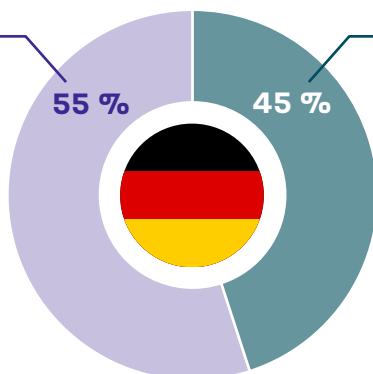


Die erhöhte Body-Mass-Index (BMI) Prävalenz kostet Deutschland schätzungsweise 55,2 Milliarden Euro jährlich (662 Euro pro Kopf).

30,3 Milliarden

Euro direkte Kosten
(55 %)

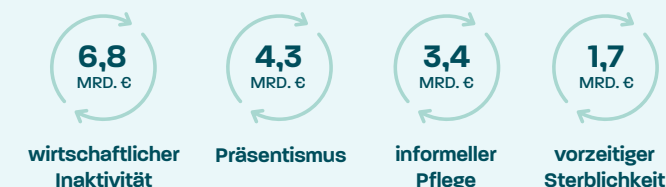
Die direkten Kosten werden vor allem durch **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** (8,7 Mrd. €), **chronische Nierenerkrankungen** (8,3 Mrd. €), **Muskel-Skelett-Erkrankungen** (6,1 Mrd. €) und **Typ-2-Diabetes** (3,8 Mrd. €) verursacht, neben weiteren Faktoren.



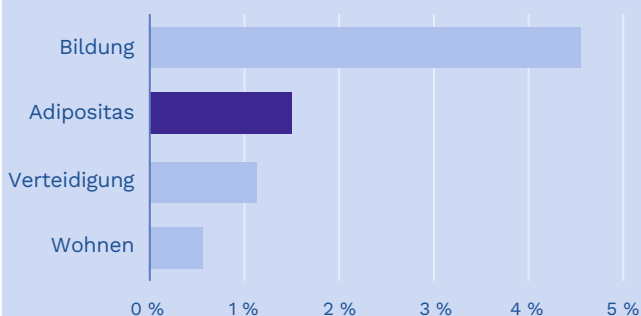
24,9 Milliarden

Euro indirekte Kosten (45 %)

Auf der Seite der indirekten Kosten sind **Fehlzeiten** mit 8,7 Milliarden Euro die größte Komponente, gefolgt von:



Gesamtausgaben in % des BIP



Quelle: OHE/EFPIA (2026), Die Belastung durch Übergewicht und Adipositas in Europa. Von der EFPIA in Auftrag gegebene und finanzierte Auftragsforschung.

Insgesamt belaufen sich die durch erhöhten BMI verursachten Ausgaben auf rund **1,3 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP)** und übersteigen damit 2024 sowohl die Ausgaben für Wohnen als auch den Verteidigungshaushalt.

Deutschlands indirekte Belastung zeigt sich am stärksten in den Fehlzeitenkosten, was widerspiegelt, dass Beschäftigte in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eine hohe Zahl an Fehltagen aufweisen, möglicherweise aufgrund der großzügigeren Lohnfortzahlungsregelungen in Deutschland (The Economist, 2025). Deutschland weist zudem eine vergleichsweise hohe Erwerbsinaktivität auf, die einen weiteren wesentlichen Treiber der hohen indirekten Kosten darstellt.

Politischer Kontext

Deutschland hat Mitte 2024 ein Disease-Management-Programm (DMP) für Erwachsene mit Adipositas eingeführt. Damit wird Adipositas erstmals formal in das strukturierte Versorgungsmanagement für chronische Erkrankungen des Landes integriert (World Obesity Federation, 2024). Dieses DMP-Rahmenwerk ist möglich, weil Deutschland Adipositas als Krankheit anerkennt und deren Behandlung dementsprechend im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) unter § 137f als strukturiertes Behandlungsprogramm für chronische Erkrankungen rechtlich verankert ist (G-BA, 2022). Zudem gibt es in Deutschland Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung, die für gesetzlich Krankenversicherte vollständig übernommen werden und zwischen dem 18. und 34. Lebensjahr sowie ab dem 35. Lebensjahr alle drei Jahre in Anspruch genommen werden können (Venaziel, 2025). Das Programm dient der Erfassung individueller Risikofaktoren und der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes. Hier besteht die Chance, die Identifikation von Adipositas als Risikofaktor mit optimalen Versorgungsangeboten im Rahmen dieses Programms zu verknüpfen.

Allerdings bestehen weiterhin Hürden bei der Umsetzung des DMP. Dazu zählen die Notwendigkeit regionaler Verhandlungen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen sowie die fehlende Rechtssicherheit hinsichtlich der konkreten Vertragsumsetzung. Darüber hinaus stuft § 34 Abs. 1 SGB V Arzneimittel zur Gewichtsreduktion (Obesity Management Medicines, OMMs) weiterhin als „Lifestyle-Arzneimittel“ ein, wodurch deren Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung ausgeschlossen bleibt (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1988; Lautenbach et al., 2026). Zwar ist die bariatrische Chirurgie erstattungsfähig, doch nur ein geringer Anteil der Patientinnen und Patienten mit morbidem Adipositas in Deutschland erhält tatsächlich Zugang dazu. Dies liegt vor allem an der restriktiven Haltung der Krankenkassen bei der Kostenübernahme sowie an uneinheitlichen Bewilligungsentscheidungen zwischen den Kassen (Auf der Maur et al., 2022). Damit diese Initiativen zu einer wirksamen Versorgung entlang des gesamten Spektrums (von der Prävention bis zur Behandlung) führen können, ist eine breitere Kostenübernahme entsprechender Interventionen erforderlich.