

Presseinformation

Überblick: Fakten aus dem „Weißbuch Adipositas – Versorgungssituation in Deutschland“

Das Krankheitsbild und Begleiterkrankungen der Adipositas

- Adipositas, auch Fettleibigkeit, bezeichnet eine Vermehrung des Körperfetts über das Normalmaß hinaus. Ab wann und wie stark Adipositas besteht, zeigt der Body-Mass-Index (BMI, Körpermasseindex), in den das Körpergewicht und die Körpergröße einfließen.
- Ab einem BMI von 30 kg/m² sprechen Ärzte bei Erwachsenen von Adipositas. Je nach Ausprägung des BMI wird die Adipositas in verschiedene Schweregrade eingeteilt: Grad I (BMI \geq 30), Grad II (BMI \geq 35) und Grad III (BMI \geq 40).
- Menschen mit Adipositas leiden häufig an Begleit- und Folgeerkrankungen wie Herz-Kreislaufkrankheiten oder Diabetes. So ist das Risiko für Typ-2-Diabetes bei Adipösen bis zu zwölfmal so hoch wie bei Normalgewichtigen (Guh *et al.* 2009). Das Risiko, an einer Koronaren Herzkrankheit zu erkranken, ist bei Männern mit Adipositas zweimal so hoch, bei Frauen dreimal so hoch (Guh *et al.* 2009). Auch einige Krebsarten treten häufiger bei Adipositas auf (De Pergola und Silvestris 2013). Frauen mit Adipositas erkranken an Gebärmutterkrebs fast dreimal häufiger als Normalgewichtige (Guh *et al.* 2009).
- Menschen mit stark ausgeprägter Adipositas sterben früher. So ist die Lebenserwartung bei extremer Adipositas (Grad III) um bis zu zehn Jahre deutlich reduziert (Prospective Studies Collaboration *et al.* 2009).
- Bei Adipositas ist der Energiehaushalt des Körpers gestört. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Dazu gehören genetische Faktoren, hormonelle Störungen, psychische Beeinträchtigungen, Essgewohnheiten oder geringe körperliche Aktivität (DAG 2014).

Häufigkeit der Adipositas

- Laut der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS I) ist knapp ein Viertel aller Erwachsenen zwischen 18 und 79 Jahren in Deutschland von Adipositas betroffen. Bei Männern sind das 23,3 % und bei Frauen 23,9 % (Mensink *et al.* 2013).
- Der Anteil von Menschen mit Adipositas jeden Schweregrades wächst seit 1998 weniger stark im Vergleich zu den 1980er-Jahren. Bei den Frauen zwischen 1998 und 2011 um drei Prozent, bei den Männern um 19 Prozent (Helmert und Strube 2004, Mensink *et al.* 2013).

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Leiterin Kommunikation
Gisela Angerer

Pressekontakt:
Sandra Jessel
Referentin für
Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit

T +49 30 230 809 411
M + 49 170 835 18 92
presse@iges.de

- Der Anteil schwerer Formen der Adipositas ist bei Männern seit dem Jahr 1998 um 55 Prozent deutlich angestiegen. Bei Frauen, die generell häufiger betroffen sind, belief sich die Zunahme auf 16 Prozent.
- 2011 wiesen etwa fünf Prozent der Männer und knapp acht Prozent der Frauen die Kriterien einer schweren oder extremen Fettleibigkeit (BMI \geq 35) auf (Helmert und Strube 2004, Mensink *et al.* 2013).
- Adipositas nimmt mit dem Alter zu. Bei den über 60-Jährigen ist mehr als jeder Dritte betroffen (Mensink *et al.* 2013).
- Insbesondere sozial benachteiligte Menschen, vor allem Frauen, sind von Adipositas betroffen. Frauen mit niedrigem Haushaltseinkommen und Armutsrisiko haben ein dreifach erhöhtes Risiko für Adipositas als Frauen aus wohlhabenden Haushalten (Kuntz und Lampert 2010).

Therapie der Adipositas

- Vor jeder Therapie sollte die individuelle Krankheitsgeschichte erfasst werden. Ziel ist es, die genauen Ursachen der Adipositas, aber auch mögliche Hindernisse für eine erfolgreiche Therapie zu erkennen. Hierzu gehören z. B. psychosoziale, physische oder auch soziökonomische Probleme (Sharma 2010).
- Die Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) hat eine medizinische Behandlungsleitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ erarbeitet. Diese sieht als Basistherapie bei Erwachsenen ab einem BMI \geq 30 zunächst eine sogenannte multimodale konservative Therapie vor. Sie setzt sich aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapien zusammen (DAG 2014). Bei Bedarf können unterstützend Medikamente zum Einsatz kommen.
- Ist die Basistherapie ausgeschöpft, kann für Patienten mit Adipositas Grad III oder Adipositas Grad II und schwerwiegenden Begleiterkrankungen eine Adipositas-chirurgische Behandlung (bariatrische Operation) erfolgen (DGAV und CAADIP 2010).
- Ein chirurgischer Eingriff kann auch die erste Therapieoption sein, wenn konservative Maßnahmen erfolglos erscheinen oder der Gesundheitszustand des Patienten den Aufschub einer Operation nicht erlaubt.
- In Deutschland werden jährlich etwa 9.225 Eingriffe vorgenommen (Destatis 2015).

Wirksamkeit von Therapien

- Chirurgische Maßnahmen zeigen gegenüber konservativen Therapien Vorteile hinsichtlich der langfristigen Gewichtsreduktion und Verbesserung von Begleit- und Folgeerkrankungen (z. B. Typ-2-Diabetes) (Sjöström *et al.* 2004, Sjöström *et al.* 2014).

- Zwei Jahre nach einem chirurgischen Eingriff zeigen Patienten mit extremer Adipositas eine Gewichtsreduktion von etwa 23 %. Patienten gleichen Alters und mit gleichem Schweregrad der Adipositas, die eine konventionelle Behandlung erhalten, stehen nach zwei Jahren wieder bei ihrem Ausgangsgewicht (Sjöström *et al.* 2004).
- Nach chirurgischen Behandlungen sind 15 Jahre nach der Operation 30 % der adipösen Diabetiker frei von Diabetes-Medikamenten. Bei konservativ behandelten Patienten sind es sieben Prozent (Sjöström *et al.* 2014).
- Bei chirurgischen Verfahren, die eine Aufnahme von Nährstoffen im Verdauungstrakt erschweren, sind regelmäßige Laboruntersuchungen notwendig, um mögliche Vitamin- und Mineralstoffmangel zu erkennen. Oftmals ist eine dauerhafte Ergänzung mit Nährstoffen und Vitaminen erforderlich (DGAV und CAADIP 2010).
- Die längerfristigen Therapieeffekte von konservativen Gewichtsreduktionsprogrammen sind begrenzt (Häußler und Breyer 2013, Jensen 2013). Nach vier Jahren zeigt sich bei Patienten mit schwerer Adipositas (Grad II) eine Gewichtsreduktion von einer BMI-Einheit. Risikofaktoren wie erhöhter Blutdruck und Blutzucker zeigen vier Jahre nach den Programmen keinen Unterschied zum Ausgangsniveau (Häußler und Breyer 2013).

Gesundheitsökonomische Aspekte der Adipositas

- Unter Berücksichtigung von Begleiterkrankungen und allen abgerechneten Leistungen (z. B. auch Pflegekosten, Krankengeld) belaufen sich die direkten Kosten auf etwa 30 Mrd. Euro pro Jahr (Effertz *et al.* 2015). Betrachtet man die Adipositas allein, ergeben sich jährliche direkte Kosten von knapp 860 Mio. Euro (Knoll und Hauner 2008).
- Die direkten Kosten umfassen u. a. Ausgaben für diagnostische und therapeutische Maßnahmen zur Behandlung der Adipositas und ihrer Begleiterkrankungen (Korczak und Kister 2013).
- Die indirekten Kosten der Adipositas schwanken zwischen sechs Mrd. Euro und 33 Mrd. Euro pro Jahr. Die höheren Kosten ergeben sich auch hier bei Berücksichtigung von Begleiterkrankungen (Effertz *et al.* 2015, Yates *et al.* 2014).
- Indirekte Kosten entstehen beispielsweise durch Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit sowie durch vorzeitiges Ausscheiden aus dem Berufsleben durch Berentung oder Versterben (Korczak und Kister 2013).
- Die Kosten für chirurgische Eingriffe und konventionelle Behandlungen sind langfristig — über einen Zeitraum von 20 Jahren — ähnlich. Jedoch ergeben sich nach chirurgischen Maßnahmen für die Patienten zusätzliche Lebensjahre mit besserer Lebensqualität (Belarbi *et al.* 2015).

Literaturverzeichnis

- Belarbi S, Kusel J, Slater D, Maruszczak M, Thomas M, Stewart G & Martini O (2015): The Cost-effectiveness of Bariatric Surgery in Four European Countries. [Poster] ISPOR 18th Annual European Congress. 7.11.2015. Mailand, Italien.
- De Pergola G & Silvestris F (2013): Obesity as a major risk factor for cancer. *J Obes.* 2013, Article ID 291546.
- Destatis (2015): Datenbankabfrage vom 19. Februar 2016: Adipositas-chirurgische Verfahren in Deutschland in den Jahren 2006 bis 2014. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V. & Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V. (2014): Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. *Version 2.0 (April 2014)*, 050/001.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) & Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositas therapie (CAADIP) (2010): Chirurgie der Adipositas. Nr. 088/001. AWMF online. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-001|_S3_Chirurgie_der_Adipositas_2010-abgelaufen.pdf [Abruf am: 01. Juli 2015].
- Effertz T, Engel S, Verheyen F & Linder R (2015): The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *The European Journal of Health Economics*, 1-18. DOI: 10.1007/s10198-015-0751-4.
- Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL & Anis AH (2009): The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 9, 88. DOI: 10.1186/1471-2458-9-88.
- Häußler J & Breyer F (2013): Long-Term Effects of Diabetes Prevention: Evaluation of the M.O.B.I.L.I.S. Program for Obese Persons. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. ISSN: 1619-4535.
- Helmert U & Strube H (2004): [The development of obesity in Germany in the period from 1985 until 2000]. *Gesundheitswesen* 66(7), 409-415. DOI: 10.1055/s-2004-813324.
- Jensen MD (2013): 2013 Report on the Management of Overweight and Obesity in Adults: Full Panel Report Supplement.
- Knoll KP & Hauner H (2008): Kosten der Adipositas in der Bundesrepublik Deutschland. Eine aktuelle Krankheitskostenstudie. *Adipositas* 2008(2), 204-210.
- Korczak D & Kister C (2013): Wirksamkeit von Diäten zur nachhaltigen Gewichtsreduktion bei Übergewicht und Adipositas. *Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 127*. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). ISSN: 1864-9645.
- Kuntz B & Lampert T (2010): Sozioökonomische Faktoren und Verbreitung von Adipositas. *Deutsches Ärzteblatt* 107(30), 517-522.
- Mensink GB, Schienkiewitz A, Haftenberger M, Lampert T, Ziese T & Scheidt-Nave C (2013): [Overweight and obesity in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56(5-6),

- 786-794. DOI: 10.1007/s00103-012-1656-3.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23703499>.
- Prospective Studies Collaboration, Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, Qizilbash N, Collins R & Peto R (2009): Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 373(9669), 1083-1096. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60318-4.
- Sharma AM (2010): M, M, M & M: a mnemonic for assessing obesity. *Obesity reviews* 11(11), 808-809. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2010.00766.x.
- Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, Dahlgren S, Larsson B, Narbro K, Sjöström CD, Sullivan M, Wedel H & Swedish Obese Subjects Study Scientific G (2004): Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *The New England journal of medicine* 351(26), 2683-2693. DOI: 10.1056/NEJMoa035622.
- Sjöström L, Peltonen M, Jacobson P, Ahlin S, Andersson-Assarsson J, Anveden A, Bouchard C, Carlsson B, Karason K, Lonroth H, Naslund I, Sjöström E, Taube M, Wedel H, Svensson PA, Sjöholm K & Carlsson LM (2014): Association of bariatric surgery with long-term remission of type 2 diabetes and with microvascular and macrovascular complications. *JAMA* 311(22), 2297-2304. DOI: 10.1001/jama.2014.5988.
- Yates N, Hunger M, Stark R, Hauner H, Peters A, Holle R & Wolfenstetter SB (2014): Die Kosten von Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Aktuelle Bottom-up Schätzung aus den bevölkerungsbezogenen KORA Studien (Kompetenznetz Adipositas). 8. Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft und 30. Jahrestagung der Deutschen Adipositas Gesellschaft. 21.-22.11.2014. Leipzig.