

Neue Studie zu Adipositas-Kriterien zeigt: Große Mehrheit der Betroffenen wird als klinisch adipös eingestuft

Eine internationale Forschungsgruppe hat untersucht, wie viele Menschen von präklinischer und klinischer Adipositas betroffen sind und welche Gesundheitsrisiken damit verbunden sind. Das Team unter der Leitung von Prof. Matthias Schulze vom Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE) fand heraus, dass nahezu alle Menschen mit Adipositas, also einem Body Mass Index (BMI) von mindestens 30 kg/m², weitere messbare Anzeichen erhöhter Körperfettmasse aufweisen und rund 80 Prozent der Betroffenen bereits gesundheitliche Folgeprobleme haben. Die Ergebnisse wurden im Fachjournal Nature Communications veröffentlicht.

Neue Definition von Adipositas

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stuft Adipositas (Fettleibigkeit) seit langem als Krankheit ein. Trotzdem ist umstritten, ob Adipositas wirklich eine eigenständige Krankheit ist oder eher ein Risikofaktor für andere Erkrankungen.

Im Frühjahr 2025 hat eine internationale Kommission von Lancet Diabetes & Endocrinology vorgeschlagen, Adipositas in zwei Kategorien einzuteilen:

präklinische und klinische Adipositas. Nach diesem Konzept sollte Adipositas neben dem BMI von mindestens einem weiteren anthropometrischen Kriterium, wie z. B. einem erhöhten Taillenumfang oder Körperfettgehalt, bestätigt werden. Personen mit diagnostizierter Adipositas, die darüber hinaus Adipositas-assoziierte Auffälligkeiten wie Bluthochdruck oder Störungen des Zucker- und Fettstoffwechsels haben, sollten demnach als klinisch adipös eingestuft werden – adipöse Personen ohne diese Auffälligkeiten als präklinisch. Die Kommission schlägt vor, klinische Adipositas als eine eigenständige Erkrankung mit entsprechenden Behandlungsindikationen zu klassifizieren.

Auswertung großer Bevölkerungs- und Interventionsstudien

Vor diesem Hintergrund haben Wissenschaftler*innen des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) vom DIfE und vom Universitätsklinikum Tübingen untersucht, wie häufig präklinische und klinische Adipositas in der Bevölkerung auftreten, ob die Betroffenen ein erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben und ob eine Lebensstilintervention die Prävalenz von klinischer Adipositas senken kann. Dafür werteten die Forschenden die Daten aus drei großen Studien aus: NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey; repräsentativ für die US-Bevölkerung), EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition)-Potsdam und TULIP (Tübinger Lebensstilinterventionsprogramm).

Unterschiede im Risiko: Präklinische versus klinische Adipositas

Dabei zeigte sich, dass 100 Prozent der Personen mit einem BMI gleich oder größer 30 kg/m² durch mindestens ein weiteres anthropometrisches Kriterium als adipös eingestuft werden konnten. Darüber hinaus erfüllten davon rund 80 Prozent die Kriterien einer klinischen Adipositas.

Personen mit klinischer Adipositas hatten ein rund 3-fach erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ein etwa 8-fach erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes im Vergleich zu Personen, die keine Adipositas haben und die klinischen Kriterien nicht erfüllen. Im Gegensatz dazu hatten Personen mit präklinischer Adipositas kein erhöhtes Herz-Kreislauf-Erkrankungsrisiko, aber trotzdem ein erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes.

Eine neunmonatige Lebensstilintervention in der TULIP-Studie senkte die Häufigkeit klinischer Adipositas von 71 auf 57 Prozent und verringerte die Häufigkeit von Prädiabetes von 52 auf 29 Prozent. Die Wissenschaftler*innen stellten fest, dass sich vor allem der Blutdruck, die Triglyzeridwerte und die Blutzuckerregulation durch die Intervention verbesserten. „Das ist eine wichtige Voraussetzung für mögliche Präventionsstrategien in diesem Zusammenhang“, erklärt Prof. Norbert Stefan vom Universitätsklinikum Tübingen. Wie gut Menschen auf ein Lebensstilprogramm ansprechen, scheint dabei u. a. vom Alter und Leberfettgehalt abzuhängen.

Zusätzliche diagnostische Schritte sind zum Teil nicht notwendig

„Unsere Ergebnisse liefern eine solide Datengrundlage, um diese neu vorgeschlagene Definition bewerten zu können“, sagt Erstautorin Dr. Catarina Schiborn vom DIfE. „Wir konnten zeigen, dass eine zusätzliche Bestätigung der Adipositas durch weitere anthropometrische Maße wie Taillenumfang oder Körperfettgehalt, wie von der Kommission als erster Diagnoseschritt vorgeschlagen, in der Praxis nicht notwendig zu sein scheint, da sie von nahezu allen Teilnehmenden mit BMI-basiertem Adipositasstatus erfüllt wurden. Hier ist ein Nachschärfen dieser zusätzlichen Kriterien notwendig.“

Außerdem würden nur weniger als 20 Prozent der Menschen mit bestätigter Adipositas als präklinisch gelten. Die meisten Personen mit Adipositas haben bereits messbare gesundheitliche Einschränkungen und werden deshalb in die Kategorie der klinischen Adipositas eingeordnet. „Wir haben darüber hinaus gesehen, dass viele klinische Kriterien stark überlappen“, ergänzt Prof. Matthias Schulze, Leiter der Abteilung Molekulare Epidemiologie am DIfE. „Das wirft die Frage auf, ob eine so umfangreiche Diagnostik zur Einteilung in präklinische und klinische Adipositas tatsächlich notwendig ist.“

In weiteren Untersuchungen wollen die Forschenden die neuen Kriterien mit bereits etablierten Konzepten wie „metabolisch gesunder“ versus „metabolisch ungesunder“ Adipositas vergleichen.

Originalpublikation

Schiborn, C., Hu, F., Stefan, N., Schulze, M.: Preclinical and clinical obesity: prevalence, associations to cardiometabolic risk and response to lifestyle intervention in NHANES and the EPIC-Potsdam and TULIP studies. Nature Commun. 17, 1935 (2026). [Open Access] <https://doi.org/10.1038/s41467-026-69738-w>

Weiterführende Publikationen

Schulze, M. B., Stefan, N.: Metabolically healthy obesity: from epidemiology and mechanisms to clinical implications. Nat. Rev. Endocrinol. 20, 633–646 (2024). [Open Access] <https://doi.org/10.1038/s41574-024-01008-5>

Stefan, N., Schulze, M. B.: Metabolic health and cardiometabolic risk clusters: implications for prediction, prevention, and treatment. Lancet Diabetes Endocrinol. 11(6), 426–440 (2023). [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(23\)00086-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(23)00086-4)

Zembic, A., Eckel, N., Stefan, N., Baudry, J., Schulze, M. B.: An Empirically Derived Definition of

Metabolically Healthy Obesity Based on Risk of Cardiovascular and Total Mortality. JAMA Netw. Open 4(5), e218505 (2021). [Open Access]
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.8505>

Hintergrundinformationen

Adipositas wurde erstmals 1948 von der WHO als Krankheit anerkannt und in jüngerer Zeit auch von mehreren medizinischen Gesellschaften und Ländern.

Die aktuelle Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) der WHO stuft Adipositas als „chronische komplexe Krankheit“ ein und weist ihr einen spezifischen Code (5B81) zu. Trotzdem ist umstritten, ob Adipositas wirklich eine eigenständige Krankheit ist oder eher ein Risikofaktor für andere Krankheiten.

Befürworter sagen:

Wenn Adipositas offiziell als Krankheit anerkannt wird, hätten Betroffene besseren Zugang zu medizinischer Hilfe. Außerdem könnte dies helfen, Vorurteile und Stigmatisierung abzubauen.

Kritiker warnen:

Wenn Adipositas pauschal als Krankheit gilt, könnte die Eigenverantwortung vernachlässigt werden. Außerdem sind nicht alle Menschen mit Übergewicht krank. Der gängige Messwert (BMI) sagt wenig über den tatsächlichen Gesundheitszustand aus. Eine solche Einordnung könnte zu Überdiagnosen führen – mit unnötigen Medikamenten, Operationen und hohen Kosten.

Das Kernproblem ist:

Es ist bisher nicht klar definiert, welche konkrete Krankheit Adipositas selbst verursacht. Meist wird sie nur als Auslöser für andere Krankheiten (z. B. Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) betrachtet, nicht als Krankheit mit eigenen Symptomen. Dadurch fehlt ihr eine klare medizinische Identität.

Zudem kann Übergewicht sehr unterschiedliche Ursachen und Bedeutungen haben und manchmal sogar ein Symptom anderer Krankheiten sein. Deshalb ist die aktuelle Definition von Adipositas für medizinische Entscheidungen oft ungenau.

Gleichzeitig führt diese Unklarheit dazu, dass viele Betroffene keine Behandlung bekommen, weil sie „noch keine Folgekrankheit“ haben – obwohl ihr Körper bereits durch das Übergewicht beeinträchtigt ist.

Die von der Lancet-Expertenkommission vorgeschlagenen neuen Diagnosekriterien sollen Adipositas besser im medizinischen Alltag erfassen – nicht nur über das Körpergewicht, sondern über konkrete gesundheitliche Einschränkungen in Bereichen wie Atmung, Stoffwechsel, Herz-Kreislauf-System, Organsystemen (z. B. Leber, Niere) oder Bewegungsapparat. Hat Übergewicht bereits messbare Schäden an Organen und Geweben verursacht, nennt die Kommission diese Form „klinische Adipositas“. Ohne solche Einschränkungen ist Adipositas „präklinisch“.

Ein solches neues Verständnis könnte:

- gerechtere medizinische Versorgung ermöglichen
- bessere politische Entscheidungen unterstützen
- und den gesellschaftlichen Umgang mit Adipositas verbessern.

Weitere Informationen: Rubino, F. et al.: Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Lancet Diabetes Endocrinol. 13(3), 221-262 (2025). [Open Access]
[https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(24\)00316-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00316-4)