

Adipositas in Bayern - Update 2012

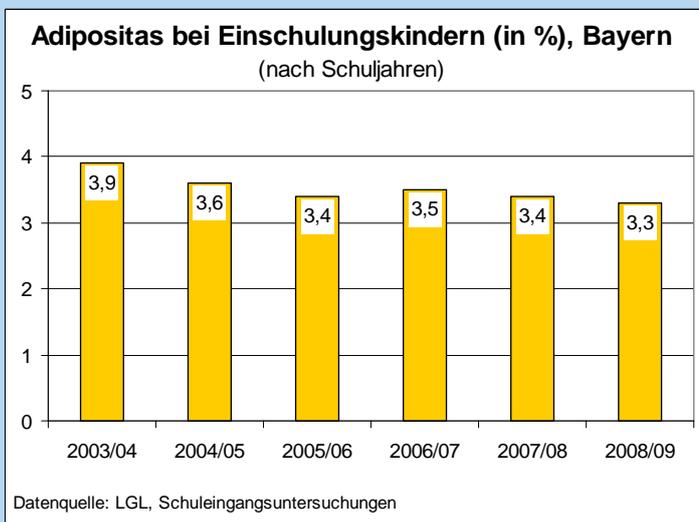
Adipositas als gesundheitlicher Risikofaktor

In den vergangenen Jahren ist es zu wissenschaftlichen Diskussionen darüber gekommen, welche gesundheitliche Relevanz Übergewicht und starkes Übergewicht (Adipositas) tatsächlich haben, wie wirksam Präventions- und Behandlungsmethoden sind und welche ethischen Aspekte bei Programmen zur Verhaltensänderung rund um das Thema „Ernährung und Bewegung“ zu bedenken sind (siehe z.B. Helmert/Schorb 2007, Hilbert u.a. 2008, Hauner 2009). Der Gewinn dieser Debatte besteht vor allem darin, dass die Komplexität des Themas und die Notwendigkeit, einzelne Aspekte differenziert zu betrachten, sehr deutlich geworden sind. Adipositas hängt eng mit unserer Lebensweise insgesamt zusammen, was es in Public Health-Strategien angemessen zu berücksichtigen gilt.

Auch die gesundheitlichen Auswirkungen der Adipositas werden heute differenzierter beurteilt als früher. Große Studien zeigen, dass im Erwachsenenalter leichtes Übergewicht die **Sterblichkeit** nicht oder zumindest nicht wesentlich erhöht (Flegal et al. 2005, Prospektive Studies Collaboration 2009, Lenz et al. 2009, Berrington de Gonzalez et al. 2010), während Adipositas ein wichtiger Risikofaktor für viele Krankheiten ist - von Herz-Kreislaufkrankungen über Diabetes bis zu Muskel-Skeletterkrankungen. In der Folge ist auch die Sterblichkeit erhöht. Nach Lenz et al. (2009) ist die Gesamtsterblichkeit bei Adipositas um ca. 20 % erhöht, bei hochgradiger Adipositas sogar um mehr als 200 %. Auch bei Kindern und Jugendlichen kann Adipositas schon mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden sein, z.B. psychischen Befindlichkeitsstörungen, Stoffwechselstörungen oder Gelenkproblemen.

Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Nachdem in den 1990er Jahren die **Adipositasraten** bei Kindern im Einschulungsalter angestiegen waren, stagnieren sie inzwischen, auch bundesweit, wie eine regelmäßige Länderumfrage zeigt (Tabelle im Datenanhang). Die Ursachen für diese Entwicklung sind nicht bekannt (Moss et al. 2011, Goldapp et al. 2011). In Bayern war die Adipositasrate bei den Einschulungskindern in den letzten Jahren sogar leicht rückläufig, sie liegt mit 3,3 % (Jungen: 3,4 %, Mädchen: 3,1 %) deutlich unter Bundesdurchschnitt. Auch international scheint es vielfach zu einer Stagnation der Adipositasraten bei Kindern gekommen zu sein (Rokholm et al. 2010, Ogden et al. 2012).



Ausgabe 1/2012

Der Gesundheitsreport stellt Eckdaten zur gesundheitlichen Situation der Menschen in Bayern vor. Er will damit einen Beitrag zur Orientierung über gesundheitliche Problemlagen leisten. In dieser Ausgabe geht es um die Häufigkeit von Adipositas in Bayern.

Ihre Ansprechpartner:

Dr. Joseph Kuhn
Tel.: 09131/6808-5302
joseph.kuhn@lgl.bayern.de
(Gesundheitsberichterstattung)

Sabrina Scholz
Tel.: 09131/6808-5432
sabrina.scholz@lgl.bayern.de
(Gesundheitsindikatoren)

Rebekka Schulz
Tel.: 09131/6808-5105
rebekka.schulz@lgl.bayern.de
(Gesundheitsatlas)

Dr. Gabriele Hölscher
Tel.: 09131/6808-5863
gabriele.hoelscher@lgl.bayern.de
(Schuleingangsuntersuchungen)

Dr. Uta Nennstiel-Ratzel
Tel.: 09131/6808-5257
uta.nennstiel-ratzel@lgl.bayern.de
(Schuleingangsuntersuchungen)

Adipositas

Als „Adipositas“ wird ein stark erhöhtes Übergewicht infolge einer über das normale Maß hinausgehenden Fettsammlung im Körper bezeichnet.

In der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) wird die Adipositas im Kapitel IV (Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten) mit den Ziffern E 65 - E 68 erfasst.

In Studien wird die Adipositas meist über den sog. „**Body Mass Index (BMI)**“ bestimmt, eine Kennziffer, die Körpergröße und Körpergewicht ins Verhältnis setzt und auch in Befragungen einfach zu erfassen ist.

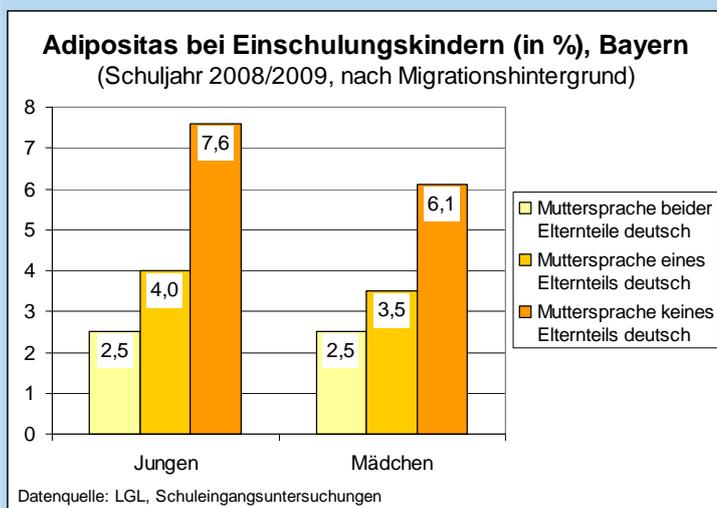
$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körpergröße in m})^2}$$

Innerhalb Bayerns war die Adipositasrate der Kinder in Oberbayern am geringsten, in der Oberpfalz und in Niederbayern am höchsten. Hier spielen verschiedene Einflussfaktoren eine Rolle, u.a. die soziale Lage. Der Zusammenhang zwischen Adipositas und sozialer Lage ist in einer Vielzahl von Studien nachgewiesen worden. Je schlechter die soziale Lage, desto höher die Adipositasraten. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die absoluten Fallzahlen adipöser Kinder in den Regierungsbezirken vergleichsweise gering sind, d.h. auch in der Oberpfalz stellt Adipositas bei Kindern kein vorrangiges Gesundheitsproblem dar und die Rangfolge der Regierungsbezirke ändert sich zudem zufallsbedingt von Jahr zu Jahr etwas.

	absolut	in %
Oberbayern	1.133	2,8
Schwaben	547	3,1
Unterfranken	419	3,4
Oberfranken	310	3,5
Mittelfranken	583	3,7
Niederbayern	423	3,8
Oberpfalz	278	3,9

Datenquelle: LGL, Schuleingangsuntersuchungen

Wie auch auf Bundesebene zeigt sich ein deutlicher Gradient nach der ethnischen Herkunft der Kinder. Kinder aus Familien mit nicht deutschsprachigen Eltern sind häufiger adipös als Kinder aus herkunftsteutschen Familien. Neben der bereits erwähnten sozialen Lage kommen dabei auch kulturelle Prägungen des Ernährungs- und Freizeitverhaltens zum Tragen.



Zur **Adipositas im Jugendalter** liegen für Bayern keine aktuellen Daten vor. Nach einer Auswertung der bayerischen Jugendgesundheitsstudien ist der Anteil adipöser Jugendlicher im Alter von 12 bis 24 Jahren zwischen 1995 und 2005 gestiegen - von 2,1 % auf 4 %. Dabei wiesen die Jungen bzw. jungen Männer etwas höhere Raten auf als die Mädchen bzw. jungen Frauen (2005: männlich 4,4 %, weiblich 3,5 %).

Auch bei den Jugendlichen hängt die Häufigkeit der Adipositas eng mit der sozialen Lage zusammen. Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus hatten im Jahr 2005 eine Adipositasrate von 6,3 %, bei Jugendlichen mit mittlerem Sozialstatus waren es 3,7 % und bei Jugendlichen mit hohem Sozialstatus 1,5 %. Die Veränderung der Adipositasrate im zeitlichen Verlauf fiel ebenfalls je nach sozialer Lage unterschiedlich aus. In der Gruppe mit hohem Sozialstatus war kein Anstieg der Adipositas zu verzeichnen (Schulz et al. 2010).

Nach einer Festlegung der Weltgesundheitsorganisation spricht man bei Erwachsenen von **Übergewicht** ab dem BMI-Wert 25, von **Adipositas** ab dem BMI-Wert 30.

Neben dem BMI gibt es auch andere Maße zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas, z.B. das Verhältnis von Taillen- und Hüftumfang (**Waist-Hip-Ratio**, WHR) oder das Verhältnis von Taillenumfang und Größe (**Waist-to-Height-Ratio**, WHtR), bei denen die Fettverteilung berücksichtigt wird. Solche Maße können für bestimmte Zwecke geeigneter sein als der BMI, sind aber aufwändiger zu erheben. Gleiches gilt für andere Messverfahren.

Bei **Kindern und Jugendlichen**, bei denen sich die Körperproportionen noch verändern, gibt es keine festen BMI-Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas, sondern altersspezifische Grenzwerte, die an Referenzstichproben gewonnen wurden. Für die Schuleingangsuntersuchungen in Bayern werden die Grenzwerte von Kromeyer-Hauschild et al. (2001) zugrundegelegt, bei internationalen Vergleichsstudien meist die Grenzwerte von Cole et al. (2000).

Datenquellen

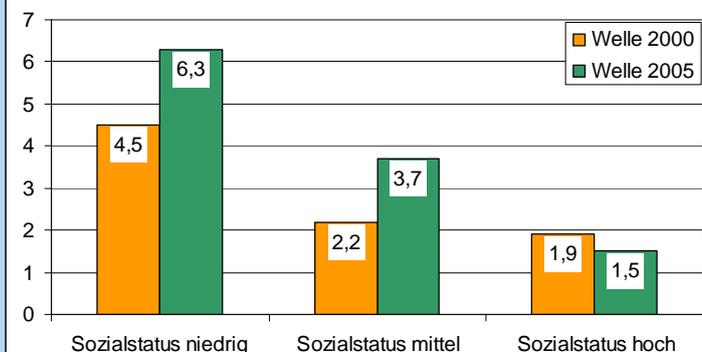
Aus den **Schuleingangsuntersuchungen** liegen Daten zur Prävalenz der Adipositas bei ca. 6-jährigen Kindern vor. Es handelt sich um gemessene Daten. www.lgl.bayern.de.

Der **Mikrozensus** liefert Daten zu Adipositas bei Erwachsenen. Die Daten liegen für die Bundesebene sowie nach Ländern vor und können mit vielen anderen Merkmalen aus dem Mikrozensus in Beziehung gesetzt werden, z.B. Einkommen, Schulbildung, Beruf oder Alter. Es sind Befragungsdaten. <https://www.statistik.bayern.de>.

Das **Gesundheitsmonitoring** des Robert Koch-Instituts liefert Daten zu Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (KIGGS-Studie) sowie bei Erwachsenen (Studien DEGS und GEDA). Ein Teil der Daten lässt sich nach Ländern bzw. Ländergruppen differenzieren: www.rki.de, www.gbe-bund.de.

Adipositas, Jugendliche (in %), Bayern

(Altersgruppe 12-24 Jahre, Vergleich der Jahre 2000 und 2005)



Datenquelle: LGL, Jugendgesundheitsstudien 2000 und 2005

Verlaufsdaten aus Schulabgangsuntersuchungen des Landes Brandenburg zeigen bei den Jugendlichen dort einen anhaltenden Anstieg der Adipositas. Die Stagnation der Adipositas im Einschulungsalter macht sich vermutlich noch nicht im Jugendalter bemerkbar.

Adipositas im Erwachsenenalter

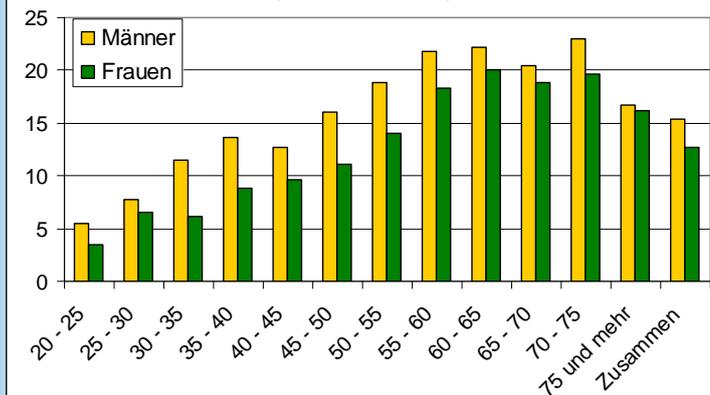
In Bayern wiesen im Jahr 2009 insgesamt 14 % der über 18-Jährigen einen Body-Mass-Index von 30 und mehr auf, waren also adipös (zum Body-Mass-Index siehe Seite 1, rechte Spalte).

Im **Geschlechtervergleich** weisen die Männer in allen Altersgruppen etwas höhere Adipositasraten auf. Insgesamt waren 15,4 % der Männer und 12,7 % der Frauen in Bayern adipös.

Nach **Altersgruppen** betrachtet, nimmt der Anteil der stark Übergewichtigen bis ins Rentenalter zu, von den 60-70-Jährigen ist etwa ein Fünftel adipös.

Adipositas, Bayern (in %), 2009

(BMI 30 und mehr)



Datenquelle: Mikrozensus

Im **zeitlichen Trend** hat der Anteil der Bevölkerung mit Adipositas in den letzten 10 Jahren um ca. 25 % zugenommen, von 11,3 % im Jahr 1999 auf jetzt 14 %. Der Anstieg fiel bei den Männern etwas stärker aus als bei den Frauen. Auch der Vergleich altersstandardisierter Raten kommt zu einem ähnlichen Ergebnis, d.h. der Anstieg der Adipositasraten ist nicht mit der demografisch bedingten Zunahme Älterer (mit höheren Adipositasraten) zu erklären, sondern spiegelt eine reale Gewichtszunahme in der Bevölkerung wider.

Umfangreiche Daten zum Ernährungsverhalten und zu den Körpermaßen Erwachsener liegen zudem aus der **Nationalen Verzehrsstudie II** vor: www.was-esse-ich.de.

Im **Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung** des Bundes lassen sich Daten aus dem RKI-Gesundheitsmonitoring sowie Daten zu den Folgekrankheiten der Adipositas abrufen. Auch die Ergebnisse der Krankheitskostenrechnung stehen hier online zur Verfügung: www.gbe-bund.de.

Über die „**Global Data Base on Body Mass Index**“ der Weltgesundheitsorganisation und die Indikatorensammlung der OECD „**Health at a Glance**“ sind umfangreiche internationale Vergleichsdaten zur Adipositas verfügbar: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>, www.oecd.org,

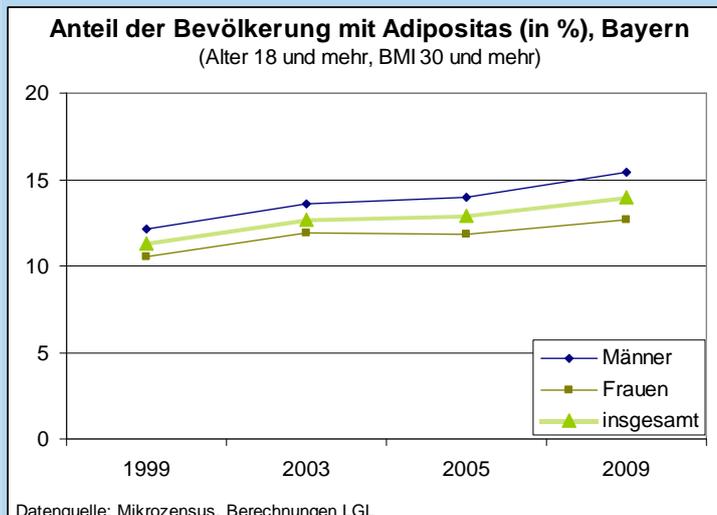
Interventionen

Die **Gesundheitsministerkonferenz** hat auf ihrer 80. Sitzung am 5.6.2007 einstimmig beschlossen, die Initiative der Bundesregierung zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht zu unterstützen: www.gmkonline.de.

Dieses Präventionsanliegen wird mit der **Initiative „In Form“** umgesetzt, die vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie dem Bundesministerium für Gesundheit getragen wird: www.in-form.de.

Die „**Plattform Ernährung und Bewegung**“ versteht sich als Netzwerk der Akteure, die sich für eine gesunde Ernährung und mehr Bewegung bei Kindern und Jugendlichen engagieren. Die Plattform wurde 2004 vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz gegründet: www.pebonline.de.

Die europäische Ministerkonferenz der WHO hat 2006 die „**Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas**“ unterzeichnet. 2007 folgte die Strategie „**The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response**“: www.who.int.



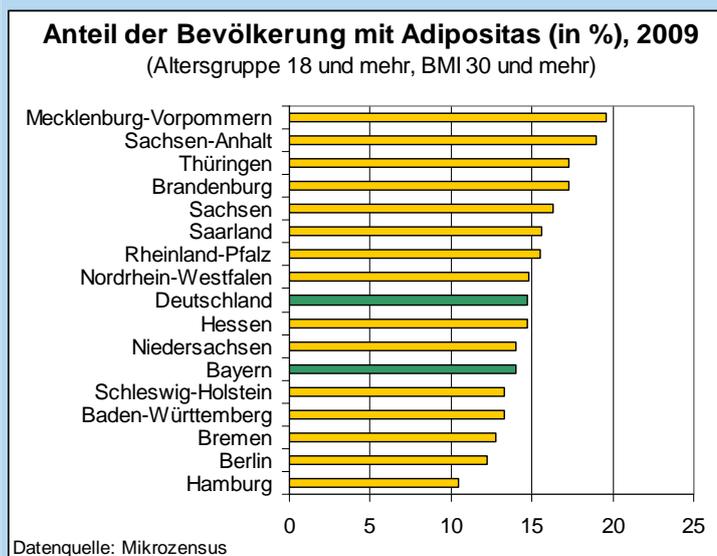
International ist der Trend der Adipositas im Erwachsenenalter einheitlich (Rokholm et al. 2010). Dabei liegt die Adipositasrate z.B. in den USA, Australien oder Großbritannien auf deutlich höherem Niveau als in Deutschland, geringe Adipositasraten weisen asiatische Länder wie Japan und Korea auf (siehe Tabelle im Anhang).

Im **Bundesvergleich** liegt der Anteil adipöser Menschen in Bayern unter dem Durchschnitt: Bundesweit waren 2008 14,7 % der Bevölkerung adipös, bei den Männer 15,7 %, bei den Frauen 13,8 %.

Anteil der Bevölkerung mit Adipositas (in %)				
(Alter 18 und mehr, BMI 30 und mehr)				
	1999	2003	2005	2009
Bayern	11,3	12,7	12,9	14,0
Deutschland	11,4	12,9	13,6	14,7

Datenquelle: Mikrozensus

Unter den **Bundesländern** weisen die Stadtstaaten die niedrigsten Adipositasraten auf, die ostdeutschen Länder die höchsten.



In den unterschiedlichen Adipositasraten der Länder kommen neben Alterseffekten sozioökonomische Faktoren zum Ausdruck. Je ungünstiger die sozioökonomischen Rahmenbedingungen sind, desto höher sind im Allgemeinen auch die Adipositasraten.

Qualitätssicherung

Es gibt eine evidenzbasierte **S-3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“**. Für die Therapie im Kindes- und Jugendalter gibt es eine eigene Leitlinie: www.awmf.org/leitlinien.

Die BZgA hat einen **Expertenkonsens über Qualitätskriterien für Präventionsmaßnahmen** bei Kindern und Jugendlichen entwickelt (Goldapp et al. 2011). Ein weiteres Konsensuspapier liegt für **Patientenschulungsprogramme** vor: www.dge.de/pdf/dge_info/KonsensuspapierPSP.pdf.

Zur Vernetzung in der Forschung und zur Bereitstellung evidenzbasierter Informationen wurde mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung ein **Kompetenznetz Adipositas** eingerichtet: <http://kn-adipositas.de>.

Literatur

Berrington de Gonzalez A, Hartge P, Cerhan JR et al. (2010) Body mass index and mortality among 1.46 million white adults. *N Engl J Med* 363: 2211-2219.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 320: 1-6.

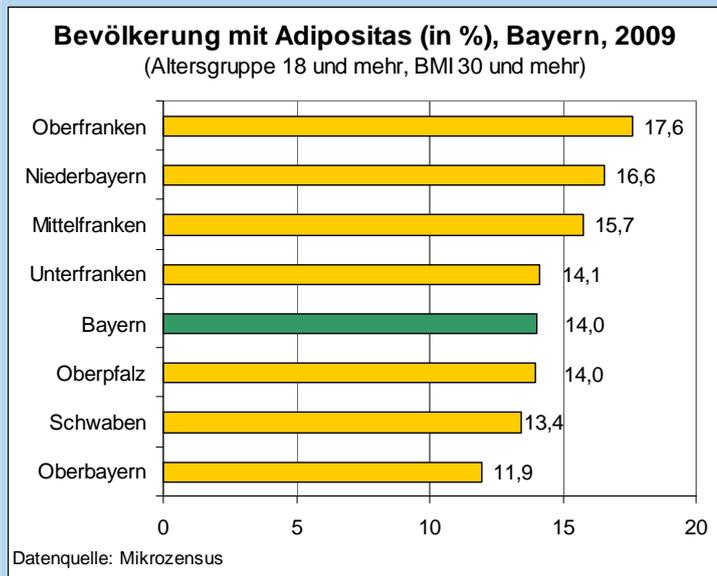
Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH (2005) Excess Death Associated With Underweight, Overweight, and Obesity. *JAMA* 293: 1861-1867.

Fröschl B, Haas A, Wirl C (2009) Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhaltens- und Verhältnisprävention). Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 85. Köln.

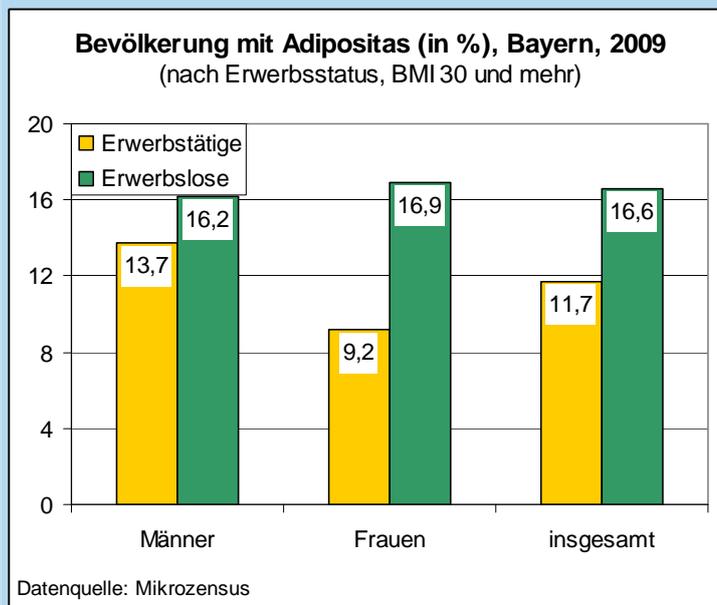
Gibson LJ, Peto J, Warren JM et al. (2006) Lack of evidence on diets for obesity for children: a systematic review. *International Journal of Epidemiology* 35: 1544-1552.

Goldapp C, Cremer M, Graf C et al. (2011) Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt* 54: 295-303.

Diese Faktoren beeinflussen auch die Höhe der Adipositasraten in den **Regierungsbezirken** Bayerns. Wie die folgende Grafik zeigt, ist der Anteil Adipöser in Oberfranken fast 50 % höher als in Oberbayern. Das regionale Verteilungsmuster der Adipositas bei den Erwachsenen folgt in etwa dem der Kinder.



Ein Indikator für die soziale Lage ist der **Erwerbsstatus**. Unter den Erwerbslosen ist der Anteil Adipöser deutlich höher als unter den Erwerbstätigen. Interessanterweise ist - anders als bei vielen anderen gesundheitlichen Merkmalen - der Unterschied der Adipositasraten nach Erwerbsstatus dabei bei den Frauen größer als bei den Männern. Auf Bundesebene zeigt sich ein ähnliches Bild.



Die soziale Lage ist auch eine Teilerklärung der höheren Adipositasrate der **Migranten und Migrantinnen** (Bevölkerung mit Migrationshintergrund: 14,8 %, Bevölkerung ohne Migrationshintergrund: 13,7 %). Besonders hohe Raten haben Migranten und Migrantinnen griechischer (23,4 %), russischer (19,8 %) und türkischer (19,8 %) Herkunft.

Hauner H (2009) Übergewicht: Alles halb so schlimm? Deutsches Ärzteblatt 106: 639-640.

Helmert U, Schorb F (2007) Übergewicht und Adipositas: Fakten zur neuen deutschen Präventions-Debatte. Gesundheitsmonitor Bertelsmannstiftung, Sonderausgabe.

Hilbert A, Dabrock P, Rief W (2008) Gewichtige Gene. Adipositas zwischen Prädisposition und Eigenverantwortung. Bern.

Hillier F, Pedley C, Summerbell C (2011) Evidence base for primary prevention of obesity in children and adolescents. Bundesgesundheitsblatt 54: 259-264.

Knoll KP, Hauner H (2008) Kosten der Adipositas in Deutschland - Eine aktuelle Krankheitskostenstudie. Adipositas 2: 204-210.

Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001) Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149 (8): 807-818.

Lemmens VE, Oenema A, Klepp KI et al. (2008) A systematic review of the evidence regarding efficacy of obesity prevention interventions among adults. Obes Rev. 9: 446-455.

Lenz M, Richter T, Mühlhauser I (2009) Morbidität und Mortalität bei Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter. Ärzteblatt 106: 641-648.

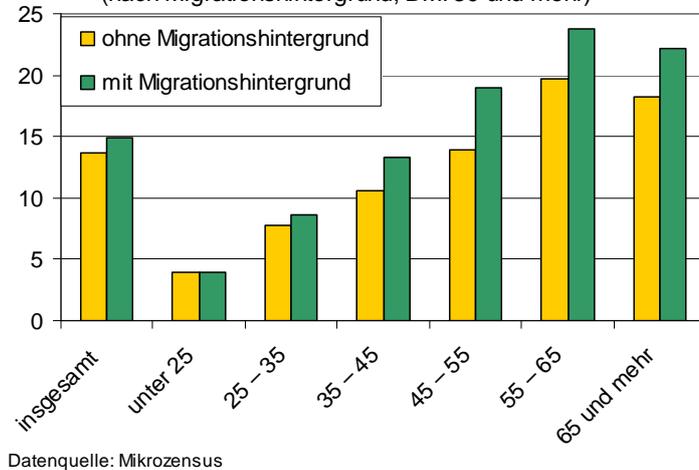
Moss A, Klenk J, Simon K et al. (2011) Declining prevalence rates for overweight and obesity in German children starting school. Eur J Pediatr online first 13. July 2011. DOI 10.1007/s00431-011-1531-5.

Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM (2012) Prevalence of Obesity and Trends in Body Mass Index Among US Children and Adolescents, 1999-2010. JAMA, online first 17.1.2012.

Prospektive Studies Collaboration (2009) Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analysis of 57 prospective studies. Lancet 373: 1083-1096.

Bevölkerung mit Adipositas (in %), Bayern, 2009

(nach Migrationshintergrund, BMI 30 und mehr)



Kosten der Adipositas

Das Statistische Bundesamt hat der Adipositas in Deutschland für das Jahr 2008 863 Mio. Euro direkte Krankheitskosten (medizinische Behandlung, Reha-Maßnahmen) zugeordnet. Darin kommen die tatsächlichen Kosten der Adipositas jedoch nicht zum Ausdruck, da diese bei den Folgekrankheiten der Adipositas, z.B. dem Diabetes mellitus oder den Herz-Kreislaufkrankungen verzeichnet werden. Allein für den Diabetes mellitus fielen im Jahr 2008 in Deutschland 6,3 Mrd. Euro direkte Krankheitskosten an, etwa 30 % mehr als 2002. Auf Bayern übertragen wären dies ca. 950 Mio. Euro.

Krankheitskosten, Deutschland, in Mio. Euro

	2002	2004	2006	2008
Adipositas (E 65 - E 68)	779	736	777	863
Diabetes mellitus (E 10 - E 14)	4.953	5.158	5.725	6.342

Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Knoll/Hauner (2008) kamen zu einer Kostenschätzung für die Adipositas und elf damit assoziierte Krankheiten in Höhe von ca. 13 Mrd. Euro jährlich in Deutschland. Hinzu kommen ca. 480.000 verlorene Erwerbstätigkeitsjahre infolge von Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitiger Sterblichkeit.

Somit ist auch unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten die Prävention der Adipositas ein wichtiger Handlungsansatz. Allerdings liegt für viele Maßnahmen der Adipositasprävention keine belastbare Wirkungsevaluation vor und Maßnahmen, die die soziale Komplexität des Phänomens „Adipositas“ nicht berücksichtigen, sind vielfach als wirkungslos, zuweilen sogar als schädlich anzusehen (vgl. z.B. Hillier et al. 2011, Waters et al. 2011, Fröschl et al. 2009, Lemmens et al. 2008, Gibson et al. 2006, Summerbell et al. 2005). Mehr Evidenzbasierung in der Adipositasprävention ist nötig.

Prävention in Bayern

Innovative und wissenschaftlich fundierte Projekte zur Prävention der Adipositas werden vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit finanziell und ideell gefördert. Mehr dazu unter:

www.stmug.bayern.de/gesundheits/aufklaerung_vorbeugung/giba/index.htm

Rokholm B, Baker JL, Sorensen TIA (2010) The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999 - a review of evidence and perspectives. *Obesity Reviews*. 11: 835-846.

Schulz R, Güther B, Mutert S, Kuhn J (2010) Adipositas bei bayerischen Jugendlichen: Prävalenz im Trend, soziodemografische Strukturmerkmale und subjektive Gesundheit. *Gesundheitswesen* 72: 88-98.

Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD (2005) Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 3: CD001871.

Thomas H (2006) Obesity prevention programs for children and youth: why are their results so modest? *Health Educ Res*. 21: 783-795.

Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ et al. (2011) Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12.

Zeeb H, Pigeot I (2011) Evidenzbasierung in der Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen - eine Utopie? *Bundesgesundheitsblatt* 54: 257-258.

Impressum

Der Gesundheitsreport ist Teil der bayerischen Gesundheitsberichterstattung nach Art. 10 des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes. Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht, Belegexemplar erbeten.



Herausgeber:

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen
Tel.: 09131/6808-0
www.lgl.bayern.de
pressestelle@lgl.bayern.de
Erlangen, September 2012

Tabellenanhang

Body-Mass Index, Bayern, 2009				
Alter von ... bis unter ... Jahren	Davon mit einem Body-Mass-Index von ... bis unter ...			
	unter 18,5 (Untergewicht)	18,5 - 25 (Normalgewicht)	25 - 30 (Übergewicht)	30 und mehr (Adipositas)
in Prozent				
Männer				
18 - 20.....	/	75,0	17,5	/
20 - 25.....	2,5	71,0	21,0	5,5
25 - 30.....	/	59,6	32,1	7,7
30 - 35.....	/	48,7	39,2	11,5
35 - 40.....	/	42,9	43,1	13,6
18 - 40.....	1,3	56,8	32,8	9,1
40 - 45.....	/	40,6	46,5	12,7
45 - 50.....	/	37,1	46,5	16,0
50 - 55.....	/	31,3	49,4	18,9
55 - 60.....	/	28,2	49,6	21,8
60 - 65.....	/	26,2	51,5	22,2
40 - 65.....	0,3	33,5	48,4	17,8
65 - 70.....	/	27,4	52,0	20,4
70 - 75.....	/	26,0	50,7	23,0
75 und mehr.....	/	34,0	48,3	16,7
65 und mehr.....	/	29,3	50,3	19,9
Zusammen.....	0,7	40,3	43,6	15,4
Frauen				
18 - 20.....	13,0	76,3	8,8	/
20 - 25.....	10,1	74,6	11,8	3,5
25 - 30.....	7,0	71,2	15,1	6,6
30 - 35.....	4,6	70,8	18,5	6,1
35 - 40.....	4,0	68,1	19,1	8,8
18 - 40.....	6,9	71,5	15,7	6,0
40 - 45.....	3,8	65,9	20,7	9,6
45 - 50.....	2,8	59,0	27,1	11,1
50 - 55.....	2,3	53,9	29,7	14,1
55 - 60.....	2,0	45,8	33,9	18,3
60 - 65.....	/	41,9	36,9	20,0
40 - 65.....	2,5	54,3	29,0	14,2
65 - 70.....	/	42,5	37,2	18,8
70 - 75.....	/	36,4	42,7	19,6
75 und mehr.....	2,9	41,6	39,2	16,2
65 und mehr.....	2,1	40,5	39,5	17,9
Zusammen.....	3,7	55,8	27,8	12,7
Beide Geschlechter				
18 - 20.....	8,4	75,6	13,4	2,6
20 - 25.....	6,2	72,7	16,6	4,5
25 - 30.....	3,6	65,1	24,0	7,2
30 - 35.....	2,5	59,2	29,3	8,9
35 - 40.....	2,1	55,3	31,3	11,2
18 - 40.....	4,0	63,9	24,5	7,6
40 - 45.....	1,9	52,7	34,2	11,2
45 - 50.....	1,6	47,5	37,3	13,7
50 - 55.....	1,4	42,2	39,9	16,6
55 - 60.....	1,2	37,0	41,7	20,1
60 - 65.....	/	34,1	44,2	21,1
40 - 65.....	1,4	43,6	39,0	16,0
65 - 70.....	/	35,0	44,6	19,6
70 - 75.....	/	31,5	46,5	21,2
75 und mehr.....	2,2	38,6	42,8	16,4
65 und mehr.....	1,4	35,5	44,4	18,8
Zusammen.....	2,2	48,1	35,7	14,0

Datenquelle: Mikrozensus, Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung

Anteil der Bevölkerung mit Adipositas (in %), (Altersgruppe 18 und mehr, BMI 30 und mehr)	
Hamburg	10,5
Berlin	12,2
Bremen	12,8
Baden-Württemberg	13,3
Schleswig-Holstein	13,3
Bayern	14,0
Niedersachsen	14,0
Hessen	14,7
Deutschland	14,7
Nordrhein-Westfalen	14,8
Rheinland-Pfalz	15,5
Saarland	15,6
Sachsen	16,3
Brandenburg	17,3
Thüringen	17,3
Sachsen-Anhalt	19,0
Mecklenburg-Vorpommern	19,6
Datenquelle: Mikrozensus	

Prozentanteil der Einschulungskinder mit Adipositas (Referenzsystem Kromeyer-Hauschild)				
	Untersuchungsjahr	Adipöse Kinder in %		
		insgesamt	männlich	weiblich
Baden-Württemberg	2009	3,9	4,0	3,7
Bayern	Schuljahr 2008/2009	3,3	3,4	3,1
Berlin	2009/2010	4,4	4,7	4,0
Brandenburg	2010	3,6	3,5	3,6
Bremen	2010/2011	5,3	5,0	5,6
Hamburg	2010	5,0	5,2	4,8
Hessen	2009/10	4,8	5,0	4,5
Mecklenburg-Vorpommern	2009/2010	5,5	5,9	5,1
Niedersachsen	2009/2010	4,0	4,0	3,9
Nordrhein-Westfalen	2008/2009	4,5	4,6	4,3
Rheinland-Pfalz	2009/2010	4,5	4,7	4,4
Saarland	2008	6,0	6,3	5,6
Sachsen	2009/2010	3,3	3,4	3,2
Sachsen-Anhalt	2010	5,3	5,4	5,1
Schleswig-Holstein	Schuljahr 2009/2010	4,3	4,6	4,6
Thüringen	2009/2010	5,2	5,2	5,2
Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in Zusammenarbeit mit der AG GPRS der AOLG, Länderabfrage 2011; Saarland: Daten der Länderabfrage 2009. Beim Vergleich zwischen den Ländern sind Unterschiede in der Alterszusammensetzung und andere Störgrößen zu berücksichtigen. Grau hinterlegte Felder: keine Zunahme gegenüber der Länderabfrage 2009.				

Adipositas in ausgewählten Industrieländern (in %) (BMI 30 und mehr, gemessene Daten, nicht altersstandardisiert)	
Australien 2007	24,6
Kanada 2008	24,2
Chile 2009	25,1
Tschechien 2005	17,0
Finnland 2007	20,2
Irland 2007	23,0
Japan 2009	3,9
Korea 2009	3,8
Luxemburg 2010	22,5
Mexiko 2006	30,0
Neuseeland 2007	26,5
Slowakei 2008	16,9
Vereinigtes Königreich 2009	23,0
USA 2008	33,8
Datenquelle: OECD Health Data 2011	