

4. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

4.1 Ausgewählte Schwerpunkte

4.1.1 Übergewicht - Vergleich der Daten von Mikrozensus und Gesundheitssurvey

Adipositas ist nach Angaben der WHO das größte chronische Gesundheitsproblem. Die Adipositas mit ihren möglichen Folgekrankheiten wie Arteriosklerose, Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie oder degenerative Gelenkerkrankungen stellt ein zunehmendes gesundheitspolitisches Problem dar. In den meisten westlichen Industrienationen hat der Anteil an übergewichtigen Menschen in den letzten beiden Jahrzehnten die 30 %-Marke überschritten; in Deutschland sind heute mehr als 50 % der Menschen übergewichtig oder adipös. Mit zunehmender Verbreitung der Adipositas ist ein erheblicher Kostenanstieg im Gesundheitssystem zu erwarten. Adipositas und ihre Folgeerkrankungen sollen in den Industriestaaten bereits 5 -10 % der Gesamtkosten des Gesundheitswesens verursachen. In Deutschland wurden die Kosten für das Gesundheitswesen von den Gesundheitsministern bereits 1990 mit 113,8 Milliarden DM, also ca. 57 Milliarden Euro, veranschlagt¹.

Weltweite Bedeutung
des Anstiegs von
Übergewicht und
Fettsucht

Die WHO schätzt, dass weltweit rund eine Milliarde Menschen übergewichtig und 300 Millionen Menschen adipös sind. Noch ist Rauchen die Todesursache Nr. 1 in den USA, aber es wird erwartet, dass Fettleibigkeit und Bewegungsmangel schon bald das Rauchen als Todesursache Nr. 1 in den USA ablösen werden^{2,3}. Der Anstieg der Fettsucht bei Kindern und die damit einhergehenden Krankheitsrisiken haben ein solches Ausmaß angenommen, dass ein neues Schlagwort geprägt wurde: „Die Kinder sterben vor ihren Eltern“ (vgl. auch Tabelle 4.2.9).

Für die Messung eines zu hohen Körpergewichtes hat sich weltweit der BMI (Body Mass Index) durchgesetzt, der aus Größe und Gewicht errechnet wird. Dabei wird üblicherweise ein BMI von 25,0 - 29,9 als „Übergewicht“ und einer von 30 und höher als „Adipositas“ oder Fettsucht bezeichnet.

Neuere Angaben über die Adipositasprävalenz bei Erwachsenen in Deutschland sind vor allem aus zwei Quellen verfügbar, nämlich dem Gesundheitssurvey (1998) und dem Mikrozensus von 2003. Der Hauptunterschied in Bezug auf die Feststellung des BMI besteht darin, dass die Daten - also Größe und Gewicht - im Gesundheitssurvey durch objektive Messung, im Mikrozensus dagegen durch Befragung gewonnen wurden.

Betrachtet man die Ergebnisse des Mikrozensus, so erscheinen sie überraschend positiv zu sein: Nur 12,3 % der Frauen und 13,6 % der Männer hatten ihren Angaben zufolge einen BMI von 30 oder mehr. Dies ist nicht mit den Angaben in der Literatur zu vereinbaren, die von einer Prävalenz der Adipositas von mindestens 20 % ausgehen. Tatsächlich hatten die Messungen beim Gesundheitssurvey 1998 einen Anteil von 21,7 % bei Frauen und 18,8 % bei Männern ergeben. Es gibt kaum einen Zweifel daran, dass in den vergangenen sechs Jahren die Prävalenz weiter gestiegen und nicht etwa gesunken ist. Dies ergibt sich auch aus dem Vergleich der Mikrozensusdaten der Jahre 1999 und 2003.

Prävalenzangaben im
Mikrozensus stimmen
nicht mit denen im
Gesundheitssurvey
überein

Es ist eine bekannte Tatsache, dass bei Erhebung von „heiklen“ Tatbeständen die Befragten zur Angabe von positiveren Daten neigen, als sie tatsächlich vorliegen⁴. Bei einem deutlich negativ besetzten Feld, wie es die Fettsucht ist, sind durchgängig korrekte Angaben nicht zu erwarten. Dennoch sind in der Berichterstattung die genannten Zahlen des Mikrozensus in der Regel so publiziert und kommentiert worden, als seien es valide Daten. Nachfolgend soll durch Vergleich mit den objektiv gemessenen Daten des Gesundheitssurveys (vgl. Tabelle 4.2.8) das Antwortmuster beim Mikrozensus analysiert werden. Obwohl sich die Grundpopulation und ihr Altersaufbau in der Zeit zwischen

1998 und 2003 natürlich etwas verändert hat, wird dies als nicht wesentlich eingestuft und die beiden Populationen als vergleichbar angesehen.

Abbildung 4.1 zeigt, um wieviel *bei Frauen* die Daten des Gesundheitssurveys von denen des Mikrozensus abweichen. Hierbei werden vier verschiedene BMI-Bereiche dargestellt: Unter 18,5, 18,5 - 24,9, 25,0 - 29,9 sowie 30 und höher. Diesen vier Bereichen entsprechen die Bezeichnungen „*untergewichtig*“, „*normalgewichtig*“, „*übergewichtig*“ und „*stark übergewichtig*“ (gleichbedeutend mit „*adipös*“, siehe oben). Differenziert sind diese vier Bereiche nach sechs Altersgruppen.

Je größer ihr Übergewicht ist, desto häufiger machen befragte Frauen zu niedrige Angaben

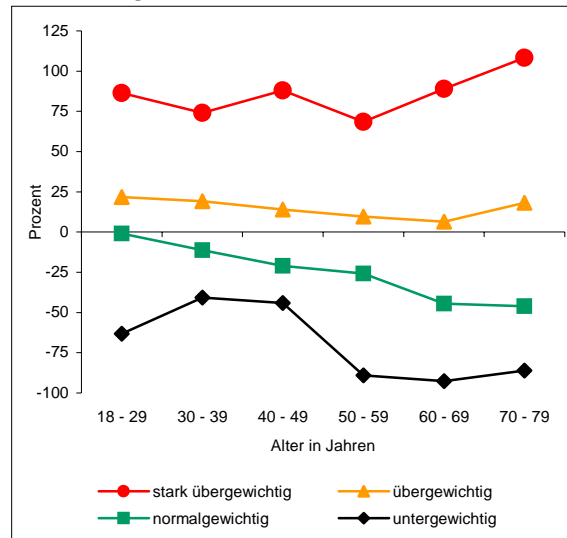
Es wird deutlich, dass die Differenzen zu den tatsächlichen Werten umso höher ausfallen, je mehr der BMI vom Normalbereich abweicht. Beim *Übergewicht* (BMI 25,0 - 29,9) liegt die Prävalenz bei den Frauen in den unteren Altersklassen um etwa 20 % höher als von den Befragten angegeben; es lässt sich eine leichte Tendenz zu realistischeren Angaben mit steigendem Alter feststellen. Bei der *Adipositas* hingegen (BMI $\geq 30,0$) beträgt die Abweichung im Mittel gut 75 %; bei der ältesten Altersgruppe sogar über 100 %. Das heißt, dass nur etwas mehr als die Hälfte der befragten fettleibigen Frauen dieser Altersgruppe einigermaßen richtige Angaben über ihre Körpermaße machten.

Untergewicht, insbesondere wenn es sich der Magersucht annähert, ist ähnlich negativ besetzt wie Übergewicht; es wären also auch hier zu niedrige Angaben zu erwarten. Aus der Abb. 1 geht jedoch hervor, dass das Gegenteil der Fall ist. Die Gruppe der 18- bis 49-jährigen untergewichtigen Frauen hat in Wirklichkeit einen zwischen 40 % und 60 % *kleineren* BMI, als sie selber angibt. Bei den Älteren ist sogar nur jede Zehnte tatsächlich untergewichtig.

Die Abweichungen bei den Frauen, die angegeben haben, normalgewichtig zu sein, sind eine Resultante aus den drei übrigen BMI-Bereichen. Hier zeigt sich eine klare Tendenz: Je älter die Frauen sind, umso größer ist der Prozentsatz derer, die unrichtigerweise ein Normalgewicht angeben (vgl. Abbildung 4.1).

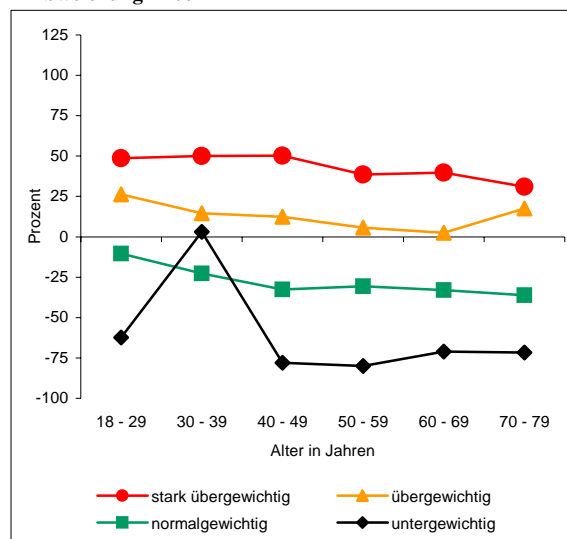
Das Muster der Abweichungen bei den *Männern* (Abbildung 4.2) ist dem der Frauen sehr ähnlich, mit einer Ausnahme: Zwar liegt der Anteil an

Abbildung 4.1:
Beim Gesundheitssurvey 1998 gemessener BMI im Vergleich zu den BMI-Angaben von Frauen beim Mikrozensus 2003 in Deutschland nach ausgewählten Altersgruppen - Abweichung in %



(Datenquelle: StBA / RKI / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 4.2:
Beim Gesundheitssurvey 1998 gemessener BMI im Vergleich zu den BMI-Angaben von Männern beim Mikrozensus 2003 in Deutschland nach ausgewählten Altersgruppen - Abweichung in %



(Datenquelle: StBA / RKI / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Fettsüchtigen um 40 % und damit deutlich höher als von den befragten Männern angegeben; diese Diskrepanz liegt aber erheblich unter der der Frauen von mehr als 75 %.

Auch lässt sich anders als bei den Frauen eine Tendenz zu korrekteren Angaben mit steigendem Alter feststellen. Die Verhältnisse bei den anderen drei Gewichtsklassen - „untergewichtig“, „normalgewichtig“, „übergewichtig“ - sind aber im Großen und Ganzen denen bei den Frauen sehr ähnlich.

Diese Ergebnisse des Mikrozensus zeigen die bekannte Tatsache, dass Angaben, die sich auf Befragungen und nicht auf objektive Messungen stützen, dann besonders unzuverlässig sind, wenn sie emotional besetzte Felder betreffen⁴. Bei den Diskrepanzen, die hier aufgezeigt werden, muss man davon sprechen, dass die Daten durch diese Verzerrung sogar weitgehend unbrauchbar werden. Das Statistische Bundesamt weist zwar in seiner Publikation der Ergebnisse⁵ auf die Verzerrungsmöglichkeit hin, jedoch sind die Prävalenzen weithin so aufgefasst worden, als seien sie valide. Sie sind es jedoch *nicht*, und sollten in der Regel *nicht verwendet werden*.

Befragungen bei
"heiklen" Themen
liefern falsche
Ergebnisse

Das Muster der unrichtigen Angaben liefert jedoch interessante Aufschlüsse über die negative Besetzung des eigenen Gewichts in den verschiedenen Altersgruppen. Obwohl ein Übergewicht bei einem BMI von 25 bis 29 deutlich wahrnehmbar ist, wird es offenbar noch nicht als so stigmatisierend empfunden, dass hier ein sehr hoher Anteil der Befragten geschönte Angaben machen würde. Dies empfinden Männer und Frauen gleichermaßen so; und je älter sie sind, um so gelassener nehmen sie es offenbar.

Dies ändert sich drastisch, sobald die Befragten stark übergewichtig (adipös) sind. Drei Siebtel der befragten adipösen Frauen leugnen ihre - offensichtliche - Fettsucht, und das in allen Altersgruppen relativ einheitlich. Auch bei den Männern steigt die Diskrepanz deutlich an, insgesamt tun sie sich aber deutlich leichter, ihre Fettsucht zuzugeben. Zudem bleibt hier der Trend erhalten, mit zunehmendem Alter auch zutreffendere Angaben zu machen.

Obwohl auch Untergewicht - und insbesondere die Magersucht, und das nicht nur bei Mädchen - zunehmend in den Fokus der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit rückt und problematisiert wird, wird selbst unnatürliche Schlankheit offenbar immer noch als erstrebenswert angesehen. Nur so ist es zu erklären, dass ein hoher Prozentsatz derer, die sich als untergewichtig bezeichnen, es in Wirklichkeit gar nicht sind. Hierbei zeigen Männer und Frauen ein relativ gleiches Verhalten. Warum aber auch ältere Menschen sich gern untergewichtig sehen, auch wenn dies nicht zutrifft, bedarf wohl noch einer gesonderten Erklärung.

Schlankheitswahn und
Stigmatisierung von
Übergewicht sind
weiter ungebrochen

Insgesamt muss konstatiert werden, dass ein auf Befragung basierendes Verfahren wie der Mikrozensus keine validen Prävalenzangaben über die Adipositas liefern kann. Hierzu ist nur eine objektivierende Untersuchung wie ein Survey geeignet. Auch relative Angaben, wie Zunahme oder Abnahme der Adipositasprävalenz durch den zeitlichen Vergleich von Zensus, sind mit einer Unsicherheit belastet, da sie auch durch Veränderungen des Auskunftsverhaltens - durch eine veränderte gesellschaftliche Haltung zu Über- oder Untergewicht - bedingt sein können.

¹ Bundesministerium für Gesundheit (1994): Die Kosten ernährungsabhängiger Erkrankungen 1990. Bonn: BMG.

² JAMA (2004): Leading Causes of U.S. Deaths: Poor Diet and Lack of Exercise Are Catching Up with Smoking. Journal Watch (General), S. 4.

³ Mokdad, A.; Marks, J.; Stroup, D.; Gerberding, J. (2004): Actual Causes of Death in the United States, 2000. JAMA. 2004;291, S.1238-1245.

⁴ Bergmann, E. et al. (1990): Verbreitung von Übergewicht in der Bundesrepublik Deutschland. In : Tätigkeitsbericht des Bundesgesundheitsamtes, S. 221 ff.

⁵ Statistisches Bundesamt (2004): Leben und Arbeiten in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2003. Wiesbaden.