Versorgungsökonomie: Kostenrisiken und Kriterienmodelle

Zwischen Lifestyle und Leitlinie: die Rolle von GLP-1-Analoga in der GKV-Versorgung bei Adipositas

GLP-1-Analoga wie Wegovy und Co. versprechen nicht nur massive Gewichtsreduktion, sondern auch präventive Effekte bei Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Alzheimer. Dennoch lehnen die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) sowie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Deutschland bislang eine Kostenübernahme ab, insbesondere mit Verweis auf hohe Therapiekosten, fehlende Langzeitdaten und die Einordnung als „Lifestyle-Medikament". Gleichzeitig wächst der politische Druck: Teile der FDP forderten bereits eine Indikationserweiterung, während die GKV vor einer Kostenexplosion und Betrugsrisiken warnt. Der Artikel beleuchtet die Frontlinien dieser Debatte, ordnet medizinische Chancen und wirtschaftliche Risiken ein und analysiert, ob Deutschland vor einer Neuausrichtung in der Adipositasversorgung steht.

>> Sie heißen Ozempic, Wegovy, Mounjaro oder Saxenda: die neuen GLP-1-Analoga haben es aus der Diabetologie in die Schlagzeilen geschafft. Was einst als Therapieoption für Diabetes Typ 2 galt, wird heute von Hollywood-Stars und TikTok-Influencer:innen als Wundermittel zur Gewichtsreduktion gefeiert. Doch hinter der medialen Welle verbirgt sich ein hochrelevantes medizinisches und gesundheitspolitisches Thema: Dürfen oder sollen gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) die Kosten für GLP-1-Analoga übernehmen, auch bei Menschen ohne Diabetes? Während einige Mediziner:innen in der Adipositasbehandlung mit GLP-1-Rezeptoragonisten eine Revolution sehen, warnen Kritiker:innen vor einer Medikalisierung des Lebensstils und einer Überlastung des Gesundheitssystems.

Was leisten Abnehmspritzen wirklich? Eine Betrachtung von Wirksamkeit und Risiken

Die gesundheitspolitische Bedeutung von Adipositas ist aufgrund schwerwiegender Komorbiditäten erheblich (1). Laut Blüher sind aktuell 13 Prozent der Gesamtsterblichkeit in Europa auf Übergewicht und Adipositas zurückzuführen (2). Die Verbreitung von Adipositas in der Bevölkerung stellt das Versorgungssystem daher zunehmend vor neue Herausforderungen. Während innerhalb der letzten 40 Jahre die Anzahl adipöser Kinder und Jugendlicher weltweit von elf Millionen im Jahr 1975 auf 124 Millionen im Jahr 2016 angestiegen ist (3), wächst der zunehmende Druck auf Politik und Medizin, ein tragfähiges und nachhaltiges Konzept zur Bekämpfung von Adipositas zu entwickeln. Doch liefert die Abnehmspritze als universelle Versorgungslösung tatsächlich die Antwort zur Bekämpfung von Adipositas in der Gesellschaft?

GLP-1-Analoga (Glucagon-like Peptide-1-Rezeptoragonisten) gehören zu den innovativsten Medikamenten der letzten Dekade. Hinter dieser Bezeichnung verbergen sich Wirkstoffe wie Semaglutid, Tirzepatid oder Liraglutid, die das körpereigene Hormon GLP-1 nachahmen – ein zentrales Hormon im Glukose- und Energiestoffwechsel. Durch ihre GLP-1-ähnliche Wirkung senken die Wirkstoffe den Blutzuckerspiegel und verlangsamen die Magenentleerung. Zusätzlich erhöht Semaglutid die Kontrolle über das Essverhalten, reduziert die Vorliebe für fetthaltige Nahrungsmittel sowie die Häufigkeit von Heißhungerattacken, was in der Folge eine erhebliche Gewichtsabnahme bewirken kann (4). Im Detail führt laut der SELECT-Studie die Applikation von Semaglutid bei übergewichtigen oder adipösen Patient:innen (2,4 mg wöchentlich) nach 33 Monaten zu einer Reduzierung des Körpergewichts um rund 15 Prozent. Das Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall oder kardiovaskulären Tod kann bei Patient:innen mit bestehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch die Behandlung mit Semaglutid außerdem um 20 Prozent gesenkt werden (5).

Die Therapietreue (Adhärenz) liegt jedoch in der Versorgungsrealität nach zwölf beziehungsweise 36 Monaten lediglich bei 65 Prozent beziehungsweise bei 50 Prozent (6). Da aufgrund des bekannten Jo-Jo-Effekts eine lebenslange Medikation notwendig ist, könnte die Adhärenz in Zukunft eine entscheidende Rolle in der langfristigen Wirksamkeit der Therapie einnehmen (7). Als Grund für die schwache Adhärenz werden unter anderem Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen und Durchfall gesehen.

Während die kurzfristige Wirksamkeit der GLP-1-Analoga gut dokumentiert ist, fehlen weiterhin belastbare Daten zur Sicherheit und Effektivität bei mehrjähriger Einnahme, insbesondere bei Menschen ohne Diabetes. Zwar sind schwere Nebenwirkungen selten, doch potenziell schwerwiegend: Die Substanzen stehen in Verdacht, bei entsprechender Prädisposition das Risiko für Schilddrüsenkarzinome zu erhöhen (8). Auch Einzelfälle von akuter Optikusneuropathie (NAION) (9) wurden dokumentiert. Um den Nutzen der Abnehmspritze daher abschließend bewerten zu können, müssen klinische Langzeitstudien vorangetrieben und die Ergebnisse umfassend analysiert werden.

Ableitend aus den Ergebnissen vorliegender Studien sind Abnehmspritzen aktuell grundsätzlich als ein neues, vielversprechendes Arzneimittel zur Therapie von Adipositas einzustufen. Doch warum werden die Kosten der Therapie dann nicht übernommen? Kann sich unser Solidarsystem die Abnehmspritze nicht leisten?

Status quo der Kostenübernahme in Deutschland

Derzeit übernehmen die GKV in Deutschland die Kosten für GLP-1-Analoga ausschließlich bei zugelassener Indikation zur Behandlung von Diabetes Typ 2, nicht aber bei Adipositas. Der rechtliche Hintergrund der Kostenübernahme ergibt sich durch das

Wirtschaftlichkeitsgebot: Die GKV ist nach § 12 SGB V verpflichtet, Leistungen zu erbringen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das „Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (10).

Die Unterschiede beruhen auf den gesetzlichen Rahmenbedingungen und Bewertungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und die Krankenkassen. Diabetes gilt als „vollwertige chronische Krankheit“ mit hohem Versorgungsanspruch. Adipositas dagegen wird in Deutschland zwar medizinisch als Krankheit anerkannt, jedoch nicht systematisch als behandlungsbedürftig eingestuft, wenn keine Folgeerkrankung vorliegt. GLP-1-Analoga gelten hier derzeit als nicht erstattungsfähige Lifestyle-Medikamente zur reinen Gewichtsreduktion, trotz hoher Evidenz für Prävention (11).

Was könnte die Abnehmspritze in Zukunft kosten?

Die gesetzlichen Krankenkassen warnen vor den möglichen Kosten einer flächendeckenden Erstattung von GLP-1-Analoga zur Behandlung der Adipositas. Der AOK-Bundesverband rechnet mit Kosten von bis zu 45,8 Milliarden Euro pro Jahr (12). Doch wie hoch wären die Ausgaben tatsächlich und wie lassen sie sich ins Verhältnis zu den gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsausgaben setzen, die aktuell durch die GKV für Arzneimittel verausgabt werden?

Die Prävalenz der Adipositas (BMI $\geq$ 30 kg/m^2) unter Erwachsenen liegt in Deutschland laut der GEDA-Studie bei 19 Prozent (13). Analysen der BARMER zeigen, dass der Anteil der Adipositaserkrankten mit einem manifesten Diabetes Typ 2 bei rund 35 Prozent liegt (14). Diese Personen haben bereits heute Anspruch auf eine Kostenübernahme ihrer GLP-1-Therapie. Laut aktuellen Berechnungen liegt der Wirkstoffpreismix im Jahr 2027 für eine GLP-1-Therapie bei 2.747 Euro pro Jahr (15).

Aufbauend auf dieser Studienlage können erste Schätzungen zu zukünftigen Kostenentwicklungen bei der Übernahme von GLP-1-Therapien bei Personen mit Adipositas ohne Diabetes durch die GKV gemacht werden:

Zusammenfassend sind die zukünftigen Kosten maßgeblich von der gesetzlichen Festlegung, bei welchem Schweregrad von Adipositas Patient:innen welchen Leistungsumfang in Anspruch nehmen können, sowie

Anzahl der Patient:innen mit Adipositas nach Ausprägungsgrad				
Behandlungsprävalenz	**Personen mit Adipositas Grad 1 ohne Diabetes**	**Personen mit Adipositas Grad 2 ohne Diabetes**	**Personen mit Adipositas Grad 3 ohne Diabetes**	**Personen mit Adipositas ohne Diabetes gesamt**
Patientenzahl	6.435.000	1.950.000	877.750	9.262.750
15%	965.250	292.500	131.663	1.389.413
35%	2.252.250	682.500	307.213	3.241.963
50%	3.217.500	975.000	438.875	4.631.375
65%	5.182.750	1.267.500	570.538	6.020.788
75%	4826.250	1.462.500	658.313	6.947.063

Tab. 1: Anzahl der Patient:innen mit Adipositas nach Ausprägungsgrad (16). Eigene Darstellung.

der Behandlungsprävalenz von GLP-1-Agonisten in Deutschland abhängig. Die zu erwartenden jährlichen Kosten bei einer nicht differenzierten Übernahme liegen demnach abhängig von der Behandlungsprävalenz zwischen 3,82 Milliarden Euro (15% Behandlungsprävalenz) und 19,09 Milliarden Euro (75% Behandlungsprävalenz).

Stellt man die prognostizierten Ausgaben in Relation zu den von der GKV für Arzneimittel verausgabten Mitteln in Höhe von rund 55 Milliarden Euro pro Jahr (17), ist festzustellen, dass eine allgemeine Kostenübernahme von GLP-1-Therapien die GKV vor eine weitere, gigantische finanzielle Herausforderung stellen könnte.

Daher ist bereits aus finanzieller Perspektive anzunehmen, dass uns die Abnehmspritze allein auch in Zukunft nicht vor der stark ansteigenden Adipositasprävalenz retten kann. Vielmehr braucht es ein ganzheitliches Konzept, das mit der Verknüpfung pharmakologischen Fortschritts und präventiven Lebensstilanpassungen effektive und tragfähige Antworten auf eine sich zuspitzende gesundheitspolitische Herausforderung findet.

Von der Pharmakologie zur Prävention: ein integratives Modell für die GKV

Die Diskussion über eine mögliche Kostenübernahme von GLP-1-Analoga zur Behandlung der Adipositas spaltet derzeit Fachwelt, Politik und Gesellschaft. Es geht um Versorgungsgerechtigkeit, Systemfinanzierung und gesellschaftliche Verantwortung. Während die einen in einer möglichen Kostenübernahme einen Meilenstein für die öffentliche Gesundheit sehen, warnen andere vor ausufernden Kosten und der Medikalisierung von Lebensstilproblemen.

Die aktuelle Studienlage zeigt, dass durch die Abnehmspritze bemerkenswerte Fortschritte im Kampf gegen Adipositas erzielt werden konnten. Dennoch gilt es, die Entwicklung der Adipositasprävalenz nicht lediglich durch eine flächendeckende Verschreibung von Abnehmspritzen beantworten zu wollen. Dieser Ansatz ist nicht allein aus ökonomischen Gründen kritisch zu hinterfragen, sondern würde zugleich jegliche Bemühungen zur notwendigen Lebensstilanpassung konterkarieren.

Anders formuliert muss der Ursprung der stark zunehmenden Adipositasprävalenz gezielt betrachtet und mit passenden Maßnahmen im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie nachhaltig fokussiert werden (18). Die Veränderung der Nahrungsmittelmärkte, die ständige Verfügbarkeit energiedichter, zucker- und fettreicher Lebensmittel sowie der erhebliche Bewegungsmangel im Alltag (19) können nicht nur mit pharmakologischen Mitteln beseitigt werden.

Auf Grundlage der aktuellen Studienlage ist daher vielmehr ein stufenweises Voraussetzungsmodell zu empfehlen, das die Lebensstilanpassung der betroffenen Personen mithilfe evidenzbasierter Präventionsprogramme fördert und zugleich den Zugriff auf die unterstützenden Potenziale der Abnehmspritze ermöglicht.

Die Stufen des Voraussetzungsmodells sind wie folgt definiert:

- Patient:innen mit Adipositas Grad 1 (BMI 30–34,9 kg/m^2): Eine Kostenübernahme für GLP-1-Analoga erfolgt nur dann, wenn zusätzlich gewichtsbedingte Begleiterkrankungen vorliegen, z. B. Bluthochdruck, Dyslipidämie, Prädiabetes oder kardiovaskuläre Risikofaktoren. Voraussetzung ist zudem die regelmäßige Teilnahme an Präventionskursen sowie eine nachweis.

Zitationshinweis

Nürnberg, V., Boenninghausen, N., Blau, K.: „Zwischen Lifestyle und Leitlinie: die Rolle von GLP-1-Analoga in der GKV-Versorgung bei Adipositas", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/26), S. 58–60. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2797

liche Steigerung körperlicher Aktivität über mindestens zwölf Monate. Wenn der Gewichtsverlust nach Ablauf des Jahres unter fünf Prozent beträgt, kann ab Beginn des Folgejahres die medikamentöse Therapie übernommen werden. Die fortlaufende Teilnahme an Präventionskursen wird vorausgesetzt.

- Patient:innen mit Adipositas Grad 2 (BMI 35–39,9 kg/m²): Voraussetzung ist die regelmäßige Teilnahme an Präventionskursen und die Steigerung körperlicher Aktivitäten über mindestens sechs Monate. Bei einem Gewichtsverlust von unter zwei Prozent wird ab Beginn des zweiten Halbjahres die GLP-1-Therapie übernommen. Auch hier wird die fortlaufende Teilnahme an Präventionsmaßnahmen vorausgesetzt.
- Patient:innen mit Adipositas Grad 3 (BMI ≥ 40 kg/m²): Die GLP-1-Therapie wird bei Vorliegen dieses Schweregrads übernommen. Die regelmäßige Teilnahme an Präventionskursen ist weiterhin Voraussetzung für die Kostenübernahme.

In Anlehnung an den vom G-BA definierten Leistungsanspruch auf Arzneimittel zur Tabakentwöhnung (20) sollten Menschen mit Adipositas zukünftig im Rahmen des skizzierten Voraussetzungsmodells Anspruch auf eine Übernahme erlangen.

Das stufenweise Voraussetzungsmodell soll dabei die Relevanz von Lebensstilanpassungen priorisieren und bei Bedarf eine unterstützende pharmakologische Alternative sichern. Unter Berücksichtigung der skizzierten Kostenanalyse und der massiv zunehmenden Adipositasprävalenz (21) ist jedoch darauf hinzuweisen, dass ohne ein gesellschaftliches Umdenken und einen starken Fokus auf Prävention im Gesundheits- und Bildungswesen entsprechende Kostenübernahmen zukünftig nicht tragfähig bleiben. <<

von:
Prof. Dr. phil. Volker Nürnberg[1]
(ORCID 0000-0001-9855-7752)
Noah Boenninghausen MSc[2]
(ORCID 0009-0005-3046-7554)
Dr. rer. nat. Kai Blau[3]
(ORCID 0009-0006-7193-2771)

1: Professor für Betriebswirtschaftslehre und Head of Healthcare bei BearingPoint
2: Senior Business Analyst und Teil des Healthcare Teams bei BearingPoint
3: Molekularbiologe und Analyst mit Schwerpunkt auf Biotechnologie, Arzneimittelentwicklung und Pharmatrends, Plattform blaubiologie.de

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Literatur

1: Marc. Y. Donath, Neue medikamentöse Therapien der Adipositas, 2025.
2: Matthias Blüher, Adipositas, 2024; Diabetologie
3: Georgy S. Levit, Karl Porges, Gesunde Ernährung in deutschen Biologieschulbüchern. Von der historischen Quellenanalyse zum kritischen Zwischenruf, 2022.
4: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10316/2024-03-21_AM-RL-II_Semaglutid_TrG.pdf
5: Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes, The New England Journal of Medicine, 2023
6: Nikolaus Schmitt, Danny Wende, Abnehmspritzen: Pharmakologischer Erfolg und ökonomisches GKV-Risiko, Versorgungsanalyse und Ausgabenprognose zu GLP-1-Agonisten, 2025
7: Studie: So gut wirken Abnehmspritzen tatsächlich - science.ORF.at
8: Aktuelle Studie: Erhöhtes Risiko für Schilddrüsenkrebs durch Diabetes- und Abnehmmittel GLP-1-RA! | Deutsches Schilddrüsenzentrum
9: Jimena Tatiana Hathaway, MD, MPH et al., Risk of Nonarteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy in Patients Prescribed Semaglutide, 2024.
10: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__12.html
11: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10316/2024-03-21_AM-RL-II_Semaglutid_TrG.pdf
12: https://www.aok.de/pp/gg/update/debatte-um-erstattung-von-abnehmspritzen-aok-warnt-vor-hohen-kosten/
13: Anja Schienkiewitz et al., Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS, 2022.
14: Nikolaus Schmitt, Danny Wende, Abnehmspritzen: Pharmakologischer Erfolg und ökonomisches GKV-Risiko, Versorgungsanalyse und Ausgabenprognose zu GLP-1-Agonisten, 2025
15: Nikolaus Schmitt, Danny Wende, Abnehmspritzen: Pharmakologischer Erfolg und ökonomisches GKV-Risiko, Versorgungsanalyse und Ausgabenprognose zu GLP-1-Agonisten, 2025
16: Nikolaus Schmitt, Danny Wende, Abnehmspritzen: Pharmakologischer Erfolg und ökonomisches GKV-Risiko, Versorgungsanalyse und Ausgabenprognose zu GLP-1-Agonisten, 2025
17: Daten zum Gesundheitswesen: Arzneimittel
18: World Health Organisation, WHO Regional Obesity Report, 2022
19: World Health Organisation, WHO Regional Obesity Report, 2022
20: https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1256/
21: Matthias Blüher, Adipositas, 2024; Diabetologie

RWD: Wunsch und Wirklichkeit

>> Die Einbindung von Real-World-Daten (RWD) und die daraus resultierende Real-World-Evidence (RWE) gewinnen in der Arzneimittelregulierung und der frühen Nutzenbewertung (HTA) zunehmend an Bedeutung. Während randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) weiterhin als Goldstandard gelten, bietet RWE die Möglichkeit, Erkenntnisse über Patientengruppen zu gewinnen, die in klinischen Studien oft unterrepräsentiert sind, wie etwa Kinder, ältere Menschen oder Personen mit seltenen Erkrankungen. Eine aktuelle, EU-weite Befragung im Rahmen des EU-Projekts Real4Reg zeigt jedoch, dass trotz einer hohen Erwartungshaltung für die Zukunft die routinemäßige Implementierung derzeit noch vor erheblichen Herausforderungen steht.

Die Studienergebnisse, veröffentlicht durch eine Studiengruppe um Frank Lucas Depner und Martin Russek (1) belegen, dass eine deutliche Mehrheit der Stakeholder aus Behörden und Industrie (75,4%) sowie fast die gesamte akademische Gemeinschaft (97,2%) RWD/RWE eine hohe Bedeutung für künftige regulatorische Entscheidungen beimisst. Dennoch ist die aktuelle Nutzung in der Praxis oft noch auf den Zeitraum nach der Marktzulassung beschränkt, beispielsweise für Sicherheitsanalysen (69,6%) oder zur Kontextualisierung von Krankheiten (71,1%). In der pharmazeutischen Industrie ist die Nutzungsrate mit 83,3% bereits deutlich höher als in Zulassungsbehörden (35,2%) oder HTA-Stellen (44,4%).

Die größten Hindernisse für eine breitere Anwendung sind dabei vor allem technischer und systemischer Natur. An erster Stelle steht die Datenqualität, die von 89,3% der erfahrenen Nutzer als Hürde genannt wird, gefolgt vom erschwerten Datenzugang (62,5%) und mangelnder Standardisierung der Datenkodierung (57,1%). Zudem beklagen Industrievertreter das Fehlen harmonisierter regulatorischer Leitlinien und einen gewissen kulturellen Widerstand gegenüber neuen Methoden.

Um das Potenzial von RWE voll auszuschöpfen, empfehlen die Autor:innen der Studie eine Harmonisierung der Leitlinien, den Ausbau einer zugänglichen Dateninfrastruktur (wie dem European Health Data Space) sowie verstärkte Bildungsinitiativen für alle beteiligten Akteur:innen. <<

Link: https://doi.org/10.1111/cts.70454