



„Prävention und evidenzb
Behandlung sind eine Inve

Im Titelinterview (li.): Prof. Dr. Philipp Wild (Klinische Epidemiologie an der Universitätsmedizin Mainz) und Dr. Alexander Horn (Geschäftsführer von Lilly Deutschland)

In Deutschland gilt Adipositas offiziell als chronische Erkrankung. Doch im Behandlungszimmer, im Sozialgesetzbuch und in den Köpfen vieler Menschen ist diese Erkenntnis noch nicht angekommen. Die Kluft zwischen dem, was medizinisch heute schon möglich ist, und dem, was bei den Patient:innen tatsächlich ankommt, ist riesig. Wie schließen wir diese Lücke? Prof. Dr. Philipp Wild, einer der führenden Köpfe im Zukunftscluster curATime, und Dr. Alexander Horn, Geschäftsführer von Lilly Deutschland und Initiator der Plattform „Blickwechsel Stoffwechsel“, haben sich an einen Tisch gesetzt, um dieses wichtige Thema voranzubringen.

>> Die Kluft zwischen dem, was medizinisch heute schon möglich ist, und dem, was bei den Patient:innen ankommt, ist riesig. Auf der einen Seite steht die Vision einer Präzisionsmedizin, die mithilfe Künstlicher Intelligenz individuelle Krankheitsmechanismen erkennt; auf der anderen Seite eine Realität, in der effektive und hoch innovative Therapien als „Lifestyle-Medikamente" abgetan werden und strukturierte Behandlungsprogramme im bürokratischen Dickicht stecken bleiben. Die Gretchenfrage: Wie schließen wir diese Lücke?

Wild: Deutschland gehört zu den Ländern mit einer sehr hohen Adipositas-Prävalenz, und wir sehen weltweit, dass diese Erkrankung stark zunimmt. Gleichzeitig führen neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu einem grundlegenden Perspektivwechsel: Die Erkrankung ist nicht einfach durch individuelles Verhalten allein geprägt. Sie ist ein komplexes Zusammenspiel einer erblichen Veranlagung und einer „obesogenen" Umwelt – also Lebensbedingungen, die ihre Entstehung begünstigen. Das hat mit Ernährung und Bewegungsmangel zu tun, aber auch mit Stress, sozioökonomischen Faktoren oder medizinischen Ursachen. Entscheidend ist der individuelle Kontext: Diese Vielschichtigkeit erklärt, warum Verlauf und Ausprägung der Erkrankung von Mensch zu Mensch so unterschiedlich sind.

Die Forschung betrachtet zudem Adipositas heute weit über den simplen Body-Mass-Index, kurz BMI, hinaus.

basierte estition"

Beipsielsweise nutzen Wissenschaftler:innen im Forschungscluster curA-Time riesige Datenmengen aus Kohortenstudien wie der Gutenberg-Gesundheitsstudie, um sogenannte Endotypen zu identifizieren – Untergruppen der Erkrankung, die jeweils eine spezifische Behandlung benötigen.

Wild: Richtig. Man muss individuell diese Faktoren erfassen und aufgreifen. Wir sortieren das in zwei Bereiche: den medizinisch-molekularen Bereich – also Genetik, Stoffwechsel, Entzündungslevel – und das Exposom, also alles, dem der Mensch ausgesetzt ist.

Nehmen wir doch ein Beispiel.

Wild: Wenn wir Therapien haben, die das Sättigungsgefühl nachhaltig sicherstellen – und die gibt es bereits! –, ist das ein erfolgreiches Konzept. Aber wenn Menschen von Kindheit an gelernt haben, Essen als Belohnung oder Beruhigungsmittel einzusetzen – gewohnheitsmäßig, auch ohne Hungergefühl –, dann reicht das nicht aus. Stresshormone wie Cortisol führen zu Anspannung und steigern das Hungergefühl. Die reine Senkung des Appetits reicht dann nicht; man muss Therapien kombinieren. Genau daran arbeiten wir: mit Künstlicher Intelligenz Signaturen zu identifizieren, die uns vorhersagen, welche Intervention bei wem wirken wird oder auch warum sie nicht wirken kann.

„Die Literatur zeigt klar, dass viel zu viele Ärztinnen und Ärzte noch die Grundvorstellung haben, dass Adipositas eine Frage des Willens ist. Diese Ansicht ist falsch und längst überholt."

Prof. Dr. Philipp Wild, Klinische Epidemiologie an der Universitätsmedizin Mainz

Die beste Wissenschaft nützt doch nichts, wenn sie nicht bei den Betroffenen ankommt. Hier scheint das Kernproblem der Versorgung zu liegen: Adipositas wird oft gar nicht als Krankheit behandelt. Darum kämpfen Sie, Dr. Alexander Horn, mit der Initiative „Blickwechsel Stoffwechsel" genau gegen diese Unterversorgung, die immer noch zu häufig auf Unwissen und Fehleinschätzungen basiert.

Horn: Wir sehen leider gerade in Deutschland – auch im internationalen Vergleich – noch sehr verbreitet, dass fast mehr als 60 Prozent der Ärzt:innen in der Diskussion mit Patient:innen sagen: „Essen Sie weniger, dann nehmen Sie auch ab." Doch das wird der chronischen Erkrankung nicht gerecht, weil sie ein sehr vielschichtiges Problem darstellt. Es geht damit los, dass bei vielen Ärzt:innen Adipositas immer noch als Lifestylethema gesehen und nicht als chronische Erkrankung anerkannt wird. Die Konsequenz ist: Die Diagnose wird oft gar nicht gestellt, dementsprechend wird auch keine leitliniengerechte Therapie initiiert. Das Stigma beschränkt sich dabei aber nicht auf zu kurz greifende Empfehlungen oder verletzende Kommentare: Es ist tief in den Strukturen unseres Gesundheitswesens verankert. Wer schwer an Adipositas erkrankt ist, stößt auf Hürden, die bei anderen Volkskrankheiten wie Diabetes oder Bluthochdruck undenkbar wären.

Wild: Stigmatisierung geht sehr, sehr weit. Sie betrifft nicht nur das soziale Miteinander, sondern ganz konkret auch die medizinische Behandlung. Denken Sie an Behandlungstische, die im Gewicht beschränkt sind, oder aber auch Sitzmöglichkeiten im öffentlichen Bereich, die für stark betroffene Menschen nicht geeignet sind. Aber auch in den Köpfen der Behandelnden existieren noch Hürden: Die Literatur zeigt klar, dass viel zu viele Ärztinnen und Ärzte noch die Grundvorstellung haben, dass Adipositas eine Frage des Willens ist. Diese Ansicht ist falsch und längst überholt. Hier besteht noch enormer Handlungsbedarf. Wir haben noch viel Aufklärungsarbeit vor uns, um Stigmatisierung abzubauen und eine angemessene Versorgung zu gewährleisten.

Zwei strukturelle Probleme scheinen derzeit massiv den Fortschritt zu blockieren: das stockende Disease-Management-Programm (DMP) und der umstrittene Paragraph 34 im Sozialgesetzbuch V. Während die Politik auf dem Papier Handlungsfähigkeit demonstriert, sieht die Realität in den Bundesländern anders aus. Wie sehen Sie das?

Horn: Das Disease-Management-Programm Adipositas wurde von der Bundesregierung und der Selbstverwaltung auf den Weg gebracht und besteht schon seit mehr als zwölf Monaten. Das ist an sich eine gute Sache. Doch ist das DMP Adipositas leider bislang in keinem einzigen Bundesland effektiv umgesetzt worden.

Woran liegt das?

Wild: Das strukturelle Problem ist klar zu benennen: Das DMP existiert auf Bundesebene zwar formal, muss aber auf Länderebene zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen konkret verhandelt werden – und hier hakt es gewaltig. Noch gravierender wirkt sicher der sogenannte „Lifestyleparagraf" 34 im SGB V. Er schließt Medikamente zur Gewichtsregulierung pauschal von der Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen aus – ein Relikt aus einer Zeit, in der auch starkes Übergewicht als reine Privatangelegenheit galt.

„Adipositas ist leider die einzige chronische Erkrankung, bei der wirksame Therapien von der Erstattung ausgeschlossen sind – unabhängig von medizinischer Notwendigkeit und den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen."
Dr. Alexander Horn, Geschäftsführer von Lilly Deutschland

Horn: Der Paragraph 34 trägt enorm zur Stigmatisierung bei. Adipositas ist leider die einzige chronische Erkrankung, bei der wirksame Therapien von der Erstattung ausgeschlossen sind – unabhängig von medizinischer Notwendigkeit und den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Wir halten das für ungerecht den Patient:innen gegenüber, aber auch medizinisch und gesundheitspolitisch für sehr kurzsichtig. Deshalb plädieren wir dafür, diesen Paragrafen zumindest für bestimmte, besonders betroffene Patientengruppen zu öffnen. Entscheidend ist: Es geht nicht um Lifestylefinanzierung, sondern um die Versorgung einer chronischen Erkrankung mit erheblichen Folge- und Systemkosten.

Eine weitere Hürde in der Versorgung ist sicher die „Boulevardisierung" rund um das Thema „Abnehmspritzen". Außerdem treibt die mediale Hype-Berichterstattung eine gefährliche Entwicklung voran: den Schwarzmarkt.

Horn: Wir wehren uns gegen den Begriff „Abnehmspritze", da er den Leidensdruck bagatellisiert. Unsere Medikamente sind für Menschen mit gesichert diagnostizierter Adipositas gedacht. Es geht um eine ernste chronische Krankheit. Ein anderes Problem ist der Handel mit Fälschungen dieser Medikamente – egal von welchem Hersteller – in unseriösen Internetkanälen, oft weil die Kosten derzeit nicht erstattet werden. Jede Therapie muss zwingend ärztlich begleitet werden, um Nebenwirkungen zu überwachen und zu verhindern.

Genau hier liegt eine kritische Schnittstelle in der Versorgungskette: Eine qualifizierte ärztliche Begleitung setzt doch gerade voraus, dass die Behandelnden die Krankheit überhaupt verstehen. Wenn Adipositas in der Praxis aber weiterhin als Charakterschwäche statt als Stoffwechselstörung betrachtet wird, laufen selbst die besten Therapieprogramme ins Leere.

Wild: Das ist leider so. Darum reicht es möglicherweise auch nicht, nur ein DMP Adipositas einzuführen. Wir müssen noch deutlich mehr Aufklärung in der Ärzteschaft leisten. Und gleichzeitig müssen wir auch über die Vergütungsstrukturen sprechen: Die „sprechende Medizin", die notwendig ist, um die komplexe individuelle Situation von Patientinnen und Patienten zu erfassen und daraus ein Therapiekonzept abzuleiten, ist schlecht vergütet. Auch hier ist eine grundlegende Überarbeitung überfällig.

Die Diskussion um die Kosten neuer Therapien wird oft verkürzt geführt und ignorieren dabei die gigantischen Kosten des Nicht-Handelns. Erst kürzlich im Januar 2026 forderte die Leopoldina in einem Policy Brief vehement ein Umdenken. Die Nationale Akademie der Wissenschaften beziffert die volkswirtschaftlichen Kosten der Adipositas in Deutschland auf rund 113 Milliarden Euro pro Jahr.

Horn: Das entspricht etwa 2,6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Das ist viel, viel Geld, das man weit besser einsetzen könnte. Doch mir geht es vor allem um einen Paradigmenwechsel: weg von der Finanzierung und Verwaltung von Krankheiten hin zur Erhaltung von Gesundheit. Aktuell fließen etwa 6.000 Euro pro Versichertem in die Behandlung – also in die reine Reparaturmedizin –, aber nur 10 Euro in die Prävention. Das ist ein Missverhältnis, das wir nur lösen werden, wenn wir endlich Prävention und die richtige evidenzbasierte Behandlung als Investition sehen.

Es sollte doch längst absolut klar sein: Wer eine Krankheit – und Adipositas ist nun einmal eine davon – nicht behandelt, wird zwangsläufig eine Lawine an schweren Begleiterkrankungen auslösen, die das Gesundheitssystem auf Jahrzehnte belastet.

Wild: Die Adipositas ist die Grundlage für eine Vielzahl von schweren Folgeerkrankungen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, Gicht, Atemwegserkrankungen, Arthrose bis hin zur Demenz. Es gibt kaum ein Organsystem, das nicht betroffen ist. Wenn wir an diesem Punkt ansetzen und die Grunderkrankung konsequent therapieren, könnten wir einen erheblichen Teil dieser schweren Folgen verhindern.

Genau hier scheint das deutsche System fast reflexartig zu blockieren: Der regulatorische Rahmen des AMNOG schaut lege artis nur auf die kurzfristigen Arzneimittelkosten der nächsten zwölf Monate und ignoriert damit die langfristigen Einsparungen etwa durch verhinderte Herzinfarkte oder Diabetesfälle und vieles anderes mehr.

Horn: Darum müssen wir endlich eine mittel- bis langfristige Gesamtkostenbetrachtung über Sektoren- und auch Sozialgesetzbuchgrenzen hinweg durchführen, anstatt nur isoliert auf die Kos. ten im ersten Jahr zu schauen. Wir treten dafür ein, dass man die Prävention dieser Komorbiditäten dreifach angehen muss: Natürlich brauchen wir eine stärkere Eigenverantwortung mit besserer Ernährung und Bewegung. Aber wir sind fest überzeugt, dass das allein bei einer chronischen Erkrankung oft nicht ausreicht. Wir plädieren dafür, parallel hoch innovative Medikamente einzusetzen, die beim Gewichtsverlust signifikant helfen und für die meisten Betroffenen die Lebensstilanpassungen überhaupt erst ermöglichen.

Was meinen Sie: Wann ist die Präzisionsmedizin in der Regelversorgung angekommen? Wo stehen wir in zehn Jahren?

Wild: Aus medizinischer Sicht erwarte ich, dass wir signifikante Veränderungen bei den adipositasbedingten Folgeerkrankungen sehen. Die Anzahl an Fehltagen bei Erwerbstätigen durch diese Folgeerkrankungen wird zurückgehen. Wir werden eine differen-

Zitationshinweis

Wild, P., Horn, A., Roski, R., Stegmaier, P.: „Prävention und evidenzbasierte Behandlung sind eine Investition", in „Monitor Versorgungsforschung" (02/26), S. 32–35. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2820

zierte Behandlung haben – nicht „one fits all", sondern maßgeschneidert für verschiedene Menschengruppen. Das wird die Lebensqualität und die Lebenserwartung der Betroffenen fundamental verbessern. Als Präventivmediziner bin ich zwar vorsichtig mit dem Versprechen, dass wir am Ende wirklich Kosten sparen werden – denn in einem längeren Leben treten andere Erkrankungen auf. Aber insbesondere bei der Erwerbsbevölkerung erwarte ich signifikante gesundheitliche und gesellschaftliche Verbesserungen.

Horn: Und ich würde mir wünschen, dass 100 Prozent der deutschen Ärzteschaft Adipositas als chronische Erkrankung anerkennt und mit der nötigen Empathie Gespräche führt. Das würde enorm zur Entstigmatisierung beitragen. Ich erwarte, dass Adipositas für eine bestimmte Patientengruppe erstattungsfähig wird, damit sie endlich als das anerkannt wird, was sie ist: eine Krankheit. Und zuletzt würde ich eine signifikante Verbesserung bei den enormen Kosten der Folgeerkrankungen erwarten. Weniger Schlaganfälle, weniger Herzinfarkte, weniger Diabetes – weil wir die Wurzel des Übels, die Adipositas, endlich in den Griff bekommen haben.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur:

Leopoldina (2026): Strategien zur Prävention und Therapie der Adipositas. Policy Brief in der Reihe Leopoldina Fokus. Veröffentlicht am 21. Januar 2026.

Robert Koch-Institut (RKI)/Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Heft 16: Übergewicht und Adipositas.

Wiesner, J. (2009): Die Check-up-Untersuchung übergewichtiger Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis. Dissertation, FU Berlin (Belege für Hausärztliche Beratungsmuster).

IFB Adipositas Erkrankungen (2016): Wissenslücken und Vorurteile bei Ärzten beeinflussen Adipositas-Therapie. Studie der Universitätsmedizin Leipzig.





Univ.-Prof. Dr. med. Philipp Wild

ist Professor für Klinische Epidemiologie an der Universitätsmedizin Mainz. Er leitet die Abteilung für Präventive Kardiologie sowie den Bereich Klinische Epidemiologie und Systemmedizin. Er koordiniert die renommierte Gutenberg-Gesundheitsstudie und ist Forschungsleiter des Zukunftsclusters curATime. Sein Forschungsschwerpunkt liegt auf der Entwicklung personalisierter Präventionsstrategien für Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen durch die Verbindung von molekularer Medizin, Big Data und KI.

Dr. Alexander Horn

ist promovierter Biologe (Universität Würzburg). Er ist seit Juni 2023 Geschäftsführer von Lilly Deutschland und verantwortet auch das Geschäft in Österreich und der Schweiz. Seit über 20 Jahren im Unternehmen, durchlief er zwölf Jahre internationale Führungspositionen in den USA und Japan, unter anderem in der Onkologie und im globalen Marketing.
Mit der Initiative „Blickwechsel Stoffwechsel" treibt er die Entstigmatisierung und Versorgungsgerechtigkeit bei Adipositas voran.

Die Initiative „Blickwechsel Stoffwechsel"

Mit der Initiative „Blickwechsel Stoffwechsel" hat Lilly Deutschland eine Plattform geschaffen, um alle Akteure im Gesundheitswesen an einen Tisch zu bringen: Ärzt:innen, Wissenschaftler:innen, Patientenorganisationen und Politik. Das Ziel: ein radikaler Perspektivwechsel. Adipositas soll entstigmatisiert und als das behandelt werden, was sie ist – eine chronische, behandlungsbedürftige Erkrankung. Die Initiative fordert unter anderem eine bessere Ausbildung der Ärzteschaft, den Abbau rechtlicher Hürden und einen Fokus auf die Prävention von Folgeerkrankungen.

curATime – die Zukunft der Präzisionsmedizin

Der Zukunftscluster curATime (Curating Accurate Time for Medicine), gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), zielt darauf ab, präventionsorientierte Ansätze für Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen zu revolutionieren. Durch die Verknüpfung biomolekularer Daten mit Umweltfaktoren und den Einsatz Künstlicher Intelligenz sollen individuelle Krankheitsmechanismen entschlüsselt werden. Ziel ist es, den richtigen Zeitpunkt und die richtige Art der Intervention für jeden Patienten vorherzusagen, um Stoffwechselerkrankungen wie Adipositas gezielter zu behandeln.