

IHS-White Paper

2026

Adipositas und der Arbeitsmarkt: Beschäftigung, Krankenstand und politische Maßnahmen

Thomas Czypionka

Siegfried Eisenberg

Eva Raschhofer

Zusammenfassung

Adipositas stellt in Europa eine zunehmend signifikante Herausforderung für die öffentliche Gesundheit und Wirtschaft dar, da die steigende Prävalenz voraussichtlich substanzielle Auswirkungen auf die Erwerbsbeteiligung, Arbeitsfähigkeit und Produktivität haben wird. Weltweit spiegeln sich die direkten Kosten von Adipositas in einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen wider und machen durchschnittlich 8,4 % der gesamten Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern aus. Zu den indirekten Kosten zählen erhöhte Fehlzeiten und verminderte Produktivität, niedrigere Beschäftigungsquoten infolge körperlicher Einschränkungen und arbeitsmarktbezogener Vorurteile sowie Lohnnachteile, von denen insbesondere Frauen betroffen sind. Sozioökonomische Ungleichheiten im Zusammenhang mit Adipositas zeigen sich zudem in schlechteren Bildungsergebnissen, negativen Stereotypen (etwa der wahrgenommenen mangelnden Disziplin oder Professionalität) sowie Benachteiligungen, die durch das Wohnumfeld, die Urbanisierung und die Gesundheitskompetenz geprägt sind.

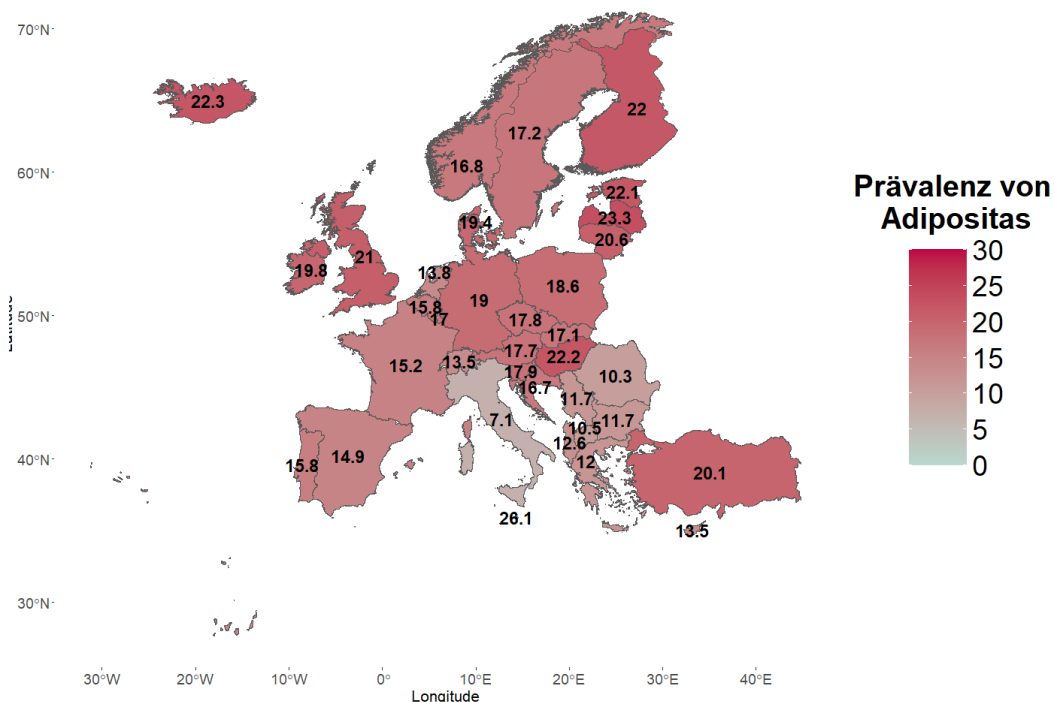
Um dieser Problematik zu begegnen, ist die Implementierung umfassender politischer Maßnahmen erforderlich. Ein multimodaler Ansatz sollte die vielfältigen Ursachen von Adipositas berücksichtigen, dabei jedoch ein einheitliches Modell vermeiden und die Notwendigkeit maßgeschneiderter Präventions- und Behandlungsstrategien anerkennen. Ein sektorübergreifender Ansatz ist für die Erreichung dieser Ziele von essenzieller Bedeutung und erfordert die Koordinierung zwischen verschiedenen Interessengruppen. Zu den präventiven politischen Instrumenten gehören die Steigerung der (ernährungsbezogenen) Gesundheitskompetenz, Förderung körperlicher Aktivität, Steuern auf zuckerhaltige Getränke, Beschränkungen für die Vermarktung von bestimmten Lebensmitteln und Getränken an Kinder sowie die Kennzeichnung von Lebensmitteln und Speisekarten.

In diesem White Paper wurden verschiedene Maßnahmen zur Unterstützung von Menschen mit Adipositas identifiziert, darunter Initiativen wie EPODE und der HENRY-Ansatz. Zudem können pharmakologische Optionen zusammen mit Lebensstilinterventionen dazu beitragen, die langfristigen Gesundheitskosten zu senken. Zur Verbesserung der Arbeitsmarktsituation von Menschen mit Adipositas sind Maßnahmen erforderlich, die einen verbesserten Zugang zu Behandlungen, Innovationen in der Therapie, Antidiskriminierungsmaßnahmen, Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, Aufklärung im Bereich der öffentlichen Gesundheit und integrative Maßnahmen zur Unterstützung von Präventions- und Behandlungsbemühungen umfassen.

1 Einleitung

Europa sieht sich mit einer zunehmenden Adipositas-Krise konfrontiert, die sowohl eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellt als auch durch produktivitätsbedingte Einbußen gesamtwirtschaftliche Belastungen verursacht (1). Obwohl in zahlreichen europäischen Ländern zwischen 1990 und 2016 eine Abschwächung des Prävalenzanstiegs zu verzeichnen war, lassen aktuelle Projektionen auf eine erneute Zunahme der Adipositasraten schließen. Laut Janssen et al. (2) wird die altersbereinigte Prävalenz von Adipositas bei Männern in 18 europäischen Ländern voraussichtlich zunehmen. Ihre Zahlen deuten auf einen Anstieg von 22,7 % bis 29,3 % im Jahr 2016 auf 28 % bis 37,9 % im Zeitraum 2030 bis 2052 hin. Die altersstandardisierten Raten bei Frauen werden voraussichtlich zwischen 2026 und 2054 24 % bis 30,3 % erreichen, ausgehend von 19,5 % bis 31,3 % im Jahr 2016, wobei es erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern gibt. Im Durchschnitt haben im Jahr 2022 14,6 % der Menschen in der EU einen Body-Mass-Index (BMI) über 30 (3).

Abbildung 1 : Adipositas-Prävalenz in Europa (2022 EU-SILC)



Quelle: EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) 2022 (4). Aufgrund der begrenzten Datenverfügbarkeit wurden für Deutschland und Island Daten aus dem Jahr 2019 und für das Vereinigte Königreich und Nordmazedonien Daten aus dem Jahr 2017 aus der EU-SILC verwendet.

Die zunehmende klinische Belastung durch Adipositas hat weitreichende Auswirkungen auf die Bevölkerungsgesundheit. Im Jahr 2019 trug Adipositas weltweit zu etwa fünf Millionen Todesfällen der nichtübertragbaren Krankheiten bei (5). Zudem weisen Personen mit Adipositas ein etwa vierfach erhöhtes Risiko für schwere Verläufe von COVID-19 auf (6). Vor diesem Hintergrund gewinnt die Analyse der ökonomischen und gesellschaftlichen Konsequenzen an Bedeutung, insbesondere im Hinblick auf die Wechselwirkungen zwischen Adipositas und Arbeitsmarktergebnissen. Adipositas wird mit geringeren Beschäftigungschancen, niedrigeren Löhnen und erhöhten Fehlzeiten in Verbindung gebracht und kann so bestehende Ungleichheiten verschärfen und das Wirtschaftswachstum behindern. Gesundheitsbedingte Barrieren der Erwerbsteilnahme stellen somit sowohl eine soziale als auch eine ökonomische Herausforderung dar (7) .

2 Direkte Kosten: Gesundheitsausgaben

Die globale Gesundheitsbelastung durch einen hohen BMI hat zwischen 1990 und 2021 erheblich zugenommen. In diesem Zeitraum stiegen sowohl die Gesamtsterblichkeit als auch die disability-adjusted life years (krankheitsbereinigte Lebensjahre, DALYs) im Zusammenhang mit einem hohen BMI ($\text{BMI} > 25$) um mehr als das 2,5-Fache, wobei die altersstandardisierten DALY-Raten bei Frauen um 21,7 % und bei Männern um 31,2 % stiegen (8).

Übergewicht und Adipositas ($\text{BMI} \geq 25$) allein sind schätzungsweise für 8,52 % aller Todesfälle weltweit verantwortlich (9). Ohne wirksame und gezielte Maßnahmen zur Bekämpfung von Adipositas wird es nicht möglich sein, das Sustainable Development Goal der Vereinten Nationen einer 30-prozentigen Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten bis 2030 (Ziel 3.4) zu erreichen (10) .

Zu den Hauptursachen für die Mortalität aufgrund eines hohen BMI (11–13) zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (14), Typ-2-Diabetes (15,16), Krebserkrankungen (17,18), Muskel-Skelett-Erkrankungen (19,20) einschließlich Rückenschmerzen (21,22), Depressionen und eine verminderte Lebensqualität (23) .

Die gesundheitlichen Folgen von Adipositas bedeuten auch eine finanzielle Belastung für die Gesundheitssysteme. Ergebnisse von Effertz et al. (24) zeigen einen eindeutigen positiven Zusammenhang zwischen Adipositas und erhöhten Gesundheitsausgaben, der zum Teil auf eine stärkere Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zurückzuführen ist (25,26). Darüber hinaus wird ein höherer BMI in europäischen Gesundheitseinrichtungen durchweg mit längeren Krankenhausaufenthalten in Verbindung gebracht, insbesondere bei Personen mit

schwerer Adipositas oder mehreren Begleiterkrankungen (27–29). Im Vergleich zu Personen mit Normalgewicht ($18,5 \leq \text{BMI} \leq 24,9$) erhalten Menschen mit Adipositas zudem etwa 2,4-mal so viele verschreibungspflichtige Medikamente (26), was die wirtschaftlichen Auswirkungen von Adipositas auf die Gesundheitssysteme weiter unterstreicht.

Analysen auf Länderebene veranschaulichen die wirtschaftliche Belastung, die Übergewicht und Adipositas für die nationalen Gesundheitssysteme darstellen. In Portugal beliefen sich die Gesamtkosten für Übergewicht und Adipositas im Jahr 2018 auf 1,148 Milliarden Euro, das entspricht etwa 0,6 % des nationalen Bruttoinlandprodukts (BIP) und 5,8 % der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben. Bemerkenswert ist, dass der Großteil dieser Kosten eher mit adipositasbedingten Erkrankungen als mit der direkten Behandlung von Adipositas zusammenhängt, die nur 1 % der Gesamtausgaben ausmacht. Herz-Kreislauf- und zerebrovaskuläre Erkrankungen sind mit 38 % der Gesamtkosten die größten Kostentreiber, gefolgt von Typ-II-Diabetes mit 34 %. Die direkten Gesundheitsausgaben für Adipositas entfielen hauptsächlich auf ambulante Behandlungen (43 %) und pharmakologische Behandlungen (38 %), während stationäre Krankenhausbehandlungen die restlichen 19 % ausmachten (30).

Vergleichbare Ergebnisse werden auch aus anderen europäischen Ländern berichtet. Reitzinger und Cypionka (31) schätzen, dass in Österreich im Jahr 2019 8,2 % aller Todesfälle und 4,6 % der gesamten Gesundheitsausgaben auf Adipositas zurückzuführen waren, was einem BIP-Verlust von 0,61 % entspricht. Wichtig ist, dass die wirtschaftliche Belastung unverhältnismäßig stark auf Personen mit schwererer Adipositas konzentriert war: Etwa ein Drittel aller direkten und indirekten Kosten sind auf Adipositas der Klasse 2 ($35 \leq \text{BMI} \leq 39,9$) und Klasse 3 ($\text{BMI} \geq 40$) zurückzuführen. Auf individueller Ebene werden die Lebenszykluskosten für Adipositas der Klasse 2 und Klasse 3 auf das 1,9- bzw. 3,6-Fache der Kosten für Adipositas der Klasse 1 ($30 \leq \text{BMI} \leq 34,9$) geschätzt. Im Alter von 45 Jahren verlieren Personen mit hochgradiger Adipositas im Vergleich zu Personen ohne Adipositas voraussichtlich durchschnittlich 4,9 Lebensjahre und 9,7 qualitätsbereinigte Lebensjahre (QALYs). Diese Zahlen verdeutlichen die langfristigen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen schwerer Adipositas.

Vorläufige Schätzungen für die OECD-Mitgliedstaaten gehen davon aus, dass durchschnittlich 209 USD (PPP, Kaufkraftparität) pro Kopf und Jahr für die Behandlung von hohem BMI und damit verbundenen Gesundheitsproblemen ausgegeben werden. Dies entspricht etwa 8,4 % der gesamten Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern, wobei es jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern gibt. Der Großteil dieser Kosten entfällt auf die Behandlung von

Diabetes Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs, wobei etwa 70 % der gesamten diabetesbedingten Gesundheitsausgaben auf Übergewicht zurückzuführen sind (29). Auf globaler Ebene werden die wirtschaftlichen Verluste aufgrund von Übergewicht und Adipositas im Jahr 2019 auf 2,19 % des BIP (direkte und indirekte Kosten) geschätzt (1).

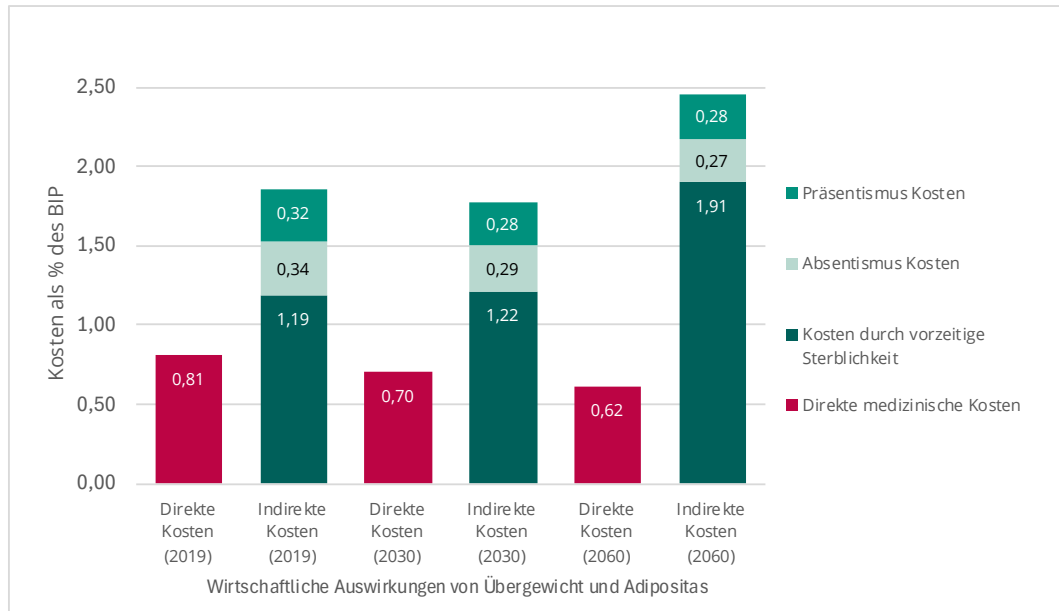
3 Indirekte Kosten: Adipositas und ihre wirtschaftlichen Auswirkungen

Über die direkten Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme hinaus verursacht Adipositas erhebliche indirekte Kosten durch negative Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt. Der Zusammenhang zwischen Adipositas und Beschäftigung ist komplex und potenziell wechselseitig. Einerseits kann Adipositas die Beschäftigungsaussichten durch gesundheitliche Einschränkungen, geringere Produktivität und Diskriminierung am Arbeitsplatz beeinträchtigen. Andererseits kann Arbeitslosigkeit selbst das Risiko für Adipositas erhöhen, indem sie den Zugang zu gesunden Lebensmitteln, Gesundheitsversorgung und Möglichkeiten für körperliche Aktivität einschränkt. Diese negativen Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt tragen zu einem Rückgang des BIP und einem erhöhten fiskalischen Druck bei (32).

Der Anstieg der Kosten für Adipositas und die damit verbundenen Erkrankungen lässt sich durch den Zusammenhang mit Absentismus (Abwesenheit vom Arbeitsplatz), Präsentismus (Arbeiten trotz Krankheit und damit verminderte Produktivität), vorzeitigem Ruhestand und niedrigeren Gesamtbeschäftigungsquoten erklären. Infolgedessen reichen die wirtschaftlichen Folgen von Adipositas weit über die öffentlichen Gesundheitsausgaben hinaus und verursachen durch Produktivitätsverluste und eine geringere Erwerbsbeteiligung eine zusätzliche Belastung (29).

Während die klinische Behandlung von Adipositas direkte Gesundheitskosten verursacht, stellen indirekten Kosten eine ebenso dringende Herausforderung dar (33,34). Viinikainen et al. (24) betonen, dass die indirekten Kosten die direkten wirtschaftlichen Auswirkungen von Übergewicht übersteigen können, was die gesellschaftliche Belastung durch Adipositas noch verstärkt (33–35).

Abbildung2 : Wirtschaftliche Auswirkungen von Übergewicht und Adipositas in Europa (Prognosen für 2030 und 2060)



Quelle: Okunogbe et al. 2022 (1)

Langfristige Prognosen deuten darauf hin, dass die indirekten Kosten weiter steigen werden. Okunogbe et al. (1) prognostizieren für den Zeitraum von 2019 bis 2060 steigende wirtschaftliche Auswirkungen von Übergewicht und Adipositas in Europa, wobei die indirekten Kosten im Laufe der Zeit die direkten Gesundheitskosten zunehmend übersteigen werden. Vorzeitige Sterblichkeit und Präsentismus dürften die wichtigsten Faktoren für die BIP-Verluste sein, insbesondere bis 2060, wenn die indirekten Kosten voraussichtlich 2 % des BIP erreichen werden.

Auf individueller Ebene gibt es immer mehr Hinweise darauf, dass Übergewicht mit einer erhöhten krankheitsbedingten Fehlzeit verbunden ist. Eine in Kürze verfügbare Studie von Eisenberg et al. (36) zeigt, dass Personen in höheren Adipositasclassen im Vergleich zu Personen mit Normalgewicht oder niedrigeren Adipositasclassen einem deutlich erhöhten Risiko für krankheitsbedingte Fehlzeiten ausgesetzt sind, wobei in fast allen europäischen Ländern, Berufen und Wirtschaftssektoren erhöhte Risikoverhältnisse zu beobachten sind. Amiri und Behnezhad (37) stellen fest, dass Personen mit einem BMI ≥ 25 ein um 20 % höheres Risiko für krankheitsbedingte Fehlzeiten haben. Studien mit europäischen Daten zeigen darüber hinaus, dass Arbeitnehmer mit Adipositas im Durchschnitt etwa zehn zusätzliche Krankheitstage pro Jahr nehmen als Personen mit Normalgewicht, eine deutlich höhere Zahl als die ein bis drei zusätzlichen Tage, die in US-Studien angegeben werden (38). Wichtig zu erwähnen ist, dass Interventionsstudien darauf hindeuten, dass Gewichtsabnahme zu einer deutlichen Verringerung der Fehlzeiten führen kann (38,39).

Über den Krankenstand hinaus wirkt sich Adipositas auch auf die Beschäftigungsaussichten und die Arbeitsleistung aus: Laut OECD ist die Wahrscheinlichkeit, im folgenden Jahr eine Beschäftigung zu finden, bei Personen mit adipositasbedingten chronischen Erkrankungen um 8 % geringer und die Wahrscheinlichkeit von Fehlzeiten oder Präsentismus ist um 3 bis 4 % höher, was sich wiederum auf die berufliche Laufbahn und das Einkommen auswirkt (29). Anhand von Daten aus dem „Health Survey for England“ zeigt Morris (40), dass Adipositas die Beschäftigungswahrscheinlichkeit sowohl durch körperliche Einschränkungen als auch durch Diskriminierung durch Arbeitgeber verringert. Schätzungen der OECD zufolge entsprechen die gesundheitsbedingten Produktivitätsverluste einem Rückgang von etwa sechs Millionen Vollzeitäquivalenten in den ehemaligen EU-28-Ländern. Diese Verluste setzen sich zusammen aus 2,5 Millionen Vollzeitäquivalenten aufgrund von Beschäftigungsrückgängen, 2,5 Millionen aufgrund von Produktivitätsverlusten durch Präsentismus und eine Million aufgrund von Fehlzeiten. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen wirtschaftlichen Verlust von 781 USD PPP pro Kopf, basierend auf der Arbeitsmarktleistung in der EU28 (29).

Die Forschung dokumentiert durchweg einen Zusammenhang zwischen Adipositas, Beschäftigung und Einkommen, wobei es deutliche geschlechts- und regionale Unterschiede gibt. Menschen mit Adipositas, insbesondere Frauen, sind selbst nach Bereinigung um Gesundheitszustand und sozioökonomische Faktoren seltener erwerbstätig als Menschen ohne Adipositas (40–43). Die arbeitsmarktbezogene Benachteiligung variiert innerhalb Europas: stärkere Auswirkungen zeigen sich bei Männern in Süd- und Mitteleuropa und bei Frauen in Mitteleuropa (43). Daten aus SHARE weisen darauf hin, dass Adipositas zwar keinen signifikanten Einfluss auf die Beschäftigungswahrscheinlichkeit von Männern hat, Frauen mit Adipositas jedoch eine um 5,8 % geringere Wahrscheinlichkeit haben, eine Beschäftigung zu finden, als Frauen mit Normalgewicht. Insgesamt zeigen Männer mit Übergewicht die höchsten Beschäftigungsquoten, während Frauen mit Adipositas die niedrigsten aufweisen (44).

Lohnnachteile sind ebenfalls geschlechtsspezifisch: In zehn europäischen Ländern verdienen Frauen mit Adipositas etwa 10 % weniger als Frauen ohne Adipositas, während die Auswirkungen bei Männern geringer und oft statistisch nicht signifikant sind (43). Die empirischen Ergebnisse variieren je nach institutionellem Kontext, wobei einige Studien insgesamt nur schwache Lohnkorrelationen feststellen (42), während andere erhebliche geschlechtsspezifische Nachteile identifizieren (43). Beispielsweise stellen Gracia und Quintana-Domeque (42) ein höheres Risiko für Arbeitslosigkeit oder Selbstständigkeit bei Personen mit Adipositas fest, wobei die

Auswirkungen auf das Einkommen je nach Geschlecht und Land unterschiedlich sind, während Atella et al. (45) erhebliche Lohnnachteile für Frauen mit Adipositas in mehreren europäischen Ländern dokumentieren. Unter Verwendung derselben Daten schätzen Brunello und D'Hombres (46), dass ein Anstieg des BMI um 10 % mit Lohnkürzungen von 3,49 % für Frauen und 5,29 % für Männer verbunden ist.

4 Sozioökonomische Ungleichheiten

Menschen mit Adipositas sind häufig Stigmatisierung und Diskriminierung ausgesetzt, insbesondere am Arbeitsplatz. Diese Vorurteile gegenüber Adipositas beginnen jedoch bereits in jungen Jahren. Adipositas beeinflusst die Bildungsergebnisse durch mehrere miteinander verbundene Faktoren. Dazu gehören biologische Faktoren wie Krankheiten, Verhaltensfaktoren wie schlechte Ernährung und Bewegungsmangel sowie emotionale und psychische Gesundheitsfaktoren wie geringes Selbstwertgefühl und verschlechterte soziale Beziehungen (29). Bewegungsmangel kann nicht nur zu Adipositas beitragen, sondern auch eine Folge von Adipositas sein. Diese Zusammenhänge führen zu einer geringeren Konzentrationsfähigkeit in der Schule und damit zu schlechteren Bildungsergebnissen (47). Ebenso hat die Forschung einen Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und der kognitiven Funktion des Gehirns festgestellt. Bewegungsmangel kann dabei zu einer verminderten Gehirnfunktion führen (48). Weitere Untersuchungen zeigen auch, dass Schulkinder mit Übergewicht tendenziell schlechtere Noten haben und häufiger emotionale und soziale Schwierigkeiten erleben, was sich zusätzlich auf ihre Lernergebnisse auswirken kann (47,49,50).

Entscheidend ist, dass die Stärke und Richtung des Zusammenhangs zwischen Bildungsniveau und Adipositas vom allgemeinen wirtschaftlichen und sozialen Kontext abhängt (51,52). Dieser wird durch eine Reihe struktureller Determinanten geprägt, darunter das Wohnumfeld (53–55), der Urbanisierungsgrad (56–58) und die Gesundheitskompetenz (59–61). In Ländern mit hohem Einkommen wird häufig ein umgekehrter Zusammenhang beobachtet, wobei ein höheres Bildungsniveau mit einer geringeren Prävalenz von Adipositas einhergeht. Dieser Zusammenhang wird durch sich überschneidende Faktoren wie Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit und sozioökonomischer Status weiter abgeschwächt (62–64).

Im späteren Leben führen Vorurteile gegenüber Menschen mit Adipositas oft zu schädlichen Stereotypen, wie z. B. der Annahme, dass ihnen Disziplin, Führungsqualitäten oder Professionalität fehlen, was ihre Chancen auf Einstellung, Beförderung und beruflichen Aufstieg einschränkt. Solche Vorurteile sind besonders ausgeprägt in Berufen mit Kundenkontakt und werden manchmal durch

Kundenpräferenzen verstärkt, was die Benachteiligung am Arbeitsplatz weiter verfestigt (41,51,65–68).

5 Politische Maßnahmen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) (69) betont in ihrem Bericht, dass es in Europa trotz jahrzehntelanger Fortschritte bei der Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten seit 2014 zu einer deutlichen Verlangsamung gekommen ist, sodass die Ziele nicht erreicht werden können (70). Um die Adipositas-Krise zu bewältigen, müssen daher über traditionelle Präventionsstrategien hinaus umfassende, multimodale Ansätze verfolgt werden. Wirksame Maßnahmen sollten Bildungs-, gemeindebasierte und politische Maßnahmen umfassen, um nachhaltige Ergebnisse zu erzielen. Im Mai 2007 verabschiedete die Kommission ein umfassendes White Paper „Eine Strategie zu Ernährung, Übergewicht und Adipositas-bezogenen Gesundheitsproblemen“ (71), das verschiedene Politikbereiche der Kommission zusammenführt und darauf abzielt, Maßnahmen auf lokaler, regionaler, nationaler und europäischer Ebene zu koordinieren. Bemerkenswert ist, dass seitdem kein weiteres White Paper zu diesem Thema von der Europäischen Union (EU) veröffentlicht wurde. Die Empfehlungen des White Papers sind nach wie vor relevant, und die Prävalenz von Adipositas in der EU ist weiterhin hoch. Fortschritte in der Forschung und bei pharmakologischen Interventionen bieten nun jedoch zusätzliche Möglichkeiten, um dieser Herausforderung für die öffentliche Gesundheit zu begegnen.

Die Obesity Medicine Association identifiziert vier Kernkomponenten der Adipositasbehandlung: Ernährungstherapie, körperliche Aktivität, Verhaltensberatung und medizinische Interventionen (72). Bei Patient:innen mit Adipositas können Ernährungstherapie und regelmäßige körperliche Aktivität die Gesundheit und die Körperzusammensetzung erheblich verbessern (73). Diese nicht-pharmakologischen Strategien legen den Schwerpunkt auf Verhaltensänderungen wie Ernährungsumstellung und vermehrte körperliche Aktivität (74). Während Lebensstilinterventionen den Grundstein jeder Adipositasbehandlung bilden, ist eine langfristige medizinische Behandlung für diese chronische Erkrankung von entscheidender Bedeutung (75). Die Bekämpfung von Adipositas erfordert jedoch Hilfe aus zwei Richtungen: Einerseits muss ein weiterer Anstieg der Prävalenz verhindert werden, andererseits müssen die bereits Betroffenen effektiv behandelt und unterstützt werden. Letzteres stellt eine besondere Herausforderung dar, da es selten eine einheitliche Behandlung gibt. Der effektivste Ansatz kombiniert die vier Komponenten der Adipositasbehandlung und passt sie an jede Patientin/jeden Patienten individuell an (75–77).

In Anerkennung der Grenzen von verhaltensorientierten Maßnahmen betont die WHO die Notwendigkeit einer koordinierten, systemweiten Reaktion auf die Prävention und Behandlung von Adipositas (78). Dieser Ansatz priorisiert die universelle Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Erschwinglichkeit und Nachhaltigkeit von Maßnahmen im Zusammenhang mit Adipositas und betrachtet Adipositas nicht nur als Gesundheitsproblem, sondern auch als eine umfassendere wirtschaftliche und gesellschaftliche Herausforderung. Als Reaktion darauf hat die WHO ein Rahmenwerk für die Gesundheitsversorgung zur Prävention und Behandlung von Adipositas eingeführt, welches die Integration der Versorgung von Menschen mit Adipositas in bestehende Gesundheitssysteme über den gesamten Lebensverlauf hinweg fördert in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der Behandlung chronischer Krankheiten (78).

Mehrere europäische Initiativen konnten bereits Erfolge verzeichnen. In Leeds konnte beispielsweise ein Programm nach dem HENRY-Ansatz Adipositas bei Kleinkindern, insbesondere aus benachteiligten Verhältnissen, reduzieren (79). In ähnlicher Weise hat ein Programm in Frankreich, das auf dem EPODE-Ansatz basierte, die Wirksamkeit der Förderung von Ernährungskompetenz und körperlicher Aktivität durch das Engagement der Gemeinschaft unter Beweis gestellt. Die Umsetzung dieser Maßnahme wurde seitdem von mehr als 20 Ländern übernommen (80,81). In Österreich gibt es beispielsweise das Projekt EDDY (<https://www.oeaie.org/projekte/laufende-projekte/projektstudie-eddy/>).

Zusätzlich zu Initiativen in Schulen und Gemeinden bieten politische Instrumente wie Steuern auf Softdrinks, Kennzeichnung von Lebensmitteln und Speisekarten sowie Beschränkungen für die Werbung für ungesunde Lebensmittel für Kinder Mechanismen zur Unterstützung gesünderer Entscheidungen (29).

Die Prävention von Adipositas bei Kindern ist in ganz Europa zu einem besonderen politischen Schwerpunkt geworden. Mehrere EU-Länder haben die Beschränkungen für Werbung für ungesunde Lebensmittel, die sich an Kinder richtet, verschärft und strengere Ernährungsstandards für Schulmahlzeiten eingeführt. Ein prominentes Beispiel ist das spanische Gesetz zur Reform der Schulverpflegung von 2025, das die Bereitstellung von nahrhaften Vollwertkost und lokalen Produkten vorschreibt, verarbeitete Produkte einschränkt und zuckerhaltige Getränke in Schulen verbietet (3).

Fiskalische Maßnahmen, insbesondere Steuern auf zuckerhaltige Getränke (SSBs), haben empirische Unterstützung gefunden. Eine Vielzahl von Studien hat einen positiven Zusammenhang zwischen SSB-Steuern und einem Rückgang der Adipositas- und Übergewichtsraten festgestellt, wobei der optimale Steuersatz bei

20 % oder mehr liegt (siehe z. B. 64–67). Als Reaktion auf den Rückgang der öffentlichen Entwicklungshilfe hat die WHO die Initiative „3 by 35“ ins Leben gerufen, mit der Forderung, Steuern auf SSBs (neben Abgaben auf Tabak und Alkohol) einzuführen. Ziel ist es, den realen Preis für zuckerhaltige Getränke bis 2035 um mindestens 50 % zu erhöhen (86). Bis heute haben zwölf EU-Mitgliedstaaten Steuern auf SSBs eingeführt. Parallel dazu haben Länder wie Österreich, Belgien, die Niederlande und Portugal freiwillige Vereinbarungen mit der Lebensmittelindustrie getroffen, um den Zucker-, Salz- und Transfettgehalt in verarbeiteten Lebensmitteln zu reduzieren (3).

Maßnahmen wie die Kennzeichnung von Speisekarten und Lebensmitteln sowie Massenmedienkampagnen dürften in den OECD-Ländern erhebliche gesundheitliche und wirtschaftliche Vorteile mit sich bringen. Diese Maßnahmen könnten insgesamt zwischen 51.000 und 115.000 Lebensjahre einbringen, was mit der Eliminierung aller Verkehrstoten in den 28 EU-Ländern vergleichbar ist. Wirtschaftlich gesehen könnte allein die Kennzeichnung von Speisekarten zwischen 2020 und 2050 bis zu 13 Milliarden US-Dollar (PPP) einsparen. Laut Simulationen der OECD hat die Kennzeichnung von Speisekarten den größten Einfluss auf die Verringerung der Krankheitslast und könnte jährlich 24.000 Fälle von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 11.000 Fälle von Diabetes und 1.900 Fälle von Krebs verhindern. Auch Massenmedien und Lebensmittelkennzeichnung leisten einen bedeutenden Beitrag und erzielen etwa 75 % bzw. 50 % der Vorteile der Kennzeichnung von Speisekarten (29).

Pharmakologische Interventionen spielen eine immer wichtigere Rolle bei der Behandlung von Adipositas. Glucagon-like Peptide-1 (GLP-1)-Rezeptoragonisten haben die Behandlungsmöglichkeiten revolutioniert, indem sie eine erhebliche Gewichtsabnahme bei Personen ermöglichen, bei denen Lebensstilinterventionen allein nicht ausreichen (87,88). Studien deuten darauf hin, dass solche Substanzen über die Gewichtsreduktion hinaus das Potenzial aufweisen, schwerwiegende Folgen und Begleiterkrankungen, die durch Adipositas bedingt sind, zu verringern. Gemäß ökonomischer Evaluierungen weisen diese Therapien darauf hin, dass sie potenziell dazu beitragen können, die Aufwendungen für Gesundheitsversorgung und Produktivität zu reduzieren und die Erwerbsbeteiligung zu erhöhen (89,90).

In Österreich schätzten Reitzinger und Czypionka (91), dass die Behandlung von 50 % der Erwachsenen mit Adipositas der Klassen II und III mit Semaglutid in Verbindung mit einer Lebensstilintervention die Prävalenz von Adipositas um bis zu einem Drittel senken und die jährlichen Kosten im Zusammenhang mit Adipositas um 108,7 Millionen Euro senken könnte, was einer durchschnittlichen Kostensenkung von etwa 40 % pro Patient:in über die gesamte Lebenszeit entspricht. Im Vereinigten

Königreich (UK) hat die Regierung eine fünfjährige Studie gestartet, die Ende 2025 beginnt und an der 3.000 Menschen teilnehmen, um die Auswirkungen von Tirzepatid auf die Beschäftigungsergebnisse und krankheitsbedingte Fehlzeiten zu bewerten (92). Der National Health Service (NHS) stellt fest, dass Adipositas im Vereinigten Königreich mit vier zusätzlichen Krankheitstagen pro Jahr verbunden ist, was Kosten von 267 GBP pro Kopf entspricht. Die Gesundheitskosten sind ähnlich konzentriert, da die Gruppe mit dem höchsten BMI, die nur 14 % der Personen mit Adipositas ausmacht, 26 % der gesamten adipositasbedingten Ausgaben des NHS ausmacht. Untersuchungen weisen auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen Adipositas und dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben hin. Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren mit Adipositas in Manchester verlassen in signifikant höherer Wahrscheinlichkeit den Arbeitsmarkt, was zu geschätzten Kosten von 2.937 GBP pro Person führt (93).

Dennoch ist die Integration von GLP-1-Rezeptoragonisten in umfassende Strategien zur Behandlung von Adipositas noch nicht abgeschlossen. Zu den Herausforderungen zählen der begrenzte Zugang, Nebenwirkungen, Lieferengpässe und ein Mangel an Langzeitdaten zu den Auswirkungen auf die Beschäftigungsfähigkeit in Europa.

Daten aus Dänemark zeigen eine ausgeprägte sozioökonomische Ungleichheit: Während die Prävalenz von Adipositas in einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen höher ist, konzentriert sich die Verwendung von Semaglutid stark auf die einkommensstärksten Quartile – eine Ungleichheit, die 2023 in allen Bevölkerungsgruppen bestehen blieb. Die hohen Selbstkosten für Semaglutide, das derzeit in Dänemark nicht öffentlich erstattet wird, schränken jedoch den Zugang für Personen mit geringerem Einkommen ein und führen zu Ungleichheiten beim Zugang zu dieser Behandlung der Gewichtsreduktion (94). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass finanzielle Hindernisse den Zugang zu pharmakologischen Behandlungen trotz des größeren klinischen Bedarfs in benachteiligten Bevölkerungsgruppen weiterhin einschränken. Darüber hinaus müssen pharmakologische Vorteile durch nachhaltige Verhaltensinterventionen unterstützt werden, um eine langfristige Wirksamkeit sicherzustellen (77,91). Neue Studien weisen darauf hin, dass die Absetzung von GLP-1-Rezeptoragonisten aufgrund von Kompensationsmechanismen häufig mit einer erneuten Gewichtszunahme einhergeht. Dies unterstreicht die Bedeutung langfristiger Behandlungsstrategien (95).

Letztendlich erfordert eine Verbesserung der Arbeitsmarktergebnisse für Menschen mit Adipositas nicht nur Behandlungsinnovationen, sondern auch die Förderung des öffentlichen und institutionellen Bewusstseins, beispielsweise durch die Entwicklung

einer breiteren Gesundheitskompetenz. Maßnahmen, die präventive Aufklärung, Schutz vor Diskriminierung, Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und Zugang zu Behandlungen integrieren, sind ebenfalls notwendig, um die Hindernisse zu beseitigen, mit denen Menschen mit Adipositas im Arbeitsleben konfrontiert sind. Nur eine multimodale Strategie kann die wirtschaftlichen Hindernisse und die Belastung durch Adipositas in Europa sinnvoll reduzieren.

6 Literatur

1. Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, Powis J, Ralston J, Wilding J. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. *BMJ Glob Health*. 2022;7(9):e009773.
2. Janssen F, Bardoutsos A, Vidra N. Obesity prevalence in the long-term future in 18 European countries and in the USA. *Obes Facts*. 2020;13(5):514–27.
3. European Observatory on Health Systems and Policies, OECD. Synthesis Report 2025: Health Policy Reform Trends in the EU [Internet]. OECD Publishing; 2025 [zitiert 22. Jänner 2026]. Verfügbar unter: https://www.oecd.org/en/publications/synthesis-report-2025-health-policy-reform-trends-in-the-eu_1f6a8e9a-en.html
4. Eurostat. Obesity rate by body mass index (BMI) [Internet]. 2024 [zitiert 10. Juli 2025]. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_02_10/default/table?lang=en
5. Chong B, Jayabaskaran J, Kong G, Chan YH, Chin YH, Goh R, u. a. Trends and predictions of malnutrition and obesity in 204 countries and territories: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *EClinicalMedicine*. 2023;57.
6. Izcovich A, Ragusa MA, Tortosa F, Lavena Marzio MA, Agnoletti C, Bengolea A, u. a. Prognostic factors for severity and mortality in patients infected with COVID-19: A systematic review. *PloS One*. 2020;15(11):e0241955.
7. OECD. OECD Employment Outlook 2023: Artificial Intelligence and the Labour Market [Internet]. OECD; 2023 [zitiert 10. Juni 2025]. (OECD Employment Outlook). Verfügbar unter: https://www.oecd.org/en/publications/oecd-employment-outlook-2023_08785bba-en.html
8. Zhou XD, Chen QF, Yang W, Zuluaga M, Targher G, Byrne CD, u. a. Burden of disease attributable to high body mass index: an analysis of data from the Global Burden of Disease Study 2021. *EClinicalMedicine*. 2024;76.
9. Chen Y, Ma L, Han Z, Xiong P. The global burden of disease attributable to high body mass index in 204 countries and territories: Findings from 1990 to 2019 and predictions to 2035. *Diabetes Obes Metab*. September 2024;26(9):3998–4010.
10. World Health Organization. WHO acceleration plan to stop obesity. World Health Organization; 2023.

11. Dixon JB. The effect of obesity on health outcomes. *Mol Cell Endocrinol*. 2010;316(2):104–8.
12. WHO. WHO European Regional Obesity Report 2022 [Internet]. World Health Organization; 2022 [zitiert 12. Mai 2025]. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1>
13. Bae JP, Nelson DR, Boye KS, Mather KJ. Prevalence of complications and comorbidities associated with obesity: a health insurance claims analysis. *BMC Public Health*. 2025;25(1):273.
14. Bastien M, Poirier P, Lemieux I, Després JP. Overview of epidemiology and contribution of obesity to cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2014;56(4):369–81.
15. Golay A, Ybarra J. Link between obesity and type 2 diabetes. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2005;19(4):649–63.
16. Ruze R, Liu T, Zou X, Song J, Chen Y, Xu R, u. a. Obesity and type 2 diabetes mellitus: connections in epidemiology, pathogenesis, and treatments. *Front Endocrinol*. 2023;14:1161521.
17. De Pergola G, Silvestris F. Obesity as a major risk factor for cancer. *J Obes*. 2013;2013(1):291546.
18. Wolin KY, Carson K, Colditz GA. Obesity and cancer. *The oncologist*. 2010;15(6):556–65.
19. Sattar N, Sattar LJ, McInnes IB, Siebert S, Ferguson LD. Obesity substantially impacts rheumatic and musculoskeletal diseases: time to act. *Ann Rheum Dis*. 2025;
20. Holanda N, Crispim N, Carlos I, Moura T, Nóbrega E, Bandeira F. Musculoskeletal effects of obesity and bariatric surgery – a narrative review. *Arch Endocrinol Metab*. 16. November 2022;66(5):621–32.
21. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2010;171(2):135–54.
22. Svärd A, Lahti J, Mänty M, Roos E, Rahkonen O, Lahelma E, u. a. Weight change among normal weight, overweight and obese employees and subsequent diagnosis-specific sickness absence: a register-linked follow-up study. *Scand J Public Health*. 2020;48(2):155–63.

23. Rindler GA, Gries A, Freidl W. Associations between overweight, obesity, and mental health: a retrospective study among European adults aged 50+. *Front Public Health*. 2023;11:1206283.
24. Effertz T, Engel S, Verheyen F, Linder R. The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *Eur J Health Econ*. 2016;17(9):1141–58.
25. Andreyeva T, Sturm R, Ringel JS. Moderate and severe obesity have large differences in health care costs. *Obes Res*. 2004;12(12):1936–43.
26. Cecchini M. Use of healthcare services and expenditure in the US in 2025: The effect of obesity and morbid obesity. *PLoS One*. 2018;13(11):e0206703.
27. Altunkaya J, Piernas C, Pouwels KB, Jebb SA, Clarke P, Astbury NM, u. a. Associations between BMI and hospital resource use in patients hospitalised for COVID-19 in England: a community-based cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2024;12(7):462–71.
28. Destri K, Henriques AR, Mendonça N, Alves J, Barcelos A, Dias SS, u. a. Hospitalization costs in Portugal among people with obesity: results from a nationwide population-based cohort 2011 to 2021. *Front Public Health*. 2024;12:1380690.
29. OECD. *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*. Paris: OECD Publishing; 2019. (OECD Health Policy Studies).
30. Borges M, Sampaio F, Costa J, Freitas P, Matias Dias C, Gaio V, u. a. Burden of Disease and Cost of Illness of Overweight and Obesity in Portugal. *Obes Facts*. 5. November 2024;1–14.
31. Reitzinger S, Czypionka T. Low-, moderate-, and high-risk obesity in association with cost drivers, costs over the lifecycle, and life expectancy. *BMC Public Health*. 2024;24(1):2069.
32. Dietrich H, Hebebrand J, Reissner V. The bidirectional relationship of obesity and labor market status-Findings from a German prospective panel study. *Int J Obes*. 2022;46(7):1295–303.
33. Dee A, Kearns K, O'Neill C, Sharp L, Staines A, O'Dwyer V, u. a. The direct and indirect costs of both overweight and obesity: a systematic review. *BMC Res Notes*. 2014;7:1–9.
34. Viinikainen J, Böckerman P, Pehkonen J. Economic costs of obesity in Europe. In: *International Handbook of the Demography of Obesity*. Springer; 2022. S. 39–55.

35. Hecker J, Freijer K, Hiligsmann M, Evers SMAA. Burden of disease study of overweight and obesity; the societal impact in terms of cost-of-illness and health-related quality of life. *BMC Public Health*. 7. Jänner 2022;22(1):46.
36. Eisenberg S, Czypionka T, Reitzinger S. The impact of overweight and different classes of obesity on absenteeism from work across 30 European countries: an analysis of EHIS 3 microdata. forthcoming.
37. Amiri S, Behnezhad S. Body mass index and risk of sick leave: a systematic review and meta-analysis. *Clin Obes*. 2019;9(6):e12334.
38. Neovius K, Johansson K, Kark M, Neovius M. Obesity status and sick leave: a systematic review. *Obes Rev*. 2009;10(1):17–27.
39. Van Duijvenbode D, Hoozemans M, Van Poppel M, Proper K. The relationship between overweight and obesity, and sick leave: a systematic review. *Int J Obes*. 2009;33(8):807–16.
40. Morris S. The impact of obesity on employment. *Labour Econ*. 2007;14(3):413–33.
41. Averett SL. Obesity and labor market outcomes. *IZA World Labor*. 2019;
42. Garcia J, Quintana-Domeque C. Obesity, employment and wages in Europe. In: *The economics of obesity*. Emerald Group Publishing Limited; 2006. S. 187–217.
43. Lundborg P, Bolin K, Höjgård S, Lindgren B. Obesity and occupational attainment among the 50+ of Europe. In: *The Economics of Obesity*. Emerald Group Publishing Limited; 2006. S. 219–51.
44. Feigl AB, Goryakin Y, Devaux M, Lerouge A, Vuik S, Cecchini M. The short-term effect of BMI, alcohol use, and related chronic conditions on labour market outcomes: a time-lag panel analysis utilizing European SHARE dataset. *PLoS One*. 2019;14(3):e0211940.
45. Atella V, Pace N, Vuri D. Are employers discriminating with respect to weight?: European Evidence using Quantile Regression. *Econ Hum Biol*. 2008;6(3):305–29.
46. Brunello G, d’Hombres B. Does body weight affect wages?: Evidence from Europe. *Econ Hum Biol*. 2007;5(1):1–19.
47. Bustillo AL, Eguigurems DMO, Melendez WRB, Chirinos KAM. Relationship between low school performance and obesity in adolescents: An article review. *World J Nutr Health*. 2016;4(1):10–5.

48. Donnelly JE, Hillman CH, Castelli D, Etnier JL, Lee S, Tomporowski P, u. a. Physical Activity, Fitness, Cognitive Function, and Academic Achievement in Children: A Systematic Review. *Med Sci Sports Exerc.* Juni 2016;48(6):1197–222.
49. Hjorth MF, Sørensen LB, Andersen R, Dyssegaard CB, Ritz C, Tetens I, u. a. Normal weight children have higher cognitive performance–Independent of physical activity, sleep, and diet. *Physiol Behav.* 2016;165:398–404.
50. Valenzuela PL, Pinto-Escalona T, Lucia A, Martínez-de-Quel Ó. Academic performance and psychosocial functioning in European schoolchildren: The role of cardiorespiratory fitness and weight status. *Pediatr Obes.* 2022;17(2):e12850.
51. Anekwe CV, Jarrell AR, Townsend MJ, Gaudier GI, Hiserodt JM, Stanford FC. Socioeconomics of obesity. *Curr Obes Rep.* 2020;9:272–9.
52. Zhang Q, Wang Y. Trends in the association between obesity and socioeconomic status in US adults: 1971 to 2000. *Obes Res.* 2004;12(10):1622–32.
53. Boehmer T, Hoehner C, Deshpande A, Brennan Ramirez L, Brownson RC. Perceived and observed neighborhood indicators of obesity among urban adults. *Int J Obes.* 2007;31(6):968–77.
54. Burdette AM, Hill TD. An examination of processes linking perceived neighborhood disorder and obesity. *Soc Sci Med.* 2008;67(1):38–46.
55. Burdette HL, Wadden TA, Whitaker RC. Neighborhood safety, collective efficacy, and obesity in women with young children. *Obesity.* 2006;14(3):518–25.
56. Johnson III JA, Johnson AM. Urban-rural differences in childhood and adolescent obesity in the United States: a systematic review and meta-analysis. *Child Obes.* 2015;11(3):233–41.
57. Larson NI, Story MT, Nelson MC. Neighborhood environments: disparities in access to healthy foods in the US. *Am J Prev Med.* 2009;36(1):74–81.
58. Sallis JF, Glanz K. Physical activity and food environments: solutions to the obesity epidemic. *Milbank Q.* 2009;87(1):123–54.
59. Chari R, Warsh J, Ketterer T, Hossain J, Sharif I. Association between health literacy and child and adolescent obesity. *Patient Educ Couns.* 2014;94(1):61–6.
60. Chrissini MK, Panagiotakos DB. Health literacy as a determinant of childhood and adult obesity: a systematic review. *Int J Adolesc Med Health.* 2021;33(3):9–39.

61. Shih SF, Liu CH, Liao LL, Osborne RH. Health literacy and the determinants of obesity: a population-based survey of sixth grade school children in Taiwan. *BMC Public Health*. 2016;16:1–8.
62. Assari S, Cobb S, Najand B, Zare H, Sonnega A. Race, educational attainment, and sustained high body mass index over 24 years of follow-up in middle-aged and older adults. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2024;11(2):1097–105.
63. Cohen AK, Rai M, Rehkopf DH, Abrams B. Educational attainment and obesity: a systematic review. *Obes Rev*. 2013;14(12):989–1005.
64. Witkam R, Gwinnutt JM, Humphreys J, Gandrup J, Cooper R, Verstappen SM. Do associations between education and obesity vary depending on the measure of obesity used? A systematic literature review and meta-analysis. *SSM-Popul Health*. 2021;15:100884.
65. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*. 2015;16(4):319–26.
66. Puhl RM, Brownell KD. Bias, discrimination and obesity. *Health Hum Rights Chang World*. 2013;581–606.
67. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*. 2009;17(5):941.
68. Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res*. 2003;11(9):1033–9.
69. Organization WH, others. Avoidable Mortality, Risk Factors and Policies for Tackling Noncommunicable Diseases–Leveraging Data for Impact. 2025;
70. Armocida B, Klepp KI, Onder G, Farrington JL, Granlund L, Takki M, u. a. Advancing Europe’s non-communicable diseases agenda through cross-national collaboration: translating WHO-Europe findings into actionable strategies. *Lancet Reg Heal*. 2025;
71. European Commission. White Paper on: A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues [Internet]. 2007 [zitiert 22. Mai 2025]. Verfügbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:EN:PDF>
72. Burridge K, Christensen SM, Golden A, Ingersoll AB, Tondt J, Bays HE. Obesity history, physical exam, laboratory, body composition, and energy expenditure: an Obesity Medicine Association (OMA) Clinical Practice Statement (CPS) 2022. *Obes Pillars*. 2022;1:100007.

73. Alexander L, Christensen SM, Richardson L, Ingersoll AB, Burrridge K, Golden A, u. a. Nutrition and physical activity: an obesity medicine association (OMA) clinical practice statement 2022. *Obes Pillars*. 2022;1:100005.
74. Wharton S, Lau DC, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, u. a. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *Cmaj*. 2020;192(31):E875–91.
75. Christensen S, Nelson C. Chronicity of obesity and the importance of early treatment to reduce cardiometabolic risk and improve body composition. *Obes Pillars*. 2025;100175.
76. Lau Y, Chee DGH, Chow XP, Cheng LJ, Wong SN. Personalised eHealth interventions in adults with overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Prev Med*. 2020;132:106001.
77. Reilly-Harrington NA, Himes SM, Lauretti-Robbins J, Sogg S. One Size Does Not Fit All: Special Considerations for Behavioral Health Providers Treating Patients Using GLP-1RA Medications for Obesity. *Cogn Behav Pract*. 2025;
78. World Health Organization. Health service delivery framework for prevention and management of obesity. World Health Organization; 2023.
79. Rudolf M, Perera R, Swanston D, Burberry J, Roberts K, Jebb S. Observational analysis of disparities in obesity in children in the UK: Has Leeds bucked the trend? *Pediatr Obes*. 2019;14(9):e12529.
80. Borys JM, Le Bodo Y, Jebb SA, Seidell J, Summerbell C, Richard D, u. a. EPODE approach for childhood obesity prevention: methods, progress and international development. *Obes Rev*. 2012;13(4):299–315.
81. Kobes A, Kretschmer T, Timmerman MC. Prevalence of overweight among Dutch primary school children living in JOGG and non-JOGG areas. *Plos One*. 2021;16(12):e0261406.
82. Chouinard H, Davis D, Lafrance J, Perloff J. Effects of a fat tax on dairy products. *Univ Calif Berkeley Dep Agric Resour Econ Policy CUDARE Work Pap Ser*. 1. Jänner 2005;
83. Kuchler F, Tegene A, Harris JM. Taxing snack foods: Manipulating diet quality or financing information programs? *Appl Econ Perspect Policy*. 2005;27(1):4–20.
84. Mytton OT, Clarke D, Rayner M. Taxing unhealthy food and drinks to improve health. *Bmj*. 2012;344.
85. Ruff RR, Zhen C. Estimating the effects of a calorie-based sugar-sweetened beverage tax on weight and obesity in New York City adults using dynamic loss models. *Ann Epidemiol*. 2015;25(5):350–7.

86. World Health Organization. Health Taxes 3 by 35 Initiative [Internet]. 2025 [zitiert 21. Jänner 2026]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/initiatives/3-by-35>
87. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Connery L, Alves B, u. a. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *N Engl J Med*. 2022;387(3):205–16.
88. Wilding JP, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Van Gaal LF, Lingvay I, u. a. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N Engl J Med*. 2021;384(11):989–1002.
89. Weiskirchen R, Lonardo A. How ‘miracle’ weight-loss semaglutide promises to change medicine but can we afford the expense? *Br J Pharmacol*. April 2025;182(8):1651–70.
90. Chuang MH, Chen JY, Wang HY, Jiang ZH, Wu VC. Clinical outcomes of tirzepatide or GLP-1 receptor agonists in individuals with type 2 diabetes. *JAMA Netw Open*. 2024;7(8):e2427258–e2427258.
91. Reitzinger S, Czypionka T. Effects from treating moderate-to high-risk obesity patients with anti-obesity medication from a societal perspective. *Sci Rep*. 2025;15(1):12959.
92. Comerford R. Unemployed could get weight loss jabs to return to work. 15. Oktober 2024 [zitiert 21. Jänner 2026]; Verfügbar unter: <https://www.bbc.com/news/articles/cjd54zd0ezjo>
93. Health Innovation Manchester. Project Delivered in Collaboration with Health Innovation Manchester and Eli Lilly Reimagining Obesity Care Pathways in Greater Manchester Integrated Care System [Internet]. 2024 [zitiert 21. Jänner 2026]. Verfügbar unter: https://healthinnovationmanchester.com/wp-content/uploads/2024/11/UK_Obesity_ManchesterReimaginingLandscapeFinalReport_July24_PP-MG-GB-0569.pdf
94. Hasselbalch RB, Andrea MK, Nolsøe CV, Hindborg M, Yazdanfard PDW, Sørensen KK, u. a. Association between socioeconomic factors and semaglutide use for weight loss: a population-based cross-sectional study in Denmark. *Lancet Reg Health - Eur*. September 2025;56:101398.
95. Jensterle M, Ferjan S, Janez A. The maintenance of long-term weight loss after semaglutide withdrawal in obese women with PCOS treated with metformin: a 2-year observational study. *Front Endocrinol*. 11. April 2024;15:1366940.

Autoren

Thomas Czypionka, Siegfried Eisenberg, Eva Raschhofer

Titel

Adipositas und der Arbeitsmarkt: Beschäftigung, Krankschreibungen und politische Maßnahmen

Kontakt

T +43 1 59991 127

E czypionk@ihs.ac.at

Institut für Höhere Studien (IHS)

Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien

T +43 1 59991-0

www.ihs.ac.at

ZVR: 066207973