

Körpergewicht in der Schweiz: aktuelle Daten und Vergleiche mit früheren Jahren

Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012

Vertragsnummer 13.005405 / 204.0001 / - 1157

Monika Eichholzer¹, Aline Richard¹, Nadine Stoffel-Kurt², Kathrin Favero², Sabine Rohrmann¹, Doris Wiegand³, Hanspeter Stamm³, Marco Storni⁴, Renaud Lieberherr⁴

¹ Abteilung Epidemiologie chronischer Krankheiten, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

² Bundesamt für Gesundheit, Sektion Ernährung & Bewegung, Bern

³ Lamprecht & Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zürich

⁴ Eidgenössisches Departement des Inneren EDI Bundesamt für Statistik BFS Sektion Gesundheit, Neuchâtel

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
Zusammenfassung	2
Synthèse.....	2
Summary	3
Einleitung	4
Methodik.....	5
Datenquellen	5
Fragen zum Körpergewicht, zur Zufriedenheit mit dem Körpergewicht und zum Durchführen einer Diät ..	5
Fragen zum Rauchen und zum Alkoholkonsum.....	6
Fragen zum Bewegungsverhalten	6
Fragen zu Essgewohnheiten und Fragen zum Ernährungsbewusstsein	7
Datenanalysen.....	7
Resultate	9
Körpergewicht nach soziodemografischen Parametern	10
Körpergewicht und Lebensstilfaktoren	10
Rauchen	10
Körperliche Aktivität und sitzende und ruhende Tätigkeiten.....	11
Konsum von alkoholischen Getränken	11
Ernährungsbewusstsein.....	11
Konsum einzelner Lebensmittel	12
Hindernisse für eine gesunde Ernährung	12
Zufriedenheit mit dem Körpergewicht	13
Wunsch nach Gewichtsveränderung.....	15
Durchführen einer speziellen Diät.....	16
Diskussion	18
Schlussfolgerung	23
Literatur	25
Tabellen.....	28

Zusammenfassung

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 (SGB12) ist die fünfte vergleichbare Erhebung, die an einer repräsentativen Stichprobe von 21'597 in der Schweiz lebenden Erwachsenen (ab 15 Jahren) durchgeführt wurde. Die wichtigsten Resultate lassen sich wie folgt zusammenfassen: Übergewicht (30.8%) und Adipositas (10.3%) sind weit verbreitet. Nach einer Stagnation zwischen 2002 und 2007 nimmt die Adipositas nun wieder zu. Risikogruppen für zu hohes Körpergewicht sind Männer, Ältere, weniger Gebildete, Personen mit niedrigem Einkommen, Deutschschweizer, auf dem Lande Lebende, Ausländer (ohne Schweizerische Staatsbürgerschaft), ehemalige Raucher (Ex-Raucher), Personen, die sich nicht an die Bewegungsempfehlungen und die Empfehlungen zum Früchte- und Fleischkonsum halten. Risikogruppen für Untergewicht sind Frauen, Junge, Personen mit tiefem Bildungsniveau, Personen aus der italienisch sprachigen Schweiz, und solche, die nicht auf die Ernährung achten. Das Körpergewicht wird nicht nur durch soziodemographische und Lebensstilfaktoren sondern auch durch die Einstellung gegenüber dem Körpergewicht beeinflusst. Mit ihrem Körpergewicht absolut oder eher unzufrieden sind insgesamt 24.5% der Befragten. Es sind dies 27.7% der Frauen und 20.0% der Männer. In der SGB von 2012 sind die Befragten zufriedener mit ihrem Körpergewicht als in früheren Erhebungen. 49.9% der Befragten möchten ihr Körpergewicht verändern (48.7% der Männer, 51.1% der Frauen), davon möchten 80% abnehmen. Ein anderes Körpergewicht möchten 35.3% der Personen mit normalem Körpergewicht, 30.3% der Personen mit Untergewicht, 67.8% der Übergewichtigen und 84.5% der Adipösen. Von den 8.9% der Befragten, die in den 12 Monaten vor der Befragung eine Diät einhielten, taten dies 50.3% um abzunehmen bzw. ohne medizinischen Grund. Von diesen wiederum waren total 39.2% normalgewichtig, 41.4% übergewichtig und 18.8% adipös. Zusammenfassend besteht präventiver aber auch therapeutischer Handlungsbedarf bezüglich zu hohem und zu tiefem Körpergewicht.

Synthèse

L'Enquête suisse sur la santé 2012 (ESS12) est la cinquième enquête comparable, réalisée à partir d'un échantillon représentatif de 21 597 adultes (à partir de 15 ans) vivant en Suisse. Les principaux résultats sont les suivants : la surcharge pondérale (30,8 %) et l'obésité (10,3 %) sont très répandues. Après avoir stagné entre 2002 et 2007, l'obésité augmente à nouveau actuellement. Les groupes menacés par une surcharge pondérale sont : les hommes, les personnes âgées, les personnes à faible niveau de formation, les personnes ayant un faible revenu, les Suisses Alémaniques, les personnes vivant à la campagne, les étrangers (sans la nationalité suisse), les ex-fumeurs, les personnes qui ne suivent pas les recommandations en matière d'activité physique ainsi que celles concernant la consommation de fruits et de viande. Les groupes menacés par une insuffisance pondérale sont les femmes, les jeunes,

les personnes à faible niveau de formation, les personnes de la partie italophone de la Suisse ainsi que les personnes qui ne surveillent pas leur alimentation. Des facteurs sociodémographiques mais également le mode de vie influencent les attitudes face au poids. Moins critiques vis-à-vis de leur poids corporel que dans les enquêtes précédentes, les personnes interrogées pour l'ESS de 2012 restent, pour 24,5 % d'entre elles (27,2 % des femmes et 20,0 % des hommes) pas vraiment ou pas du tout satisfaites sur ce plan. 49,9 % aimeraient modifier leur poids (48,7 % des hommes, 51,1 % des femmes) et 80 % parmi ce dernier pourcentage souhaiteraient maigrir. Parmi les personnes qui aspirent à un poids différent, 35,3 % ont un poids normal, 30,3 % sont en insuffisance pondérale, 67,8 % sont en surcharge pondérale et 84,5 % souffrent d'obésité. Pour 8,9 % des personnes interrogées ayant suivi un régime dans les 12 mois précédant l'enquête, 50,3 % l'ont fait dans le but de maigrir, sans raison médicale. Parmi celles-ci, 39,2 % avaient un poids normal, 41,4 % étaient en surcharge pondérale et 18,8 % souffraient d'obésité. En résumé, des mesures aussi bien préventives que thérapeutiques sont nécessaires pour pouvoir agir sur un poids corporel trop élevé ou trop bas.

Summary

The 2012 Swiss Health Survey (SHS), the fifth in a series of comparable surveys, was conducted on a representative sample of 21,597 adults (aged 15 or more) resident in Switzerland. The most important results can be summarized as follows: overweight (30.8%) and obesity (10.3%) are widespread. Having stagnated between 2002 and 2007, obesity is once again increasing. Risk groups for excess body weight are men, older people, those with a lower educational level, those with a low income, German-speaking Swiss, those living in rural areas, non-Swiss nationals, former smokers, and those who do not comply with the recommendations on exercise and on the consumption of fruit and meat. Risk groups for underweight are women, young people, those with a lower educational level, Italian-speaking Swiss and those who pay no attention to diet. Body weight is influenced not only by sociodemographic and lifestyle factors but also by attitudes to body weight. Altogether, 24.5% of the respondents (27.7% of women, 20.0% of men) are completely or somewhat dissatisfied with their body weight. In the 2012 SHS, the respondents are more satisfied with their body weight than in previous surveys. Altogether, 49.9% of the respondents (48.7% of men, 51.1% of women) wish to alter their body weight, with 80% of this group wishing to lose weight. A change in body weight is desired by 35.3% of those with normal body weight, 30.3% of the underweight, 67.8% of the overweight and 84.5% of the obese. Among the 8.9% of respondents who had followed a special diet in the 12 months before the survey, 50.3% did so to lose weight (i.e. for non-medical reasons). Of this group, 39.2% were of normal weight, 41.4% overweight and 18.8% obese. In summary, there is a need for preventive but also therapeutic action with regard to excess and insufficient body weight.

Einleitung

Weltweit hat die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas epidemische Ausmasse angenommen (1). Auch in der Schweiz haben immer mehr Menschen ein zu hohes Körpergewicht. Zu hohes Körpergewicht resultiert aus einer langfristigen positiven Energiebilanz, d.h. einer Energiezufuhr, die den Energieverbrauch übersteigt. Die WHO schreibt einer vorwiegend sitzenden Lebensweise mit wenig körperlicher Aktivität, häufigem Konsum von Nahrungsmitteln mit hoher Energiedichte (d.h. mit hoher Anzahl Kalorien pro Gramm bzw. mit viel Fett und/oder Zucker etc.) und niedrigem Konsum an Früchten, Gemüse und Nahrungsfasern den nachhaltigsten Einfluss auf die Entstehung von Übergewicht und Adipositas zu. Ernährung, Bewegung und andere Lebensstilfaktoren sowie genetische Prädisposition bestimmen damit in enger Interaktion die Entstehung von Übergewicht. Zuviel Körperfett stellt ein grosses Gesundheitsrisiko dar und ist mit den entsprechenden Gesundheitskosten verbunden (2). Mögliche Massnahmen dagegen wurden z.B. auf dem Gebiet der Ernährung während der Europäischen Ministerkonferenz der WHO von 2013 in Wien zum Thema Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020, diskutiert. Die Minister bekannten sich dazu, wirksamer gegen die Ursachen der Adipositas vorzugehen, die Bevölkerung besser aufzuklären und zu gesünderen Entscheidungen zu befähigen. Sie prüften neben anderen die folgenden Schritte: Einschränkung der Vermarktung stark fett-, zucker- und salzhaltiger Lebensmittel an Kinder, Veranlassung eines Rollenwechsels der Lebensmittelindustrie von der Verursacherin zur Löserin des Problems, Untersuchung von Schlüsselthemen wie Übergewicht und Adipositas in verschiedenen Gesellschaftsgruppen, Förderung besserer Ernährung durch innovative Etikettierung und Preisgestaltung und Rezeptur der Produkte, sowie dass örtliche Erzeugnisse bezahlbar und zugänglich werden (3).

In diesem Sinne werden in der vorliegenden Arbeit im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) mit Hilfe der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 (SGB12) die Daten rund um das Körpergewicht für die Schweiz aktualisiert und mit einer Beschreibung von Risikogruppen bzw. -faktoren erweitert. Damit werden bereits publizierte Ergebnisse zu Lebensstil, Körpergewicht und anderen Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten der SGB12 mit vertieften Analysen ergänzt (4). Analysiert werden Zusammenhänge zwischen Körpergewicht und soziodemografischen Faktoren, Lebensstilfaktoren (Ernährung, Rauchen, Alkohol, körperliche Aktivität, Inaktivität), Ernährungsbewusstsein, Hindernisse für eine gesunde Ernährung, Zufriedenheit mit dem Körpergewicht und Diätieren. Soweit möglich werden Längsvergleiche durchgeführt. Die resultierenden Ergebnisse sollen die Ernährungs- und Bewegungspolitik des Bundes im Bereich der

Prävention nicht übertragbarer Erkrankungen unterstützen. Um die Nachhaltigkeit der Präventionsaktivitäten zu gewährleisten hat sich der Bundesrat 2012 entschieden, das Nationale Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012 bis Ende 2016 zu verlängern (5).

Methodik

Datenquellen

Die hier vorgestellten Daten stammen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, die 2012 im Auftrag des Bundesamtes für Statistik vom Befragungsinstitut LINK, mit Sitz in Luzern, Zürich, Lausanne und Lugano durchgeführt wurde. Es handelt sich um eine repräsentative Stichprobenerhebung bei 41'008 Privathaushaltungen basierend auf den Einwohnerregistern in der ganzen Schweiz. 21'597 Personen ab dem 15. Altersjahr mit Wohnsitz in der Schweiz waren bereit, an der Befragung teilzunehmen (Teilnahmequote 54%). Insgesamt wurden 11'314 Frauen und 10'283 Männer befragt, wovon 17'936 Personen mit Schweizerischer Staatsbürgerschaft und 3661 in der Schweiz wohnhafte Ausländerinnen und Ausländer ohne Schweizerische Staatsbürgerschaft waren. Die Repräsentativität der Stichprobe für die permanente Bevölkerung der Schweiz von 2012 wurde durch entsprechende Gewichtung der Resultate gewährleistet. Die Befragung erfolgte bei interviewfähigen Personen ab dem 15. bis zum 74. Altersjahr per Telefon. Bei über 75-jährigen oder bei gesundheitlich beeinträchtigten Personen konnte auch ein persönliches Face-to-Face Interview gemacht werden (n = 48). Für Personen, die nicht interviewfähig waren, wurde ein so genanntes „Proxy-Interview“ durchgeführt, d.h. ein anderes Haushaltsmitglied wurde zu dieser Person befragt (ohne Einstellungsfragen und persönliche Fragen) (n = 719). Bei Zustimmung des Befragten jeden Alters (Ausnahme Proxy-Interviews) erfolgte eine anschliessende schriftliche Befragung (Papier oder online) (n = 18'357). Voraussetzung für die Teilnahme an der Befragung war die Kenntnis einer Landessprache (deutsch, französisch, italienisch). Die SGB 2012 ist die fünfte Gesundheitsbefragung, die in der Schweiz seit 1992 im 5-Jahres- Abstand durchgeführt wurde; Angaben zur Methodik früherer Erhebungen finden sich u.a. in den entsprechenden Publikationen zu den Ernährungsdaten (6-9).

Fragen zum Körpergewicht, zur Zufriedenheit mit dem Körpergewicht und zum Durchführen einer Diät

Körpergewicht und Körpergrösse wurden wie folgt erhoben: „Können Sie mir sagen, wie gross Sie sind (ohne Schuhe)?“ „Und wie viel wiegen Sie (ohne Kleider)?“ Der aus diesen Daten berechnete Body Mass Index (BMI) (kg/m^2) wurde in Anlehnung an die WHO-Kategorien wie folgt unterteilt (1): Untergewicht: $< 18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$, normales Körpergewicht: $18.5\text{--}24.9 \text{ kg}/\text{m}^2$; Übergewicht: $25\text{--}29.9 \text{ kg}/\text{m}^2$; Adipositas: $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$. Für die 15–17-Jährigen wurden die Tabellen von TJ Cole (10) als Referenz

herangezogen, um der unterschiedlichen Entwicklung des Körpergewichts von Jugendlichen Rechnung zu tragen. Zudem wurde gefragt „Sind Sie im Moment mit Ihrem Körpergewicht zufrieden?“ (mögliche Antwortkategorien „absolut zufrieden“, „ziemlich zufrieden“, „eher unzufrieden“, „absolut unzufrieden“) und „Möchten Sie Ihr Gewicht verändern?“ (mögliche Antworten „Ja“, „Nein“). Wenn mit „Ja“ geantwortet wurde, folgte die Frage „Und welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?“ mit den folgenden Antwortmöglichkeiten: „Ich möchte abnehmen, aber das ist nicht meine grösste Sorge“; „Ich möchte Abnehmen und denke ständig daran“; „Ich möchte zunehmen, aber das ist nicht meine grösste Sorge“; „Ich möchte zunehmen und denke ständig daran.“ Eine weitere Frage lautete: „Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine spezielle Diät eingehalten?“ (wenn ja „Warum haben Sie ein spezielle Diät eingehalten?“; Antwortmöglichkeiten: „um Gewicht zu verlieren, ohne medizinische Gründe“, „aus medizinischen Gründen“, „aus anderen Gründen [weder medizinisch, noch um Gewicht zu verlieren]“).

Fragen zum Rauchen und zum Alkoholkonsum

Der **Tabakkonsum** wurde mit Hilfe eines Indizes, der vom BFS aus den folgenden zwei Fragen gebildet wurde, erhoben: „Aktueller Tabakkonsum: ja/nein“ und „Nichtraucher/in: jemals länger als 6 Monate geraucht?“ Daraus ergaben sich die folgenden Ausprägungen: Raucher/in, Ex-Raucher/in und nie Raucher. **Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum** wurde anhand der folgenden Mengen pro Tag definiert: Frauen ≥ 20 g reiner Alkohol pro Tag, Männer ≥ 40 g. Ein Index vom BFS ermöglichte dabei die Berechnung der Gramm reinen Alkohols aufgrund vielfältiger Fragen zu Alkoholkonsum (z.B. „Haben Sie in den letzten 7 Tagen Wein getrunken?“ „Wie häufig?“ „Und wieviel pro Mal?“)

Als **Rauschtrinken** wurde definiert, wenn die Frage „Wie häufig in den letzten 12 Monaten haben Sie 6 oder mehr Gläser alkoholische Getränke bei einem Anlass oder einer Gelegenheit getrunken?“ mit mindestens einmal pro Monat beantwortet wurde. Aufgrund der Fragestellung der SGB12 kann die Definition des Rauschtrinkens durch das Suchtmonitoring Schweiz des BAG (> 5 Standardgläsern pro Gelegenheit für Männer und > 4 Gläser für Frauen) nicht berücksichtigt werden.

Fragen zum Bewegungsverhalten

Um das Ausmass der körperlichen Aktivität zu bestimmen, wurden die telefonisch gestellten Fragen nach dem Ausmass und der Dauer der körperlichen Aktivität zu einem Index zusammengefasst. Es wurde sowohl nach den intensiven körperlichen Aktivitäten als auch nach denjenigen mit mittlerer Intensität gefragt. Es ergeben sich die fünf Kategorien „trainiert“, „regelmässig aktiv“, „unregelmässig aktiv“, „teilaktiv“ und „inaktiv“. Wer die Bedingungen der ersten drei Kategorien erfüllt, gilt dabei

gemäss den seit 2013 geltenden Bewegungsempfehlungen als genügend körperlich aktiv, d.h. ist mind. 150 min. pro Woche aktiv. Die Dauer des täglichen Sitzens, wurde im schriftlichen Teil der Befragung erhoben: Zur Dichotomisierung dieser Variable wird ein Trennwert von 8 Stunden 30 Minuten pro Tag verwendet, also in etwa die Hälfte der täglichen Wachzeit von Erwachsenen. Eine genauere Beschreibung der Bewegungsindizes sind in der Arbeit „Lebensstil, Körpergewicht und andere Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten. Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012“ (4) zu finden.

Fragen zu Essgewohnheiten und Fragen zum Ernährungsbewusstsein

Einige der hier berücksichtigten Ernährungsfragen wurden nach dem Prinzip des „Food Frequency Questionnaire“ erhoben. So wurde z.B. nach der Häufigkeit des täglich bzw. wöchentlich üblichen Konsums von Fleisch oder Wurstwaren, Fisch, Milch oder anderen Milchprodukten sowie der Konsum von Gemüse/Salat bzw. Gemüsesäften und der Konsum von Früchten bzw. Fruchtsäften gefragt. Bei Konsum von Milch und Milchprodukten, von Gemüse/Salaten/Gemüsesäften und von Früchten/Fruchtsäften an mindestens fünf Tagen pro Woche wurden die Teilnehmer zusätzlich gebeten, die Anzahl der üblicherweise täglich konsumierten Portionen zu schätzen. Zudem wurde die Frage „Wie viel Flüssigkeit trinken Sie normalerweise an einem gewöhnlichen Wochentag, alkoholische Getränke nicht mitgerechnet? (Liter mit maximal einer Stelle nach dem Komma)“ gestellt. Weitere Fragen befassten sich mit Hindernissen für eine gesunde Ernährung und dem Ernährungsbewusstsein („Achten Sie auf bestimmte Sachen bei Ihrer Ernährung?": „ja“, „nein“). Zusätzlich Angaben zu den Ernährungsvariablen sind der Arbeit „Lebensstil, Körpergewicht und andere Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten. Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012“ zu entnehmen.

Datenanalysen

Die vier BMI-Kategorien „Untergewicht“ ($< 18.5 \text{ kg/m}^2$), „Normales Körpergewicht“ ($18.5\text{--}24.9 \text{ kg/m}^2$), „Übergewicht“ ($25\text{--}29.9 \text{ kg/m}^2$), „Adipositas“ ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) wurden nach den soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Einkommensklasse, Sprachregion, Stadt/Land und Nationalität unterteilt (für Kategorien dieser Variablen s. Tabelle 1).

Alle anderen Variablen (z.B. Wunsch nach Gewichtsveränderung, Durchführen einer Diät, etc.) wurden zuerst ohne Beurteilung der Gesundheitsrelevanz nach ihren Ausprägungen oder nach grober Kategorisierung (in Prozenten) als Gesamtgruppen und nach Geschlecht getrennt, beschrieben. Dann wurden die Variablen für die weiteren Auswertungen, falls dies nicht schon der Fall war, dichotom unterteilt, indem die Teilnehmer, die sich mit ihrem Verhalten nicht an die Empfehlungen gemäss

Schweizer Lebensmittelpyramide (11) halten (d.h. auf nichts achten in der Ernährung, weniger als drei Portionen Gemüse und Gemüsesäfte [ohne Kartoffeln] pro Tag, weniger als zwei Portionen Früchte und/oder Fruchtsäfte täglich, Fleisch- oder Wurstwaren an mehr als vier Tagen pro Woche, selten oder nie Fisch, weniger als dreimal täglich Milch und/oder Milchprodukte, täglich weniger als 1.0 Liter Getränk [ohne Alkohol]) konsumieren, mit Teilnehmern verglichen wurden, die sich an diese Empfehlungen halten (Tabelle 1). Andere Lebensstilfaktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum wurden ebenfalls dichotom oder nach mehreren Kategorien unterteilt: Raucher, Ex-Raucher und Nichtraucher, chronisch riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken (Tabelle 1). Zur Beurteilung der körperlichen Aktivität wurde der Indikator von Lamprecht & Stamm in „Bewegungsempfehlungen eingehalten“ (150 min. oder mehr pro Woche) und „Bewegungsempfehlungen nicht eingehalten“ (weniger als 150 min. pro Woche) unterteilt. Die Variable für „sitzende und ruhende Tätigkeiten“ wurde in die zwei Kategorien „8 Std. 30 min. oder weniger am Tag“ und „mehr als 8 Std. 30 min. am Tag“ unterteilt. Bei den Variablen „Hindernisse für eine gesunde Ernährung“ wurden alle Antwortkategorien einzeln berücksichtigt (genannt vs. nicht genannt). Zusätzlich wurde die Variable „Zufriedenheit mit dem Körpergewicht“ in „absolut/ziemlich zufrieden“ vs. „eher/absolut unzufrieden“ unterteilt.

Diese Variablen und die Fragen und deren Ausprägungen „Möchten Sie Ihr Gewicht verändern?“ und „Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine spezielle Diät eingehalten“ nach den oben erwähnten soziodemographischen Variablen analysiert.

Prozentuale Häufigkeiten

Nebst der Darstellung der prozentualen Häufigkeiten wurde mit einem Logit-Modell der Einfluss der im Folgenden beschriebenen Kovariaten auf die dichotome Zielgrösse („ja“ vs. „nein“) untersucht. Da sich verschiedene Störfaktoren gegenseitig beeinflussen und damit Assoziationen verzerren und überlagern können, wurde jeweils für alle anderer Kovariaten im entsprechenden Modell kontrolliert, d.h. adjustiert. Kovariaten bezüglich soziodemographischen Variablen waren Männer vs. Frauen, 15- bis 34-Jährige vs. über 65-Jährige, tiefes (obligatorische Schule) bzw. mittleres (Sekundarstufe II) vs. Hohes (Tertiärstufe) Bildungsniveau, tiefste vs. höchste Einkommensklasse (weniger als Fr. 2521 vs. Fr.5200 und mehr), alle drei Regionen gegeneinander, wohnen in städtischem vs. ländlichem Gebiet und Schweizer vs. Ausländer verglichen. Es wurden ungewichtete Signifikanztests gerechnet, um zusätzliche Verzerrungen zu vermeiden. Für Gruppen mit $n < 30$ wurden keine Signifikanztests gerechnet. Ein p-Wert < 0.05 gilt als signifikant.

Bei den Längsvergleichen wurden prozentuale Häufigkeiten und Konfidenzintervalle in den Resultaten dargestellt und die Signifikanz anhand der sich nicht überlappenden Konfidenzintervalle abgeleitet. Da die aus dem Logit-Modell berechneten p-Werte für die Koeffizienten der entsprechenden Kovariaten nicht für multiples Testen korrigiert wurden und deshalb rein explorativ interpretiert werden müssen, werden sie lediglich im Text in Worten als „signifikant“ beschrieben. Alle Analysen wurden mit den entsprechenden telefonischen oder schriftlichen Gewichten berechnet.

Logistische Regression, Odd's Ratios

Um die Gruppenunterschiede zwischen den Gewichtskategorien zu erklären und den Einfluss von Faktoren auf diesen Unterschied identifizieren zu können, wurden mit einem logistischen Regressionsmodell (Logit-Modell) adjustierte Odds Ratios (OR) berechnet, wobei die abhängige Variable die dichotomisierte BMI-Kategorie war (Normalgewicht vs. Untergewicht, Normalgewicht vs. Übergewicht und Normalgewicht vs. Adipositas) und alle anderen aufgelisteten Variablen (siehe Tabelle 1) als Kovariaten in die Analysen eingingen. Eine Ausnahme bildete die Variable „sitzende und ruhende Tätigkeiten“. Diese wurde nicht als Kovariate eingeschlossen, da sie aus dem schriftlichen Fragebogen stammt und eine andere Gewichtung benötigt (Tabelle 1). Es wurde jeweils nur der Teildatensatz verwendet, der die Referenzgruppe (Normalgewicht) und die entsprechende Vergleichskategorie (Untergewicht, Übergewicht oder Adipositas) enthielt. Für die entsprechenden Auswertungen zu den BMI-Kategorien und den Hindernissen für eine gesunde Ernährung (Tabelle 2) wurde nach Alter und Geschlecht adjustiert. Wenn die Konfidenzintervalle der Odds ratios der logistischen Regression den Wert 1 nicht beinhalten, sind die Resultate signifikant.

Alle verwendeten Daten sind mit den entsprechenden vom BFS erstellten Gewichtungsfaktoren für das telefonische Interview und für die schriftliche Erhebung gewichtet.

Die Ergebnisse zur Gesamtschweiz lassen sich aufgrund dieser Gewichtungsfaktoren in Bezug auf Alter, Geschlecht und Nationalität (Schweizer, Ausländer) von der Stichprobe auf die Gesamtbevölkerung der Schweiz verallgemeinern.

Resultate

Als Erstes wird in der Folge der Einfluss von soziodemographischen und Lebensstilfaktoren auf das Körpergewicht beschrieben. Als Zweites geht es bei der Beschreibung der Resultate um die Zufriedenheit mit dem Körpergewicht, dem Wunsch nach Gewichtsveränderung und dem Einhalten einer speziellen Diät in Abhängigkeit von soziodemographischen Faktoren und dem aktuellen Körpergewicht. Dabei ist zu beachten, dass zum besseren Verständnis jeweils zu Beginn der einzelnen

Themen die wichtigsten Ergebnisse eines bereits publizierten Berichts kurz zusammengefasst werden. Detailliertere Ergebnisse sind diesem Bericht zu entnehmen (4).

Körpergewicht nach soziodemografischen Parametern

Insgesamt 55.2% der 15+-jährigen Befragten sind normalgewichtig (BMI 18.5–24.9 kg/m²), 3.7% weisen einen Body Mass Index von weniger als 18.5 kg/m² auf, 30.8% sind übergewichtig (BMI 25-29.9 -29.9 kg/m²) und weitere 10.3% adipös (BMI ≥ 30 kg/m²). 50.5% der Männer und 32.0% der Frauen haben damit ein zu hohes Körpergewicht (BMI ≥ 25 kg/m²), wobei vor allem der Anteil Männer mit BMI ≥ 25 kg/m² ≤ 29.9 kg/m² höher ist als der Anteil Frauen und nicht der Anteil Adipöser (11.2% vs. 9.4%). (siehe Quelle (4), Tabelle 1)) . Adjustierte OR's der Tabelle 1 der vorliegenden Arbeit verdeutlichen, dass Männer, Ältere (ab 35 Jahren), Personen mit tiefem Bildungsniveau (nur obligatorische Schulbildung), tiefer Einkommensklasse, Deutschschweizer, Personen aus ländlichen Gebieten und Ausländer ein signifikant höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas aufweisen als Frauen, Junge (15-34-Jährige), besser Gebildete, Personen mit höherer Einkommensklasse, Westschweizer, in der Stadt Wohnhafte und Schweizer. Untergewicht ist hingegen vermehrt bei Frauen, Jungen, und in der italienisch sprachigen Schweiz anzutreffen und mit mittleren Bildungsniveau seltener als mit tiefem (für hohes Bildungsniveau sind keine signifikanten Unterschiede zu zeigen). Weiter zeigen grobe Längsvergleiche (siehe Quelle (4), Tabelle 2)) eine Zunahme des zu hohen Körpergewichts in den 20 Jahren von 1992 bis 2012; zwischen 2002 und 2007 war sowohl für Übergewicht als auch für Adipositas bei beiden Geschlechtern keine signifikante Zunahme mehr zu verzeichnen. Zwischen 2007 und 2012 sind nun aber wieder signifikante Zunahmen für beide Geschlechter bezüglich Adipositas nicht aber bezüglich Übergewicht zu beobachten. In Bezug auf das Untergewicht ergibt der Vergleich der Daten von 1992 mit denjenigen von 2012 eine signifikante Abnahme (4.4% vs. 3.3%) in der Gesamtbevölkerung und bei den Frauen (7.7% vs. 5.8%). Die Resultate verändern sich, wenn altersstandardisierte Vergleiche durchgeführt werden (siehe Quelle (4), Tabelle 3). Dann ist nur eine signifikante Zunahme des Übergewichts und der Adipositas zwischen 1992 und 1997 und nur für die Gesamtgruppe bzw. für Frauen zu zeigen. Zudem ist eine signifikante Zunahme zwischen 2007 und 2012 in der Gesamtgruppe bzw. bei den Männern für Adipositas zu beobachten. Werden die Analysen zusätzlich auf Schweizer und Schweizerinnen beschränkt, dann zeigt sich das gleiche Bild (4).

Körpergewicht und Lebensstilfaktoren

Rauchen

Im Zeitraum von 1992 bis 1997 wurde ein Anstieg der Prävalenz des Tabakkonsums beobachtet (von 30.1% auf 33.2%), anschliessend eine Abnahme zwischen 1997 und 2012 (33.2% auf 28.2%). Bei

Männern und Frauen wurden vergleichbare Tendenzen beobachtet. Von 1992 bis 2012 hat sich der Anteil der Raucher bei den Männern von 36.5% auf 32.4% statistisch signifikant vermindert, bei den Frauen blieb der Anteil stabil (24.1% und 24.2%) (Quelle (4), Tabelle 15). Die adjustierten Analysen zeigen ein statistisch signifikant höheres Risiko für Ex-Raucher übergewichtig oder adipös zu sein als für Nichtraucher (Tabelle 1). Hingegen ergeben sich keine Zusammenhänge zwischen dem Rauchen und dem zu hohen Körpergewicht. Untergewicht ist weder mit Rauchen noch mit Ex-Rauchen assoziiert.

Körperliche Aktivität und sitzende und ruhende Tätigkeiten

Gesamthaft sind 28.3% der Befragten trainiert, 15.3% regelmässig aktiv, 28.9% unregelmässig aktiv, 16.8% teilaktiv und 10.7% inaktiv. Der Anteil derjenigen, die sich zwischen 2002 und 2012 genügend bewegen, hat von 63% auf 72% zugenommen (Kategorien „trainiert“, „regelmässig aktiv“ und „unregelmässig aktiv“). Gleichzeitig ist der Anteil der Inaktiven von 18% auf 11% zurückgegangen (Quelle 4, Tabelle 13)

Wie der Tabelle 1 zu entnehmen ist, haben Personen, die die Bewegungsempfehlungen nicht einhalten, ein signifikant höheres Risiko übergewichtig oder adipös zu sein als Personen, die diese Empfehlungen einhalten. Für Untergewicht ist kein Zusammenhang zu zeigen. Die Variable „Sitzende und ruhende Tätigkeiten“ ist weder mit Untergewicht noch mit Übergewicht oder Adipositas assoziiert. Die Resultate sind wiederum adjustiert für alle anderen gelisteten Variablen der Tabelle 1.

Konsum von alkoholischen Getränken

4.8% der Befragten der SGB12 trinken chronisch zu viel Alkohol (Frauen \geq 20 g, Männer \geq 40 g reiner Alkohol pro Tag). Dieser Anteil hat sich bei den Männern seit 1997 signifikant von 7.5% auf 5.5% verringert, bei den Frauen blieb er etwa gleich (4%). 11.1% der Befragten, d.h. 17.0% der Männer und 5.6% der Frauen trinken mindestens einmal monatlich 6 oder mehr Gläser alkoholische Getränke bei einem Anlass (Rauschtrinken) (Quelle (4), Tabellen 14 und 15).

Multivariat adjustierte Resultate zeigen, dass chronisch zu hoher Alkoholkonsum oder Rauschtrinken in der untersuchten Population nicht mit Untergewicht, Übergewicht oder Adipositas assoziiert ist (Tabelle 1).

Ernährungsbewusstsein

Grobe Längsvergleiche der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen ergeben keine Verbesserung des Ernährungsbewusstseins der Männer und Frauen in den 20 Jahren von 1992 bis 2012; zwar sind 2002 und 2007 signifikant tiefere Prozentsätze von Männern, die auf nichts achten in der Ernährung, zu verzeichnen (d.h. die Männer achteten häufiger auf gesunde Ernährung), als noch 1992. 2012 liegen

diese Prozentsätze aber wieder signifikant höher als 2007 und sind somit praktisch wieder gleich wie 1992. Bei den Frauen sind zwischen 1992 und 2007 keine signifikanten Unterschiede zu verzeichnen, zwischen 2007 und 2012 ist aber ein leichter, signifikanter Anstieg zu beobachten (Quelle (4), Tabelle 6. Personen mit Untergewicht achten signifikant seltener auf die Ernährung als Normalgewichtige. Übergewichtige und Adipöse hingegen sind ernährungsbewusster als Normalgewichtige (multivariat bzw. u.a. fürs Alter adjustierte Resultate) (Tabelle 1).

Konsum einzelner Lebensmittel

Die Ergebnisse aus dem Bericht „Lebensstil und andere Risikofaktoren für chronische Krankheiten“ (Quelle (4), Tabellen 5 und 6) lassen sich bezüglich dem Konsum einzelner Lebensmittel wie folgt zusammenfassen: Die empfohlenen drei Portionen Gemüse/Salate und zwei Portionen Früchte pro Tag konsumieren nur 10.9% der Befragten und die empfohlenen drei Portionen Milch und Milchprodukte erreichen nur 9.3%. 34.7% essen seltener als wöchentlich oder nie Fisch; der Anteil derjenigen, die seltener als wöchentlich oder nie Fisch essen hat sich in den letzten 20 Jahren um 9.5% verringert (nur zwischen 2002 und 2007 ist diese Abnahme statistisch nicht signifikant). 38.2% der Befragten konsumieren an mehr als 4 Tagen der Woche Fleisch/Wurstwaren. Die seit 1992 beobachtete Abnahme des zu häufigen Fleisch-/ Wurstwarenkonsums setzt sich seit 2002 nicht mehr fort. Der Prozentsatz von Personen, die weniger als einen Liter Flüssigkeit (ohne Alkohol) pro Tag trinken hat von 4.4% in den Jahren 2002 und 2007 auf 5.7% (2012) zugenommen.

Multivariat adjustierte Resultate (Tabelle 1) ergeben statistisch signifikante positive Zusammenhänge zwischen Übergewicht und Adipositas und dem Konsum von Fleisch und Wurstwaren an mehr als 4 Tagen pro Woche im Vergleich zu den Normalgewichtigen. Die Gemüseempfehlungen werden von Übergewichtigen und Adipösen eher eingehalten als von Normalgewichtigen. Hingegen halten sich die Adipösen eher nicht an die Empfehlungen zum Fruchtekonsum als Normalgewichtige. Weder Übergewicht noch Adipositas sind hingegen mit dem Konsum von Milch und Milchprodukten, dem Fisch- oder Flüssigkeitskonsum assoziiert. Der Konsum der Personen mit Untergewicht unterscheidet sich für keinen der untersuchten Ernährungsparameter signifikant vom Konsum der Normalgewichtigen. Die vorliegenden Daten lassen keinen Schluss auf verzehrte Mengen an Lebensmitteln zu.

Hindernisse für eine gesunde Ernährung

Die vier wichtigsten Hinderungsgründe für eine gesunde Ernährung sind „eine grosse Vorliebe für gutes Essen“, „der hohe Preis gesunder Nahrungsmittel“, „Gewohnheiten und Zwänge des Alltags“ und „der Zeitaufwand für den Kauf und die Zubereitung entsprechender Nahrungsmittel“. Alle Hindernisse

werden 2012 seltener genannt als 2007; besonders das Preisargument und das ungenügende Angebot in Restaurants Kantinen etc. haben an Bedeutung verloren (siehe Quelle (4), Tabelle 9)).

Personen mit Untergewicht nennen die einzelnen Hinderungsgründe für eine gesunde Ernährung nicht häufiger oder seltener als Normalgewichtige (Ausnahme: Gewohnheiten und Zwänge des Alltags seltener) (Tabelle 2). Hingegen zeigt sich für die Gruppe der Übergewichtigen plus Adipöse, dass sie häufiger als die Normalgewichtigen die „grosse Vorliebe für gutes Essen“ und die „Vorliebe für reichliches Essen“ als Hindernisse nennen, hingegen das zu „beschränkte Angebot in Restaurants, Kantinen etc.“ seltener.

Zufriedenheit mit dem Körpergewicht

Insgesamt sind 32.9% der Befragten der SGB12 absolut zufrieden mit ihrem Körpergewicht, 43.1% ziemlich zufrieden, 18.6% eher unzufrieden und 5.4% absolut unzufrieden. Bei den Männern sind dies 36.2%, 43.8%, 16.7% und 3.4%, bei den Frauen 29.7%, 42.5%, 20.4% und 7.3% (Daten nicht gezeigt). Damit sind insgesamt 24.0% der Befragten absolut oder eher unzufrieden mit ihrem Körpergewicht. Es sind 27.7% der Frauen und 20.0% der Männer. Bei beiden Geschlechtern sind die 50 bis 64-Jährigen am unzufriedensten; zudem sind Personen aus der Westschweiz und Ausländer statistisch signifikant häufiger unzufrieden als Deutschschweizer und Schweizer. Männer und Frauen mit hohem Bildungsniveau sind signifikant unzufriedener als Männer und Frauen mit tiefem Bildungsniveau nach Adjustierung für die anderen soziodemografischen Variablen.

Wie Tabelle 4 für die SGB von 2012 zeigt, sind 11.1% der Personen mit normalem Körpergewicht eher unzufrieden oder absolut unzufrieden mit ihrem Gewicht; dabei handelt es sich um 5.5% Männer und 15.3% Frauen. Von den Personen mit Untergewicht sind 12.8% der Frauen unzufrieden, für Männer lässt sich aufgrund der kleinen Stichprobe keine Aussage machen. Übergewichtige Personen sind zu 36.2% unzufrieden mit ihrem Körpergewicht (27.7% der Männer und 50.4% der Frauen). Bei den Adipösen sind es insgesamt 61.5%, d.h. bei den Männern 56.9% bei den Frauen 67.1% (Abbildung 1).

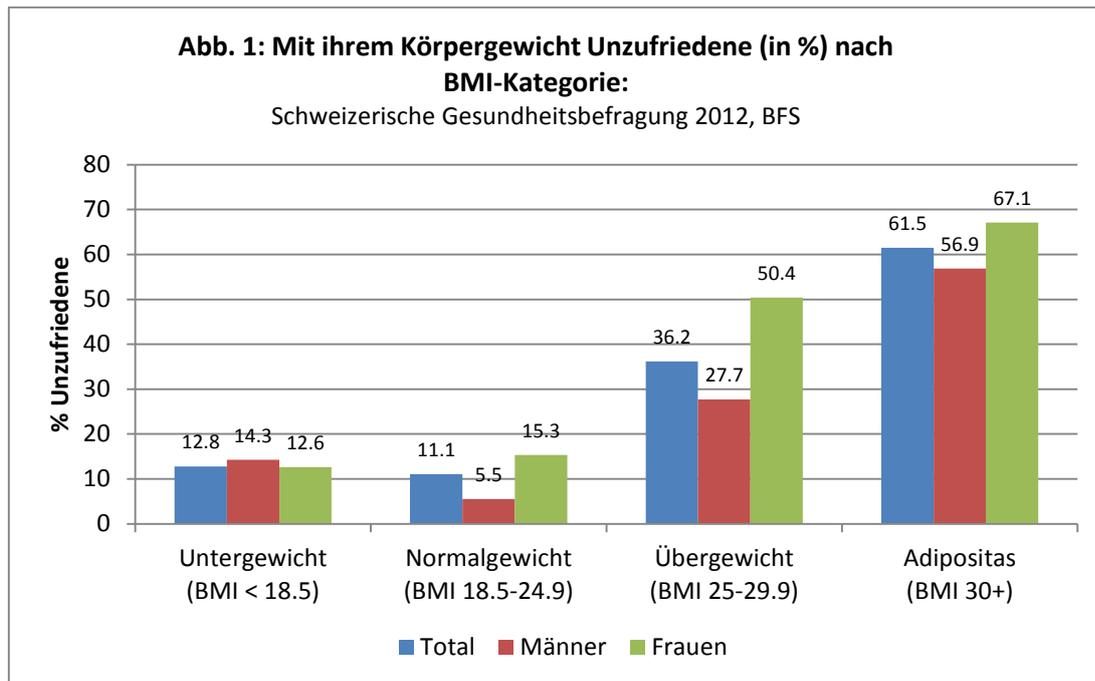
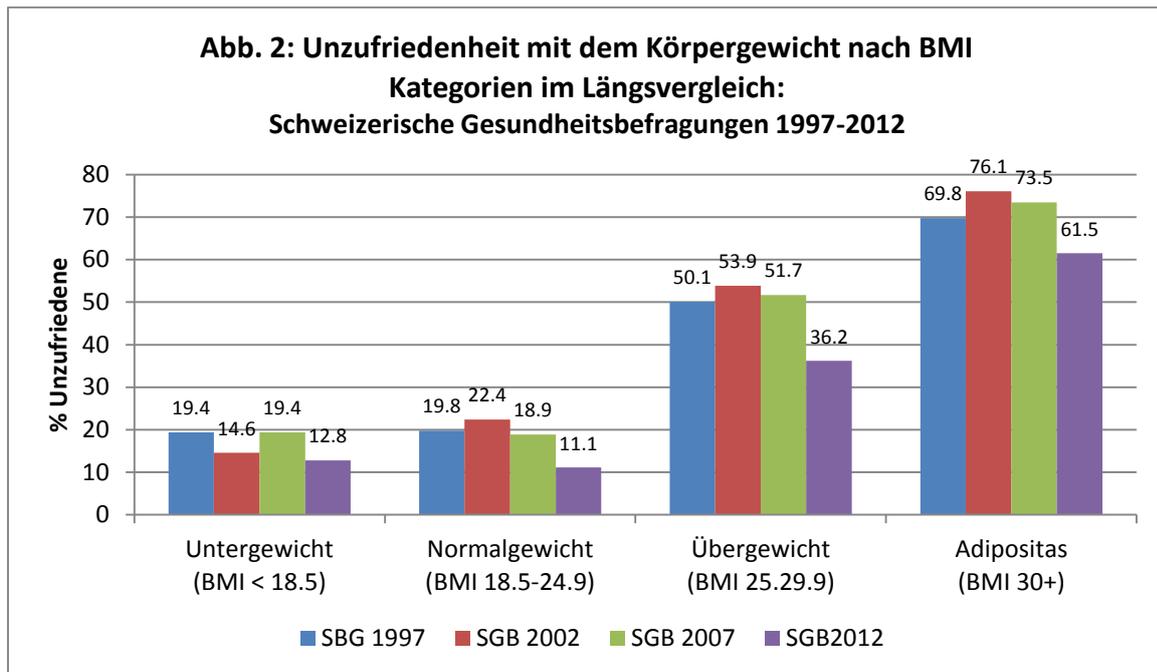


Tabelle 4 weist zudem darauf hin, dass sich seit der SGB von 1997 die prozentualen Anteile der mit ihrem Körpergewicht Unzufriedenen verändert haben. So nahm in der Gesamtgruppe der Anteil Unzufriedener von der SGB97 bis zur SGB02 signifikant zu, um dann bis zur SGB12 auf den tiefsten Prozentsatz abzunehmen. Dies zeigt sich vor allem für die Frauen; für die Männer ist die gleiche Entwicklung zu beobachten, aber die Unterschiede sind nur zwischen 2002 und 2007 nicht signifikant. Beim Übergewicht ist die gleiche Entwicklung zu beobachten, aber nur die Unterschiede der unzufriedenen Männer und Frauen (plus Gesamtgruppe) der SGB12 sind signifikant tiefer als in den früheren Erhebungen. Auch beim Normalgewicht zeichnet sich ein vergleichbarer Trend ab. Und selbst bei den Personen mit Untergewicht werden 2012 die niedrigsten Prozentsätze Unzufriedener erreicht. Die Resultate deuten darauf hin, dass die Bevölkerung insgesamt zufriedener mit ihrem Körpergewicht geworden ist.



Wunsch nach Gewichtsveränderung

Von den Befragten möchten insgesamt 49.9% ihr Gewicht verändern; bei den Männern sind es 48.7%, bei den Frauen 51.1% (Tabelle 3). Die 35-64-Jährigen erreichen die höchsten Prozentsätze; das Gleiche gilt für Männer mit dem höchsten Bildungsniveau, bei den Frauen ist es das mittlere. Frauen der Westschweiz und Ausländer beider Geschlechts möchten eher ihr Gewicht verändern als Deutschschweizerinnen und Schweizer.

Von denjenigen, die ihr Gewicht verändern möchten, möchten total 79.6% abnehmen, ohne dass dies ihre grösste Sorge ist, 11.5% möchten abnehmen und denken ständig daran, 8.2% möchten zunehmen, aber das ist nicht ihre grösste Sorge und 0.8% möchte zunehmen und denkt ständig daran. Bei den Männern sind dies 78.9%, 8.5%, 11.7% und 0.9%, bei den Frauen 80.2%, 14.2%, 4.9% und 0.7% (Daten nicht gezeigt).

Wie Tabelle 5 zeigt, wünschen sich 35.3% der Personen mit normalem Körpergewicht eine Gewichtsveränderung; bei den Männern sind es 28.2%, bei den Frauen 40.1%. Von den Personen mit Untergewicht wollen 30.3% ein anderes Körpergewicht, 45.9% der Männer und 27.6% der Frauen. 63.9% der übergewichtigen Männer möchten ihr Körpergewicht verändern, bei den Frauen sind es 74.3%. Bei den Adipösen liegt der Prozentsatz mit Wunsch nach Gewichtsveränderung bei 84.6%, bei den adipösen Männern bei 85.3%, bei den Frauen bei 83.7%.

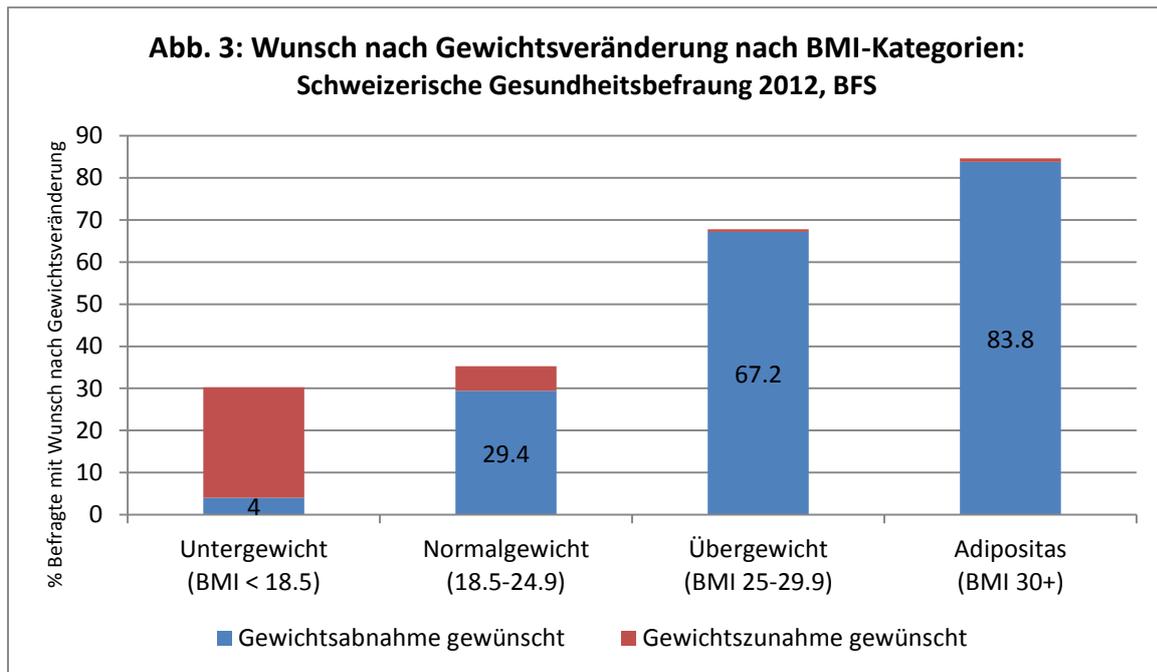


Tabelle 5 zeigt weiter, dass sich 45.9% der Männer mit Untergewicht ein anderes bzw. höheres Körpergewicht wünschen. Von den Frauen mit Untergewicht wünschen sich 27.6% ein anderes Gewicht, d.h. 15.5% von diesen wollen abnehmen und 84.5% zunehmen. Männer mit normalem Körpergewicht wünschen sich zu 28.2% ein anderes Körpergewicht, von diesen wollen 61.7% abnehmen und 38.3% zunehmen. Von den normalgewichtigen Frauen wünschen sich 40.6% ein anderes Gewicht, d.h. 94.7% von ihnen möchte abnehmen, 5.3% zunehmen. Von den übergewichtigen und/oder adipösen Männern und Frauen, die sich ein anderes Gewicht wünschen, wollen alle abnehmen. Im Vergleich zur SGB97, der einzigen SGB, in der diese Daten vergleichbar erhoben wurden, haben sich die genannten Prozentsätze nicht signifikant verändert (Tabelle 5) mit Ausnahme der normalgewichtigen und der übergewichtigen Frauen, die 2012 seltener den Wunsch nach Gewichtsveränderung angeben als 1997.

Durchführen einer speziellen Diät

8.9% der Befragten, d.h. 7.1% der Männer und 10.6% der Frauen geben an, in den 12 Monaten vor der Befragung eine spezielle Diät durchgeführt zu haben (Tabelle 6). Die jungen Frauen machen eher eine Diät als die älteren, Personen mit hohem Bildungsniveau eher als mit tiefem. In der Deutschschweiz wird seltener eine Diät gemacht als in der Westschweiz (Männer und Frauen) oder in der italienischsprachigen Schweiz (Frauen). Ausländer machen eher eine Diät als Schweizer Männer.

Von den Personen, die in den 12 Monaten vor der Befragung eine Diät eingehalten haben, taten dies 50.3% um abzunehmen bzw. ohne medizinischen Grund, 30.9% aus medizinischen Gründen und 18.9% aus anderen Gründen (Tabelle 6). Für Männer lagen die entsprechenden Prozentsätze bei 44.4%, 31.6% und 24.8%, bei den Frauen bei 54.1%, 30.4% und 15.6%. Bei den Jungen, die eine Diät durchführen, ist der Grund deutlich häufiger Gewicht zu verlieren ohne medizinische Gründe, mit zunehmendem Alter nimmt der Prozentsatz derjenigen, die aus medizinischen Gründen eine Diät machen, bei beiden Geschlechtern markant zu. Männer mit tiefem Bildungsniveau und unterer Einkommensklasse erreichen höhere Prozentsätze bei den medizinischen Gründen als solche mit hoher Einkommensklasse sind. Trotzdem bleiben die Prozentsätze für medizinische Gründe fast in allen Untergruppen tiefer als für „abnehmen ohne medizinische Gründe“. Für die Unterschiede, die in diesem Abschnitt beschrieben werden, wurden keine Signifikanztests durchgeführt. In der SGB07, der einzigen SGB mit der die Resultate der SGB12 verglichen werden können, geben von den total 8.9%, die in den 12 Monaten vor der Befragung eine Diät durchführten, dass sie dies zu 49.3% machten, um Gewicht zu verlieren, zu 34.5% aus medizinischen Gründen und zu 16.2% aus anderen Gründen. Für Männer und Frauen sind auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Befragungen zu zeigen, ausser dass Männer 2012 seltener als 2007 „aus medizinischen Gründen“ angaben (Tabelle 7).

Von denjenigen, die eine Diät machten, um Gewicht zu verlieren bzw. ohne medizinische Gründe, waren total 39.2% normalgewichtig (Frauen 45.9%, Männer 26.6%), 41.4% übergewichtig (Frauen 35.8%, Männer 52.0%) und 18.8% adipös (Frauen 17.4%, Männer 21.4%). Die Gruppen der Personen mit Untergewicht sind zu klein, um Aussagen machen zu können (Tabelle 8). Von den Übergewichtigen machten 6% eine Diät um Gewicht zu verlieren ohne medizinische Gründe (Männer 4%, Frauen 9%), von den Adipösen 8% (Männer 6%, Frauen 11%). Bei den Normalgewichtigen waren es 3% (Männer 2%, Frauen 4%) (Daten nicht gezeigt). Personen, die in den 12 Monaten vor der Befragung eine Diät machten haben erwartungsgemäss häufiger den Wunsch nach Gewichtsveränderung als Personen, die keine Diät machten. Zudem achten Erstere ebenfalls erwartungsgemäss häufiger auf die Ernährung als Personen, die keine Diät machten. Beides gilt sowohl für Männer wie für Frauen (Tabelle 9) (keine Signifikanzen gerechnet). Diäten werden aus medizinischen Gründen auch zur Behandlung von Krankheiten, wie Diabetes, Gicht, Zöliakie, Laktoseintoleranz etc. angewendet. Um solche Diäten auszuschliessen wurde die Analyse auf Personen beschränkt, die angaben, dass sie in den 12 Monaten vor der Befragung eine Diät machten um abzunehmen, ohne medizinische Gründe.

Diskussion

Die in der vorliegenden Arbeit präsentierten Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2012 unterstreichen die Notwendigkeit, die präventiven und die therapeutischen Massnahmen bezüglich Körpergewicht der Schweizer Bevölkerung zu intensivieren. So sind fast ein Drittel der Erwachsenen in der Schweiz übergewichtig und 10% adipös. Im Omnibus 2011, einer Befragung des Bundesamtes für Statistik an 5129 Personen im Alter von 15 bis 74 Jahren hatten vergleichbare 61.5% der Befragten ein normales oder Untergewicht, 29.6% waren übergewichtig und 8.9% adipös (12). Es ist allerdings zu betonen, dass der verwendete Body mass index nicht wirklich die Körperzusammensetzung bestimmt bzw. nur eine indirekte Schätzung des Körperfetts liefert. Diese Schätzung kann auf individueller Ebene fehlerhaft sein (z.B. Muskulatur anstatt Fett). Zudem kann die Verteilung des Körperfetts zwischen einzelnen Personen variieren, selbst bei Individuen mit gleichem BMI. Dies ist von Bedeutung, da das mit Übergewicht assoziierte Komorbiditätsrisiko bei zentraler Fettverteilung erhöht ist. Deshalb sollte neben dem BMI auch der Taillenumfang gemessen werden. (13). Im Weiteren ist zu beachten, dass die auf Eigenangaben beruhenden SGB-, bzw. Omnibusdaten die Problematik des zu hohen Körpergewichts unterschätzen was z.B. direkt gemessene Daten aus anderen Schweizer Studien zeigen (14, 15). In der CoLaus-Studie (CoLaus = **C**ohorte **L**ausannoise), in der von 2003 bis 2006 Bewohner der Stadt Lausanne im Alter von 35 bis 75 Jahren zufällig ausgewählt wurden, waren von den 2960 Männern und den 3343 Frauen 62% bzw. 41.8% übergewichtig und 17.1% bzw. 13.8% adipös (direkte Messung) (14). Auch unter Berücksichtigung der untersuchten Altersgruppe liegen die SGB-Werte noch tiefer. In der sogenannten Salzstudie (16), einer Querschnittstudie an 1505 Personen im Alter von 15 Jahren und älter aus der Westschweiz, Deutschschweiz und der italienisch sprachigen Schweiz waren, basierend auf direkten Messungen von Körpergewicht und Körpergrösse, 32% der Teilnehmer übergewichtig und 14% adipös (Männer 39% übergewichtig und 17% adipös; Frauen 26% übergewichtig und 12% adipös, d.h. die Prozentsätze Adipöser liegen aufgrund der direkten Messung erwartungsgemäss höher als in der SGB12.

Weiter ergibt der Vergleich der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen seit 1992, dass nach einer Stagnation zwischen 2002 und 2007, die Adipositas nun bei Männern und Frauen in der SGB12 wieder zunimmt. In Deutschland war in den letzten Jahren ebenfalls eine Stabilisierung der Übergewichtsprävalenz zu verzeichnen, jedoch zeigte sich auch dort ein weiterer Anstieg des Anteils der adipösen (17).

Zu den Risikogruppen für zu hohes Körpergewicht gehören aufgrund der SGB12 Männer, Ältere, weniger Gebildete, Personen mit tiefem Einkommen, Deutschschweizer, Personen, die in einem ländlichen Gebiet leben, Ausländer, Ex-Raucher, Personen, die sich nicht an die Bewegungsempfehlungen und nicht an die Empfehlungen zum Früchte- und Fleischkonsum halten (siehe dazu auch Quelle (4)). Dabei ist in dieser Querschnittsstudie nicht auszumachen, ob die Lebensstilfaktoren das Körpergewicht beeinflusst haben, oder ob das zu hohe Körpergewicht den Lebensstil verändert hat. Auch in der bereits erwähnten Salzstudie (16) haben Männer, Ausländer, Personen mit schlechterem Bildungsniveau und körperlich Inaktive ein höheres Risiko für ein zu hohes Körpergewicht als Frauen, Schweizer, besser Gebildete, und körperlich Aktive. Und auch Marques-Vidal et al. (18) beobachteten in der CoLauS-Studie, dass Migranten in der Schweiz höhere Prozentsätze an Übergewichtigen und Adipösen aufweisen als die Schweizer. Sie beobachteten aber gleichzeitig, dass dies nicht auf alle zugewanderten Nationalitäten zutrifft. Migranten aus Südeuropa und aus Ex-Jugoslawien hatten höhere Prävalenzen aufzuweisen, Migranten aus Deutschland und Frankreich hingegen tiefere Prävalenzen als die Schweizer (vertiefte Diskussion zum Körpergewicht siehe auch (4)). Was die höhere Prävalenz von Übergewicht bei den Männern als bei den Frauen anbetrifft, so scheinen Frauen eine negativere Einstellung zu hohem Körpergewicht zu haben als Männer bzw. Frauen sind eher der negativen Einstellung der Gesellschaft gegenüber Übergewicht bzw. dem Schönheitsideal ausgesetzt (19). Sie investieren deshalb mehr Zeit und Geld um dieses dünnere Ideal zu erreichen. Dies widerspiegelt sich in der vorliegenden Erhebung u.a. in der Beobachtung, dass sich 41% der normalgewichtigen Frauen ein anderes Gewicht wünschen und dass 95% von diesen abnehmen möchten.

Das in der SGB12 beobachtete erhöhte Risiko von Ex-Rauchern für zu hohes Körpergewicht haben auch zahlreiche andere Studien gezeigt, wobei das Ausmass der Gewichtsveränderung nach Aufgabe des Rauchens recht unterschiedlich ausfiel (20). Nikotin beeinträchtigt den Appetit und ist mit einem erhöhten Grundumsatz verbunden. Nach der Aufgabe des Rauchens ist somit der Appetit erhöht bei gleichzeitig geringerem Energieverbrauch (21, 22). Für Raucher zeigt sich in der SGB12 allerdings kein Zusammenhang mit dem BMI. In der SGB07 (8) war ein solcher Zusammenhang zu zeigen; die OR in den beiden Modellen sind nicht für die genau gleichen Variablen adjustiert, was zu unterschiedlichen Resultaten führen kann.

Wie bereits erwähnt, schreibt die WHO einer vorwiegend sitzenden Lebensweise mit wenig körperlicher Aktivität, häufigem Konsum von Nahrungsmitteln mit hoher Energiedichte und niedrigem Konsum an Früchten, Gemüse und Nahrungsfasern den nachhaltigsten Einfluss auf die Entstehung des zu hohen Körpergewichts zu (1).

Das Bewegungsverhalten weist in der SGB12 einen Zusammenhang mit dem Körpergewicht auf, wobei jedoch offen bleibt, ob die Einhaltung der Bewegungsempfehlungen zu einem geringeren Körpergewicht oder ein erhöhtes Körpergewicht zu einer Reduktion der körperlichen Aktivität führt. Zudem sind die Unterschiede relativ gering: 39 Prozent derjenigen, welche die Bewegungsempfehlungen erfüllen, sind übergewichtig oder adipös, während es bei denjenigen, die sich nur ungenügend bewegen, 46 Prozent sind. Ähnliche Befunde zeigten sich schon anlässlich der SGB 2007 (23). Und sie sind ein Hinweis darauf, dass der relativ moderate Bewegungsumfang aus den Empfehlungen nur einen bedingten Beitrag zur Reduktion oder Stabilisierung des Körpergewichts leistet. Umgekehrt zeigt sich beim Ausmass sitzender Tätigkeiten kaum ein unabhängiger Zusammenhang mit dem Körpergewicht. Zudem kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich die Schweizer Wohnbevölkerung im internationalen Vergleich relativ viel bewegt. So zeigt ein internationaler Vergleich des Ausmasses sportlicher Aktivitäten, dass in der Schweiz und verschiedenen skandinavischen Ländern überdurchschnittlich viel Sport getrieben wird (24). Aus einem Vergleich mit einer neuen Eurobarometerstudie des Jahres 2013 (25) geht überdies hervor, dass die Schweizer Wohnbevölkerung häufiger intensive und moderate körperliche Aktivitäten ausübt als der europäische Durchschnitt: So geben in den 28 Mitgliedsländern der EU 16 Prozent der Befragten an, an vier oder mehr Tagen der Woche intensive körperliche Aktivitäten auszuüben, während es in der Schweiz gemäss einer vergleichbaren Frage im schriftlichen Fragebogen der SGB 2012 25 Prozent sind. Die Werte für Aktivitäten mit einer moderaten Intensität belaufen sich auf 25 (EU) bzw. 56 Prozent (Schweiz).

Bezüglich untersuchter Ernährungsgewohnheiten zeigt sich in der SGB12 ein positiver Zusammenhang von zu hohem Körpergewicht mit dem Konsum von Fleisch bzw. Wurstwaren (an mehr als vier Tagen pro Woche vs. seltener). Auch in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2007 waren vergleichbare Zusammenhänge zu zeigen, allerdings mit anderem Grenzwert und einem etwas anderen Modell (8). Daten des National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) von 1999-2004 (26) konnten für die amerikanische Bevölkerung ebenfalls Zusammenhänge zwischen Fleischkonsum und Adipositas zeigen. Diejenigen, die mehr Fleisch assen, hatten gleichzeitig eine deutlich höhere Kalorienzufuhr. Fleischkonsum kann zu einer höheren Fettzufuhr, mehr gesättigtem Fett, mehr Kalorien und einem geringeren Gemüsekonsum führen (27, 28). Auch für Europa konnte im 5-Jahr-Follow-up der prospektiven EPIC-Studie ein positiver Zusammenhang zwischen Fleischkonsum und Gewichtszunahme von Normalgewichtigen, Übergewichtigen, Rauchern und Nichtrauchern gezeigt werden (29). Die Beweislage bezüglich Fleischkonsum und Körpergewicht bleibt allerdings kontrovers, v.a. wenn es um die Auswirkungen (Gewichtsreduktion) der sogenannten Atkins-Diät, mit

eingeschränkter Kohlenhydratzufuhr (Low-Carb-Prinzip) und hohem Konsum an Fett, Protein und Fleisch als Hauptenergieträger auf das Körpergewicht geht (30, 31).

Zudem sind Personen, die sich nicht an die Empfehlungen bezüglich **Früchtekonsum** halten in der vorliegenden Studie häufiger adipös als Leute, die sich an diese Empfehlungen halten. In der EPIC-Studie ergab sich kein Einfluss auf die Zunahme des Körpergewichts in Abhängigkeit vom Früchtekonsum in der Basiserhebung (bei konstanter Energiezufuhr). Bei Frauen, die das Rauchen aufgaben, scheint aber höherer Früchtekonsum das Risiko einer Gewichtszunahme verringert zu haben (32). Insgesamt sind die Resultate anderer Studien widersprüchlich bzw. zeigen eher keine Zusammenhänge (33).

Was in der SGB12 den Konsum von Milch und Milchprodukten, Fisch, Flüssigkeit und Alkohol anbetrifft, so weichen, im Gegensatz zu anderen Studien (34-36), Personen mit einem hohem Körpergewicht nicht häufiger von den Empfehlungen ab als Normalgewichtige. Was den Alkoholkonsum anbetrifft, so ist nicht auszuschliessen, dass täglicher oder beinahe täglicher im Vergleich zu geringerem Alkoholkonsum in Bezug auf das Körpergewicht andere Resultate ergeben würde. Zudem wäre im Hinblick auf die beobachteten regionalen Unterschiede interessant Unterschiede zwischen Bier- und Weinkonsumenten zu untersuchen. Befragte mit zu hohem Körpergewicht geben auch nicht häufiger an, auf die Ernährung zu achten als Normalgewichtige. Hingegen zeigt sich ein unerwarteter, positiver Zusammenhang zwischen Gemüsekonsum und Körpergewicht. Ähnliche Resultate fanden Vergnaud et al. (32) in der EPIC-Studie. Dies könnte u.a. darauf beruhen, dass bei der Zubereitung von Gemüse und Salaten Fette z.B. in Form von Salat- und Gemüsesaucen oder beim Frittieren verwendet werden.

In der Schweiz sind nicht nur 41% der Erwachsenen mit zu hohem Körpergewicht im Auge zu behalten sondern auch diejenigen 4% der Personen mit Untergewicht ($BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$) und von diesen v.a. diejenigen, die noch Gewicht verlieren möchten. In die Risikogruppen für Untergewicht fallen Frauen, Junge, Personen mit tiefem Bildungsniveau, Personen aus der italienisch sprachigen Schweiz, und solche, die nicht auf die Ernährung achten. Allerdings zeigt sich seit 1992 eher eine Abnahme der Personen mit Untergewicht. Die Längsvergleiche wurden für Personen ab 18 Jahren durchgeführt, damit die Resultate mit den Ergebnissen früherer Erhebungen übereinstimmen. Die 15- bis 17-jährigen Jugendlichen, die allenfalls die relevantere Populationsgruppe für Untergewicht darstellen, fielen damit weg.

Untergewichtgewicht kann konstitutionell oder pathologisch bedingt sein. Untergewicht und/oder ungewollter Gewichtsverlust können z.B. durch maligne Erkrankungen, chronische Infekte, eine

Hyperthyreose, einen Diabetes mellitus oder durch Essstörungen etc. bedingt sein (37). Bei eingeschränkter Energiezufuhr besteht die Gefahr einer Mangelernährung bezüglich Energie, Vitaminen und Mineralstoffen. Dies kann u.a. zu Amenorrhoe und Mikronährstoffmängeln wie z.B. einem längerfristig erhöhten Risiko für Osteoporose führen (38). In vielen Studien ist ein BMI von weniger als 18.5 kg/m^2 mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden (39). Es ist aber zum Beispiel schwierig vorbestehende Krankheiten definitiv als mögliche Erklärungen dieses Zusammenhangs auszuschliessen. Deutliches Untergewicht ist allerdings klar mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden (37). Die Heterogenität der Gruppe der Untergewichtigen könnte auch für die Beobachtung verantwortlich sein, dass sich der Konsum Untergewichtiger für keinen der untersuchten Ernährungsparameter signifikant vom Konsum Normalgewichtiger unterscheidet. Zudem könnte auch „residual confounding“ bezüglich Alter eine Rolle spielen.

Das Körpergewicht kann nicht nur durch die Genetik, soziodemographische und Lebensstilfaktoren beeinflusst werden, sondern auch durch die Einstellung des Einzelnen und der Gesellschaft zum Körpergewicht. Laut SGB12 sind in der Schweiz 24% der Erwachsenen mit dem Körpergewicht eher oder absolut unzufrieden, d.h. 20% der Männer und 28% der Frauen. Von den übergewichtigen Männern und Frauen sind es 28% bzw. 50%, für die Adipösen liegen die Prozentsätze bei 57% und 67%. Männer sind damit häufiger übergewichtig als Frauen, sie scheinen das zu hohe Körpergewicht aber seltener als problematisch wahrzunehmen als Frauen. In Deutschland wurden ähnliche Beobachtungen gemacht (40). Im Längsvergleich von 1997 bis 2012 fällt auf, dass die Unzufriedenheit mit dem Körpergewicht 2012 seltener zu beobachten ist als in den früheren Erhebungen. Dieser Unterschied zeigt sich vor allem bei den Adipösen und etwas weniger deutlich bei den Übergewichtigen. Die Literatur weist darauf hin, dass zwischen der Unzufriedenheit mit dem Körpergewicht und dem Versuch, Gewicht zu verlieren ein positiver Zusammenhang besteht (41, 42). Die Entwicklung zu mehr Zufriedenheit mit dem Körpergewicht in der vorliegenden Studie könnte einen Einfluss darauf haben, dass die Adipositas in der Bevölkerung wieder zunimmt. Ein weiterer Einfluss auf diese Resultate könnten aber auch die unterschiedlich formulierten Antwortkategorien in der SGB12 sein (2012: „absolut zufrieden“, „ziemlich zufrieden“, „eher unzufrieden“, „absolut unzufrieden“; in den anderen SGB's: „vollkommen zufrieden“, „ziemlich zufrieden“, „nicht ganz zufrieden“, „überhaupt nicht zufrieden“).

In diesem Zusammenhang ist auch erwähnenswert, dass auf die Frage nach Hindernissen für eine gesunde Ernährung Personen mit zu hohem Körpergewicht eine „grosse Vorliebe für gutes Essen“ und eine „Vorliebe für reichliches Essen“ seltener als Hindernisse nennen als die Normalgewichtigen, hingegen das zu „beschränkte Angebot in Restaurants, Kantinen etc.“ häufiger.

Zudem wäre es von Interesse zu untersuchen, ob der zwischen der SGB07 und der SGB12 beobachtete Rückgang der Nennungen aller untersuchten Hindernisse für eine gesunde Ernährung auch in der Untergruppe von Personen mit zu hohem Körpergewicht zu beobachten ist. Besonders erwähnenswert sind das Preisargument, das von der Gesamtpopulation deutlich seltener als noch 2007 erwähnt wird, sowie die fehlenden Angebote in den Restaurants. Bei Letzterem haben sich die Nennungen fast halbiert (4).

Schliesslich ist noch zu erwähnen, dass im Gegensatz zu den übergewichtigen und adipösen Personen, die trotz gesundheitlichen Risiken nicht wünschen abzunehmen (Übergewichtige: Männer 37%, Frauen 26%, Adipöse: Männer 15%, Frauen 16%), sich z.B. bei den normalgewichtigen Frauen 41% ein anderes Gewicht wünschen; 95% von ihnen möchte abnehmen. Trotz dessen, haben lediglich 6% aller Frauen der SGB12 in den 12 Monaten vor der Befragung eine Diät durchgeführt um abzunehmen. Knapp die Hälfte von diesen (2.8%) weist ein Gewicht im Normalbereich auf. Bei Frauen mit Untergewicht wollen von den 28%, die ein anderes Gewicht anstreben, 16% weiter abnehmen. Auch bei Männern mit normalem Körpergewicht wünschen sich 25% ein anderes Körpergewicht, davon wollen 62% abnehmen. Die Verinnerlichung des dünnen Schönheitsideals westlicher Länder könnte eine wesentliche Rolle für diese Wünsche spielen, was sich in der Literatur widerspiegelt (43, 44).

Die vorgestellten Ergebnisse lassen sich aufgrund der verwendeten Gewichtungsfaktoren in Bezug auf Alter, Geschlecht und Nationalität (Schweizer, Ausländer) von der Stichprobe auf die Gesamtbevölkerung der Schweiz verallgemeinern. Bei der Verallgemeinerung der Resultate anderer Untergruppen können die Resultate durch die Stichprobenerhebung oder durch die fehlenden Angaben der Nichtbeantworter beeinträchtigt sein. Eine weitere Limitation stellt die Telefonbefragung dar, da nicht alle Einträge der Einwohnerregister mit einer gültigen Telefonnummer verknüpft werden konnten. So betrug die Nicht-Teilnahme etwa 35% für Personen mit Adressen mit Telefonnummer sowie 75-80% auf die Adressen ohne Telefonnummer, was eine Verzerrung der Stichprobe darstellt. In der SGB12 wurden nur nicht-institutionalisierte Personen berücksichtigt.

Schlussfolgerung

41% der Bevölkerung der Schweiz weisen ein zu hohes Körpergewicht auf und die Adipositas hat seit der SGB von 2007 zugenommen. Für keine der untersuchten soziodemographischen Gruppierungen liegen die Prozentsätze für Übergewicht tiefer als 12% und diejenigen für Adipositas sind in keiner

Gruppierung tiefer als 4.5%. Insgesamt sind also alle untersuchten Bevölkerungsgruppen von zu hohem Körpergewicht betroffen.

Über dem Durchschnitt liegende Werte erreichen Männer, Ältere (Zunahme mit ansteigendem Alter), weniger Gebildete, Personen mit niedrigem Einkommen, Deutschschweizer, Personen aus ländlichen Gebieten, Ausländer, Ex-Raucher, Personen, die sich nicht an die Bewegungsempfehlungen und die Empfehlungen zum Früchte- und Fleischkonsum halten.

Es scheint sich abzuzeichnen, dass die Thematik Körpergewicht sich in zwei Richtungen entwickelt: Einerseits gibt es Gruppen von Personen ausserhalb des Normalgewichts, die keine Veränderung ihres Zustandes erwünschen oder anstreben. Bei Männern ist dies bei einem Drittel und bei Frauen bei einem Viertel der Übergewichtigen der Fall (bei Adipösen: 15%). Zudem ist eine Tendenz zu mehr Zufriedenheit mit dem Körpergewicht 2012 im Vergleich zu den früheren SGB's zu verzeichnen.

Andererseits gibt es den Hinweis, dass sowohl Normalgewichtige als auch Personen mit Untergewicht (insbesondere Frauen) weiterhin abnehmen wollen. Allerdings geben normalgewichtige und übergewichtige Frauen 2012 seltener den Wunsch nach Gewichtsveränderung an als noch 1997. Für Frauen mit Untergewicht sind die Unterschiede nicht signifikant. Die Verinnerlichung des dünnen Schönheitsideals westlicher Länder könnte hier eine wesentliche Rolle spielen. Vermehrte Anstrengungen bezüglich Verhaltens- und Verhältnisprävention, sowie verbesserte therapeutische Ansätze sind angesagt.

Literatur

1. WHO, editor. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. Keller U, Battaglia Richi E, Beer M, editors. Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2012.
3. Statistics of cancer incidence 1985-2009. Switzerland.
<http://www.nicer.org/Editor/files/i5y8409ch.pdf>.
4. Lebensstil, Körpergewicht und andere Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten mit Schwerpunkt Ernährung. Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012.
5. Nationales Programm Ernährung und Bewegung NPEB
http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/13227/index.html?lang=de.
6. Eichholzer M, Bisig B. Daily consumption of (red) meat or meat products in Switzerland: results of the 1992/93 Swiss Health Survey. Eur J Clin Nutr. 2000;54(2):136-42.
7. Eichholzer M, Bernasconi F, Jordan P, Gutzwiller F. [Nutrition in Switzerland 2002-- results of the Swiss Health Survey]. Praxis (Bern 1994). 2005;94(44):1713-21.
8. Eichholzer M, Bovey F, Jordan P, Schmid M, Stoffel-Kurt N. [Body weight related data: results of the 2007 Swiss Health Survey]. Praxis (Bern 1994). 2010;99(15):895-906.
9. Eichholzer M, Bovey F, Jordan P, Probst-Hensch N, Stoffel-Kurt N. [Data on overweight and nutrition in the 2007 Swiss Health Survey]. Praxis (Bern 1994). 2010;99(1):17-25.
10. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000;320(7244):1240-3.
11. Schweizerische Gesellschaft für Ernährung SGE B, Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV. Schweizer Lebensmittelpyramide. .
<http://www.sge-ssn.ch/de/ich-und-du/essen-und-trinken/ausgewogen/lebensmittelpyramide/>.
12. Wiegand D, Stamm HP, Lamprecht M (2012) Analyse vom Fragen zum Bewegungsverhalten im Omnibus 2011 des Bundesamtes für Statistik. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. BAG, Bern.
13. Malatesta D. Gültigkeit und Relevanz des Body-Mass-Index (BMI) als Massgrösse für Übergewicht und Gesundheitszustand auf individueller und epidemiologischer Ebene. Institut des Sciences du Sport de l'Université de Lausanne, Faculté de biologie et de médecine – Département de physiologie. (Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 8). Bern: Gesundheitsförderung Schweiz. 2013.
14. Stringhini S, Spencer B, Marques-Vidal P, Waeber G, Vollenweider P, Paccaud F, et al. Age and gender differences in the social patterning of cardiovascular risk factors in Switzerland: the CoLaus study. PLoS One. 2012;7(11):e49443.
15. Faeh D, Braun J, Bopp M. Underestimation of obesity prevalence in Switzerland: comparison of two methods for correction of self-report. Swiss Med Wkly. 2009;139(51-52):752-6.
16. Ognà A, Forni Ognà V, Bochud M, Paccaud F, Gabutti L, Burnier M. Prevalence of obesity and overweight and associated nutritional factors in a population-based Swiss sample: an opportunity to analyze the impact of three different European cultural roots. Eur J Nutr. 2013.
17. Mensink GB, Schienkiewitz A, Haftenberger M, Lampert T, Ziese T, Scheidt-Nave C. [Overweight and obesity in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013;56(5-6):786-94.

18. Marques-Vidal P, Vollenweider P, Waeber G, Paccaud F. Prevalence of overweight and obesity among migrants in Switzerland: association with country of origin. *Public Health Nutr.* 2011;14(7):1148-56.
19. Manios Y, Panagiotakos DB, Pitsavos C, Polychronopoulos E, Stefanadis C. Implication of socio-economic status on the prevalence of overweight and obesity in Greek adults: the ATTICA study. *Health Policy.* 2005;74(2):224-32.
20. Aubin HJ, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ.* 2012;345:e4439.
21. Hughes JR. Effects of abstinence from tobacco: etiology, animal models, epidemiology, and significance: a subjective review. *Nicotine Tob Res.* 2007;9(3):329-39.
22. Filozof C, Fernandez Pinilla MC, Fernandez-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obes Rev.* 2004;5(2):95-103.
23. Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2010) Gesundheit im Kanton Luzern. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und weiteren Erhebungen. Kt. Luzern/Obsan, Luzern/Neuchâtel.
24. Stamm, HP, Lamprecht M (2011) Swiss sports participation in an international perspective. *European Journal for Sport and Society.* 8(1): 15-29.
25. European Commission, Directorate-General for Education and Culture (2014) Special Eurobarometer 412: Sport and physical activity. European Commission, ohne Ort.
26. Wang Y, Beydoun MA. Meat consumption is associated with obesity and central obesity among US adults. *Int J Obes (Lond).* 2009;33(6):621-8.
27. Nicklas TA, Farris RP, Myers L, Berenson GS. Impact of meat consumption on nutritional quality and cardiovascular risk factors in young adults: the Bogalusa Heart Study. *J Am Diet Assoc.* 1995;95(8):887-92.
28. Leitzmann C. Vegetarian diets: what are the advantages? *Forum Nutr.* 2005(57):147-56.
29. Vergnaud AC, Norat T, Romaguera D, Mouw T, May AM, Travier N, et al. Meat consumption and prospective weight change in participants of the EPIC-PANACEA study. *Am J Clin Nutr.* 2010;92(2):398-407.
30. Gardner CD, Kiazand A, Alhassan S, Kim S, Stafford RS, Balise RR, et al. Comparison of the Atkins, Zone, Ornish, and LEARN diets for change in weight and related risk factors among overweight premenopausal women: the A TO Z Weight Loss Study: a randomized trial. *JAMA.* 2007;297(9):969-77.
31. Lagiou P, Sandin S, Lof M, Trichopoulos D, Adami HO, Weiderpass E. Low carbohydrate-high protein diet and incidence of cardiovascular diseases in Swedish women: prospective cohort study. *BMJ.* 2012;344:e4026.
32. Vergnaud AC, Norat T, Romaguera D, Mouw T, May AM, Romieu I, et al. Fruit and vegetable consumption and prospective weight change in participants of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-Physical Activity, Nutrition, Alcohol, Cessation of Smoking, Eating Out of Home, and Obesity study. *Am J Clin Nutr.* 2012;95(1):184-93.
33. Summerbell CD, Douthwaite W, Whittaker V, Ells LJ, Hillier F, Smith S, et al. The association between diet and physical activity and subsequent excess weight gain and obesity assessed at 5 years of age or older: a systematic review of the epidemiological evidence. *Int J Obes (Lond).* 2009;33 Suppl 3:S1-92.
34. Sayon-Orea C, Martinez-Gonzalez MA, Bes-Rastrollo M. Alcohol consumption and body weight: a systematic review. *Nutr Rev.* 2011;69(8):419-31.
35. Lorente-Cebrian S, Costa AG, Navas-Carretero S, Zabala M, Martinez JA, Moreno-Aliaga MJ. Role of omega-3 fatty acids in obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular

- diseases: a review of the evidence. *Journal of physiology and biochemistry*. 2013;69(3):633-51.
36. Abargouei AS, Janghorbani M, Salehi-Marzijarani M, Esmailzadeh A. Effect of dairy consumption on weight and body composition in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Int J Obes (Lond)*. 2012;36(12):1485-93.
37. Suter PM. *Checkliste Ernährung*. Stuttgart: Georg Thieme; 2008.
38. De Laet C, Kanis JA, Oden A, Johanson H, Johnell O, Delmas P, et al. Body mass index as a predictor of fracture risk: a meta-analysis. *Osteoporos Int*. 2005;16(11):1330-8.
39. Cao S, Moineddin R, Urquia ML, Razak F, Ray JG. J-shapedness: an often missed, often miscalculated relation: the example of weight and mortality. *J Epidemiol Community Health*. 2014.
40. von Lengerke T, Mielck A, Group KS. Body weight dissatisfaction by socioeconomic status among obese, preobese and normal weight women and men: results of the cross-sectional KORA Augsburg S4 population survey. *BMC Public Health*. 2012;12:342.
41. Anderson LA, Eyler AA, Galuska DA, Brown DR, Brownson RC. Relationship of satisfaction with body size and trying to lose weight in a national survey of overweight and obese women aged 40 and older, United States. *Prev Med*. 2002;35(4):390-6.
42. Kuk JL, Ardern CI, Church TS, Hebert JR, Sui X, Blair SN. Ideal weight and weight satisfaction: association with health practices. *Am J Epidemiol*. 2009;170(4):456-63.
43. Calado M, Lameiras M, Sepulveda AR, Rodriguez Y, Carrera MV. The association between exposure to mass media and body dissatisfaction among Spanish adolescents. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*. 2011;21(5):390-9.
44. Nouri M, Hill LG, Orrell-Valente JK. Media exposure, internalization of the thin ideal, and body dissatisfaction: comparing Asian American and European American college females. *Body image*. 2011;8(4):366-72.

Tabellen

Tab. 1: Zusammenhang zwischen BMI-Kategorien¹ und soziodemographischen sowie Lebensstilfaktoren²

Tel. Befragung n ³ = 21597	Untergewicht vs. Normalgewicht		Übergewicht vs. Normalgewicht		Adipositas vs. Normalgewicht		Total von Übergewicht und Adipositas vs. Normalgewicht	
	OR	(95%-CI) ⁴	OR	(95%-CI)	OR	(95%-CI)	OR	(95%-CI)
Geschlecht								
Männer (Referenz)	1		1		1		1	
Frauen	5.90	(4.05,8.59)	0.40	(0.36,0.45)	0.50	(0.43,0.58)	0.42	(0.38,0.46)
Alter								
15-34 (Referenz)	1		1		1		1	
35-49	0.53	(0.40,0.70)	1.78	(1.55,2.04)	2.14	(1.68,2.72)	1.83	(1.61,2.07)
50-64	0.48	(0.34,0.67)	2.57	(2.23,2.95)	3.9	(3.09,4.93)	2.79	(2.45,3.17)
≥ 65	0.56	(0.40,0.80)	3.20	(2.73,3.74)	3.88	(3.06,4.93)	3.35	(2.91,3.86)
Bildungsniveau⁵								
Tief (Referenz)	1		1		1		1	
Mittel	0.68	(0.48,0.96)	0.88	(0.75,1.03)	0.66	(0.54,0.81)	0.82	(0.71,0.94)
Hoch	0.78	(0.52,1.18)	0.70	(0.59,0.83)	0.40	(0.31,0.50)	0.61	(0.52,0.71)
Einkommensklasse⁶								
1 (tiefste) (Referenz)	1		1		1		1	
2	1.00	(0.73,1.37)	0.89	(0.78,1.02)	0.91	(0.75,1.11)	0.90	(0.79,1.01)
3	0.87	(0.64,1.18)	0.84	(0.73,0.96)	0.94	(0.77,1.15)	0.86	(0.76,0.97)
4 (höchste)	0.88	(0.62,1.25)	0.86	(0.75,0.99)	0.75	(0.61,0.93)	0.84	(0.73,0.95)
Region								
D (Referenz)	1		1		1		1	
F	1.22	(0.92,1.61)	0.84	(0.76,0.94)	0.78	(0.67,0.91)	0.83	(0.75,0.91)
I	1.86	(1.33,2.60)	0.95	(0.81,1.11)	0.83	(0.65,1.06)	0.92	(0.79,1.06)
Gebiet								
Städtisch	1		1		1		1	
Ländlich	0.84	(0.63,1.11)	1.26	(1.13,1.39)	1.31	(1.13,1.52)	1.26	(1.15,1.38)
Nationalität								
CH (Referenz)	1		1		1		1	
Ausländer	0.81	(0.59,1.12)	1.16	(1.02,1.32)	1.33	(1.10,1.62)	1.19	(1.06,1.34)
Rauchen								
Nichtraucher (Referenz)	1		1		1		1	
Ex-Raucher	0.96	(0.69,1.35)	1.32	(1.18,1.48)	1.42	(1.21,1.67)	1.34	(1.21,1.49)
Raucher	0.96	(0.75,1.22)	1.11	(0.99,1.24)	0.93	(0.78,1.11)	1.07	(0.97,1.19)
Körperliche Aktivität								
Bewegungsempfehlung eingehalten (Referenz)	1		1		1		1	
Bewegungsempfehlung nicht eingehalten	1.03	(0.81,1.31)	1.29	(1.16,1.43)	1.70	(1.46,1.98)	1.38	(1.26,1.52)
Sitzende und ruhende Tätigkeiten⁷								
8 Std. 30 min. oder weniger am Tag (Referenz)	1		1		1		1	
Mehr als 8 Std. 30 min. am Tag	0.93	(0.65,1.34)	1.06	(0.92,1.22)	1.11	(0.89,1.39)	1.07	(0.94,1.21)
Auf die Ernährung achten								
Ja (Referenz)	1		1		1		1	
Nein	1.44	(1.09,1.91)	0.87	(0.78,0.97)	0.82	(0.70,0.96)	0.86	(0.78,0.94)
Alkohol Häufigkeit⁸								
≤ 20 für Frauen, ≤ 40 für Männer (Referenz)	1		1		1		1	
> 20 für Frauen, > 40 für Männer	1.02	(0.61,1.72)	1.09	(0.88,1.33)	0.99	(0.74,1.33)	1.05	(0.87,1.27)
Rauschtrinken								
Nein (Referenz)	1		1		1		1	

Ja	1.23	(0.79,1.91)	1.01	(0.86,1.17)	1.20	(0.95,1.51)	1.04	(0.91,1.20)
Gemüse/-säfte								
≥ 3x täglich (Referenz)	1		1		1		1	
< 3x täglich	1.14	(0.88,1.47)	0.80	(0.71,0.91)	0.81	(0.67,0.99)	0.81	(0.72,0.91)
Früchte, Fruchtsäfte								
≥ 2x täglich (Referenz)	1		1		1		1	
< 2x täglich	1.10	(0.86,1.39)	1.05	(0.95,1.16)	1.18	(1.02,1.36)	1.08	(0.99,1.18)
Fleisch- oder Wurstwaren								
≤ 4 Tagen pro Woche (Referenz)	1		1		1		1	
> 4 Tagen pro Woche	0.95	(0.74,1.23)	1.28	(1.16,1.41)	1.43	(1.23,1.65)	1.31	(1.19,1.43)
Fisch								
≥ 1x pro Woche (Referenz)	1		1		1		1	
Selten/nie	0.88	(0.69,1.14)	1.03	(0.93,1.13)	1.13	(0.97,1.31)	1.05	(0.96,1.15)
Milch /Milchprodukte								
≥ 3x täglich (Referenz)	1		1		1		1	
< 3x täglich	1.16	(0.79,1.69)	1.00	(0.85,1.17)	1.05	(0.83,1.32)	1.01	(0.87,1.16)
Flüssigkeit								
≥ 1 Liter pro Tag (Referenz)	1		1		1		1	
< 1 Liter pro Tag	1.01	(0.68,1.49)	1.10	(0.91,1.32)	1.36	(0.98,1.90)	1.15	(0.96,1.37)

¹ Body Mass Index (BMI) = Körpergewicht (kg)/ Körpergrösse (m²): Normalgewicht = BMI 18.5-24.9; Tiefes Körpergewicht = BMI < 18.5; Übergewicht = BMI 25-29.9 ; Adipositas = BMI ≥ 30

² Mehrfach adjustiert: für alle soziodemographischen Variablen und Lebensstilfaktoren, ausser für "sitzende und ruhende Tätigkeiten" da diese aus dem schriftlichen Fragebogen stammen und eine andere Gewichtung benötigt

³ Ungewichtet (Frauen n=11314; Männer n=10283)

⁴ OR: Odds ratio; CI: Konfidenzintervall; gewichtet

⁵ tief= obligatorische Schule; mittel= Sekundarstufe II; hoch=Tertiärstufe

⁶ 1= weniger als 2521 Franken; 2= 2521 bis 3599 Franken; 3= 3600 bis 5199 Franken; 4= 5200 Franken und mehr

⁷ Beruht auf schriftlichem Fragebogen; ist für alle anderen soziodemographischen Variablen und Lebensstilfaktoren adjustiert

⁸ Gramm reiner Alkohol pro Tag

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS.

Tab. 2: Zusammenhang zwischen BMI-Kategorien¹ und Hindernissen für eine gesunde Ernährung²

Schriftl. Befragung n ³ = 18357	Untergewicht vs. Normalgewicht		Übergewicht vs. Normalgewicht		Adipositas vs. Normalgewicht		Total von Übergewicht und Adipositas vs. Normalgewicht	
	OR	(95%-CI) ⁴	OR	(95%-CI)	OR	(95%-CI)	OR	(95%-CI)
<i>Hindernisse:</i>								
Hoher Zeitaufwand für Einkaufen und Zubereitung								
Ja (Referenz)	1		1		1		1	
Nein	0.99	(0.79,1.25)	1.00	(0.90,1.11)	1.10	(0.93,1.30)	1.02	(0.92,1.12)
Zu wenig Angebote in den Geschäften								
Ja (Referenz)	1		1		1		1	
Nein	0.87	(0.56,1.35)	0.99	(0.80,1.22)	0.80	(0.59,1.09)	0.93	(0.77,1.13)
Zu wenig Angebote in Restaurants, Kantinen, usw.								
Ja (Referenz)	1		1		1		1	
Nein	1.15	(0.86,1.53)	1.15	(1.01,1.31)	1.17	(0.95,1.43)	1.16	(1.02,1.31)
Gesundes Essen ist relativ teuer								
Ja (Referenz)	1		1		1		1	
Nein	1.00	(0.80,1.26)	1.04	(0.94,1.15)	0.98	(0.84,1.15)	1.03	(0.93,1.13)
Zu wenig Unterstützung durch Mitmenschen								
Ja (Referenz)	1		1		1		1	
Nein	1.60	(1.02,2.51)	0.94	(0.77,1.15)	0.75	(0.58,0.97)	0.88	(0.74,1.05)
Mitmenschen halten davon ab								
Ja (Referenz)	1		1		1		1	
Nein	1.30	(0.67,2.54)	1.05	(0.78,1.43)	1.30	(0.81,2.10)	1.11	(0.83,1.47)
Grosse Vorliebe für gutes Essen								
Ja (Referenz)	1		1		1		1	
Nein	1.07	(0.84,1.35)	0.70	(0.64,0.78)	0.55	(0.47,0.64)	0.67	(0.61,0.73)
Grosse Vorliebe für reichliches Essen								
Ja (Referenz)	1		1		1		1	
Nein	0.88	(0.60,1.30)	0.91	(0.79,1.05)	0.77	(0.62,0.95)	0.87	(0.76,0.99)
Gewohnheiten und Zwänge des Alltags								
Ja (Referenz)	1		1		1		1	
Nein	1.30	(1.03,1.66)	1.01	(0.91,1.12)	1.04	(0.89,1.21)	1.01	(0.92,1.11)
Fehlender Wille, fehlender Glaube an Erfolg								
Ja (Referenz)	1		1		1		1	
Nein	1.03	(0.79,1.36)	1.00	(0.88,1.13)	0.86	(0.72,1.03)	0.96	(0.86,1.07)

¹ Body Mass Index (BMI) = Körpergewicht (kg)/ Körpergrösse (m²): Normalgewicht = BMI 18.5-24.9; Tiefes Körpergewicht = BMI < 18.5; Übergewicht = BMI 25-29.9; Adipositas = BMI ≥ 30

² Adjustiert für Alter und Geschlecht

³ Ungewichtet (Frauen n=9723; Männer n=8643)

⁴ OR: Odds ratio; CI: Konfidenzintervall; gewichtet

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS.

Tab. 3: Unzufriedenheit mit dem Körpergewicht und Wunsch nach Gewichtsveränderung: Resultate (in %¹) nach soziodemographischen Parametern

Tel. Befragung n ² =21597		Alter				Bildungsniveau ³			Einkommensklasse ⁴				Region			Gebiet		Nationalität		
		15-34	35-49	50-64	≥65	Tief	Mittel	Hoch	1	2	3	4	D	F	I	städtisch	ländlich	CH	Ausländer	
Unzufriedenheit mit dem Körpergewicht	Total	24.0	20.0	26.5	27.9	21.9	23.7	24.7	22.8	26.2	24.2	24.4	22.5	22.8	27.2	25.0	24.2	23.4	22.9	27.8
	Männer	20.0	14.9	22.2	24.7	19.4	16.8	19.7	21.8	19.9	20.3	22.0	20.0	19.1	22.9	19.8	20.6	18.4	19.2	22.7
	Frauen	27.7	25.4	30.8	31.0	23.8	28.7	28.7	24.3	31.7	27.6	27.0	26.1	26.4	31.1	29.5	27.5	28.4	26.3	33.7
Wunsch nach Gewichtsveränderung	Total	49.9	46.0	55.6	55.0	42.4	45.0	50.4	52.0	50.6	49.8	51.4	51.9	49.3	51.2	53.3	50.2	49.0	49.0	53.4
	Männer	48.7	41.9	54.5	54.3	43.8	40.7	47.5	53.6	47.6	48.9	51.1	51.4	48.3	49.2	52.6	49.3	47.1	47.9	51.3
	Frauen	51.1	50.3	56.6	55.6	41.4	48.3	52.6	49.5	53.2	50.7	51.8	52.6	50.3	53.0	53.8	51.2	51.0	50.0	55.9

¹ Gewichtet

² Ungewichtet (Frauen n=11314; Männer n=10283)

³ tief= obligatorische Schule; mittel= Sekundarstufe II; hoch=Tertiärstufe; für total 109 Personen fehlen Angaben zum Bildungsniveau

⁴ 1= weniger als 2521 Franken; 2= 2521 bis 3599 Franken; 3= 3600 bis 5199 Franken; 4= 5200 Franken und mehr; für total 3300 Personen fehlen Angaben zur Einkommensklasse

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS.

Tab. 4: Prozentanteil¹ und 95%-Konfidenzintervall (95% CI) von Unzufriedenheit mit dem Körpergewicht nach BMI-Kategorien² im Längsvergleich; schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) von 1997, 2002, 2007, 2012

SGB		1997		2002		2007		2012	
Tel. Befragung n ³		13004		19706		18760		21597	
Männer		5760		8909		8424		10283	
Frauen		7244		10797		10336		11314	
		<i>Häufigkeit</i>	<i>95% CI</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>95% CI</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>95% CI</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>95% CI</i>
<i>Unzufriedenheit mit dem Körpergewicht:</i>		<i>in %</i>		<i>in %</i>		<i>in %</i>		<i>in %</i>	
Total	Total	31.7	30.8-32.6	34.9	34.0-35.7	32.9	32.0-33.8	24.0	23.2-24.7
	Männer	26.5	25.2-27.8	29.6	28.3-30.8	28.6	27.3-29.9	20.0	19.0-21.0
	Frauen	36.5	35.2-37.8	39.6	38.4-40.8	37.0	35.8-38.2	27.7	26.7-28.8
Untergewicht	Total	19.4	15.4-23.2	14.6	12.6-16.7	19.4	15.5-23.3	12.8	10.0-15.6
	Männer	(28.0) ⁴	15.8-40.2	27.1	21.0-33.2	(33.2)	20.0-46.3	(14.3)	7.4-21.1
	Frauen	17.6	13.7-21.6	12.1	10.0-14.2	16.8	13.0-20.6	12.6	9.5-15.7
Normales Körpergewicht	Total	19.8	18.8-20.8	22.4	21.3-23.5	18.9	18.0-19.9	11.1	10.4-11.8
	Männer	13.0	11.7-14.3	12.4	11.1-13.8	11.3	10.0-12.5	5.5	5.0-6.3
	Frauen	25.2	23.8-26.7	31.2	29.6-32.8	24.8	23.4-26.2	15.3	14.2-16.4
Übergewicht	Total	50.1	48.2-52.0	53.9	52.2-55.6	51.7	50.0-53.4	36.2	34.6-37.7
	Männer	41.1	38.7-43.6	44.4	42.2-46.7	43.8	41.5-46.0	27.7	25.9-29.4
	Frauen	64.3	61.5-67.2	68.7	66.4-71.1	65.6	63.1-68.2	50.4	47.8-53.0
Adipositas	Total	69.8	66.3-73.3	76.1	73.2-78.9	73.5	70.6-76.4	61.5	58.9-64.2
	Männer	63.1	57.6-68.7	70.6	66.1-75.1	67.7	63.3-72.1	56.9	53.1-60.6
	Frauen	75.6	71.3-79.9	81.2	77.7-84.6	79.5	75.9-83.1	67.1	63.3-70.8

¹ Gewichtet

² Body Mass Index (BMI) = Körpergewicht (kg)/ Körpergrösse (m²): Normalgewicht = BMI 18.5-24.9; Tiefes Körpergewicht = BMI < 18.5; Übergewicht = BMI 25-29.9 ; Adipositas = BMI ≥ 30

³ Ungewichtet

⁴ n liegt zwischen 10 und 29

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1997, 2002, 2007 und 2012, BFS.

Tab. 5: Prozentanteil¹ von Wunsch nach Gewichtsveränderung nach BMI-Kategorien²

Tel. Befragung n ³ = 21597		Untergewicht				Normalgewicht				Übergewicht				Adipositas			
		1997		2012		1997		2012		1997		2012		1997		2012	
		%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI
Wunsch nach Gewichtsveränderung	Total	33.8	29.3-38.5	30.3	26.5-34.4	38.3	37.1-39.5	35.3	34.2-36.4	69.7	67.9-71.4	67.8	66.2-69.3	84.6	81.6-87.1	84.6	82.5-86.5
Gewichtsabnahme gewünscht		17.2	12.1-23.8	13.1	8.6-19.3	85.6	84.1-87.0	83.3	81.7-84.9	98.3	97.6-98.8	99.1	98.7-99.4	98.6	97.5-99.2	99.0	98.2-99.5
Gewichtszunahme gewünscht		82.8	76.2-87.9	86.9	80.7-91.4	14.4	13.0-15.9	16.7	15.1-18.3	1.7	1.2-2.4	0.9	0.5-1.3	(1.4)	0.8-2.5	1.0	0.5-1.8
Wunsch nach Gewichtsveränderung	Männer	49.9	37.4-62.4	45.9	34.3-58.0	29.3	27.6-31.1	28.2	26.6-29.9	63.4	61.0-65.7	63.9	61.9-65.8	82.7	77.8-86.6	85.3	82.5-87.8
Gewichtsabnahme gewünscht		k.A ⁴		k.A ⁴		68.2	64.8-71.5	61.7	58.2-65.2	97.4	96.2-98.3	98.8	98.0-99.2	98.1	96.0-99.1	98.7	97.3-99.4
Gewichtszunahme gewünscht		95.0	81.7-98.8	95.6	87.8-98.5	31.8	28.5-35.2	38.3	34.8-41.8	2.6	1.7-3.8	(1.2) ⁵	0.8-2.0	k.A ⁴		k.A ⁴	
Wunsch nach Gewichtsveränderung	Frauen	30.5	25.9-35.5	27.6	23.6-32.0	45.5	43.9-47.2	40.6	39.1-42.1	79.7	77.2-82.0	74.3	71.7-76.7	86.2	82.4-89.3	83.7	80.4-86.6
Gewichtsabnahme gewünscht		21.3	14.9-29.4	15.5	10.0-23.3	94.5	93.3-95.5	94.7	93.4-95.7	99.4	98.7-99.7	99.7	99.1-99.9	99.0	97.4-99.6	99.5	98.2-99.8
Gewichtszunahme gewünscht		78.7	70.6-85.1	84.5	76.7-90.0	5.5	4.5-6.7	5.3	4.3-6.6	k.A ⁴		k.A ⁴		k.A ⁴		k.A ⁴	

¹ Gewichtet

² Body Mass Index (BMI) = Körpergewicht (kg)/ Körpergrösse (m²): Normalgewicht = BMI 18.5-24.9; Tiefes Körpergewicht = BMI < 18.5; Übergewicht = BMI 25-29.9 ; Adipositas = BMI ≥ 30

³ Ungewichtet (Frauen n=11314; Männer n=10283)

⁴ n < 10

⁵ n liegt zwischen 10 und 29

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1997 und 2012, BFS.

Tab. 6: Prozentanteil¹ von Wunsch nach Gewichtsveränderung nach BMI-Kategorien²

Tel. Befragung n ³ = 21597		Untergewicht				Normalgewicht				Übergewicht				Adipositas			
		1997		2012		1997		2012		1997		2012		1997		2012	
		%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI
Wunsch nach Gewichtsveränderung	Total	33.8	29.3-38.5	30.3	26.5-34.4	38.3	37.1-39.5	35.3	34.2-36.4	69.7	67.9-71.4	67.8	66.2-69.3	84.6	81.6-87.1	84.6	82.5-86.5
Gewichtsabnahme gewünscht		17.2	12.1-23.8	13.1	8.6-19.3	85.6	84.1-87.0	83.3	81.7-84.9	98.3	97.6-98.8	99.1	98.7-99.4	98.6	97.5-99.2	99.0	98.2-99.5
Gewichtszunahme gewünscht		82.8	76.2-87.9	86.9	80.7-91.4	14.4	13.0-15.9	16.7	15.1-18.3	1.7	1.2-2.4	0.9	0.5-1.3	(1.4)	0.8-2.5	1.0	0.5-1.8
Wunsch nach Gewichtsveränderung	Männer	49.9	37.4-62.4	45.9	34.3-58.0	29.3	27.6-31.1	28.2	26.6-29.9	63.4	61.0-65.7	63.9	61.9-65.8	82.7	77.8-86.6	85.3	82.5-87.8
Gewichtsabnahme gewünscht		k.A ⁴		k.A ⁴		68.2	64.8-71.5	61.7	58.2-65.2	97.4	96.2-98.3	98.8	98.0-99.2	98.1	96.0-99.1	98.7	97.3-99.4
Gewichtszunahme gewünscht		95.0	81.7-98.8	95.6	87.8-98.5	31.8	28.5-35.2	38.3	34.8-41.8	2.6	1.7-3.8	(1.2) ⁵	0.8-2.0	k.A ⁴		k.A ⁴	
Wunsch nach Gewichtsveränderung	Frauen	30.5	25.9-35.5	27.6	23.6-32.0	45.5	43.9-47.2	40.6	39.1-42.1	79.7	77.2-82.0	74.3	71.7-76.7	86.2	82.4-89.3	83.7	80.4-86.6
Gewichtsabnahme gewünscht		21.3	14.9-29.4	15.5	10.0-23.3	94.5	93.3-95.5	94.7	93.4-95.7	99.4	98.7-99.7	99.7	99.1-99.9	99.0	97.4-99.6	99.5	98.2-99.8
Gewichtszunahme gewünscht		78.7	70.6-85.1	84.5	76.7-90.0	5.5	4.5-6.7	5.3	4.3-6.6	k.A ⁴		k.A ⁴		k.A ⁴		k.A ⁴	

¹ Gewichtet

² Body Mass Index (BMI) = Körpergewicht (kg)/ Körpergrösse (m²): Normalgewicht = BMI 18.5-24.9; Tiefes Körpergewicht = BMI < 18.5; Übergewicht = BMI 25-29.9 ; Adipositas = BMI ≥ 30

³ Ungewichtet (Frauen n=11314; Männer n=10283)

⁴ n < 10

⁵ n liegt zwischen 10 und 29

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1997 und 2012, BFS.

Tab. 7: Durchführung und Gründe einer Diät: Resultate (in %¹) für 2007 und 2012

Tel. Befragung ²		2007		2012	
<i>n</i>		18760		21597	
In den letzten 12 Monaten eine spezielle Diät eingehalten	Total	8.9	8.4-9.4	8.9	8.4-9.4
	Männer	6.6	6.0-7.3	7.1	6.5-7.8
	Frauen	11.0	10.3-11.8	10.6	9.9-11.3
<i>Gründe für Diät (n=1942):</i>					
Um Gewicht zu verlieren, ohne medizinische Gründe	Total	49.3	46.3-52.4	50.3	47.4-53.1
	Männer	39.9	34.9-45.2	44.4	39.8-49
	Frauen	54.7	51.0-58.3	54.1	50.5-57.5
Aus medizinischen Gründen	Total	34.5	31.7-37.4	30.9	28.4-33.5
	Männer	42.4	37.2-47.6	31.6	27.5-36.1
	Frauen	30.0	26.8-33.3	30.4	27.3-33.6
Aus anderen Gründen (weder medizinisch, noch um Gewicht zu verlieren)	Total	16.2	14.1-18.6	18.9	16.6-21.3
	Männer	17.7	14.1-22.1	24.0	20.1-28.4
	Frauen	15.3	12.8-18.2	15.6	13.0-18.5

¹ Gewichtet

² Ungewichtet

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragungen 2007 und 2012, BFS.

Tab. 8: Diät wurde eingehalten, um Gewicht zu verlieren, ohne medizinische Gründe nach BMI-Kategorien¹ (in %²)

Tel. Befragung n³=21597

*Body Mass Index*¹

Untergewicht	Total	k.A ⁴
	Männer	k.A
	Frauen	k.A
Normales Körpergewicht	Total	39.2
	Männer	26.6
	Frauen	45.9
Übergewicht	Total	41.4
	Männer	52.0
	Frauen	35.8
Adipositas	Total	18.8
	Männer	21.4
	Frauen	17.4

¹ Body Mass Index (BMI) = Körpergewicht (kg)/ Körpergrösse (m²):
 Normalgewicht = BMI 18.5-24.9; Tiefes Körpergewicht = BMI < 18.5;
 Übergewicht = BMI 25-29.9 ; Adipositas = BMI ≥ 30

² Gewichtet

³ Ungewichtet (Frauen n=11314; Männer n=10283)

⁴ n<10

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS.

Tab. 9: Prozentanteil¹ von Diät und Wunsch nach Gewichtsveränderung sowie Ernährungsbewusstsein

Tel. Befragung n ² = 21597		Diät ja	Diät nein
		%	%
Wunsch nach Gewichtsveränderung	Total	70.0	47.9
	Männer	66.1	47.4
	Frauen	72.4	48.5
Ernährungsbewusstsein vorhanden	Total	89.7	65.8
	Männer	89.2	58.4
	Frauen	90.1	73.1

¹ Gewichtet

² Ungewichtet (Frauen n=11314; Männer n=10283)

Datenquelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS.