

Adipositas: Eine Herausforderung für die Europäische Region der WHO

Adipositas stellt eine der größten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit im 21. Jahrhundert dar. Dabei ist die Entwicklung in einigen Teilen der Welt, einschließlich der Europäischen Region der WHO, besonders Besorgnis erregend.

Mehr als 75% der Todesfälle in der Europäischen Region werden durch nichtübertragbare Krankheiten verursacht; dies ist weltweit der höchste Anteil. Erkrankungen der Herzkranzgefäße sind die häufigste Ursache für frühzeitigen Tod; auf sie entfallen allein 16% bzw. 12% aller vorzeitigen Todesfälle bei Männern und Frauen.

Ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel sind die Hauptursachen für Übergewicht und Adipositas, die ihrerseits zu den bedeutendsten Risikofaktoren für die häufigsten nichtübertragbaren Krankheiten zählen. Zu den schwerwiegendsten Gesundheitsfolgen von Übergewicht und Adipositas gehören Bluthochdruck und Hyperlipidämie (wichtigste Risikofaktoren), koronare Herzkrankheit, ischämischer Schlaganfall, Typ-2-Diabetes, bestimmte Krebsarten, Osteoporose und psychosoziale Probleme.

Das Krankheitsrisiko nimmt in allen Bevölkerungsgruppen ab einem Body-Mass-Index (BMI) von 20–22 schrittweise zu. Nach dem Weltgesundheitsbericht 2002 ist ein BMI von über 21 für 10–13% der Todesfälle und 8–15% der DALY-Verluste in der Europäischen Region verantwortlich¹, eine Rate, die allgemein höher liegt als in anderen Teilen der Welt.

Adipositas bei Erwachsenen

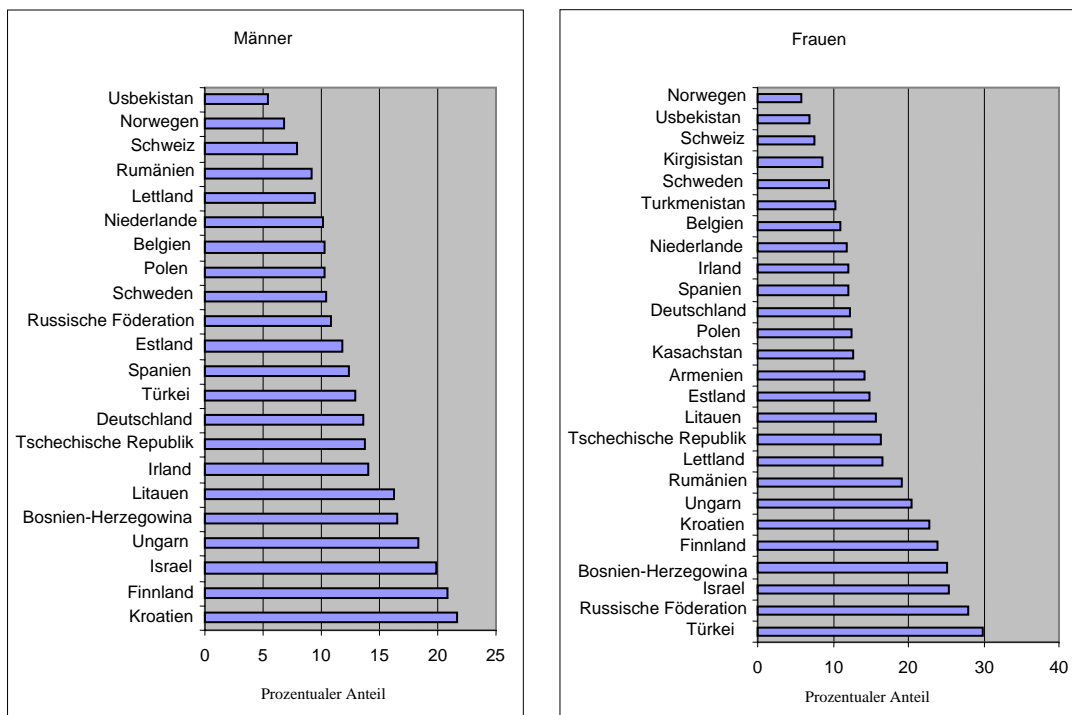
Obwohl die Zahl der Übergewichtigen (BMI über 25) und Adipösen (BMI über 30) überall steigt, geht aus dem Weltgesundheitsbericht 2002 hervor, dass Europa mit knapp 26,5 mittlerweile einen der höchsten durchschnittlichen BMI unter den Regionen der WHO hat.

In den Mitgliedstaaten der Region sind zwischen 25% und 75% der erwachsenen Bevölkerung übergewichtig. In vielen Ländern sind heute deutlich über die Hälfte der Erwachsenen übergewichtig, wenn auch das Fehlen national repräsentativer Daten aus zahlreichen Ländern eine genauere Bewertung von Ausmaß und Entwicklung der Epidemie nach wie vor erheblich erschwert.

Nach den neuesten Daten zu national repräsentativen Stichproben aus verschiedenen Ländern der Region liegen die Prävalenzraten von Adipositas zwischen 5% und 20% bei Männern und bei bis zu 30% bei Frauen (Abb. 1). Die Zahlen deuten auch auf eine rasche Verringerung des Unterschieds in der Prävalenz zwischen dem westlichen und dem östlichen Teil der Region hin. Derzeit sind in der Region nach Schätzungen fast 400 Mio. Erwachsene übergewichtig und ca. 130 Mio. adipös.

¹ Um Behinderungen bereinigte Lebensjahre (DALY) sind ein Indikator für die Zeit, die mit einer Behinderung gelebt wird oder die durch vorzeitige Sterblichkeit verloren geht.

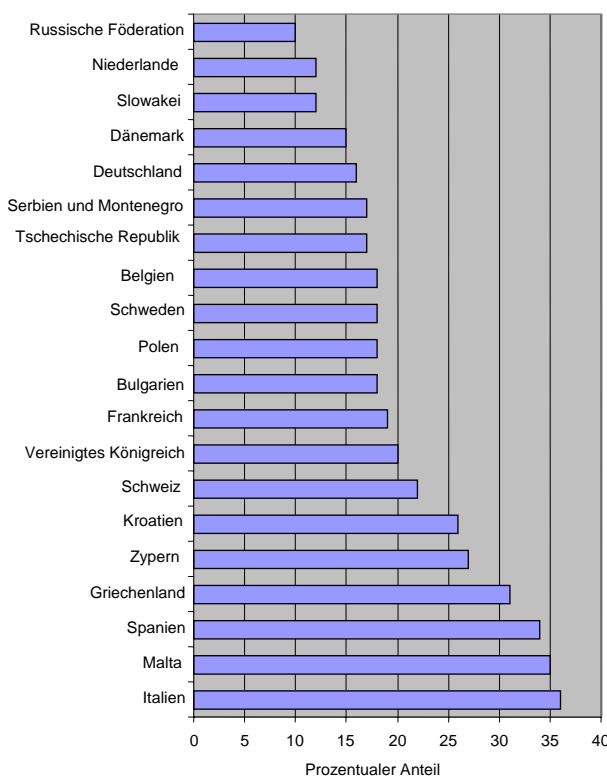
Abb. 1: Prävalenz von Adipositas bei Erwachsenen (ab 15 Jahren) in ausgewählten Ländern der Europäischen Region der WHO



Adipositas im Kindesalter

Adipositas im Kindesalter hat zu einer akuten Gesundheitskrise geführt. Verschiedene Untersuchungen gehen davon aus, dass 10–30% der europäischen Kinder im Alter von 7–11 Jahren und 8–25% der Jugendlichen (14–17 Jahre) überschüssiges Körperfett haben (Abb. 2).

Abb. 2: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern im Alter von 7–11 Jahren aus ausgewählten Ländern der Europäischen Region der WHO



Quelle: Daten entnommen aus: Lobstein T, Frelut M-L, Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews*, 2003, 4(4): S. 195–200.

Nach der 2001–2002 durchgeführten HBSC-Studie über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (http://www.euro.who.int/youthhealth/hbhc/20030130_2), die von mehr als 100 000 Kindern aus 35 Ländern in Europa und Nordamerika Eigenangaben zu Gewicht und Größe enthält, sind 11,7% der 13-Jährigen und 11,4% der 15-Jährigen übergewichtig. Etwa ein Drittel der übergewichtigen Kinder sind adipös und tragen ein hohes Risiko, vor oder im jungen Erwachsenenalter an Typ-2-Diabetes, Herzkrankheit oder anderen chronischen Leiden zu erkranken.

Adipositas breitet sich rapide aus

Seit den 1980er Jahren hat sich die Prävalenz von Adipositas in vielen europäischen Ländern mindestens verdreifacht. Wenn sich die Prävalenz weiter mit derselben Geschwindigkeit ausbreitet wie in den 1990er Jahren, so werden nach Schätzungen bis 2010 in der Region ca. 150 Mio. Erwachsene adipös sein. Mit anderen Worten: In nur fünf Jahren wird sich die Zahl der Menschen mit Adipositas um 20 Mio. erhöhen – das sind ernüchternde 4 Mio. pro Jahr. Die Zahlen verdeutlichen eine klar steigende Tendenz, selbst in Ländern mit traditionell niedrigen Raten für Übergewicht und Adipositas, z. B. Frankreich, Niederlande und Norwegen. Während weiterhin in den nächsten fünf Jahren mit einem Anstieg der Prävalenz in der Europäischen Region um durchschnittlich 2,4% bei Frauen und 2,2% bei Männern zu rechnen ist, werden einige Länder wie Finnland, Deutschland, Griechenland, Schweden, und das Vereinigte Königreich (Männer) bzw. Georgien, die Republik Moldau, die Slowakei und Tadschikistan (Frauen) u. U. einen noch stärkeren Anstieg verzeichnen.

Mit besonders alarmierender Geschwindigkeit breitet sich die Epidemie unter Kindern aus. So hat sich z. B. in Frankreich zwischen 1960 und 2000 die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter von 3% auf 16% erhöht. In Polen stieg die Prävalenz zwischen 1994 und 2000 von 8% auf 18% an, während in Ungarn nach offiziellen Angaben 20% der Kinder im Alter von 11–14 Jahren adipös sind und 6% von ihnen unter Bluthochdruck leiden. Der Anstieg hat sich in den letzten Jahren beschleunigt: Nach Angaben der International Obesity Task Force [dt.: Internationale Arbeitsgruppe Adipositas] erhöhte sich die jährliche Zunahme der Prävalenz von 0,2% in den 1970er Jahren auf 0,6% in den 1980er Jahren und 0,8% in den frühen 1990er Jahren und beläuft sich mittlerweile teilweise auf bis zu 2,0%.

Wirtschaftliche Kosten von Adipositas und die ungleiche Verteilung der Epidemie

Adipositas führt auch zu einer beträchtlichen ökonomischen Belastung durch Produktivitätsausfälle und Einkommensverluste und ist für 2–8% der gesamten Gesundheitsausgaben verantwortlich. So standen in Spanien nach offiziellen Angaben mit jährlich 2,5 Mrd. € fast 7% der Gesundheitsausgaben direkt oder indirekt im Zusammenhang mit Adipositas. Für Osteuropa und die Länder der ehemaligen Sowjetunion beläuft sich die Schätzung auf bis zu 5% der gesamten Gesundheitsausgaben. Darüber hinaus entstehen auch beträchtliche indirekte finanzielle und immaterielle soziale Belastungen, beispielsweise durch mangelnden Schulerfolg und Diskriminierung am Arbeitsplatz.

Adipositas und dadurch bedingte Krankheiten gehören zu den am ungleichmäßigsten verteilten Erkrankungen, und es gibt diesbezüglich einen Trend zu einer Verstärkung der Unterschiede zwischen den sozialen Schichten. Die Sterblichkeitsrate infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegt in der Arbeiterschicht und in bildungsfernen Schichten 1,5 Mal höher als in der übrigen Bevölkerung. Menschen mit niedrigerem Einkommen nehmen i.d.R. mehr Fleisch, Fett und Zucker zu sich, während Menschen mit höherem Bildungsniveau mehr Obst und Gemüse essen. Auch eine sitzende Lebensweise ist unter Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Einkommens- und Bildungsniveau weiter verbreitet.

Handlungskonzepte

Es darf nicht mehr salonfähig sein, Einzelpersonen allein für ihr übermäßiges Körpergewicht verantwortlich zu machen. Die Ursachen für die ausufernde Epidemie liegen in der Gesellschaft und machen erhebliche Änderungen an der Strategie erforderlich. Zwischen auf Einzelpersonen abzielenden und bevölkerungsweiten Strategien sowie zwischen auf Aufklärung abzielenden und sektorübergreifenden und umweltgerichteten Interventionen muss ein besseres Gleichgewicht hergestellt werden.

Adipositas stellt unverkennbar eine akute und schnell wachsende Bedrohung für die öffentliche Gesundheit dar, auf die Regierungen und die einschlägigen internationalen Organisationen unverzüglich reagieren müssen. Zur Bekämpfung der neuen Epidemie sind Maßnahmen und Kooperationen auf der Ebene der Region unter gebührender Berücksichtigung der Belange ihres westlichen wie östlichen Teils erforderlich.

Wissenschaftliche Erkenntnisse deuten darauf hin, dass für die Bekämpfung der Epidemie zwei Gruppen von Zielen maßgeblich sind:

- Optimierung der Ernährung (Ausgewogenheit und in manchen Fällen Beschränkung der Nahrungsaufnahme, mit besonderem Schwerpunkt auf der Beschränkung der Aufnahme von Fett, „freien“ Zuckern und Salzen und unter Gewährleistung einer Umstellung auf ungesättigte Fette und jodiertes Salz und eines verstärkten Verzehrs von Obst und Gemüse) und
- Verstärkung der körperlichen Bewegung (mindestens 30 Minuten regelmäßige und moderate körperliche Betätigung an den meisten Wochentagen).

Die beste Möglichkeit, Verhaltensweisen nachhaltig zu verändern, liegt in einer Strategie, die auf der Schaffung eines förderlichen Umfelds und der Förderung gesundheitsbewusster Entscheidungen beruht.

Dabei gilt es auf verschiedenen Ebenen zu handeln, die den unterschiedlichen Einflussebenen für den Einzelnen entsprechen: regionale und internationale Rahmenkonzepte; sozialpolitische Maßnahmen und staatliche Gesetzgebung; organisatorische und geschäftliche Praktiken; Planung von Kontrollmaßnahmen und regionalen Strategien; gesellschaftliche und kulturelle Traditionen; schulische und berufliche Praxis sowie Einfluss Gleichaltriger; familiäre Traditionen und Präferenzen; und individuelles Handeln.

Eine solche Strategie lässt sich insbesondere in folgenden Umfeldern realisieren: Schule (Gesundheitserziehung, Schulspeisung, Freizeitaktivitäten); lokale Umwelt (Ernährung, Verkehr, Wohnumfeld, Freizeitgestaltung im Freien, Sport); gesundheitliche und ärztliche Versorgung (Gesundheit von Mutter und Kind); Arbeitsplatz (gesunde Ernährungsgewohnheiten und körperliche Betätigung während des Arbeitstages).

Neueste Entwicklung bei der Schaffung eines Rahmenkonzeptes

Es gibt eine Reihe von gesundheitspolitischen Verpflichtungen, die auf globaler bzw. regionaler Ebene unterstützt werden und die den Weg für die Forcierung von Maßnahmen zur Bekämpfung der Adipositas in der Europäischen Region ebnen können.

Im Mai 2004 verabschiedete die 57. Weltgesundheitsversammlung die Globale Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit. Die Strategie enthält Empfehlungen an die WHO und ihre Mitgliedstaaten, an internationale Partner, nichtstaatliche Organisationen und die Privatwirtschaft

für die Bekämpfung der Ausbreitung nichtübertragbarer Krankheiten durch gesündere Ernährung und mehr Bewegung. Dabei befasst sie sich mit folgenden Aspekten: Rolle der Gesundheitssysteme; Ernährungs- und Landwirtschaftspolitik; Steuer- und Regulierungspolitik; Überwachungssysteme; Verbraucheraufklärung und Kommunikation (einschließlich Marketing, gesundheitsbezogene Angaben und Kennzeichnung); und eine Schul-, Verkehrs- und Städtebaupolitik, die sich positiv auf die Verbesserung des Angebots an Ernährungs- und Bewegungsmöglichkeiten auswirkt.

Auf der europäischen Ebene hat das WHO-Regionalbüro für Europa im Jahr 2000 den Ersten Europäischen Aktionsplan für Nahrung und Ernährung bestätigt, der für den Zeitraum 2000–2005 gilt. Darin wird eine Kombination von Maßnahmen aus den Bereichen Ernährung, Lebensmittelsicherheit, gesicherte Nahrungsmittelversorgung und nachhaltige Entwicklung zu einer übergeordneten, sektorübergreifenden Politik befürwortet und den Regierungen Unterstützung bei der Entwicklung, Umsetzung und Bewertung solcher Maßnahmen angeboten. Eine relativ neue und wichtige Initiative stellt die von der Europäischen Union jüngst begonnene Aktionsplattform für Ernährung, körperliche Bewegung und Gesundheit dar. Bei dieser unter Federführung der Europäischen Kommission durchgeführten Initiative arbeiten Wirtschaftsverbände, Verbraucherverbände, nichtstaatliche Organisationen aus dem Gesundheitsbereich und politische Entscheidungsträger gemeinsam und auf freiwilliger Basis darauf hin, die Ausbreitung der Adipositas, insbesondere unter Kindern, zu unterbinden und nach Möglichkeit umzukehren.

Auch auf der nationalen Ebene gibt es zunehmend neue Handlungskonzepte. So hat Frankreich 2001 ein nationales Programm zur Förderung gesunder Ernährung begonnen, das ein breites Spektrum an sektorübergreifenden Maßnahmen umfasst. Die Niederlande haben 2004 eine staatliche Politik für präventive Gesundheitsversorgung eingeführt, in der Adipositas zusammen mit Rauchen und Diabetes zu einer der drei obersten Prioritäten erklärt wurde. Der Handlungsbedarf in diesem zunehmend wichtigen Bereich der öffentlichen Gesundheit wurde auch im Vereinigten Königreich in dem im November 2004 veröffentlichten Weißbuch *Choosing health: making healthier choices easier* [dt.: Die gesunde Wahl: gesundheitsförderliche Entscheidungen erleichtern] hervorgehoben. Spanien hat Anfang 2005 eine nationale Strategie für Ernährung, Bewegung und Vorbeugung gegen Adipositas verabschiedet, die den Weg für koordinierte sektorübergreifende Maßnahmen ebnet. Im März 2005 hat das slowenische Parlament ein nationales ernährungspolitisches Programm für den Zeitraum 2005–2010 gebilligt – eines der ersten Beispiele dafür, dass in Mittel- und Osteuropa die Ernährungspolitik einen hohen politischen Stellenwert erhält. Schweden hat einen Aktionsplan zur Förderung gesunder Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Betätigung zur Annahme vorgelegt, um dem übergeordneten gesundheitspolitischen Ziel der Schaffung gesellschaftlicher Bedingungen, die der gesamten Bevölkerung Gesundheit zu gleichen Bedingungen garantieren, näher zu kommen.

Forcierung von Maßnahmen in der Europäischen Region: Maßnahmen des Regionalbüros
Das Regionalbüro wird die Durchführung und Koordinierung zügiger Gegenmaßnahmen in der Region unterstützen, um der wachsenden Herausforderung zu begegnen.

Als wichtigen Meilenstein in diesem Prozess plant das Regionalbüro eine Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas, die auf Einladung der türkischen Regierung im November 2006 in Istanbul stattfinden soll. Mit der Konferenz sollen Aufklärungsarbeit geleistet, internationale Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Adipositas in einem geeigneten politischen Gesamtklima gefördert und dem Thema Adipositas auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung in der Region ein hoher Stellenwert eingeräumt werden. Darüber hinaus könnten die Konferenz und der Prozess im Vorfeld als ein wichtiger Mechanismus zur Stärkung und Festigung der

evidenzbasierten und sektorübergreifenden Konzepte in diesem zunehmend wichtigen Bereich dienen, mit denen u. a. körperliche Betätigung und Gesundheit gefördert werden, die in den vergangenen Jahren nur unzureichend angegangen wurden. Deshalb beabsichtigt das Regionalbüro nicht nur die Gesundheitsminister einzuladen, sondern auch hochrangige Vertreter anderer Politikbereiche wie Handel, Landwirtschaft, Verkehr, Städteplanung und Bildung. Schließlich sollen durch die Konferenz auch nationales Handeln und Zusammenarbeit zwischen Mitgliedstaaten und internationalen Partnern zur Bekämpfung von Adipositas gefördert werden. Die Konferenz wird von der Europäischen Kommission unterstützt und ihre Ausrichtung soll in Zusammenarbeit mit mehreren anderen internationalen Organisationen erfolgen.

Vor der Konferenz werden Gespräche mit den Mitgliedstaaten über politische und fachliche Fragen stattfinden. Vorgesehen sind u. a. eine vom Regionalbüro und der dänischen Regierung gemeinsam ausgerichtete Konsultation zur Einleitung der Vorbereitungen im Oktober 2005 und eine Vorkonferenz im Juni 2006, die von der niederländischen Regierung ausgerichtet wird. Wesentlicher Bestandteil des Prozesses sind auch Expertengespräche.

Weitere Auskunft erteilen:

FACHINFORMATIONEN:

Dr. Francesco Branca
Regionalbeauftragter, Ernährung und
Versorgungssicherheit
WHO-Regionalbüro für Europa
Scherfigsvej 8, 2100 Kopenhagen Ø, Dänemark
Tel.: +45 39 17 13 62
E-Mail: fbr@euro.who.int

PRESSEINFORMATIONEN:

Liuba Negru
Referentin, Presse- und Medienbeziehungen
WHO-Regionalbüro für Europa
Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark
Tel.: +45 39 17 13 44
Fax: +45 39 17 18 80
E-Mail: lne@euro.who.int

Pressematerial finden Sie auf der Website des
Regionalbüros unter www.euro.who.int