



Adipositas als chronische Erkrankung

Diagnostik und Epidemiologie

Dr. Pia Roser

Prof. Dr. Jens Aberle

III. Medizinische Klinik, Sektion Endokrinologie und Diabetologie
Universitäres Adipositas-Centrum
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
p.rosler@uke.de

Inhalt

Epidemiologie und Determinanten der Adipositas
Diagnostik der Adipositas – wissenschaftliche Grundlagen und gesellschaftliche Relevanz
Endokrinologische Differenzialdiagnosen der Adipositas
Fazit für die Praxis

Lecture board

OÄ Dr. Kadriye Aydinkoc-Tuzcu

Adipositasambulanz
5. Medizinische Abteilung mit Stoffwechsel, Rheumatologie und Akutgeriatrie
Klinik Ottakring, Wien

MR OA Dr. Helmut Brath

Diabetes- und Fettstoffwechselambulanz
Gesundheitszentrum Favoriten, Wien

Ärztlicher Fortbildungsanbieter

Ärztinnen- und Ärztekammer für Niederösterreich, Wipplingerstraße 2, 1010 Wien

Redaktionelle Bearbeitung

Dr. Claudio Polzer

Eine Literaturliste ist auf Anfrage bei der Redaktion erhältlich.
Der Originalartikel ist erschienen in Die Innere Medizin 5/2025.

© Springer Verlag GmbH 2026

Punkte sammeln SpringerMedizin.at

Das E-Learning ist Teil des Diplom-Fortbildungsprogramms (DFP) der Österreichischen Ärztekammer und ermöglicht qualitätsgesicherte Fortbildung durch das Studium von Fachartikeln nach den Richtlinien des DFPs.

**DFP-Punkte online,
per Post oder E-Mail**
Multiple-Choice-Fragebogen
bis 16. Oktober 2026 beim
Springer Verlag eingereicht

Online

Für eingeloggte User steht der Beitrag und der Fragebogen unter www.springermedizin.at zur Verfügung.

Post

Prinz-Eugen-Straße 8-10
1040 Wien

E-Mail (eingescannter Test)
springer@springer.at

Approbation

Diese Fortbildung wird mit einem medizinischen DFP-Punkt approbiert.
Die Fortbildungspunkte werden rasch und unkompliziert mit Ihrer ÖÄK-Nummer elektronisch verbucht.

Fortbildungs-ID
1052952

Kontakt

Springer-Verlag GmbH
Springer Medizin
springer@springer.at
SpringerMedizin.at



Adipositas als chronische Erkrankung

DR. PIA ROSER
PROF. DR. JENS ABERLE

Epidemiologie und Determinanten der Adipositas

Die stetige Verfügbarkeit von hochkalorischer, ultraprozessierter Nahrung führt weltweit zu einer kontinuierlich steigenden Prävalenz von Übergewicht (Body-Mass-Index [BMI] ≥ 25 kg/m²) und Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m²). Dies stellt eine erhebliche Herausforderung für die öffentliche Gesundheit dar. Zwischen 1975 und 2022 hat sich die globale Adipositasprävalenz mehr als verdreifacht. Aktuell leben weltweit über 1 Mrd. Menschen mit Adipositas, darunter etwa 880 Mio. Erwachsene und 159 Mio. Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 19 Jahren.

Die Verbreitung von Adipositas variiert stark: In Ländern mit niedrigem Einkommen betrifft sie vor allem mittelalte Erwachsene, insbesondere Frauen aus wohlhabenden, städtischen Gebieten. In Ländern mit hohem Einkommen ist Adipositas bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen verbreitet, wobei bildungsarme Bevölkerungsgruppen besonders stark betroffen sind. *(Anm. d. Lecture Boards: Auch bei Kleinkindern und Jugendlichen ist eine Zunahme der Adipositas zu verzeichnen, besonders bei Kindern mit Migrationshintergrund, bei denen Übergewicht und Adipositas häufiger vorkommen als bei Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund.)*

In Europa sind 60 % der Erwachsenen und ein Drittel der Kinder übergewichtig oder von Adipositas betroffen. In Deutschland trifft dies laut Robert Koch-Institut (2019/2020) auf 46,6 % der Frauen und 60,5 % der Männer zu. (In Österreich lag im Jahr 2019 die Adipositasprävalenz bei 16,5%. Jede dritte Person im Alter ab 15 Jahren hatte einen BMI zwischen 25 und 30 kg/m². Bis 2030 wird ein Anstieg der Adipositasprävalenz in Österreich auf 23% prognostiziert. Anm. d. Redaktion). Ältere Menschen zeigen die höchsten Prävalenzen – in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen liegt der Anteil bei 66 %.

Obwohl die Politik erheblich auf das Konsumverhalten einwirken könnte, ist bisher keine Trendumkehr der Adipositas durch Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitsförderung erkennbar. Die Determinanten von Adipositas umfassen genetische, umweltbedingte, verhaltensbezogene und physiologische Faktoren. Diese sind nicht nur systemrelevant, sondern auch systemimmanent (Abb. 1).

(Anm. d. Lecture Boards: Individuelle Faktoren wie der genetische Hintergrund oder die Darm-Hirn-Achse beeinflussen die Disposition für Adipositas, die sich in einem „obesogenic environment“ aus Ernährungskultur, mangelnder Körperbewegung, städtebaulichen und verkehrspolitischen Gegebenheiten entwickeln kann.)

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird Adipositas in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen – sowohl im Hinblick auf ihre Komorbiditäten als auch bezüglich der Notwendigkeit effektiver Therapien. Es bleibt entscheidend, individuelle und gesellschaftliche Ansätze zu entwickeln, um dieser Herausforderung nachhaltig zu begegnen.

Diagnostik der Adipositas – wissenschaftliche Grundlagen und gesellschaftliche Relevanz

Adipositas wurde lange Zeit ausschließlich über den Body-Mass-Index (BMI) definiert, wobei ein BMI von ≥ 30 kg/m² als Schwellenwert gilt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkannte Adipositas bereits 1948 als eigenständige Erkrankung an, und viele medizinische Gesellschaften und Länder folgten dieser Einschätzung in den letzten Jahrzehnten.

Historisch definierte die WHO die Erkrankung Adipositas als „abnormale oder exzessive Kumulation von Fettgewebe, welche ein eigenständiges Gesundheitsrisiko darstellt“. Diese Definition ist jedoch seit Langem Gegenstand kontroverser Diskussionen, da es bis heute keine allgemeingültigen Grenzwerte gibt. Im klinischen Alltag wird die Diagnose in der Regel auf Grundlage des BMI gestellt. Auch dieses Vorgehen ist umstritten. Kritiker argumentieren, dass der BMI allein nicht auf einer direkten Messung des Körperfettanteils beruht und keine Informationen über den individuellen Gesundheitszustand oder die Funktionalität von Organen liefert. Ein BMI-gekoppeltes Vorgehen im Rahmen der Diagnosestellung kann daher zu einer Über- oder Unterschätzung der Erkrankung führen.

Die European Association for the Study of Obesity (EASO) hat auch aus diesem Grund bereits 2024 ein neues Rahmenwerk für Diagnose, Stadieneinteilung und Therapie der Adipositas formuliert (Abb. 2).

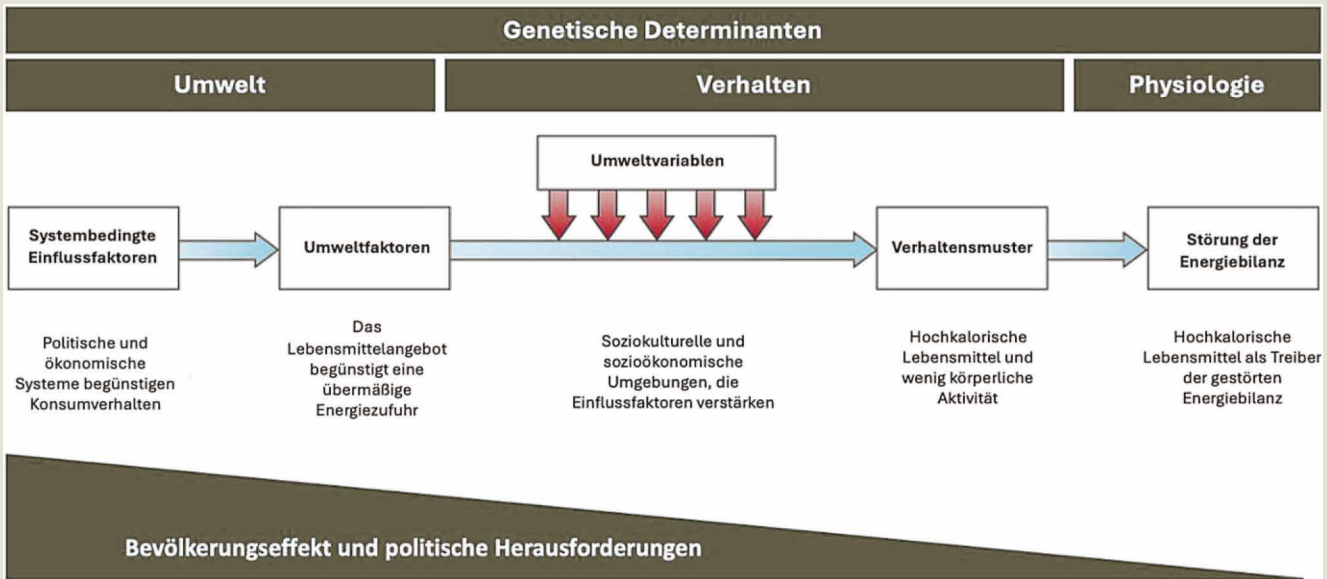


Abb. 1 (oben)
Adipositasdeterminanten und ihr Populations-effekt. (Adaptiert nach Swinburn BA et al. 2011)

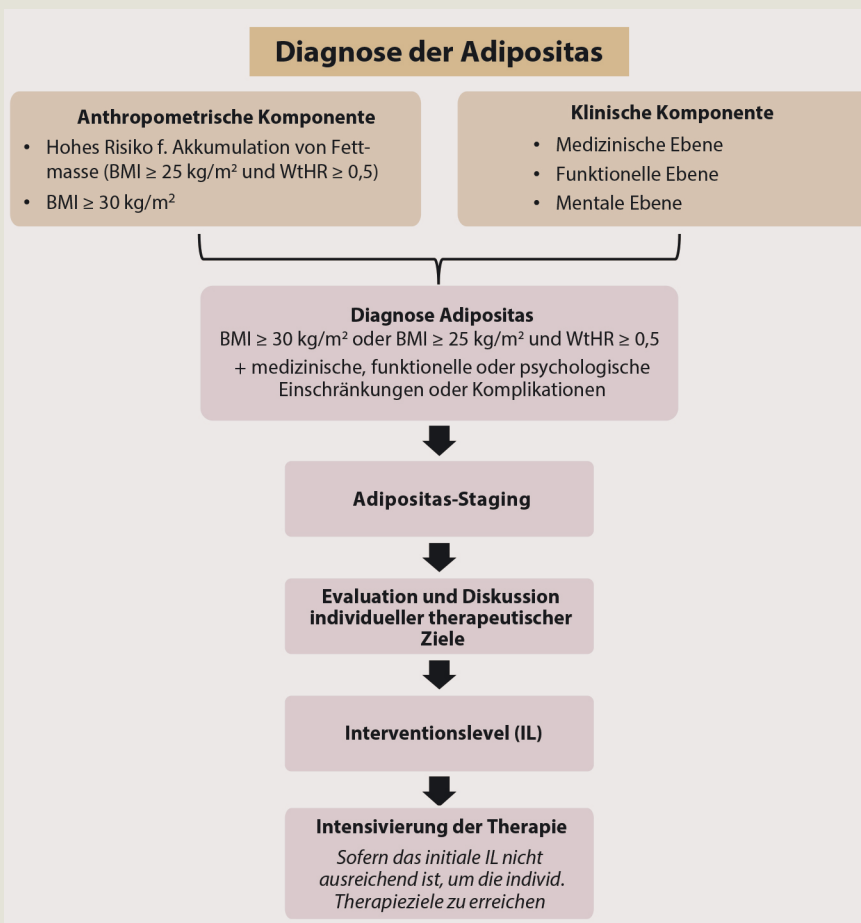


Abb. 2 (links)
Rahmenwerk der European Association for the Study of Obesity (EASO) für die Diagnose, Stadieneinteilung und Behandlung von Adipositas bei Erwachsenen. BMI Body-Mass-Index; WtHR „waist-to-height ratio“ (Verhältnis von Taille zu Körpergröße). (Adaptiert nach Busetto L et al. 2024)

Hiernach sollte neben dem BMI immer auch die „waist-to-height ratio“ (Verhältnis von Taille zu Körpergröße) bestimmt werden. So können vor allem diejenigen Patienten identifiziert werden, die ein besonders hohes Risiko für kardiovaskuläre oder metabolische Erkrankungen haben. Zudem sollten im Rahmen des sogenannten „Stagings“ sämtliche adipositasassoziierten körperlichen und mentalen und Folgeerkrankungen erfasst werden. Auch die neue S3-Leitlinie der Deutschen Adipositas Gesellschaft (wie auch das Konsensuspapier „Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen“ der Österreichischen Adipositas Gesellschaft) empfehlen eine ergänzende Nutzung weiterer biometrischer Parameter. Für die Einschreibung in das Disease-Management-Programm Adipositas ist allerdings der BMI ausreichend.

Ein im Januar 2025 in The Lancet veröffentlichtes Konsensus-Statement von 60 Adipositasexperten empfiehlt ebenfalls die Diagnose der Adipositas über die Kombination biometrischer Parameter. Neben dem BMI erfolgt die Bestätigung eines Überschusses an Körperfett durch mindestens ein weiteres anthropometrisches Maß (beispielsweise Taillenumfang, Verhältnis von Taille zu Hüfte oder Verhältnis von Taille zu Körpergröße) oder durch direkte Fettmessung (Dual-energy-X-ray-aborptiometry[-DEXA]-Messung). Des Weiteren ist mindestens eines der in Abb. 3 dargestellten Anzeichen oder Symptome einer anhaltenden

Funktionsstörung von Organsystemen Voraussetzung für die Diagnose einer klinischen Adipositas.

Die EASO-Kriterien wie auch die Kriterien der Lancet-Kommission der klinischen Adipositas haben gemein, dass sich die Diagnosestellung weg von einer rein zahlenbasierten hin zu einer funktionellen und patientenzentrierten Diagnose der Adipositas verschiebt. (Anm. d. Lecture Boards: Neben biometrischen Daten wird auch die Erhebung von medizinischen, funktionellen oder psychologischen Einschränkungen oder Komplikationen gefordert.)

Endokrinologische Differenzialdiagnosen der Adipositas

Die Clinical Practice Guideline der European Society of Endocrinology (ESE) empfiehlt in ihrem endokrinologischen Diagnostikpfad bei Adipositas eine gezielte Diagnostik, um überflüssige Testungen zu vermeiden und den Fokus auf die Behandlung zu legen. Hierbei wird betont, dass nicht alle Patienten mit Adipositas eine endokrinologische Mitbeurteilung benötigen. Im Falle einer Hormontestung sollten Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Hormontests beeinflussen, berücksichtigt werden, beispielsweise Biotin oder orale Kontrazeptiva.

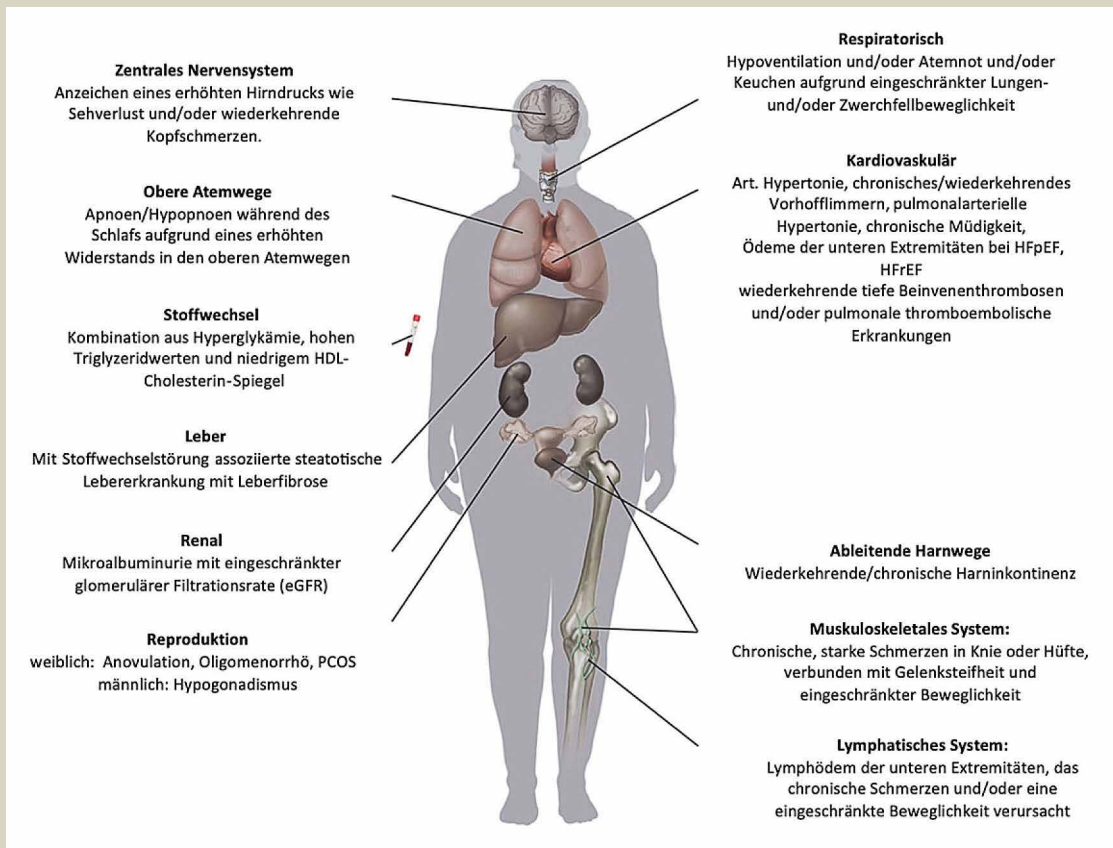


Abb. 3
Anzeichen oder Symptome einer anhaltenden Funktionsstörung von Organsystemen.
HDL High-density-Lipoprotein;
HFpEF „heart failure with preserved ejection fraction“ (Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion);
HfrEF „heart failure with reduced ejection fraction“ (Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektions-fraktion);
PCOS „polycystic ovary syndrome“ (Syndrom polyzystischer Ovarien).
(Adaptiert nach Rubino F et al. 2025)

Im Hinblick auf die Schilddrüsenfunktion empfiehlt die ESE das in Tab. 1 beschriebene Vorgehen.

Für die Hyperkortisolismusabklärung empfiehlt sie das in Tab. 2 beschriebene Vorgehen.

Tab. 1 Vorgehen zur Abklärung von Thyreopathien bei Adipositas

Überprüfung der Schilddrüsenfunktion bei allen Patienten mit Adipositas

Die Diagnostik einer Hypothyreose basiert auf TSH-Werten; bei erhöhtem TSH sollten fT_4 und Anti-TPO gemessen werden

Für Betroffene mit Adipositas gelten die gleichen Referenzwerte wie für normalgewichtige Menschen

Eine manifeste Hypothyreose sollte unabhängig vom Vorliegen von Schilddrüsenautoantikörpern behandelt werden

Schilddrüsenhormonpräparate werden bei normaler Schilddrüsenfunktion nicht zur Behandlung von Adipositas empfohlen

Im Falle einer latenten Hypothyreose (erhöhtes TSH, normales fT_4) sollte keine Substitutionstherapie mit Levothyroxin eingeleitet werden

Ein Routineultraschall der Schilddrüse wird nicht empfohlen

Anti-TPO Autoantikörper gegen Thyreoperoxidase;

fT_4 freies Thyroxin;

T_4 Thyroxin;

TSH thyreoideastimulierendes Hormon

Tab. 2 Hyperkortisolismusabklärung bei Adipositas

Routinetestungen auf das Vorliegen eines Hyperkortisolismus bei Adipositas werden nicht empfohlen

Bei klinischem Verdacht auf das Vorliegen eines Hyperkortisolismus sollte ein 1 mg-Dexamethason-Test als empfohlener Screeningtest durchgeführt werden

Bei gesichertem Hyperkortisolismus sollten die Bestimmung von ACTH sowie eine weiterführende Bildgebung zur Ursachensuche durchgeführt werden

ACTH adrenokortikotropes Hormon

Hinsichtlich des Vorliegens eines Hypogonadismus werden keine Routinetestungen empfohlen. Zunächst soll eine Gewichtsreduktion angestrebt werden, um die normale Gonadenfunktion wiederherzustellen. Bei klinisch und laborchemisch vorliegendem Hypogonadismus kann eine Testosterontherapie nach urologischer Vorstellung individuell erwogen werden, wenn kein Gewichtsverlust erreicht wird.

Dr. Pia Roser

Prof. Dr. Jens Aberle

III. Medizinische Klinik, Sektion Endokrinologie und Diabetologie

Universitäres Adipositas-Centrum

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

p.rosier@uke.de

Fragebogen

Im Rahmen des Diplom-Fortbildungsprogramms ist es möglich, durch das E-Learning Punkte zu erwerben. Nach der Lektüre des Artikels beantworten Sie bitte die nebenstehenden Fragen. Eine Frage gilt dann als richtig beantwortet, wenn alle möglichen richtigen Antworten angekreuzt sind. Bei positiver Bewertung (66 Prozent der Fragen) wird Ihnen ein medizinischer DFP-Punkt zuerkannt.

Fortbildungs-ID

1052952

Einsendeschluss

16. Oktober 2026

E-Mail

(eingescannter Test) springer@springer.at

Online

www.springermedizin.at oder

unter E-Learning auf der Website www.meindfp.at



Fazit für die Praxis

- Adipositas ist durch genetische, verhaltensbezogene und umweltbedingte Faktoren geprägt. Angesichts ihrer hohen Prävalenz, der Komorbiditäten und des demografischen Wandels erfordert sie effektive individuelle und gesellschaftliche Präventions- und Therapieansätze.
- Die Diagnostik von Adipositas entwickelt sich weg von einer rein Body-Mass-Index(BMI)-basierten Definition hin zu einer funktionellen und patientenzentrierten Diagnose, bei der ergänzende anthropometrische Maße sowie das „Staging“ körperlicher und mentaler Folgeerkrankungen berücksichtigt werden, um das individuelle Krankheitsrisiko besser einschätzen und zielgerichtete Interventionen ermöglichen zu können.
- Klinische und gesundheitspolitische Entscheidungen sollten auf der neuen Definition der Adipositas basieren, um gezielte Präventions- und Behandlungsstrategien zu fördern und Gesundheitssysteme langfristig zu entlasten.
- Nicht alle Patienten mit Adipositas benötigen eine umfassende endokrinologische Abklärung. Der Fokus sollte auf spezifischen Symptomen und klinischen Hinweisen liegen, um unnötige Testungen zu vermeiden.

Fragebogen

ADIPOSITAS ALS CHRONISCHE ERKRANKUNG

Bitte zutreffendes ankreuzen. Mehrfach Antworten möglich.

1

Welche Aussagen zur globalen Epidemiologie von Adipositas treffen zu? (2 Richtige)

- (a) Zwischen 1975 und 2022 hat sich die globale Adipositasprävalenz verdoppelt.
- (b) Aktuell leben weltweit ca. 500 Millionen Menschen mit Adipositas.
- (c) In Ländern mit niedrigem Einkommen betrifft Adipositas vor allem mittelalte Erwachsene aus wohlhabenden, städtischen Gebieten.
- (d) In Ländern mit hohem Einkommen sind bildungsarme Bevölkerungsgruppen besonders stark von Adipositas betroffen.

2

Welche Aussagen zur Epidemiologie von Übergewicht und Adipositas in Europa treffen zu? (3 Richtige)

- (a) In Europa sind 60 % der Erwachsenen und ein Drittel der Kinder übergewichtig oder von Adipositas betroffen.
- (b) In Deutschland sind 46,6 % der Frauen und 60,5 % der Männer von Adipositas oder Übergewicht betroffen mit den höchsten Prävalenzen bei älteren Menschen.
- (c) In Österreich lag im Jahr 2019 die Adipositasprävalenz bei 16,5 % und wird bis 2030 voraussichtlich auf 23 % ansteigen.
- (d) Durch Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitsförderung ist eine leichte Trendumkehr der Adipositasentwicklung erkennbar.

3

Zur Diagnostik der Adipositas. Welche Aussagen treffen zu? (3 Richtige)

- (a) Zur Diagnose der Adipositas gilt ein BMI von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ als Schwellenwert.
- (b) Die alleinige Heranziehung des BMI zur Diagnosestellung ist umstritten, da dies zu einer Über- oder Unterschätzung der Erkrankung führen kann.
- (c) Laut European Association for the Study of Obesity (EASO) sollte neben dem BMI immer auch die „waist-to-height ratio“ (Verhältnis von Taille zu Körpergröße) bestimmt werden.
- (d) Laut European Association for the Study of Obesity (EASO) sollte neben dem BMI immer auch eine direkte Fettmessung (Dual-energy-X-ray-absorptiometry[DEXA]-Messung) erfolgen.

4

Nach einem Konsensus-Statement von 60 Adipositasexperten sollte zur Diagnose einer klinischen Adipositas mindestens 1 Anzeichen oder Symptom einer anhaltenden Funktionsstörung von Organsystemen vorliegen. Welches Symptom zählt NICHT dazu? (1 Richtige)

- (a) Apnoen/Hypopnoen während des Schlafs
- (b) Mikroalbuminurie mit eingeschränkter glomerulärer Filtrationsrate (eGFR)
- (c) Cholesterinablagerungen unter der Haut (Xanthelasmen)
- (d) Wiederkehrende/chronische Harninkontinenz

Fortbildungs-ID
1052952



©Maya23K/iStock

5

Welche Empfehlungen gibt die European Society of Endocrinology zur endokrinologischen Diagnostik der Schilddrüsenfunktion bei Adipositas? (2 Richtige)

- (a) Überprüfung der Schilddrüsenfunktion bei allen Patienten mit Adipositas.
- (b) Die Diagnostik einer Hypothyreose basiert auf TSH-Werten.
- (c) Für Betroffene mit Adipositas gelten andere Referenzwerte als für normalgewichtige Menschen.
- (d) Eine Routinetesting der Schilddrüsenfunktion wird nicht empfohlen.

6

Welche Empfehlungen gibt die European Society of Endocrinology zur endokrinologischen Abklärung eines Hyperkortisolismus bei Adipositas? (2 Richtige)

- (a) Routinetestungen auf das Vorliegen eines Hyperkortisolismus bei allen Patienten mit Adipositas.
- (b) 1 mg-Dexamethason-Test bei klinischem Verdacht auf das Vorliegen eines Hyperkortisolismus.
- (c) Bestimmung von ACTH bei Verdacht auf das Vorliegen eines Hyperkortisolismus.
- (d) Routinetestungen auf das Vorliegen eines Hyperkortisolismus bei Adipositas werden nicht empfohlen.

Bitte gut leserlich ausfüllen.

Name _____
 Adresse _____
 Ort/PLZ _____
 Telefon _____

ÖÄK-Nummer: _____

Frau Herr

Ich besitze ein gültiges ÖÄK-Diplom

Alter < 30 31 - 40 41 - 50 51 - 60 > 60