe für die starke Vermehrung des Körpergewichtes. Nur durch eine Reduktion der Energiezufuhr und/oder Erhöhung der Energieab-

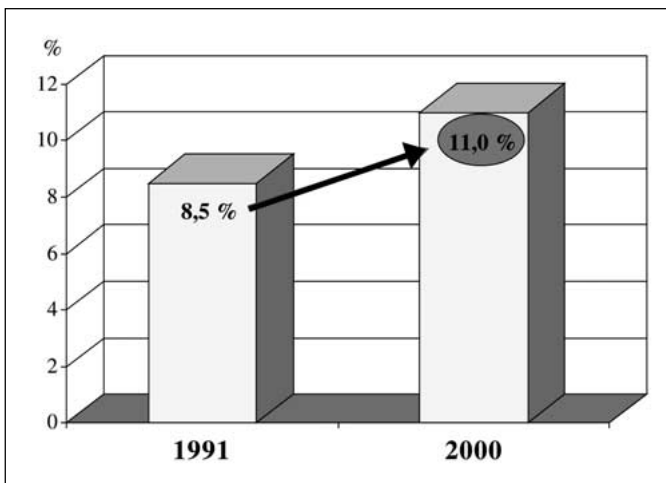


Abbildung 2: Zunahme der Prävalenz der Adipositas zwischen 1991 und 2000 in Österreich [13, 19]

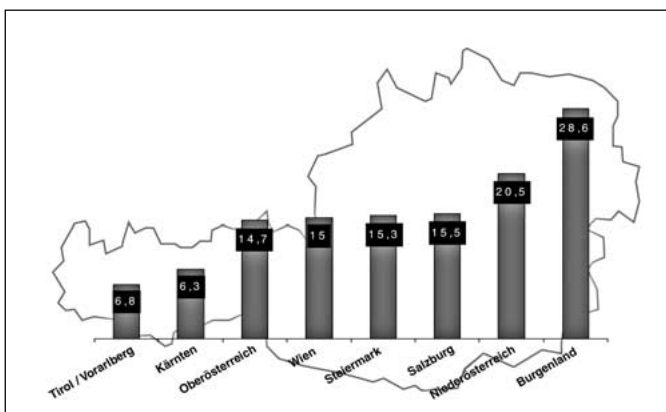


Abbildung 3: Epidemiologie der Adipositas in Österreich, 2000 [20]

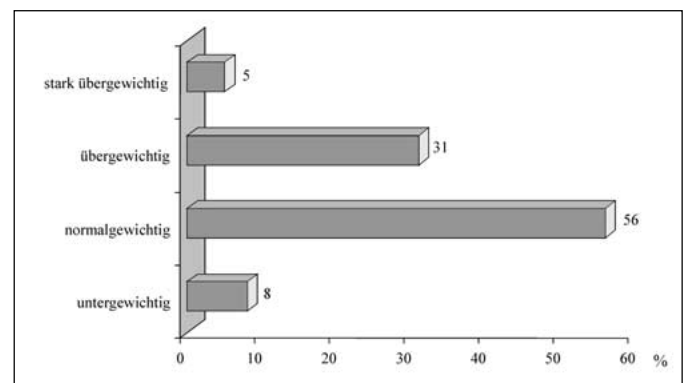


Abbildung 4: Einschätzung des Körpergewichtes der ÖsterreicherInnen [21]

gabe durch Bewegung kann eine weitere Zunahme der Prävalenz in der Bevölkerung verhindert werden [22].

Aufgrund der epidemiologischen Situation und der falschen Einschätzung des Körpergewichtes, aber auch des Risikos für Begleit- und Folgeerkrankungen ist es zukünftig besonders wichtig, das Problembewußtsein für dieses Thema zu stärken.

Trotz hoher Morbidität der Adipositas liegt das Hauptmotiv, das Körpergewicht zu verringern, nicht in einer Verringerung von Gesundheitsrisiken, sondern in der Verbesserung der körperlichen Attraktivität [23]. Diese ästhetisch orientierte Motivation hat auch den größten Einfluß auf einen positiven Gewichtsverlauf [24], obwohl man eigentlich davon ausgehen müßte, daß jemand aufgrund seiner Symptomatik die eigene Gesundheitsbedrohung hautnah erlebt und deshalb die Intention zur Verringerung des Körpergewichtes gegeben sein müßte [25].

Eine professionelle Therapie wird daher immer wichtiger, genau wie die Prävention bereits im frühen Kindes- und Jugendalter. Das Ziel von Primärpräventionsstrategien muß es sein, bereits in jungen Jahren einen gesunden, aktiven Lebensstil zu etablieren, der ermöglicht, daß ein Körpergewicht erreicht oder gehalten wird, das eine optimale Gesundheit garantiert, da ein frühzeitiges Bestehen von Übergewicht, verbunden mit der Übergewichtigkeit der Eltern, einen großen Einfluß auf den Body-Mass-Index im Erwachsenenalter hat [26].

Nachdem neben der frühen Kindheit auch die Pubertät, das junge Erwachsenenalter, eine Schwangerschaft und die Menopause als „kritische“ Lebensabschnitte [18] gesehen werden können, sind hier besonders zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen erforderlich.

Ziel muß es daher künftig sein, professionelle Therapien anzubieten, damit die Prävalenz in Zukunft wieder sinkt und die schwer übergewichtigen Personen das „multiple Diätieren“ beenden, da davon ausgegangen werden kann, daß Personen mit großer Diäterfahrung eine ungünstige Prognose für eine erfolgreiche Gewichtsreduktion haben, da sie durch das „weight-cycling“ den Grundumsatz reduziert haben und auch einen höheren Anteil an Körperfett aufweisen. Die WHO räumt bereits heute der Adipositas-therapie höchste Priorität ein [27].

Da aber auch das Nahrungsangebot eine wesentliche Rolle in einer erfolgreichen Prävention der Fettsucht spielt, ist eine Einbindung der Nahrungsindustrie unerlässlich. Ein vermehrtes Angebot an Lebensmitteln mit einer niedrigen Energiedichte könnte Präventionsmaßnahmen unterstützen [28].

Literatur:

1. Allison DB, Fontaine KR, Manson JE, Stevens J, Vanltallie TB. Annual deaths attributable to obesity in the United States. *JAMA* 1999; 282: 1530–8.
2. Must A, Spadano J, Coakley EH, Field AE, Colditz G, Dieth WH. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA* 1999; 282: 1523–9.
3. Seidell JC, Visscher TL, Hoogveen RT. Overweight and obesity in the mortality rate data: current evidence and research issues. *Med Sci Sports Exerc* 1999; 31: 597–601.
4. Peters ET, Seidell JC, Menotti A, Arayanis C, Dontas A, Fidanza F, Karvonen M, Nedeljkovic S, Nissinen A, Buzina R. Changes in body weight in relation to mortality in 6441 European middle-aged men: the Seven Countries Study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1995; 19: 862–8.
5. Bender R, Trautner CH, Spraul M, Berger M. Assessment of excess mortality in obesity. *Am J Epidemiol* 1998; 147: 42–8.
6. Hauner H. Wie hoch ist die gesundheitliche Gefährdung durch Übergewicht? *Akt Ernährungsmed* 1991; 16: 158–61.
7. Wirth A (ed). *Adipositas*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1997; 38–53.
8. Heitmann BL, Lissner L. Women health and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23: 5.
9. Lean ME, Han TS, Seidell JC. Impairment of health and quality of life using new US federal guidelines for the identification of obesity. *Arch Intern Med* 1999; 159: 837–43.
10. Oster G, Edelsberg J, O'Sullivan AK, Thompson D. The clinical and economic burden of obesity in a managed care setting. *AM J Manag Care* 2000; 6: 681–9.
11. Seidell JC. Obesity: a growing problem. *Acta Paediatr Suppl* 1999; 88: 46–50.
12. Seidell JC, Flegal KM. Assessing obesity: classification and epidemiology. *Br Med Bull* 1997; 53: 238–52.
13. Statistisches Zentralamt. Prozentverteilung des Body-Mass-Index der Bevölkerung ab 20 Jahren. Mikrozensus 1991, interne Mitteilung.
14. Maillard G, Charles MA, Thibult N, Forhan A, Sermet C, Basdecant A, Eschwege E. Trends in the prevalence of obesity in the French adult population between 1980 und 1991. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23: 389–94.
15. Mokdad AH, Serdula MK, Dietz WH, Bowman BA, Marks JS, Koplan JP. The continuing epidemic of obesity in the United States. *JAMA* 2000; 284: 1650–1.
16. Döring A, Honig-Blum K, Winkler G. WHO MONICA-Projekt Region Augsburg. Data-Book, GSF-Bericht 8/98. GSF-Forschungszentrum Neuherberg, 1998.
17. Kronmeyer-Hauschild K, Zellner K, Jäger U, Hoyer H. Prevalence of overweight and obesity among school children in Jena (Germany). *Int J Obesity* 1999; 23: 1143–50.
18. Müller MJ, Asbeck I, Mast M, Langnäse K, Grund A: Adipositasprävention – ein Ausweg aus dem Dilemma? *Ernährungs-Umschau* 1999; 46: 436–40.
19. SPECTRA Meinungsforschungsinstitut: Umfrage zum Thema Gewicht und Gewichtsreduktion. Interne Mitteilung der Firma Roche, 2000.
20. Rieder A, Bayer P, Panuschka CH, Exel W, Kunze M. Wie gesund sind die Österreicher? Eine Aktion der Neuen Kronenzeitung, Bericht 2000.
21. Nielsen AC. Wie ißt Österreich. A. C. Nielsen Essenstudie Winter (März) 2000.
22. Seidell JC. Time trends in obesity: an epidemiological perspective. *Horm Metab Res* 1997; 27: 155–8.
23. Rolls B, Federoff IC, Guthrie JF. Gender differences in eating behavior and body weight regulation. *Health Psychol* 1991; 10: 133–42.
24. Kiefer I. Effektivität der individuellen Ernährungsberatung – Möglichkeiten und Grenzen. Dissertation an der Formal- und Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien, 1998
25. Schwarzer R. *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen, 1992.
26. Bouchard C. Obesity in adulthood – the importance of childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997; 37: 926–7.
27. WHO. Obesity, Preventing and managing a global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity, Genf, 3.-5. Juni 1996.
28. Seidell JC. Prevention of obesity: the role of the food industry. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 1999; 9: 45–50.

Kongreß Eßstörungen 2001

9. Internationale Wissenschaftliche Tagung
Magersucht – Eß-Brechsucht – Eßsucht – Fettsucht

18. bis 20. Oktober 2001, Congress Centrum Alpbach, Tirol

Wissenschaftliche Leitung: Günther Rathner, Leopold-Franzens-Universität Innsbruck

Information: Netzwerk Eßstörungen, A-6020 Innsbruck, Fritz-Pregl-Straße 5,
Tel. & Fax: +43/512/57 60 26, E-Mail: netzwerk-essstoerungen@uibk.ac.at

NETZWERK ESSSTÖRUNGEN



ANTWORTFAX

JOURNAL FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Hiermit bestelle ich

ein Jahresabonnement

(4 Ausgaben) zum Preis von

Inland € 36,- bzw.

Ausland (Europa) € 45,- zzgl.

Portokosten

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

Einsenden oder per Fax an:

Verlagshaus der Ärzte GmbH, Nibelungengasse 13, A-1010 Wien,

FAX: +43 (0) 512 44 86-24

Homepage:
www.aerzteverlagshaus.at

Unsere Sponsoren:

BA~CA Real Invest

Real Invest Austria.
Der erste österreichische Immobilienfonds.

☎ 01/331 71-9000
oder www.realinvest.at.