

Autorinnen und Autoren:

Anja Schienkewitz, Gert B. M. Mensink,
Ronny Kuhnert, Cornelia Lange

Journal of Health Monitoring · 2017 2(2)

DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-025

Robert Koch-Institut, Berlin

Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland

Abstract

Körpergewicht und Körpergröße sowie daraus abgeleitete Indikatoren wie Übergewicht und Adipositas sind wichtige Merkmale zur Beschreibung des Gesundheitszustands einer Bevölkerung. In den letzten Dekaden hat die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas weltweit zugenommen und ist daher von bedeutender Public-Health-Relevanz. Nach Auswertung der Selbstangaben zu Körpergewicht und Körpergröße aus den Daten des GEDA 2014/2015-EHIS sind in Deutschland 54,0% der Erwachsenen von Übergewicht einschließlich Adipositas betroffen (Body Mass Index (BMI) über 25 kg/m²). Männer haben mit 43,3% häufiger Übergewicht (BMI zwischen 25 und 30 kg/m²) als Frauen (28,8%). Die Adipositasprävalenz (BMI über 30 kg/m²) liegt bei 18,1% und unterscheidet sich zwischen beiden Geschlechtern nicht wesentlich. Mit zunehmendem Alter steigt sowohl bei Frauen als auch bei Männern die Prävalenz von Übergewicht und/oder Adipositas an. Insgesamt zeigt sich, dass die Prävalenz von Übergewicht einschließlich Adipositas in den letzten Jahren unverändert hoch ist. Im Vergleich zu GEDA 2010 hat die Adipositasprävalenz zugenommen.

◆ ÜBERGEWICHT · ADIPOSITAS · SELBSTANGABEN · GESUNDHEITSMONITORING · DEUTSCHLAND

Einleitung

Wenn das Körpergewicht bei einer gegebenen Körpergröße über das Normalmaß hinausgeht, spricht man von Übergewicht. Starkes Übergewicht wird auch als Adipositas bezeichnet und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eigenständige Krankheit eingestuft [1]. Eine Adipositas ist ein Risikofaktor für bestimmte chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 [2], Herz-Kreislauf-Erkrankungen [3] und einzelne Krebserkrankungen [4] und geht mit einem höheren Risiko frühzeitig zu sterben einher [5, 6]. Adipositas und die damit verbundenen Folgeerkrankungen sind für das Gesundheitssystem eine erhebliche Herausforderung und stellen nicht nur in Deutschland,

sondern auch international ein bedeutendes Public-Health-Problem dar.

Vor diesem Hintergrund hat die WHO im Rahmen des Globalen Aktionsplans gegen nichtübertragbare Krankheiten das Ziel formuliert, dass die Prävalenz der Adipositas bis zum Jahr 2025 (im Vergleich zu 2010) nicht weiter zunehmen soll [7]. Auch in der Neuauflage der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung 2016 lautet das Ziel, den Anteil an Personen mit Adipositas in Deutschland bis zum Jahr 2030 nicht weiter ansteigen zu lassen [8].

Indikator

Der Body Mass Index (BMI) ist das am häufigsten verwendete Maß zur Definition von Übergewicht und Adi-

GEDA 2014/2015-EHIS

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

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamtstichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Response rate: 26,9%

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. 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 schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter
www.geda-studie.de

positas. Er wird als das Verhältnis von Körpergewicht zum Quadrat der Körpergröße (kg/m^2) berechnet, ist somit relativ einfach zu erfassen und als Vergleichsmaß für Personen oder Studienpopulationen zu verwenden. Der BMI gibt nicht direkt Auskunft über den Körperfettgehalt, da er keine Differenzierung der Körperzusammensetzung in Fett- und Muskelmasse ermöglicht, aber die Forschung hat gezeigt, dass er auf Gruppenebene gut mit direkten Messungen zur Bestimmung der Körperfettmasse korreliert. Ein hoher BMI kann somit einen Indikator für einen hohen Körperfettanteil darstellen. Nach dem Klassifikationsschema der WHO ist ein Erwachsener mit einem BMI von weniger als $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ untergewichtig. Ein BMI zwischen $18,5$ und weniger als $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ wird als Normalgewicht, ein BMI von 25 bis unter $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ als Übergewicht und ein BMI von $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ und mehr als Adipositas definiert [1].

In Studien werden Angaben zum Körpergewicht und zur Körpergröße zur Definition des BMI entweder gemessen oder über Selbstangaben erfragt. Bei Selbstangaben wird das Körpergewicht im Vergleich zu gemessenen Werten häufig unterschätzt, die Körpergröße dagegen eher überschätzt. Der berechnete BMI aus Selbstangaben liegt somit niedriger als aus Messwerten [9]. Die hier dargestellten Prävalenzen aus der Zeitreihe der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) beruhen auf Selbstangaben der Befragten und unterscheiden sich damit von Prävalenzen aus Messdaten der Befragungs- und Untersuchungssurveys des Robert Koch-Instituts, wie dem Bundesgesundheitsurvey 1998 (BGS98) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1) [10].

Nach Ergebnissen von DEGS 1 haben 23,9 % der Frauen und 23,3% der Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren Adipositas [10]. Beim direkten Vergleich der Prävalenzen aus verschiedenen Datenquellen wie zwischen DEGS 1 und GEDA 2014/2015-EHIS ist zu berücksichtigen, dass die aus Selbstangaben berechneten Prävalenzen geringer ausfallen. Beim Vergleich der aktuellen GEDA 2014/2015-EHIS-Zahlen mit früheren GEDA-Befragungen muss berücksichtigt werden, dass sich das Verfahren der Stichprobenziehung sowie der Befragungsmodus (Selbstaussüllfragebogen, telefonisches Interview) geändert haben.

In GEDA 2014/2015-EHIS lautete die Frage: „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 den hier dargestellten Tabellen wird die Prävalenz für Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas sowie Übergewicht einschließlich Adipositas der Bevölkerung ab 18 Jahren ausgewiesen. Die Ergebnisse werden nach Geschlecht, Alter und Bildung stratifiziert dargestellt, für Adipositas zusätzlich nach Geschlecht und Bundesland.

Die Analysen basieren auf Daten von 23.791 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (13.006 Frauen, 10.785 Männer) mit gültigen Angaben zu Körpergewicht und -größe. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung

korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung wider und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die Angaben der Teilnehmenden zur Bildung vergleichbar zu machen [11]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich im Beitrag [Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa](#) in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Ergebnisse und Einordnung

In Deutschland weisen nach Auswertung der GEDA 2014/2015-EHIS-Daten 46,7% der Frauen und 61,6% der Männer einen BMI von mehr als 25 kg/m² auf und sind damit übergewichtig oder adipös. 28,8% der Frauen und 43,3% der Männer haben einen BMI zwischen 25 und 30 kg/m² und 18,1% der Erwachsenen sind von Adipositas betroffen (Tabelle 1 und Tabelle 2). Es zeigt sich, dass die Prävalenz von Übergewicht einschließlich Adipositas in den letzten Jahren unverändert hoch ist.

47% der Frauen und 62% der Männer sind von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen, 18% der Erwachsenen weisen eine Adipositas auf.

Frauen	Untergewicht		Normalgewicht		Übergewicht		Adipositas		Übergewicht einschließlich Adipositas*	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	2,9	(2,5–3,3)	50,4	(49,3–51,6)	28,8	(27,8–29,8)	18,0	(17,1–18,9)	46,7	(45,6–47,9)
18–29 Jahre	7,5	(6,2–9,0)	66,4	(63,7–68,9)	16,5	(14,5–18,7)	9,7	(8,3–11,3)	26,2	(23,8–28,6)
Untere Bildungsgruppe	10,9	(7,4–15,8)	56,7	(50,6–62,6)	19,3	(14,9–24,6)	13,1	(9,3–18,1)	32,4	(26,9–38,4)
Mittlere Bildungsgruppe	6,5	(5,2–8,2)	67,5	(64,1–70,8)	16,3	(13,8–19,3)	9,6	(7,9–11,6)	25,9	(23,0–29,1)
Obere Bildungsgruppe	5,4	(3,5–8,3)	77,3	(72,6–81,4)	12,3	(9,5–15,7)	5,0	(3,3–7,5)	17,3	(13,9–21,3)
30–44 Jahre	2,4	(1,8–3,1)	56,1	(53,7–58,5)	24,2	(22,2–26,3)	17,3	(15,4–19,4)	41,5	(39,1–43,9)
Untere Bildungsgruppe	2,1	(0,8–5,8)	34,5	(28,4–41,1)	31,9	(25,7–38,8)	31,5	(24,7–39,2)	63,4	(56,6–69,6)
Mittlere Bildungsgruppe	2,1	(1,4–3,0)	55,2	(52,2–58,2)	25,3	(22,8–28,0)	17,4	(15,2–19,9)	42,7	(39,6–45,8)
Obere Bildungsgruppe	3,0	(2,0–4,6)	70,6	(67,5–73,5)	17,3	(15,0–19,9)	9,1	(7,2–11,4)	26,4	(23,7–29,3)
45–64 Jahre	1,6	(1,2–2,0)	48,3	(46,6–50,0)	30,5	(28,9–32,2)	19,6	(18,3–21,1)	50,1	(48,4–51,9)
Untere Bildungsgruppe	1,4	(0,7–2,9)	43,3	(39,0–47,8)	33,1	(28,9–37,6)	22,2	(18,7–26,0)	55,3	(50,9–59,5)
Mittlere Bildungsgruppe	1,6	(1,2–2,1)	46,9	(44,8–49,1)	30,4	(28,4–32,5)	21,1	(19,3–22,9)	51,5	(49,3–53,7)
Obere Bildungsgruppe	1,7	(1,1–2,6)	57,4	(54,4–60,2)	28,3	(25,8–30,9)	12,7	(10,9–14,7)	41,0	(38,1–43,9)
≥65 Jahre	2,2	(1,5–3,1)	38,9	(36,6–41,2)	37,6	(35,5–39,8)	21,3	(19,4–23,3)	58,9	(56,5–61,3)
Untere Bildungsgruppe	2,5	(1,5–4,2)	37,7	(34,1–41,5)	37,6	(34,1–41,3)	22,2	(19,1–25,5)	59,8	(55,9–63,6)
Mittlere Bildungsgruppe	2,2	(1,4–3,5)	38,2	(34,9–41,6)	38,8	(35,8–41,9)	20,8	(18,3–23,5)	59,6	(56,0–63,0)
Obere Bildungsgruppe	0,8	(0,3–2,2)	46,5	(41,3–51,8)	32,0	(27,4–37,1)	20,6	(16,2–25,8)	52,7	(47,4–57,9)
Gesamt (Frauen und Männer)	1,8	(1,6–2,1)	44,1	(43,2–45,1)	35,9	(35,1–36,7)	18,1	(17,4–18,9)	54,0	(53,1–54,9)

* Abweichungen der Prävalenz „Übergewicht einschließlich Adipositas“ von der Summe der Prävalenz aus „Übergewicht“ und „Adipositas“ sind auf Rundung der Nachkommastelle zurückzuführen; KI = Konfidenzintervall

Tabelle 1

Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas nach Alter und Bildungsstatus bei Frauen (n=13.006)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Sie lag 2012 für Frauen bei 45,8% und für Männer bei 59,7% [12]. Die Adipositasprävalenz der GEDA 2014/2015-EHIS-Daten unterscheidet sich zwischen beiden Geschlechtern nicht wesentlich und hat im Vergleich zu 2010 um zwei Prozentpunkte zugenommen [12].

Die aktuelle Situation sowie die Entwicklung der Adipositas auf der Basis von Selbstangaben zu Körpergröße und -gewicht können auch anhand der Daten aus dem Mikrozensus abgebildet werden. Der Anteil der Erwachsenen mit einer Adipositas betrug 2013

14,3% bei Frauen und 17,1% bei Männern [13]. Hier wurde ebenfalls ein Anstieg um 3,3 Prozentpunkte bei Frauen und um 5,0 Prozentpunkte bei Männern im Vergleich zur ersten Befragung aus dem Jahr 1999 verzeichnet. Damals waren insgesamt 11,5% der Erwachsenen (11,0% der Frauen, 12,1% der Männer) adipös [14]. Die aktuellen GEDA 2014/2015-EHIS-Ergebnisse bestätigen weitestgehend die mit den Daten aus dem Mikrozensus beobachteten Trends zur Entwicklung der Adipositasprävalenz.

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

Männer	Untergewicht		Normalgewicht		Übergewicht		Adipositas		Übergewicht einschließlich Adipositas*	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	0,8	(0,6–1,0)	37,6	(36,3–38,9)	43,3	(42,1–44,5)	18,3	(17,3–19,4)	61,6	(60,3–62,9)
18–29 Jahre	3,2	(2,4–4,4)	62,8	(59,7–65,8)	25,1	(22,3–28,0)	8,9	(7,2–10,8)	33,9	(31,0–37,0)
Untere Bildungsgruppe	6,3	(3,9–10,3)	60,6	(53,8–66,9)	23,9	(18,6–30,3)	9,2	(5,8–14,3)	33,1	(27,1–39,7)
Mittlere Bildungsgruppe	2,3	(1,5–3,6)	61,5	(57,6–65,3)	26,2	(22,9–29,8)	10,0	(7,8–12,6)	36,2	(32,4–40,1)
Obere Bildungsgruppe	1,4	(0,4–4,8)	73,2	(67,9–77,9)	21,8	(17,3–27,1)	3,6	(2,0–6,5)	25,4	(20,7–30,8)
30–44 Jahre	0,1	(0,1–0,4)	39,9	(37,2–42,6)	42,6	(40,0–45,3)	17,3	(15,3–19,6)	60,0	(57,2–62,7)
Untere Bildungsgruppe	0,3	(0,0–2,3)	37,1	(28,9–46,2)	45,5	(36,8–54,3)	17,1	(11,3–25,0)	62,5	(53,4–70,8)
Mittlere Bildungsgruppe	0,0	(0,0–0,2)	36,6	(33,3–40,0)	43,0	(39,6–46,5)	20,4	(17,5–23,5)	63,4	(60,0–66,7)
Obere Bildungsgruppe	0,3	(0,1–0,8)	46,8	(43,0–50,8)	41,1	(37,4–44,8)	11,8	(9,6–14,5)	52,9	(49,0–56,8)
45–64 Jahre	0,2	(0,1–0,4)	29,7	(28,0–31,5)	48,2	(46,3–50,1)	21,9	(20,3–23,6)	70,1	(68,3–71,7)
Untere Bildungsgruppe	0,3	(0,0–2,2)	27,3	(22,4–32,8)	46,8	(41,3–52,4)	25,6	(21,3–30,4)	72,4	(67,0–77,3)
Mittlere Bildungsgruppe	0,2	(0,1–0,6)	28,0	(25,9–30,4)	47,9	(45,3–50,6)	23,8	(21,4–26,3)	71,7	(69,4–73,9)
Obere Bildungsgruppe	0,1	(0,0–0,5)	33,5	(30,9–36,1)	49,3	(46,7–51,9)	17,2	(15,2–19,3)	66,4	(63,8–69,0)
≥ 65 Jahre	0,5	(0,3–0,9)	28,2	(26,3–30,3)	50,4	(48,2–52,7)	20,9	(19,0–22,8)	71,3	(69,2–73,2)
Untere Bildungsgruppe	0,6	(0,1–3,6)	25,5	(21,0–30,6)	49,2	(44,0–54,4)	24,7	(20,5–29,5)	73,9	(68,9–78,3)
Mittlere Bildungsgruppe	0,4	(0,2–1,0)	26,9	(24,0–30,1)	51,1	(47,4–54,8)	21,5	(18,8–24,5)	72,7	(69,5–75,6)
Obere Bildungsgruppe	0,5	(0,2–1,2)	32,0	(29,1–35,1)	49,9	(46,8–53,0)	17,6	(15,1–20,4)	67,5	(64,5–70,3)
Gesamt (Frauen und Männer)	1,8	(1,6–2,1)	44,1	(43,2–45,1)	35,9	(35,1–36,7)	18,1	(17,4–18,9)	54,0	(53,1–54,9)

* Abweichungen der Prävalenz „Übergewicht einschließlich Adipositas“ von der Summe der Prävalenz aus „Übergewicht“ und „Adipositas“ sind auf Rundung der Nachkommastelle zurückzuführen; KI = Konfidenzintervall

Tabelle 2

Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas nach Alter und Bildungsstatus bei Männern (n=10.785)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Mit zunehmendem Alter steigt sowohl bei Frauen als auch bei Männern die Prävalenz von Übergewicht einschließlich Adipositas an. Diese Beobachtung ist ebenfalls konsistent zu früheren Erhebungen [12]. Im Zeitverlauf betrachtet, hat die Adipositasprävalenz insbesondere

bei jüngeren Altersgruppen deutlich zugenommen: In der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre stieg die Adipositasprävalenz von 2010 bis 2014/2015 bei Frauen von 5,5% auf 9,7% und bei Männern von 5,4% auf 8,9%. In der Altersgruppe ab 65 Jahre zeigte sich für diesen Zeitraum

Die Adipositasprävalenz hat im Vergleich zu früheren Surveys zugenommen. Eine deutliche Zunahme zeigt sich insbesondere in den jüngeren Altersgruppen.

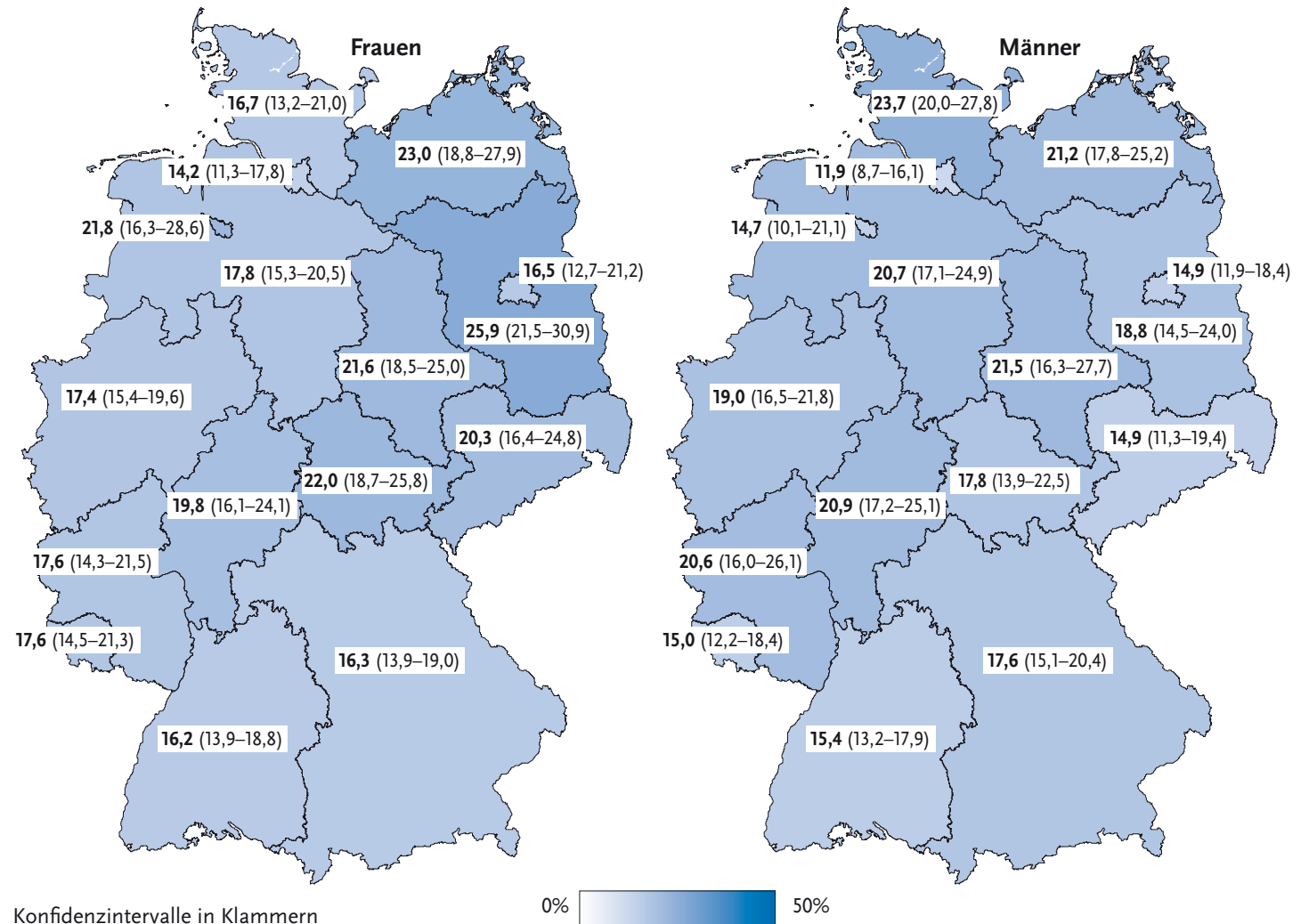


Abbildung 1
Adipositas bei Frauen und Männern
nach Bundesland
(n=13.006 Frauen; n=10.785 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

dagegen keine weitere Zunahme. Diese Entwicklungen decken sich auch mit Beobachtungen aus den Untersuchungssurveys des Robert Koch-Instituts [10]. Über 80% der Erwachsenen mit Adipositas bleiben auch nach 10 Jahren noch adipös [15] und haben dadurch ein erhöhtes Risiko für unterschiedliche Gesundheitsprobleme und Folgeerkrankungen.

Die Adipositasprävalenzen variieren zudem nach sozialen Merkmalen: Bei Personen der unteren im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe liegt häufiger eine Adipositas vor. Dieser Unterschied ist bei Frauen in allen Altersgruppen mit Ausnahme der 65-Jährigen und Älteren zu beobachten (Tabelle 1). Bei Männern ist dies erst in den älteren Altersgruppen ab 45 Jahren zu sehen (Tabelle 2).

Im Vergleich zur durchschnittlichen Prävalenz aller Bundesländer finden sich in GEDA 2014/2015-EHIS die höchsten Adipositasprävalenzen bei Frauen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern und bei Männern in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein. Deutlich niedrigere Adipositasprävalenzen werden für Frauen in Hamburg und Baden-Württemberg und für Männer in Hamburg beobachtet (Abbildung 1). Auch die Daten des Mikrozensus ermöglichen eine differenzierte Betrachtung der Adipositasprävalenzen auf regionaler Ebene. Dabei zeigt sich bei der Verbreitung der Adipositas in allen Berichtsjahren ebenfalls ein deutliches Nordost-Südwest-Gefälle mit höheren Adipositasprävalenzen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern und niedrigeren Prävalenzen in Baden-Württemberg [16]. Über die Bundesländerebene hinaus ist es möglich, mit Daten des Mikrozensus regio-

nal differenzierte Adipositasprävalenzen zu schätzen. Dabei wird deutlich, dass es innerhalb der einzelnen Bundesländer erhebliche regionale Unterschiede bezüglich des Adipositasanteils in der Bevölkerung gibt [17].

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich der Adipositastrend fortsetzt. Das steht im Gegensatz sowohl zum Ziel des Globalen Aktionsplans gegen nicht-übertragbare Krankheiten als auch zum Ziel der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung, den weiteren Anstieg der Adipositasprävalenz zu stoppen bzw. zurückzudrängen [7, 8].

Literatur

1. World Health Organization (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organization. Technical Report Series 894. Geneva
2. Abdullah A, Peeters A, de Courten M et al. (2010) The magnitude of association between overweight and obesity and the risk of diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetes Res Clin Pract* 89(3):309-319
3. Guh DP, Zhang W, Bansback N et al. (2009) The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 9:88
4. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007) Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington DC
5. 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
6. 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
7. World Health Organization (2013) Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. World Health Organization. Geneva

8. Bundesregierung Deutschland (2016) Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie Neuauflage 2016.
www.deutsche-nachhaltigkeitsstrategie.de (Stand: 18.04.2017)

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. Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56(5-6):786-794
<http://edoc.rki.de/oa/articles/rec5lotIFMfd2/PDF/23JuqXgbyg62Q.pdf>

11. Eurostat (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED).
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 13.01.2017)

12. Robert Koch-Institut (2014) Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/recJuHnzacx8A/PDF/28Gs-WuNtFjVqY.pdf (Stand: 18.04.2017)

13. Statistisches Bundesamt (2013) Mikrozensus Fragen zur Gesundheit – Körpermaße der Bevölkerung. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/Koerpermasse5239003139004.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 18.04.2017)

14. Statistisches Bundesamt (2001) Mikrozensus April 1999 – Körpermaße. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/FragenGesundheit_92001.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 18.04.2017)

15. 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

16. Robert Koch-Institut (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Robert Koch-Institut, Berlin
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/refNzCggQ8fNw/PDF/29PIbXnI56Jfc.pdf (Stand: 18.04.2017)

17. Kroll LE, Lampert T (2012) Regionalization of health indicators. Results from the GEDA-Study 2009. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 55(1):129-140

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse

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

Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin gibt für sich, die Koautorin und die Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Finanzierung

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

Hinweis

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

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Schienkiewitz A, Mensink GBM, Kuhnert R et al. (2017) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2): 21–28. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-025

ISSN 2511-2708



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