

Journal of Health Monitoring · 2022 7(3)
DOI 10.25646/10292
Robert Koch-Institut, Berlin

Anja Schienkiewitz, Ronny Kuhnert,
Miriam Blume, Gert B. M. Mensink

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Eingereicht: 07.04.2022
Akzeptiert: 08.06.2022
Veröffentlicht: 14.09.2022

Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS

Abstract

Hintergrund: Übergewicht und Adipositas und die damit verbundenen Folgekrankheiten sind von hoher Public-Health-Relevanz.

Methode: In der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) liegen Selbstangaben zu Körpergewicht und Körpergröße vor. Daraus wurde der Body-Mass-Index (BMI, kg/m^2) berechnet und die Indikatoren Übergewicht (einschließlich Adipositas, $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) und Adipositas ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) abgeleitet.

Ergebnisse: Laut dieser Selbstauskunft sind in Deutschland 53,5% der Erwachsenen von Übergewicht betroffen, Männer häufiger als Frauen. Die Adipositasprävalenz liegt für beide Geschlechter bei 19,0%. Mit zunehmendem Alter steigt bei Frauen und Männern die Prävalenz von Übergewicht sowie Adipositas an. Adipositas ist in unteren Bildungsgruppen im Vergleich zu oberen Bildungsgruppen deutlich häufiger zu finden. Im Vergleich zu GEDA 2012 ist die Prävalenz von Übergewicht unverändert, die Adipositasprävalenz hat jedoch weiter zugenommen, insbesondere bei den 45- bis 64-Jährig

Schlussfolgerung: Das Präventionspotenzial, Übergewicht und Adipositas zu vermeiden, ist nach wie vor groß.

ÜBERGEWICHT · ADIPOSITAS · SELBSTANGABEN · GESUNDHEITSMONITORING · GEDA 2019/2020-EHIS

Einleitung

Übergewicht stellt ein über das Normalmaß hinausgehendes Körpergewicht bei einer gegebenen Körpergröße dar. Starkes Übergewicht wird auch als Adipositas bezeichnet und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eigenständige Krankheit eingestuft [1]. Adipositas ist ein Risikofaktor für viele Folgeerkrankungen wie Typ 2 Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einzelne Krebserkrankungen, Muskel- und Gelenkerkrankungen und geht mit einem höheren Risiko, frühzeitig zu sterben, einher [2, 3]. Das Risiko für weitere Erkrankungen steigt mit zunehmendem

Schweregrad der Adipositas. Adipositas und die Folgekrankheiten sind national wie international ein bedeutendes Public Health Problem und eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem: Die OECD-Länder geben ca. 8,4% ihrer Gesundheitsausgaben für die Behandlung von Erkrankungen, die in Zusammenhang mit Adipositas stehen, aus [4]. Weltweit hat sich der Anteil an Menschen mit Adipositas seit 1975 verdreifacht [5] und auch in Deutschland nimmt der Anteil seit 1990 kontinuierlich zu [6, 7]. Inwiefern diese Zunahme der Übergewichts- und Adipositasprävalenzen in der Bevölkerung – auch vor dem

GEDA 2019/2020-EHIS

Fünfte Folgerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Studiendesign: Telefonische Querschnitterhebung

Grundgesamtheit: Deutschsprachige Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, die über Festnetz oder Mobilfunk erreichbar sind

Stichprobenziehung: Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.)

Stichprobenumfang: 23.001 Teilnehmende

Datenerhebungszeitraum: April 2019 bis September 2020

GEDA-Erhebungswellen:

- ▶ GEDA 2009
- ▶ GEDA 2010
- ▶ GEDA 2012
- ▶ GEDA 2014/2015-EHIS
- ▶ GEDA 2019/2020-EHIS

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

Hintergrund der COVID-19-Pandemie – weiter anhält, kann mit aktuellen Befragungsdaten der Studie GEDA 2019/2020-EHIS beurteilt werden. Der vorliegende Beitrag stellt aktuelle Übergewichts- und Adipositasprävalenzen nach Geschlecht, Alters- und Bildungsgruppen dar.

Indikator

Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) ist eine bundesweite Querschnittbefragung der in Deutschland lebenden Wohnbevölkerung. Die fünfte Folgerhebung, GEDA 2019/2020-EHIS, fand zwischen April 2019 und September 2020 statt. In GEDA 2019/2020-EHIS wurden 23.001 Teilnehmende im Alter ab 15 Jahren zum Gesundheitszustand, zur Gesundheitsversorgung, zum Gesundheitsverhalten sowie zum demografischen und sozioökonomischen Hintergrund befragt. Die Interviewdauer betrug ca. 40 Minuten. Die Responserate lag bei 21,6 %. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2019/2020-EHIS findet sich im Beitrag [Gesundheit in Deutschland aktuell \(GEDA 2019/2020-EHIS\) – Hintergrund und Methodik](#) in Ausgabe 3/2021 des Journal of Health Monitoring [8].

In GEDA 2019/2020-EHIS wurden Körpergröße und Körpergewicht durch eine Selbstangabe der Teilnehmenden in einer telefonischen Befragung mittels eines programmierten, vollstrukturierten Fragebogens (Computer Assisted Telephone Interview, CATI) erfasst. Die Frage zur Körpergröße lautete: „Wie groß sind Sie, wenn Sie keine Schuhe tragen?“ Die Angabe erfolgte in cm. Die Frage nach dem Körpergewicht war: „Wie viel wiegen Sie, wenn Sie keine Kleidung und Schuhe tragen? Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in kg an. Schwangere Frauen geben bitte ihr Gewicht vor der Schwangerschaft an.“

In GEDA 2019/2020-EHIS liegen Selbstangaben der Teilnehmenden zu Körpergewicht und Körpergröße vor, mit denen das Körpergewicht im Vergleich zu standardisiert gemessenen Werten häufig unterschätzt, die Körpergröße dagegen eher überschätzt wird. Dadurch ist der mit Selbstangaben berechnete Body Mass Index (BMI; siehe [Infobox](#)) geringer, als ein mit gemessenen Körpergewichtsdaten ermittelter BMI [9], so dass Übergewichts- und Adipositasprävalenzen aus der GEDA-Zeitreihe niedriger liegen, als diejenigen aus Messdaten der Befragungs- und Untersuchungssurveys. Daher wird das aktuelle Ausmaß der Verbreitung von Übergewicht (einschließlich Adipositas) und Adipositas möglicherweise unterschätzt.

Zur Beschreibung von Geschlechterunterschieden wurde in GEDA 2019/2020-EHIS die Geschlechtsidentität verwendet [10]. Die Befragten konnten angeben, welchem Geschlecht sie sich zugehörig fühlen. Unter den Befragten ab 18 Jahren gaben 11.959 Personen eine weibliche und 10.687 Personen eine männliche Identität an. 62 Befragte gaben eine andere Geschlechtsidentität an oder machten keine Angaben. In den Auswertungen nach Geschlecht werden Personen mit anderer Geschlechtsidentität oder keiner Angabe nicht ausgewiesen. Die vorliegenden Analysen beruhen auf Daten von 22.414 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren mit gültigen Angaben zu Körpergewicht und -größe; für Analysen nach Geschlecht, Alters- und Bildungsgruppen werden 11.736 Frauen und 10.618 Männer herangezogen.

Um Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur zu korrigieren, wurden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt. Zunächst erfolgte eine Designgewichtung für die unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten (Mobilfunk und Festnetz) und anschließend

Infobox

Body Mass Index (BMI)

Um den BMI zu berechnen wird das Körpergewicht einer Person in Kilogramm durch das Quadrat der Körpergröße (gemessen in Metern) dividiert. Die BMI-Kategorien werden nach der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [1] wie folgt definiert:

Untergewicht: BMI < 18,5 kg/m²,

Normalgewicht: BMI 18,5–<25,0 kg/m²,

Übergewicht (inkl. Adipositas): BMI ≥ 25,0 kg/m²,

Adipositas: BMI ≥ 30,0 kg/m²,

Adipositas mit Schweregrad 1: BMI 30–<35 kg/m²,

Adipositas mit Schweregrad 2: BMI 35–<40 kg/m²,

Adipositas mit Schweregrad 3: BMI ≥ 40,0 kg/m².

eine Anpassung an die amtlichen Bevölkerungszahlen bezogen auf Alter, Geschlecht, Bundesland und Kreistyp (Stand: 31.12.2019). Zusätzlich wird an die Bildungsverteilung im Mikrozensus 2017 nach der International Standard Classification of Education (ISCED-Klassifikation) [11] angepasst.

Im vorliegenden Beitrag werden Prävalenzen mit 95%-Konfidenzintervallen (95 %-KI) für die Indikatoren Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht ohne Adipositas, Adipositas und Übergewicht (einschließlich Adipositas) tabellarisch berichtet. Im Text werden aus Platzgründen nur die Indikatoren Adipositas und Übergewicht (einschließlich Adipositas) nach Geschlecht, Alters- und Bildungsgruppen beschrieben. Beim Vergleich der aktuellen Prävalenzen aus GEDA 2019/2020-EHIS mit früheren GEDA Befragungen muss berücksichtigt werden, dass sich nicht nur das Verfahren der Stichprobenziehung (Einwohnermeldeamt, Mobilfunk-/Festnetzgesamtheit) und der Befragungsmodus (Papier, Telefon, Online) sondern auch Frageformulierungen leicht geändert haben. Aus diesem Grund ist ein Vergleich mit GEDA 2014/2015-EHIS nur eingeschränkt möglich [12] und für Prävalenzvergleiche im Zeitverlauf wird die GEDA-Befragung 2012 herangezogen. Grundlage für die Berechnung von Trends waren altersstandardisierte Prävalenzen zu beiden Erhebungszeitpunkten, deren Unterschied mittels univariabler logistischer Regression geprüft wurde. Auch wenn mit der Gewichtung eine Anpassung der Studienpopulation nach oben genannten Kriterien an die Bevölkerungszusammensetzung zum Befragungszeitpunkt erfolgt, können Abweichungen der Studienpopulation im Hinblick auf andere Merkmale nicht ausgeschlossen werden. Die Vergleiche zwischen GEDA 2012 und GEDA 2019/2020-EHIS erfolgen

aus Platzgründen in diesem Faktenblatt nur für die Gesamtprävalenz und die Prävalenzen stratifiziert nach Geschlecht für die Indikatoren Übergewicht (einschließlich Adipositas) und Adipositas. Von einem signifikanten Unterschied wird ausgegangen, wenn der unter Berücksichtigung der Gewichtung und des Surveydesigns berechnete p-Wert kleiner als 0,05 ist.

Ergebnisse und Einordnung

In Deutschland sind insgesamt 53,5% der Bevölkerung (46,6% der Frauen und 60,5% der Männer) von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen. Bei 19,0% der Erwachsenen liegt eine Adipositas vor. Während deutlich mehr Männer als Frauen Übergewicht (einschließlich Adipositas) aufweisen, gibt es in der Adipositashäufigkeit keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Tabelle 1).

Es zeigt sich, dass die altersstandardisierte Prävalenz von Übergewicht (einschließlich Adipositas) in den letzten Jahren unverändert hoch ist. Sie lag 2012 bei 53,0% (Frauen 46,3%, Männer 59,7%). Im Vergleich zu GEDA 2012 zeigt sich keine deutliche Veränderung. Dagegen ist die Adipositasprävalenz seit GEDA 2012 sowohl bei Frauen (+2,5 Prozentpunkte) als auch bei Männern (+2,1 Prozentpunkte) weiter angestiegen. Demnach haben derzeit knapp 13 Millionen Erwachsene in Deutschland eine Adipositas.

Prävalenzen für Übergewicht (einschließlich Adipositas) als auch für Adipositas finden sich in ähnlicher Größenordnung auch in der amtlichen Statistik, deren Daten ebenfalls auf Selbstangaben der Befragten beruhen. Im Mikrozensus von 2017 weisen 52,7% der Erwachsenen ein Übergewicht (einschließlich Adipositas) auf, 16,3% eine Adipositas [13]. Im Vergleich zur ersten Befragung 1999

Nach Selbstangaben sind in Deutschland 46,6 % der Frauen und 60,5 % der Männer von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen, 19,0 % der Erwachsenen weisen eine Adipositas auf.

Mit zunehmendem Alter steigt sowohl bei Frauen als auch bei Männern die Prävalenz von Übergewicht (einschließlich Adipositas) und Adipositas an.

zeigt sich ein Anstieg um 3,5 Prozentpunkte bei Frauen und um 6 Prozentpunkte bei Männern. Somit bestätigen die GEDA 2019/2020-EHIS-Ergebnisse die mit anderen bevölkerungsbezogenen Daten beobachteten Trends zur Entwicklung der Adipositasprävalenz.

Laut GEDA 2019/2020-EHIS haben 13,2 % (12,5 %–13,9 %) der Erwachsenen eine Adipositas mit Schweregrad 1, 4,0 % (3,6 %–4,5 %) mit Schweregrad 2 und 1,8 % (1,5 %–2,2 %) mit Schweregrad 3. Im Vergleich zu GEDA 2012 hat es bei Schweregrad 1 eine Zunahme um 1,1 Prozentpunkte, bei Schweregrad 2 um 0,7 Prozentpunkte und bei Schweregrad 3 um 0,5 Prozentpunkte gegeben. Auch bundesweite, vertragsärztliche Abrechnungsdaten zeigen, dass die Prävalenz der diagnostizierten Adipositas zwischen 2009 und 2018 deutlich angestiegen ist: beim Schweregrad 1 von 3,5 % auf 13,6 %, beim Schweregrad 2 von 1,7 % auf 11,7 % und beim Schweregrad 3 von 1,1 % auf 7,1 % [14]. Die deutliche Prävalenzzunahme in den Abrechnungsdaten zwischen 2009 und 2018 ist allerdings auch auf die Codierung zurückzuführen: der Anteil unspezifisch codierter Adipositasdiagnosen nahm über die Zeit ab, und es wird zunehmend differenziert nach Schweregrad codiert. Auch deshalb ist die weitere Verbreitung der Adipositas in der letzten Dekade in allen Schweregraden zu beobachten.

Die Häufigkeit von Übergewicht (einschließlich Adipositas) steigt mit zunehmendem Alter an und auch der Anteil an Frauen und Männern, die von einer Adipositas betroffen sind, nimmt im Lebensverlauf stetig zu: Während in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre lediglich rund 10 % der Frauen und Männer eine Adipositas aufweisen, steigt dieser Anteil bei den 45- bis 64-Jährigen auf über 20 % an. Diese alters- und geschlechtsspezifischen Entwicklungen

decken sich auch mit Ergebnissen aus früheren Untersuchungssurveys des Robert Koch-Instituts [7]. Ein statistisch signifikanter Anstieg der Adipositasprävalenz wird seit GEDA 2012 vor allem bei jungen Frauen in der Altersgruppe 18- bis 29 Jahre (von 5,7 % auf 10,0 %) und in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen beobachtet: von 19,3 % auf 22,9 % bei Frauen und von 20,4 % auf 23,8 % bei Männern. Seit GEDA 2012 unverändert ist die Adipositasprävalenz in der Altersgruppe 65 Jahre und älter. Während in den letzten Jahren vor allem ein Anstieg im jungen Erwachsenenalter erfolgt ist, zeigt sich nun auch ein Anstieg in der mittleren Altersgruppe.

Eine Adipositas liegt in der unteren Bildungsgruppe im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe deutlich häufiger vor, eine Tatsache, die bereits in früheren bevölkerungsweiten Surveys international [15, 16] und auch für Deutschland [17] beschrieben wurde: Mehr als doppelt so viele Frauen und Männer in der unteren im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe weisen eine Adipositas auf, mit Ausnahme der Männer in der Altersgruppe 65 Jahre und älter. Auch für den Indikator Übergewicht (einschließlich Adipositas) finden sich bei Frauen in der unteren Bildungsgruppe 1,5-fach höhere Prävalenzen im Vergleich zu Frauen der oberen Bildungsgruppe, auch hier mit Ausnahme der 65-Jährigen und Älteren. Bei Männern sind diese Unterschiede lediglich bei den 45- bis 64-Jährigen zu beobachten. Inwiefern sich diese Unterschiede seit GEDA 2012 verändert haben, werden weitere Auswertungen der GEDA-Daten zeigen. Ergebnisse aus dem Zeitraum 1990 bis 2011 deuten jedoch durch den unterschiedlichen Anstieg der Adipositasprävalenz in den sozioökonomischen Statusgruppen auf eine Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit hin [17].

Tabelle 1
 Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht
 und Adipositas nach Geschlecht,
 Alters- und Bildungsgruppe
 (n=11.736 Frauen, n=10.618 Männer)
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Untergewicht		Normalgewicht		Übergewicht (ohne Adipositas)		Adipositas		Übergewicht (einschl. Adipositas)	
	BMI	< 18,5 kg/m ²	18,5–<25,0 kg/m ²	25,0–<30 kg/m ²	≥ 30 kg/m ²	≥ 25 kg/m ²				
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt	2,3	(2,0–2,7)	44,2	(43,2–45,2)	34,5	(33,5–35,4)	19,0	(18,2–19,8)	53,5	(52,5–54,5)
Frauen	3,4	(2,9–4,0)	50,0	(48,6–51,4)	27,6	(26,5–28,9)	19,0	(17,9–20,1)	46,6	(45,3–48,0)
18–29 Jahre	7,2	(5,2–9,9)	66,6	(62,4–70,6)	16,2	(13,3–19,6)	10,0	(7,5–13,2)	26,2	(22,5–30,2)
Untere Bildungsgruppe	15,5	(8,5–26,6)	56,9	(45,6–67,6)	19,9	(12,5–30,2)	7,7	(3,6–15,7)	27,6	(18,9–38,4)
Mittlere Bildungsgruppe	4,4	(2,7–7,2)	66,7	(61,1–71,8)	16,1	(12,5–20,7)	12,7	(9,2–17,4)	28,9	(24,0–34,4)
Obere Bildungsgruppe	8,4	(5,2–13,1)	75,4	(68,9–81,0)	13,1	(8,9–18,8)	3,1	(1,7–5,6)	16,2	(11,7–22,0)
30–44 Jahre	4,1	(3,0–5,7)	55,1	(51,9–58,3)	26,2	(23,5–29,1)	14,6	(12,4–16,9)	40,8	(37,7–43,9)
Untere Bildungsgruppe	2,2	(0,4–10,3)	50,4	(37,3–63,4)	28,0	(17,7–41,3)	19,4	(11,3–31,3)	47,4	(34,6–60,6)
Mittlere Bildungsgruppe	4,1	(2,4–6,8)	50,0	(45,7–54,4)	29,5	(25,8–33,5)	16,4	(13,6–19,7)	45,9	(41,6–50,2)
Obere Bildungsgruppe	5,1	(3,6–7,2)	65,6	(62,1–69,0)	20,1	(17,4–23,1)	9,1	(7,2–11,5)	29,3	(26,1–32,7)
45–64 Jahre	2,0	(1,5–2,6)	47,0	(44,9–49,0)	28,2	(26,4–30,1)	22,9	(21,1–24,8)	51,1	(49,0–53,1)
Untere Bildungsgruppe	1,2	(0,3–3,9)	36,3	(29,2–44,1)	23,5	(17,7–30,5)	39,0	(31,7–46,9)	62,5	(54,8–69,7)
Mittlere Bildungsgruppe	1,8	(1,3–2,6)	47,0	(44,4–49,5)	29,8	(27,6–32,2)	21,4	(19,4–23,6)	51,2	(48,7–53,7)
Obere Bildungsgruppe	2,9	(2,1–3,9)	54,6	(52,1–57,1)	27,0	(24,9–29,2)	15,5	(13,7–17,5)	42,5	(40,1–45,0)
≥ 65 Jahre	2,6	(1,9–3,5)	41,1	(38,8–43,5)	34,0	(31,8–36,3)	22,4	(20,4–24,5)	56,3	(53,9–58,7)
Untere Bildungsgruppe	3,6	(1,9–6,6)	40,1	(34,7–45,8)	31,4	(26,4–36,8)	24,9	(20,4–30,1)	56,3	(50,6–61,8)
Mittlere Bildungsgruppe	1,8	(1,3–2,5)	39,5	(37,0–42,1)	35,8	(33,3–38,3)	22,9	(20,7–25,3)	58,7	(56,1–61,2)
Obere Bildungsgruppe	3,1	(2,2–4,4)	50,2	(47,3–53,1)	33,8	(31,1–36,6)	12,9	(11,1–14,9)	46,7	(43,8–49,5)
Männer	1,3	(0,9–1,7)	38,3	(36,9–39,7)	41,3	(39,9–42,8)	19,1	(18,0–20,3)	60,5	(59,0–61,9)
18–29 Jahre	2,7	(1,8–4,1)	60,7	(56,9–64,4)	27,2	(23,9–30,7)	9,3	(7,2–12,1)	36,5	(32,9–40,3)
Untere Bildungsgruppe	5,6	(2,9–10,5)	56,7	(47,9–65,1)	21,7	(15,4–29,7)	16,0	(9,8–25,1)	37,7	(29,5–46,7)
Mittlere Bildungsgruppe	2,2	(1,3–3,9)	61,0	(55,9–65,8)	28,9	(24,4–33,8)	7,9	(5,6–11,1)	36,8	(32,0–41,8)
Obere Bildungsgruppe	0,8	(0,3–2,2)	65,0	(59,0–70,6)	28,3	(23,1–34,1)	5,9	(3,6–9,6)	34,2	(28,6–40,2)
30–44 Jahre	1,4	(0,7–2,9)	40,4	(37,2–43,6)	39,5	(36,3–42,7)	18,7	(16,3–21,5)	58,2	(54,9–61,4)
Untere Bildungsgruppe	3,8	(0,9–14,1)	36,7	(25,2–49,9)	33,7	(22,7–46,7)	25,9	(16,4–38,3)	59,5	(46,4–71,5)
Mittlere Bildungsgruppe	1,4	(0,6–3,5)	37,0	(32,5–41,8)	40,2	(35,6–45,0)	21,3	(17,7–25,4)	61,5	(56,8–66,1)
Obere Bildungsgruppe	0,5	(0,1–1,6)	47,4	(43,7–51,1)	40,0	(36,4–43,6)	12,1	(10,1–14,5)	52,1	(48,4–55,8)
45–64 Jahre	1,0	(0,5–1,9)	30,4	(28,3–32,5)	44,9	(42,6–47,2)	23,8	(21,7–26,0)	68,7	(66,5–70,8)
Untere Bildungsgruppe	2,4	(0,5–10,2)	16,9	(10,9–25,2)	44,1	(34,3–54,5)	36,6	(27,4–47,0)	80,8	(71,9–87,4)
Mittlere Bildungsgruppe	1,2	(0,6–2,3)	30,5	(27,5–33,7)	43,2	(39,9–46,4)	25,2	(22,4–28,2)	68,3	(65,1–71,4)
Obere Bildungsgruppe	0,2	(0,1–0,5)	34,5	(32,3–36,9)	48,3	(45,9–50,7)	17,0	(15,3–18,9)	65,3	(62,9–67,5)
≥ 65 Jahre	0,4	(0,2–0,9)	31,4	(29,0–33,9)	48,5	(45,8–51,2)	19,7	(17,6–21,9)	68,2	(65,6–70,6)
Untere Bildungsgruppe	0,2	(0,0–1,5)	31,5	(21,3–43,8)	43,9	(32,6–55,8)	24,4	(15,5–36,4)	68,3	(56,0–78,5)
Mittlere Bildungsgruppe	0,6	(0,2–1,5)	29,7	(26,3–33,2)	49,6	(45,9–53,4)	20,2	(17,4–23,3)	69,8	(66,2–73,2)
Obere Bildungsgruppe	0,3	(0,1–1,0)	34,4	(32,1–36,7)	48,5	(46,0–51,0)	16,8	(15,0–18,8)	65,3	(63,0–67,6)

BMI = Body Mass Index, KI = Konfidenzintervall

Adipositas ist in unteren
 Bildungsgruppen im
 Vergleich zu oberen
 Bildungsgruppen deutlich
 weiter verbreitet.

Die Adipositasprävalenz ist im Vergleich zu GEDA 2012 weiter angestiegen. Eine deutliche Zunahme zeigt sich insbesondere bei den 45- bis 64-jährigen Erwachsenen.

Somit lässt sich festhalten, dass das Ziel der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie aus dem Jahr 2016 [18], den Anteil der Erwachsenenbevölkerung mit einer Adipositas nicht weiter ansteigen zu lassen, noch nicht erreicht ist. Der Vergleich der GEDA-Daten von 2012 und 2019/2020 zeigt einen weiteren Anstieg. Ob und ggf. welchen Einfluss die Monate mit strikten Eindämmungsmaßnahmen aufgrund der COVID-19-Pandemie auf die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen hatten, lässt sich anhand der vorliegenden Surveydaten nicht feststellen. Erste Auswertungen aus GEDA 2019/2020-EHIS zum Körpergewicht und BMI, zeigen zwar, dass es von April bis August 2020 im Vergleich zu April bis August 2019 zu einer Zunahme des Körpergewichts und BMI gekommen ist [19], dieser Anstieg hat sich jedoch zwischen Oktober 2020 und Januar 2021 nicht weiter fortgesetzt. Nichtsdestotrotz hat im Vergleich zum Zeitraum vor der Pandemie der mittlere BMI um 0,3 Einheiten und das Körpergewicht um 0,8 kg zugenommen [20]. Diese Gewichtszunahme erscheint zunächst einmal gering, ist aber deutlich höher als die durchschnittliche mittlere Gewichtszunahme pro Jahr für 45- bis 64-jährige Kohortenteilnehmende: Sie beträgt lediglich 250 g bei Männern und 240 g bei Frauen [21].

Zukünftige strukturierte Behandlungsprogramme für Betroffene mit Adipositas (sog. Disease Management Programme, DMP) sollen helfen, die Adipositasbehandlung zu verbessern. Derzeit wird ein DMP Adipositas entwickelt. Hervorzuheben ist das große Präventionspotenzial von Übergewicht und Adipositas. Dabei sollten sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Präventionsmaßnahmen adressiert werden, die darauf abzielen gesundheitliche Chancenungleichheit abzubauen.

Korrespondenzadresse

Dr. Anja Schienkiewitz
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: SchienkiewitzA@rki.de

Zitierweise

Schienkiewitz A, Kuhnert R, Blume M, Mensink GBM (2022) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. J Health Monit 7(3): 23–31. DOI 10.25646/10292

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter: www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

Die Studie GEDA 2019/2020-EHIS unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens zugestimmt (Antragsnummer EA2/070/19). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre mündliche Einwilligung (informed consent).

Datenverfügbarkeit

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass für die den Ergebnissen zugrunde liegenden Daten einige Zugangsbeschränkungen gelten. Der Datensatz kann nicht öffentlich zugänglich gemacht werden, da die Einwilligung (informed

consent) der Studienteilnehmenden die öffentliche Bereitstellung der Daten nicht abdeckt. Der minimale Datensatz, der den Ergebnissen zugrunde liegt, ist im Forschungsdatenzentrum des Robert Koch-Instituts archiviert und kann von Forschenden auf begründete Anfrage eingesehen werden. Der Datenzugriff ist vor Ort im Secure Data Center des Forschungsdatenzentrums des Robert Koch-Instituts möglich. Anfragen können per E-Mail an fdz@rki.de gestellt werden.

Förderungshinweis

Die Studie GEDA 2019/2020-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Hinweis

Das Dashboard [Gesundheit in Deutschland aktuell – GEDA 2019/2020](#) enthält in den Bereichen Gesundheitsverhalten, Gesundheitsversorgung, Gesundheitszustand, Körperliche und Psychische Gesundheit über 40 Gesundheitsindikatoren. Diese sind abrufbar nach Geschlecht, Alter, Bildung und Bundesland. So findet sich z. B. der Gesundheitsindikator Körpergewicht unter der Kategorie Gesundheitsverhalten. Weitere Informationen: www.rki.de/geda-dashboard

Literatur

1. World Health Organization (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO. Technical Report Series 894. Geneva, Switzerland
2. Carmienke S, Freitag MH, Pischon T et al. (2013) General and abdominal obesity parameters and their combination in relation to mortality: a systematic review and meta-regression analysis. *Eur J Clin Nutr* 67(6):573–585
3. Flegal KM, Kit BK, Orpana H et al. (2013) Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 309(1):71–82
4. Organisation for Economic Cooperation and Development (2019) The Heavy Burden of Obesity – The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris
5. Non-communicable Diseases Risk Factor Collaboration (2017) Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 390(10113):2627–2642
6. Finger JD, Busch MA, Du Y et al. (2016) Time Trends in Cardiometabolic Risk Factors in Adults. *Dtsch Arztebl Int* 113(42):712–719
7. Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M et al. (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 56(5/6):786–794
8. Allen J, Born S, Damerow S et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. *J Health Monit* 6(3):72–87. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8753> (Stand: 04.07.2022)
9. Connor Gorber S, Tremblay M, Moher D et al. (2007) A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obes Rev* 8(4):307–326
10. Pöge K, Rommel A, Starker A et al. (2022) Erhebung geschlechtlicher Diversität in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS – Ziele, Vorgehen und Erfahrungen. *J Health Monit* 7(2): 52–71. <https://edoc.rki.de/handle/176904/9885> (Stand: 05.07.2022)
11. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus 2017. DOI: 10.21242/12211.2 017.00.00.1.1.1, eigene Berechnungen

12. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Arch Public Health 75:40

13. Destatis (2018) Mikrozensus 2017 – Fragen zur Gesundheit. Körpermaße der Bevölkerung 2017. Wiesbaden.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/koerpermasse-5239003179004.pdf> (Stand: 30.08.2022)

14. Steffen A, Holstiege J, Akmatov M et al. (2021) Trends in der Diagnoseprävalenz der Adipositas in der vertragsärztlichen Versorgung von 2009 bis 2018. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) Versorgungsatlas-Bericht Nr 21/10 Berlin.
<https://doi.org/10.20364/VA-21.10> (Stand: 04.07.2022)

15. Devaux M, Sassi F (2013) Social inequalities in obesity and overweight in 11 OECD countries. Eur J Public Health 23(3):464–469

16. Hoffmann K, De Gelder R, Hu Y et al. (2017) Trends in educational inequalities in obesity in 15 European countries between 1990 and 2010. Int J Behav Nutr Phys Act 14(1):63

17. Hoebel J, Kuntz B, Kroll LE et al. (2019) Socioeconomic Inequalities in the Rise of Adult Obesity: A Time-Trend Analysis of National Examination Data from Germany, 1990–2011. Obes Facts 12(3):344–356

18. Die Bundesregierung (2016) Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie, Neuauflage 2016. Bundeskanzleramt, Berlin.
<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/318676/3d30c6c2875a9a08d364620ab7916af6/2017-01-11-nachhaltigkeitsstrategie-data.pdf?download=1> (Stand: 05.07.2022)

19. Damerow S, Rommel A, Prütz F et al. (2020) Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. J Health Monit 5(4):3–22.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/7548.2> (Stand: 20.07.2022)

20. Damerow S, Rommel A, Beyer AK et al. (2022) Gesundheitliche Lage in Deutschland in der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020 – Ein Update. J Health Monit 7(S3):2–21.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/9907> (Stand: 23.08.2022)

21. Haftenberger M, Mensink GBM, Herzog B et al. (2016) Changes in body weight and obesity status in German adults: results of seven population-based prospective studies. Eur J Clin Nutr 70(3):300–305

Impressum

Journal of Health Monitoring

www.rki.de/journalhealthmonitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de

Verantwortlicher Redakteur

Dr. Thomas Ziese
Stellvertretung: Dr. Anke-Christine Saß

Redakteurinnen und Redakteure

Dr. Martina Groth, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Franziska Prütz, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Simone Stimm

Satz

Katharina Behrendt, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit