

Gastbeitrag zu Semaglutid

„Wunderspritze zur Gewichtsabnahme“ stellt Ärztinnen und Ärzte vor Dilemma

Zur Gewichtsreduktion gibt es neue hochwirksame Arzneien: Semaglutid steht derzeit besonders im medialen Fokus. In der Arztpraxis müssen wir uns künftig entscheiden: Soll ich Wünschen nach Privatrezepten dafür nachgeben?



Ein Gastbeitrag von [Prof. Dr. Stephan Martin](#)

Veröffentlicht: 26.06.2023, 12:00 Uhr



Einmal wöchentliche Injektion mit einem Pen: Für Selbstzahler entsprechen die Therapiekosten von Semaglutid noch nicht einmal dem Wert von täglich 10 Zigaretten. © Inna / stock.adobe.com

Es vergeht kein Tag, an dem Publikumsmedien nicht über die Lieferengpässe der „Wunderspritze zur Gewichtsabnahme“ berichten. Es handelt sich dabei

um das Präparat Ozempic® mit dem Wirkstoff Semaglutid. Dieses ist zur Therapie bei Typ-2-Diabetes zugelassen. Ein anderes Präparat mit demselben Wirkstoff (Handelsname Wegovy®) ist zur Therapie bei Adipositas zugelassen. Dieses ist etwas höher dosiert und in den USA bereits auf dem Markt. In Deutschland wird es aber noch nicht angeboten.

Der Hype um Semaglutid wurde durch Veröffentlichungen von Prominenten in sozialen Medien ausgelöst, die ihre Gewichtsabnahme mit dem Wirkstoff publik gemacht haben. Es wurde sogar der Begriff des „Ozempic-Face“ kreiert. Dieses zeigt die Folgen der schnellen Gewichtsabnahme im Gesicht: Es sieht eingefallen und schlaff aus und stellt die ästhetische Chirurgie vor neue Herausforderungen.

Die Nachfrage ist groß: In Deutschland wurde Ozempic® offenbar in den letzten Monaten Übergewichtigen „Off Label“ auf Privatrezepten zur Gewichtsabnahme verschrieben. Dies hat zu Lieferengpässen geführt; einige Menschen mit Typ-2-Diabetes haben ihr Dauermedikament daher nicht bekommen.

Allein die Ärzteschaft anzuprangern ist unfair!

Am 5. April hat deshalb der Beirat des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in einer Erklärung verordnet, dass die Abgabe von GLP-1-Agonisten auf „Nicht-GKV-Rezepten bzw. -Verordnungen im ambulanten Bereich ab sofort nur noch unter Angabe einer zugelassenen Indikation erfolgen darf.“

Die Lieferengpässe von Ozempic® allein der Ärzteschaft in die Schuhe zu schieben ist unfair. Es ist ein offenes Geheimnis, dass auch der Pharma-Großhandel seine Finger im Spiel hat. Offenbar wird eine Gesetzeslücke ausgenutzt und für Deutschland vorgesehene Ozempic® ins Ausland verkauft, weil dort höhere Preise erzielt werden können. Im Internet wird das für Menschen mit Typ-2-Diabetes benötigte Medikament zudem über internationale Versandapotheken sowie Online-Sprechstunden oder andere obskure Praktiken zum Kauf ohne Rezept angeboten.

Auch die Publikumsmedien sind mitverantwortlich für die Lieferengpässe, wenn sie berichten „da gibt es eine Wunderspritze, die Dir ganz einfach hilft, deutlich Gewicht abzunehmen“. Dem Hersteller Novo Nordisk wird so ein kostenloses und umfassendes Marketing beschert: Fast jeder Mensch in Deutschland hat schon von der Wunderspritze gehört. Das Unternehmen hat nun seine Produktionskapazitäten erhöht, und es wird in Kürze auch in Deutschland das gegen Adipositas zugelassene Wegovy® auf den Markt bringen. Die schwierige Situation bei Typ-2-Diabetes wird sich also entspannen.

Bisher ließ sich mit geringer Wirksamkeit argumentieren

Wir klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte werden die mediale Aufmerksamkeit über die „Wunderspritze“ künftig ausbaden müssen. Jeder von uns muss sich die Frage stellen, wie er künftig mit dem Wunsch für ein Wegovy®-Privatrezept umgehen soll. Bei früheren Medikamenten zur Gewichtsabnahme konnte man mit der relativ geringen Wirksamkeit sowie den Risiken und Nebenwirkungen argumentieren. Bei Semaglutid und anderen Arzneien aus dieser Wirkstoffgruppe gelingt das nicht so einfach. Die klinischen Studien haben für Semaglutid Gewichtsabnahmen von mehr als 10 Prozent gezeigt. Das bereits bei Typ-2-Diabetes zugelassene Tirzepatid scheint sogar fast 20 Prozent zu erreichen.

Bei den Nebenwirkungen gibt es nach den Studiendaten auch keine wesentlichen Bedenken. Semaglutid hat in Endpunktstudien bei Menschen mit Typ-2-Diabetes sogar einen kardiovaskulären Schutz gezeigt. Es bleiben gastrointestinale Nebenwirkungen, die vielleicht sogar die Gewichtsabnahme begünstigen, sowie die Gefahr von Gallensteinen. Das Argument, dass die Gewichtsabnahme nur so lange anhält, wie man das Medikament spritzt, wird auch nur wenige abschrecken.

Was also tun, wenn gesagt wird: „Ich zahle es doch selbst?“ Die Kosten für die Behandlung mit Semaglutid von etwas weniger als 100 Euro pro Monat (auf Basis des Ozempic®-Abgabepreises) klingen im ersten Moment vielleicht hoch. Doch pro Tag gerechnet entspricht das nicht mal dem Wert von 10 Zigaretten! Der Wunsch nach einer Gewichtsabnahme ist groß. So ergab laut Statista eine repräsentative Umfrage von 2021, dass in Deutschland 8,2 Millionen erwachsene Menschen die Frage „Ich wäre wirklich froh, wenn ich etwas abnehmen könnte“ mit „trifft voll und ganz zu“ beantworteten, weitere 23 Millionen antworteten „trifft zu“ oder „trifft meist zu“.

Hilfen zum Abnehmen sind ein Milliardengeschäft

Übergewicht und Adipositas sind ein Milliardengeschäft, von dem viele profitieren und daher nicht an Lösungen interessiert sind. Die Lebensmittelindustrie suggeriert mit Kalorien-reduzierten Produkten, die meist etwas teurer sind, dass man damit abnehmen kann. Dazu gehören etwa Limonaden mit künstlichen Süßstoffen oder Zuckerersatzstoffen. Diese sind aber zum Abnehmen nicht geeignet, betont inzwischen sogar die WHO. Die Bedeutung von Kalorien bei der Gewichtsreduktion muss überdacht werden: Man kann sogar mit täglich über 3.500 kcal in einer Atkinsdiät sehr effektiv Gewicht abnehmen.

Die Fitnessindustrie wiederum wirbt damit, dass man mit intensiven und Energie-verbrauchenden sportlichen Aktivitäten sein Idealgewicht erreichen könne. Hier gibt es viele aktuelle wissenschaftliche Belege, die dagegen sprechen:

Speziell bei Adipositas führt vermehrter Sport zu einer Reduktion des Grundumsatzes. Dies bedingt, dass Betroffene kein oder nur wenig Gewicht verlieren und dadurch eher frustriert als motiviert werden.

Fehlanreize im GKV-System

Und sogar Krankenkassen profitieren von Adipositas. Ein Beispiel: Schafft es ein Mensch mit Insulin-behandeltem Typ-2-Diabetes, mittels radikaler Gewichtsabnahme die Insulintherapie zu beenden, verliert seine Krankenkasse 2.200 Euro aus dem Risikostrukturausgleich. Und wenn der Betroffene dann sogar in eine klinische Remission kommt und aus dem DMP Typ-2-Diabetes ausscheidet, dann gehen der Krankenkasse weitere Ausgleichsmittel verloren.

Dass Krankenkassen hier am Status quo interessiert sind, zeigt ein weiteres Beispiel: Unser multimodales Gewichtsabnahmeprogramm, dessen Wirksamkeit wir in einer randomisierten kontrollierten Studie geprüft und anschließend in einem renommierten wissenschaftlichen Journal publiziert haben ([Nutrients. 2020; 12: 3004](#)), erfuhr durch die Zentrale Prüfstelle Prävention der Krankenkassen eine Ablehnung.

Die Begründung: Es handele sich bei der Ernährungsumstellung um einen Low-Carb-Ansatz ohne Kalorienrestriktion, und es fehle ein intensives Sportprogramm. Interessanterweise lag die wissenschaftlich nachgewiesene Gewichtsabnahme unseres Programms nach einem Jahr bei 8 bis 9 kg und damit im Bereich von Semaglutid.

Vielleicht wäre es fairer, die Rezeptpflicht aufzuheben

Aber kommen wir wieder zurück auf die Bitte nach dem Privatrezept. Im Interesse einer „Patientenbindung“ werden viele Ärztinnen und Ärzte keine Lust auf lange Diskussionen haben. Sie werden vorkonfigurierte Privatrezepte erstellen, in die nur noch der Name des Übergewichtigen eingetragen werden muss. Denn so kann man vielleicht die Betroffenen von unlauteren Angeboten im Internet bewahren. Vielleicht wäre es uns Ärzten und Ärztinnen gegenüber fairer, würde man die Rezeptpflicht für diese Medikamente aufheben und nicht uns wieder mal die Verantwortung in die Schuhe schieben.

Professor Stephan Martin ist Chefarzt für Diabetologie und Direktor des Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrums (WDGZ) in Düsseldorf.