Thuy Ha Nguyen MA
Jörg Marschall MA MSc
Thorsten Tisch MSc

Adipositas in Deutschland: Administrative Prävalenz, Komorbiditäten, Mortalität und Behandlungskosten

Zusammenfassung

Einleitung: In den letzten zwanzig Jahren ist die Adipositasprävalenz in Deutschland kontinuierlich gestiegen. Gleichzeitig stellen Adipositas sowie ihre Folgeerkrankungen auch eine Herausforderung für die Gesundheitssysteme und Volkswirtschaften dar, da sowohl die direkten als auch die indirekten Kosten durch die steigende Krankheitslast deutlich zunehmen. Ziel der Studie war es, die administrative Adipositasprävalenz, die Häufigkeit adipositasassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen sowie die attributablen Behandlungskosten der Adipositas in Deutschland für das Jahr 2024 zu ermitteln.

Methoden: Die Studie basiert auf Abrechnungsdaten der InGef-Forschungsdatenbank mit ca. 10 Millionen GKV-Versicherten aus dem Jahr 2024. Ausgewertet wurde die administrative Prävalenz der Adipositas sowie die Häufigkeit adipositasassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen und die 5-Jahres-Sterbelichkeit von Versicherten mit und ohne Adipositas. Als Adipositasfälle wurden Versicherte mit mindestens einer gesicherten ICD-10-GM-Diagnose E66.- im Untersuchungsjahr gewertet. Die Behandlungskosten wurden auf Basis der RSA-Zuweisungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) ermittelt. Alle Ergebnisse wurden auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2024 hochgerechnet.

Ergebnisse: Im Jahr 2024 hatten schätzungsweise 9,3 Millionen Personen in Deutschland eine diagnostizierte Adipositas (administrative Prävalenz: 11,8%; Frauen: 12,6%, Männer: 10,9%). Personen mit Adipositas wiesen für nahezu alle untersuchten Erkrankungen deutlich erhöhte Prävalenzen auf – besonders ausgeprägt bei Diabetes mellitus (PR = 3,33), pulmonalen Herzerkrankungen (PR = 2,58), Herzinsuffizienz (PR = 2,56) und Niereninsuffizienz (PR = 2,49). Das relative 5-Jahres-Sterberisiko war insbesondere in jüngeren Altersgruppen erhöht (z. B. Mädchen/Frauen 5–19 Jahre: RR = 2,55; Männer 30–39 Jahre: RR = 2,29). Die Gesamtbehandlungskosten der adipositasassoziierten Erkrankungen beliefen sich auf 14,17 Mrd. Euro, wovon 8,80 Mrd. Euro (62,1%) auf Adipositas zurückzuführen waren. Den größten Anteil verursachten metabolische Erkrankungen (4,71 Mrd. Euro; attributable Fraktion: 82,2%).

Diskussion: Adipositas ist in Deutschland mit einer erheblichen Krankheitslast und substanziellen Behandlungskosten verbunden. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit wirksamer Präventionsmaßnahmen sowie einer evidenzbasierten, leitliniengerechten Versorgung. Frühzeitige verhaltens- und verhältnispräventive Interventionen könnten das Auftreten von Folgeerkrankungen reduzieren und langfristig zur Entlastung des Gesundheitssystems beitragen.

Schlüsselwörter

Adipositas, administrative Prävalenz, Behandlungskosten, Komorbidität, Mortalität, GKV, Deutschland

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2877

Adipositas und ihre Folgeerkrankungen zählen weltweit zu den bedeutendsten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit. Mit der steigenden Verbreitung von Adipositas nehmen auch kardiometabolische Erkrankungen (z. B. Typ-2-Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz), bestimmte Tumorerkrankungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen zu. Bei Erwachsenen in Deutschland zählt ein höherer Body-Mass-Index (BMI) zu den größten Risikofaktoren im Hinblick auf die Krankheitslast sowie verlorenen gesunden Lebensjahren durch Krankheit (Starker et al., 2025). Die Einteilung der Adipositas erfolgt anhand des BMI, der aus dem Körpergewicht und der Körpergröße berechnet wird. Nach der Klassifikation der WHO (2026) gelten Erwachsene mit einem BMI zwischen 25 und 29,9 kg/m² als übergewichtig und mit einem BMI ≥ 30 kg/m² als adipös. Ab einem BMI ≥ 40 kg/m² handelt es sich um eine schwere Adipositas. Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Klassifikation aufgrund der physiologischen Veränderungen während des Wachstums anhand alters- und geschlechtsspezifischer Referenzperzentile (Kromeyer-Hauschild et al., 2001).

>> In den letzten zwanzig Jahren ist ein kontinuierlicher Anstieg der Adipositasprävalenz zu verzeichnen. Knapp 20% der Erwachsenen in Deutschland waren im Jahr 2023 adipös, im Jahr 2003 lag die Prävalenz noch bei 12,2% (Starker et al., 2025). Prävalenzwerte aus bevölkerungsrepräsentativen Untersuchungen zielen darauf ab, die Prävalenz von Adipositas in der Bevölkerung zu erfassen, unabhängig davon, ob die Adipositas bei den Personen diagnostiziert wurde. Hingegen bezieht sich die administrative Prävalenz auf Basis von Abrechnungs- oder Routinedaten auf die diagnostizierten Adipositasfälle. Die administrative Prävalenz schließt nur ärztlich dokumentierte bzw. diagnostizierte Fälle mit einer Adipositasdiagnose (ICD-10 E66.0, E66.2, E66.8, E66.9) ein. Dadurch bildet sie die tatsächlich im Gesundheitssystem sichtbare Morbidität ab und ermöglicht zugleich eine präzisere ökonomische Analyse der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und den daraus resultierenden direkten Kosten.

Viele der bislang verfügbaren Erkenntnisse zur Prävalenz von Adipositas sowie zu den damit verbundenen Krankheitskosten beruhen auf älteren Daten. Angesichts der seitdem beobachteten Veränderungen in der Prävalenz von Adipositas und der medizinischen Versorgung besteht ein erheblicher Bedarf an aktuellen Schätzungen. Nach Angaben des Wissenschaftlichen Instituts der AOK lag die administrative Prävalenz in der deutschen Bevölkerung im Jahr 2024 bei 10,5% (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2026). Damit liegt sie deutlich unter der berichteten Adipositasprävalenz in anderen Untersuchungen mit etwa 20% (Starker et al., 2025). Gleichzeitig entwickelt sich Adipositas zunehmend zu einer ökonomischen Herausforderung für Gesundheitssysteme und Volkswirtschaften. Mit der steigenden Krankheitslast nehmen sowohl die direkten Kosten der medizinischen Versorgung als auch die indirekten Kosten infolge von Arbeitsunfähigkeit, Frühverrentung und verlorenen Lebensjahren zu.

Laut gesundheitsökonomischen Analysen von Effertz et al. (2016) belaufen sich die direkten Kosten für die Behandlung der Adipositas und adipositasassoziierten Begleit- und Folgeerkrankungen in Deutschland auf 29,4 Mrd. Euro pro Jahr. Hinzu kommen

indirekte Kosten von etwa 33,4 Mrd. Euro jährlich, etwa durch den Verlust von Lebensqualität, Produktivitätsverlust durch eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit oder durch vorzeitige Verrentung.

Ziel der hier vorliegenden Studie war es, die administrative Adipositasprävalenz in Deutschland sowie die mit Adipositas einhergehende Krankheitslast und die damit verbundenen Behandlungskosten in Deutschland zu ermitteln. Hierbei soll nicht allein auf die Häufigkeit und Behandlungskosten der Adipositas abgestellt werden, sondern es sollen auch die Behandlungskosten von Folge- und Begleiterkrankungen berücksichtigt werden, die mit Adipositas einhergehen oder für deren Entstehung Adipositas einen Risikofaktor darstellt. Demnach wird im Rahmen der Studie die Prävalenz ausgewählter Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas ermittelt und insbesondere dargestellt, zu welchen Anteilen sie auf Adipositas zurückzuführen ist.

Methodik

Datenquelle

Diese Studie basiert auf anonymisierten Abrechnungsdaten aus der InGef-Forschungsdatenbank (Institut für angewandte Gesundheitsforschung Berlin GmbH). Zum Zeitpunkt der Analyse enthielt die Datenbank personenbezogene, longitudinal verknüpfte Daten von ca. 10 Millionen Versicherten, die im Jahr 2024 in einer von 50 gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in Deutschland versichert und zwischen 5 und 89 Jahre alt waren. Neben soziodemografischen Informationen enthält die Datenbank Informationen über ambulante Leistungen und Diagnosen; Krankenhausdaten einschließlich der Aufnahmezeiten, der Haupt- und Nebendiagnosen und der durchgeführten Operationen und Prozeduren; Daten über die Verschreibung von Medikamenten; Informationen über Hilfsmittel und Heilmittel sowie über die Kosten, die in diesen Bereichen angefallen sind (Alibone et al., 2026). Alle Daten auf Patienten- und Leistungserbringerebene sind entsprechend den deutschen Datenschutzbestimmungen und Bundesgesetzen anonymisiert. Die Zustimmung einer Ethikkommission war daher nicht erforderlich.

Analysemethode

Zur Operationalisierung der Adipositas wurde die administrative Prävalenz auf Basis der Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2024 ermittelt. Als Fälle wurden Versicherte

Administrative Prävalenz adipositasassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen

Erkrankungsgruppe	Personen ohne Adipositas	Personen mit Adipositas	PR*
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	0,7%	0,8%	1,20
Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	2,4%	2,5%	1,04
Bösartige Neubildungen der Genitalorgane	1,3%	1,5%	1,17
Bösartige Neubildungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Paraganglien sowie weiterer endokriner Drüsen	0,1%	0,2%	1,63
Lymphome und Leukämien	0,6%	0,6%	1,12
Diabetes mellitus	6,8%	22,6%	3,33
Störungen des Fettstoffwechsels	5,3%	4,6%	0,87
Verschluss extrakranieller hirnversorgender Gefäße und transitorische ischämische Attacken	0,2%	0,3%	1,42
Schlaganfall und Komplikationen	1,0%	1,5%	1,45
Hypertonie	14,7%	27,5%	1,86
Ischämische Herzkrankheit	4,0%	6,9%	1,73
Pulmonale Herzkrankheit und Erkrankungen des Lungenkreislaufes	0,3%	0,7%	2,58
Herzinsuffizienz	2,9%	7,5%	2,56
Tiefe Venenthrombose	0,2%	0,5%	2,20
Thrombophlebitis, exkl. tiefer Venen	0,5%	0,9%	2,01
Gallensteine mit Cholezystitis und andere Erkrankungen der Gallenblase	0,6%	1,2%	1,99
Nicht näher bezeichneter Rückenschmerz und andere Schmerzzustände/Erkrankungen des Rückens/Nackens	11,3%	17,8%	1,58
Niereninsuffizienz	3,3%	8,2%	2,49
Nephrolithiasis / Uretherstein / Blasenstein	0,9%	1,5%	1,68
Osteoarthrose	7,0%	12,4%	1,77

Tab. 1: Administrative Prävalenz adipositasassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen standardisiert nach Alter und Geschlecht auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2024. Quelle: Ergebnisse der Analyse von Abrechnungsdaten von InGef durch IGES standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2024
Anmerkung: * PR = Prävalenzratio.

berücksichtigt, bei denen im Beobachtungszeitraum mindestens eine gesicherte Diagnose der ICD-10-GM-Kategorie E66.- (Adipositas) dokumentiert war. Hierzu zählten gesicherte Diagnosen aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung oder der ambulanten Krankenhausbehandlung, Behandlungsdiagnosen E66.- aus der ambulanten Krankenhausbehandlung sowie Haupt- oder Nebendiagnosen E66.- aus den Entlassungsmeldungen stationärer Krankenhausaufenthalte. Die administrative Prävalenz der Adipositas wird hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands (Statistisches Bundesamt, 2026) und stratifiziert nach Altersgruppe und Geschlecht für das Jahr 2024 dargestellt.

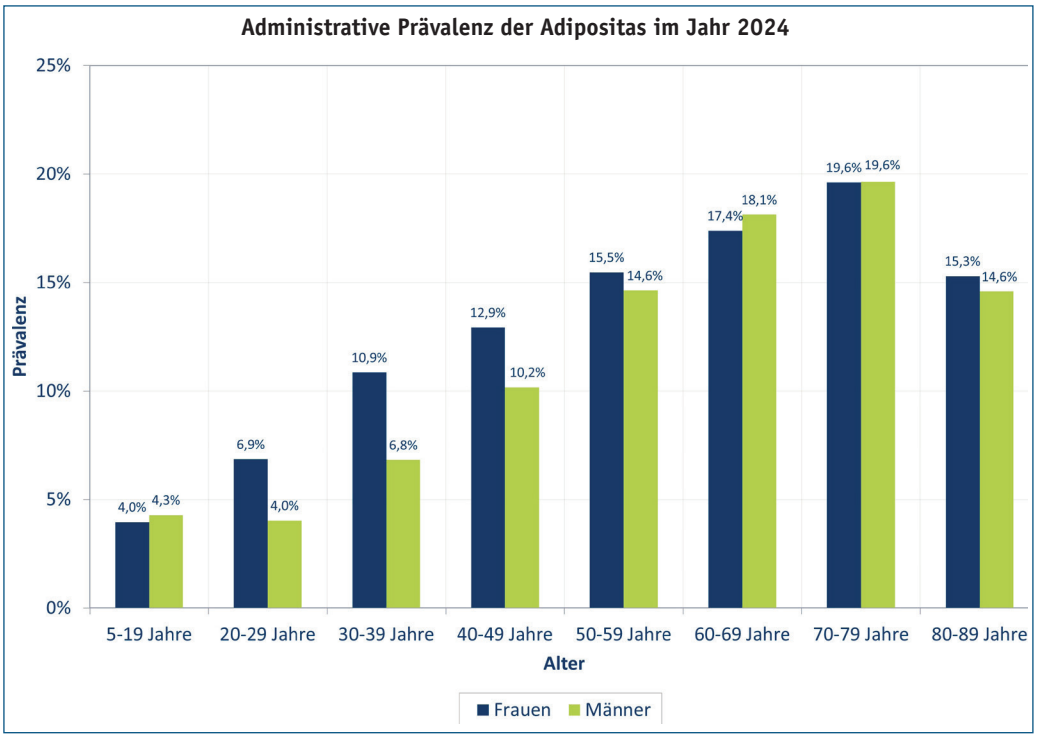


Abb. 1: Administrative Prävalenz der Adipositas im Jahr 2024. Quelle: eigene Darstellung.

Des Weiteren wird die administrative Prävalenz von adipositasassoziierten Erkrankungen jeweils für Personen mit Adipositas und Personen ohne Adipositas nach Altersgruppe und Geschlecht für das Jahr 2024 gezeigt. Das Verhältnis der Erkrankungsprävalenz bei Personen mit Adipositas zu derjenigen bei Personen ohne Adipositas wird als Prävalenzratio (PR) dargestellt. Die PR gibt an, um welchen Faktor die Prävalenz einer Folge- oder Begleiterkrankung bei Personen mit Adipositas im Vergleich zu Personen ohne Adipositas erhöht (PR > 1) oder vermindert (PR < 1) ist. Bei den adipositasassoziierten Erkrankungen wurden insgesamt 20 ausgewählte Krankheiten berücksichtigt, die das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) als übergeordnete Klassifikationsebene zur Einbeziehung und zum Ausschluss ICD-kodierter Diagnosen aus dem RSA-Klassifikationsmodell verwendet (Anlage 1 zur Festlegung nach § 8 Abs. 4 RSAV; Bundesamt für Soziale Sicherung, 2025). Hierzu zählten Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Hypertonie, ischämische Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, pulmonale Herzerkrankungen und Erkrankungen des Lungenkreislaufs, Schlaganfall und Komplikationen, Verschluss extrakranieller hirnversorgender Gefäße und transitorische ischämische Attacken, tiefe Venenthrombose sowie Thrombophlebitis), Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege (Niereninsuffizienz, Nephrolithiasis), Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (Osteoarthrose, Rückenschmerzen und sonstige Erkrankungen des Rückens bzw. Nackens), gastrointestinale Erkrankungen (Gallensteine mit Cholezystitis und andere Erkrankungen der Gallenblase) sowie ausgewählte maligne Neubildungen (bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane, der Brustdrüse, der Genitalorgane, der Schilddrüse, Nebenschilddrüse und weiterer endokriner Drüsen sowie Lymphome und Leukämien). Die Auswahl der Erkrankungen erfolgte auf Grundlage der Global Burden of Disease (GBD) Study und umfasste diejenigen Erkrankungen, für die ein hoher Body-Mass-Index als relevanter Risikofaktor beschrieben ist und die den größten Anteil der adipositasassoziierten Krankheitslast verursachen (Zhou et al., 2024).

Zur Abbildung der Mortalität wurden alters- und geschlechtsspezifische 5-Jahres-Sterbewahrscheinlichkeiten für Personen mit und ohne Adipositas ermittelt. Als Maß für den Zusammenhang zwischen Adipositas und Mortalität wurde das relative 5-Jahres-Sterberisiko (Relatives Risiko) bestimmt. Das relative Risiko (RR) gibt an, um welchen Faktor das Risiko, innerhalb von fünf Jahren zu versterben, bei Personen mit Adipositas im Vergleich zu Personen ohne Adipositas erhöht (RR > 1) oder vermindert (RR < 1) ist. Die Ergebnisse werden differenziert nach Altersgruppe und Geschlecht dargestellt.

Zur Ermittlung der adipositasassoziierten Behandlungskosten wurden die krankheitsbezogenen Zuweisungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) als Näherungswerte für die Versorgungskosten herangezogen. Die RSA-Zuweisungen basieren auf Regressionsmodellen des BAS und spiegeln die durchschnittlichen prospektiven Gesundheitsausgaben wider, die mit bestimmten Morbiditätsgruppen verbunden sind (BAS, 2025). Für die Bestimmung der Behandlungskosten wurden die in den Routinedaten dokumentierten Diagnosen der berücksichtigten, mit adipositasassoziierten Krankheiten (siehe oben) den im Morbi-RSA verwendeten Diagnosegruppen (DxG) und hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) zugeordnet. Die DxG wurden hierbei entsprechend der Bestimmungen des RSA-Verfahrens validiert. Anschließend wurde für Versicherte mit und ohne Adipositas sowie differenziert nach Alter und Geschlecht analysiert, mit welcher Häufigkeit HMGs der mit adipositasassoziierten Folge- und Begleiterkrankungen auftraten und welche HMG-bezogenen RSA-Zahlun-

gen dadurch ausgelöst wurden. Durch die Verknüpfung der HMG-Häufigkeiten mit den jeweiligen durchschnittlichen RSA-Zahlungen konnten die auf Adipositas zurückzuführenden Behandlungskosten für das Jahr 2024 ermittelt werden.

Alle Analysen wurden stratifiziert nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen (5–9 Jahre, 10–14 Jahre, 15–19 Jahre, 20–24 Jahre, 25–29 Jahre, 30–34 Jahre, 35–39 Jahre, 40–44 Jahre, 45–49 Jahre, 50–54 Jahre, 55–59 Jahre, 60–64 Jahre, 65v69 Jahre, 70–74 Jahre, 75–79 Jahre, 80–84 Jahre, 85–89 Jahre) durchgeführt.

Ergebnisse

Prävalenz der Adipositas und der adipositasassoziierten Folge- und Begleiterkrankungen

Im Jahr 2024 haben schätzungsweise 9,3 Millionen Personen in Deutschland eine diagnostizierte Adipositas – dies entspricht einer administrativen Prävalenz von 11,8%. 12,6% der Frauen (entspricht hochgerechnet 5,0 Millionen Frauen) und 10,9% der Männer (4,3 Mio. Männer) haben eine Adipositasdiagnose. Abbildung 1 zeigt die administrative Prävalenz der Adipositas in der Bevölkerung Deutschlands, differenziert nach Altersgruppe und Geschlecht.

Höhere Prävalenzen der administrativ erfassten Adipositas sind im mittleren und höheren Alter zu beobachten. Die niedrigsten Prävalenzen finden sich bei den 5- bis 19-Jährigen (Mädchen/Frauen: 4,0%; Jungen/Männer: 4,3%). Der höchste Prävalenzwert liegt bei den 70- bis 79-Jährigen mit jeweils 19,6% bei Frauen und Männern vor. In der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen nehmen die Prävalenzen mit 15,3% bei Frauen bzw. 14,6% bei Männern wieder ab.

In den Altersgruppen zwischen 20 und 59 Jahren weisen Frauen durchgängig höhere Prävalenzen auf als Männer. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede in den Altersgruppen der 20- bis 29-Jährigen (6,9% vs. 4,0%) sowie der 30- bis 39-Jährigen (10,9% vs. 6,8%). Ab dem 60. Lebensjahr nähern sich die Prävalenzen beider Geschlechter an. In der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen liegt die Prävalenz bei Männern mit 18,1% geringfügig über derjenigen der Frauen (17,4%), während in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern mehr zu erkennen sind. In der höchsten betrachteten Altersgruppe (80–89 Jahre) ist ein Rückgang der Prävalenz auf 15,3% bei Frauen bzw. 14,6% bei Männern zu beobachten.

Insgesamt weisen die Ergebnisse auf deutliche Unterschiede der Adipositasprävalenz zwischen den Altersgruppen hin, wobei höhere Prävalenzen in den älteren Altersgruppen beobachtet werden. Darüber hinaus zeigen sich Geschlechterunterschiede, die insbesondere im jungen und mittleren Erwachsenenalter ausgeprägt sind.

Tabelle 1 zeigt die Prävalenzen ausgewählter adipositasassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen bei Personen mit und ohne Adipositas nach Alter und Geschlecht im Jahr 2024. Für die Mehrzahl der betrachteten Erkrankungen werden bei Personen mit Adipositas deutlich höhere Prävalenzen beobachtet als bei Personen ohne Adipositas. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede für Diabetes mellitus, der bei Personen mit Adipositas mehr als dreimal so häufig auftritt wie bei Personen ohne Adipositas (22,6% vs. 6,8%; Prävalenzratio [PR] = 3,33). Personen mit Adipositas haben außerdem ein mehr als doppelt so hohes Risiko an pulmonalen Herzerkrankungen und Erkrankungen des Lungenkreislaufs (PR = 2,58), Herzinsuffizienz (PR = 2,56), Niereninsuffizienz (PR = 2,49), tiefe Venenthrombosen (PR = 2,20) sowie Thrombophlebitiden (PR = 2,01) zu erkranken.

Auch weitere kardiometabolische und muskuloskelettale Erkrankungen sind bei Personen mit Adipositas häufiger vertreten als bei Personen ohne Adipositas. Personen mit Adipositas erkranken häufiger an Hypertonie (27,5% vs. 14,7%; PR = 1,86), ischämischer Herzkrankheit (6,9% vs. 4,0%; PR = 1,73), Osteoarthrose (12,4% vs. 7,0%; PR = 1,77) sowie chronischen Rückenschmerzen und sonstigen Erkrankungen des Rückens bzw. Nackens (17,8% vs. 11,3%; PR = 1,58) als Personen ohne Adipositas. Darüber hinaus sind Erkrankungen der Gallenblase nahezu doppelt so häufig bei Personen mit Adipositas vertreten (PR = 1,99).

Für verschiedene maligne Erkrankungen werden hingegen nur geringe Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Adipositas beobachtet. Die Prävalenzratios liegen hier zwischen 1,04 und 1,20.

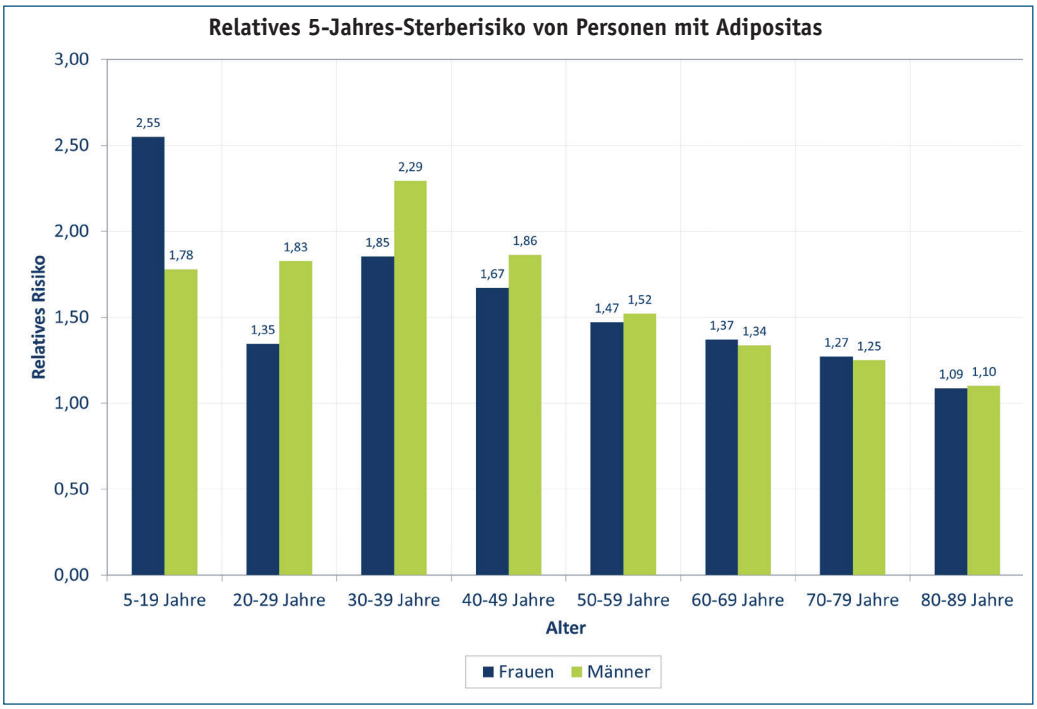


Abb. 2: Relatives 5-Jahres-Sterberisiko von Personen mit Adipositas. Quelle: eigene Darstellung.

Eine Ausnahme bilden bösartige Neubildungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse und weiterer endokriner Drüsen, für die Personen mit Adipositas eine 1,63-fach höhere Prävalenz aufweisen als Personen ohne Adipositas. Lediglich Störungen des Fettstoffwechsels zeigen eine geringere Prävalenz bei Personen mit Adipositas als bei Personen ohne Adipositas (4,6% vs. 5,3%; PR = 0,87). Dieses epidemiologisch unplausible Ergebnis kann im Rahmen der Studie zwar nicht mit Bestimmtheit aufgeklärt werden, jedoch spricht anekdotische Evidenz aus der ambulanten ärztlichen Praxis dafür, dass bei adipösen Patientinnen und Patienten kein Anlass zur Kodierung der Fettstoffwechselstörung besteht, während sie bei nicht adipösen Patientinnen und Patienten zur Begründung einer Behandlung erforderlich ist.

Insgesamt weisen die Ergebnisse auf eine erhebliche zusätzliche Krankheitslast bei Menschen mit Adipositas hin. Besonders stark zeigt sich dies bei Erkrankungen des Stoffwechsels, des Herz-Kreislauf-Systems, der Nieren sowie des Bewegungsapparates, bei denen die Prävalenz im Vergleich zu Personen ohne Adipositas zum Teil mehr als doppelt so hoch sind.

Mortalität

Abbildung 2 zeigt das relative 5-Jahres-Sterberisiko von Personen mit Adipositas im Vergleich zu Personen ohne Adipositas, hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2024 und differenziert nach Altersgruppe und Geschlecht. Über alle Altersgruppen hinweg ist Adipositas mit einer erhöhten Mortalität assoziiert. Die höchsten relativen Sterberisiken von Personen mit Adipositas sind in den jüngeren Altersgruppen zu beobachten. Mädchen und Frauen im Alter von 5 bis 19 Jahren mit Adipositas haben ein 2,55-fach höheres 5-Jahres-Sterberisiko als diejenigen ohne Adipositas. In der Gruppe der Jungen und Männer mit Adipositas zwischen 5 und 19 Jahren liegt das relative Sterberisiko bei 1,78. In der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen haben Männer mit Adipositas ein mehr als doppelt so hohes Sterberisiko wie Männer in der Altersgruppe ohne Adipositas (Relatives Risiko [RR] = 2,29).

Mit zunehmendem Alter nimmt das relative Sterberisiko von Personen mit Adipositas im Vergleich zu Personen ohne Adipositas sukzessive ab. Während sowohl Frauen als auch Männer mit Adipositas in den Altersgruppen von 5 bis 19 Jahren und 30 bis 49 Jahre ein bis zu doppelt höheres Sterberisiko haben, nimmt das Risiko ab dem 50. Lebensjahr sukzessive ab. In der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen haben Männer mit Adipositas ein doppelt so hohes Sterberisiko, in der Gruppe der Frauen ist das Risiko mit Adipositas um das 1,35-fache erhöht. In der Gruppe der 80- bis 89-Jährigen ist das Risiko bei Personen mit Adipositas gegenüber Personen ohne Adipositas geringfügig erhöht (Frauen: RR = 1,09; Männer: RR = 1,10). In den Altersgruppen zwischen 20 und 59 Jahren weisen Männer mit Adipositas höhere relative Sterberisiken auf als Frauen mit Adipositas, während Frauen mit Adipositas in der jüngsten Altersgruppe (5–19 Jahre) sowie zwischen dem 60. und 79. Lebensjahr höhere relative Risiken aufweisen.

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Adipositas insbesondere in jüngeren und mittleren Altersgruppen mit einer deutlich erhöhten relativen Mortalität assoziiert ist, während sich das relative Risiko bei Personen mit Adipositas im Vergleich zu Personen ohne Adipositas im höheren Lebensalter sukzessive verringert. Dies könnte teilweise auf einen Selektionseffekt zurückzuführen sein, bei dem Personen mit Adipositas und einem erhöhten Mortalitätsrisiko bereits in jüngeren Altersgruppen überproportional häufig versterben.

Behandlungskosten

Tabelle 2 zeigt die Behandlungskosten adipositasassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen von Personen mit Adipositas hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2024. Insgesamt belaufen sich die Behandlungskosten der adipositasassoziierten Erkrankungen für das Jahr 2024 auf 14,17 Mrd. Euro. Davon können 8,80 Mrd. Euro auf die Erkrankung an Adipositas zurückgeführt werden, was einer attributablen Fraktion von 62,1% entspricht.

Die höchsten Behandlungskosten entfallen auf metabolische Erkrankungen mit insgesamt 5,73 Mrd. Euro, von denen 4,71 Mrd. Euro (82,2%) auf Adipositas zurückzuführen sind. Ebenfalls hohe Kosten entstanden durch Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege (2,98 Mrd. Euro), von denen 1,79 Mrd. Euro bzw. 60% der Behandlungskosten auf eine Erkrankung an Adipositas zurückzuführen sind. Für Herzerkrankungen belaufen sich die Gesamtkosten auf 2,70 Mrd. Euro, wovon 1,39 Mrd. Euro (51,4%) auf Adipositas entfallen.

Auch Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems verursachen hohe Behandlungskosten. Von den Gesamtkosten in Höhe von 767 Mio. Euro sind 483 Mio. Euro (63%) auf Adipositas zurückzuführen. Für Gefäß- und Kreislauferkrankungen beträgt die attributable Fraktion 53,2% (157 Mio. Euro von insgesamt 295 Mio. Euro). Für zerebrovaskuläre Erkrankungen sind 124 Mio. Euro bzw. knapp 29% der Behandlungskosten adipositasbedingt.

Vergleichsweise geringe Behandlungskosten wurden für gastrointestinale Erkrankungen (9 Mio. Euro), Erkrankungen und Verletzungen der Wirbelsäule (68 Mio. Euro) sowie Erkrankungen des Auges (2 Mio. Euro) ermittelt. Die höchste attributable Fraktion zeigt sich bei metabolischen Erkrankungen (82%), gefolgt von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (63%) sowie Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege (60%). Demgegenüber weisen Neubildungen mit 10% und Erkrankungen des Auges mit 16% die geringsten auf Adipositas zurückzuführenden Kostenanteile auf.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass ein erheblicher Anteil der Behandlungskosten von adipositasassoziierten Folge- und Begleiterkrankungen auf die Adipositas zurückzuführen ist. Besonders ausgeprägt ist die Krankheitslast bei metabolischen und kardiovaskulären Erkrankungen sowie Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege, die gleichzeitig auch den überwiegenden Anteil der adipositasbedingten Behandlungskosten verursachen. Auch die Behandlungskosten des Muskel-Skelett-Systems sind mit hohem Anteil auf die Adipositas zurückzuführen.

Diskussion

Der kontinuierliche Anstieg der Adipositasprävalenz in den letzten zwanzig Jahren zeigt, dass bisherige Präventionsmaßnahmen nicht ausreichend sind und ihre Wirksamkeit begrenzt ist. Adipositas ist in Deutschland mit einer erheblichen Krankheitslast sowie Krankheitskosten verbunden. Im Jahr 2024 lag die administrative

Adipositasprävalenz bei 11,8%. Da Adipositas nicht zwangsläufig mit einer ärztlichen Behandlung bzw. notwendigen ärztlichen Dokumentation einhergeht, ist diese Berechnung als konservativ zu bewerten. Im Vergleich zeigen aktuelle Bevölkerungsstudien eine Adipositasprävalenz von rund 20%.

Mit Blick auf die Adipositasprävalenz zeigen sich in den Analysen sowohl bei Männern als auch Frauen höhere Prävalenzen der Adipositas ab dem mittleren Alter bis hin ins hohe Alter. Insbesondere im jungen und mittleren Erwachsenenalter sind außerdem Frauen anteilig häufiger von Adipositas betroffen als Männer. Darüber hinaus zeigen Personen mit Adipositas eine deutlich höhere Prävalenz zahlreicher Folge- und Begleiterkrankungen, insbesondere von Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Niereninsuffizienz sowie muskuloskelettalen Erkrankungen. Gleichzeitig zeigt sich über nahezu alle Altersgruppen hinweg ein erhöhtes relatives 5-Jahres-Sterberisiko bei Personen mit Adipositas. Die Analysen verdeutlichen, dass von den jährlichen Behandlungskosten der untersuchten Folge- und Begleiterkrankungen in Höhe von 14,2 Mrd. Euro rund 8,8 Mrd. Euro (62,1%) auf Adipositas zurückzuführen sind. Die Analyse basiert auf einer konservativen Berechnung, sodass die tatsächlichen adipositasassoziierten Behandlungskosten voraussichtlich höher ausfallen. Den größten Anteil der adipositasbedingten Kosten verursachen metabolische Erkrankungen, gefolgt von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege sowie Herzerkrankungen.

Behandlungskosten adipositasassoziierter Folge- und Begleiterkrankungen von Personen mit Adipositas

Erkrankungsgruppe	Behandlungskosten		Attributable Fraktion
	Gesamt in Mio. Euro	Davon: adipositasbedingt in Mio. Euro	
Neubildungen	1.183	118	10,0%
Metabolische Erkrankungen	5.728	4.711	82,2%
Gastrointestinale Erkrankungen	9	4	46,1%
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	767	483	63,0%
Erkrankungen /Verletzungen der Wirbelsäule	68	24	35,2%
Herzerkrankungen	2.698	1.387	51,4%
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	433	124	28,6%
Gefäß- und Kreislauferkrankungen	295	157	53,2%
Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege	2.983	1.790	60,0%
Erkrankungen des Auges	2	0	15,9%
Gesamt	**14.165**	**8.798**	**62,1%**

Tab. 2: Behandlungskosten Adipositas-assoziierter Folge- und Begleiterkrankungen von Personen mit Adipositas hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2024. Quelle: Ergebnisse der Analyse von Abrechnungsdaten durch InGef von IGES hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2024. Anmerkung: Attributable Fraktion = Anteil der Behandlungskosten, der auf die Erkrankung an Adipositas zurückzuführen ist.

Die Ergebnisse der Studie unterstreichen, dass Adipositas ein bedeutender Risikofaktor im Hinblick auf die Krankheitslast ist und aufgrund ihrer Vielzahl an Folge- und Begleiterkrankungen eine wesentliche Determinante der Morbidität, Mortalität und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen darstellt. Insbesondere der hohe Anteil adipositasattributierbarer Behandlungskosten bei metabolischen und kardiometabolischen Erkrankungen unterstreicht die Notwendigkeit einer wirksamen Prävention und einer evidenzbasierten leitliniengerechten Versorgung der Adipositas. Frühzeitige verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen könnten nicht nur das Auftreten von Folgeerkrankungen reduzieren, sondern langfristig auch zu einer Entlastung des Gesundheitssystems beitragen. Darüber hinaus sollten

Literatur

1. Alibone, M., Ludwig, M., Obermüller, D., Pawlowska-Phelan, D., Norris, R. & Jacob, J. (2026). Representativeness and external comparability of the InGef research database for epidemiological studies in Germany. BMC health services research, 26(1). https://doi.org/10.1186/s12913-026-14966-5
2. Bundesamt für Soziale Sicherung. (2025). Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 19/2024. Anlagen zu den Bekanntmachungen für das Ausgleichsjahr 2024. https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/bekanntmachungen/detail/default-8a79fd6c6e814c3000ea-eb70834f0707/
3. Effertz, T., Engel, S., Verheyen, F. & Linder, R. (2016). The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care, 17(9), 1141–1158. https://doi.org/10.1007/s10198-015-0751-4
4. FinanzKommission Gesundheit. (2026). Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit. Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung 2027. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf
5. Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H. C., Hesse, V., Hippel, A. von, Jaeger, U., Johnsen, D., Korte, W., Menner, K., Müller, G., Müller, J. M., Niemann-Pilatus, A., Remer, T., Schaefer, F., Wittchen, H.-U., Zabransky, S., Zellner, K., . . . Hebebrand, J. (2001). Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde, 149(8), 807–818. https://doi.org/10.1007/s001120170107
6. Starker, A., Schienkiewitz, A., Damerow, S. & Kuhnert, R. (2025). Verbreitung von Adipositas und Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland – Entwicklung von 2003 bis 2023. Journal of Health Monitoring, 2025(1). https://doi.org/10.25646/12990
7. Statistisches Bundesamt. (2026). Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht, Altersjahre. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Stichtag 31.12.2024. https://genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/12411/table/12411-0013
8. Wissenschaftliches Institut der AOK. (2026). Gesundheitsatlas Deutschland. Faktenblatt Adipositas (Fettleibigkeit) in Deutschland. WIdO. https://gesundheitsatlas-deutschland.de/erkrankung/adipositas?activeValueType=praevalence&activeLayerType=state
9. World Health Organization. (2026). Body mass index (BMI). https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index
10. Zhou, X.-D., Chen, Q.-F., Yang, W., Zuluaga, M., Targher, G., Byrne, C. D., Valenti, L., Luo, F., Katsouras, C. S., Thaher, O., Misra, A., Ataya, K., Oviedo, R. J., Pik-Shan Kong, A., Alswat, K., Lonardo, A., Wong, Y. J., Abu-Abeid, A., Al Momani, H., . . . Zheng, M.-H. (2024). Burden of disease attributable to high body mass index: an analysis of data from the Global Burden of Disease Study 2021. EClinicalMedicine, 76, 102848. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102848

auch auf politischer Ebene gesetzliche Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung in den Blick genommen werden, unter anderem können die Ergebnisse als gesundheitsökonomisches Argument für die Einführung einer gestaffelten Steuer auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke gesehen werden, wie sie von der FinanzKommission Gesundheit (2026) vorgeschlagen wird. <<

Disease Burden of Obesity in Germany: Prevalence, Comorbidities, Mortality, and Healthcare Costs

Introduction: Over the past two decades, the prevalence of obesity in Germany has risen continuously. At the same time, obesity and its sequelae represent a growing challenge for healthcare systems and national economies, as both direct and indirect costs are increasing substantially due to the rising disease burden. The aim of this study was to determine the administrative prevalence of obesity, the frequency of obesity-associated comorbidities and sequelae, and the attributable treatment costs of obesity in Germany for the year 2024.

Methods: The study is based on claims data from the InGef research database, comprising approximately 10 million statutory health insurance insured persons for the year 2024. The administrative prevalence of obesity, the frequency of obesity-associated comorbidities and sequelae, and the 5-year mortality of insured persons with and without obesity were analysed. Obesity cases were defined as insured individuals with at least one confirmed ICD-10-GM diagnosis of E66.- in the study year. Treatment costs were estimated on the basis of morbidity-oriented risk structure compensation (Morbi-RSA) allocations. All results were extrapolated to the German population in 2024.

Results: In 2024, an estimated 9.3 million people in Germany had a diagnosed obesity (administrative prevalence: 11.8%; women: 12.6%, men: 10.9%). Individuals with obesity showed markedly elevated prevalences for nearly all conditions examined — most pronounced for diabetes mellitus (PR = 3.33), pulmonary heart disease (PR = 2.58), heart failure (PR = 2.56), and renal insufficiency (PR = 2.49). The relative 5-year mortality risk was particularly elevated in younger age groups (e.g., girls/women aged 5–19 years: RR = 2.55; men aged 30–39 years: RR = 2.29). Total treatment costs for obesity-associated conditions amounted to Euro 14.17 billion, of which Euro 8.80 billion (62.1%) were attributable to obesity. The largest share was driven by metabolic diseases (Euro 4.71 billion; attributable fraction: 82.2%).

Discussion: Obesity in Germany is associated with a substantial disease burden and considerable treatment costs. The findings underscore the need for effective prevention measures and evidence-based, guideline-compliant care. Early behavioural and structural prevention interventions could reduce the onset of sequelae and contribute to long-term relief of the healthcare system.

Keywords

obesity, administrative prevalence, treatment costs, comorbidity, mortality, statutory health insurance, Germany

Autorenerklärung

Thuy Ha Nguyen, Jörg Marschall und Thorsten Tisch sind Mitarbeiter:innen der IGES Institut GmbH in Berlin. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (vfa).

Hinweis

Auf dem Onlineportal von MVF finden Sie ein Appendix zu Krankheitslasten bei Menschen mit Adipositas: https://t1p.de/cb6n2

Zitationshinweis

Nguyen, T. H., Marschall, J., Tisch, T.: „Adipositas in Deutschland: Administrative Prävalenz, Komorbiditäten, Mortalität und Behandlungskosten“ (Online Frist zu MVF 05/26), S. 79–85. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2877

Thuy Ha Nguyen MA ORCID: 0009-0004-3539-4326



ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am IGES Institut und studierte Sozialwissenschaftlerin (Universität Osnabrück und Düsseldorf). Zuvor war sie am Institut für Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Düsseldorf tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Evaluationen von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention, methodisch gestützt durch qualitative und quantitative Datenerhebung sowie systematische Literaturrecherchen und -synthesen. Kontakt: Thuy-Ha.Nguyen@iges.com

Jörg Marschall MA MSc ORCID: 0009-0008-5882-1983



ist Bereichsleiter Arbeitswelt & Prävention am IGES Institut und studierter Soziologe und Epidemiologe mit Schwerpunkt Methoden und Evaluation. Zuvor war er am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) und an der TU Berlin tätig. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Evaluationen, Systematischen Reviews und Reporting in Gesundheitsförderung und Prävention sowie Forschung zu Arbeitsbedingungen und Arbeitsweltberichterstattung. Kontakt: Joerg.Marschall@iges.com

Thorsten Tisch MSc ORCID: 0009-0008-5882-1983



ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am IGES Institut. Er hat Volkswirtschaftslehre sowie Statistik an der Humboldt-Universität zu Berlin studiert. Seine Arbeitsschwerpunkte sind die Forschung zu Versorgungsstrukturen und Vergütungssystemen, mit Kernkompetenzen in der statistischen Modellierung von Versorgungsszenarien, der Erstellung von Kosten-Nutzen-Analysen sowie der Analyse von Sekundärdaten.
Kontakt: Thorsten.Tisch@iges.com