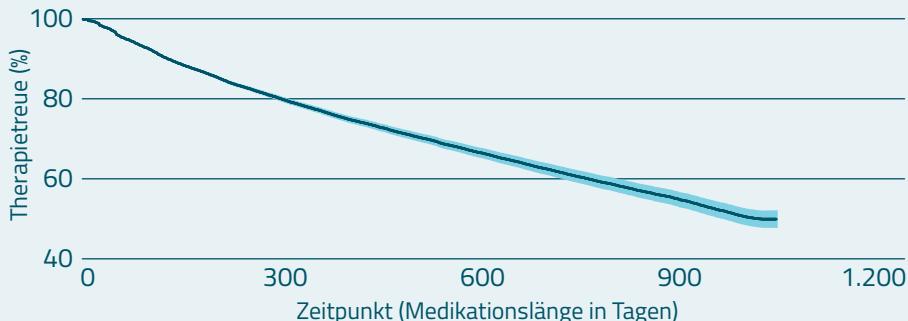


Abb. 1: Anteil therapietreuer Patientinnen und Patienten in Abhängigkeit der Zeit seit Erstverordnung der Abnehmspritze



Therapietreue

- Die Therapietreue sinkt im ersten Jahr der Therapie sehr stark und sinkt auch anschließend weiter.
- Nur ca. die Hälfte der Patientinnen und Patienten ist langfristig therapietreu.

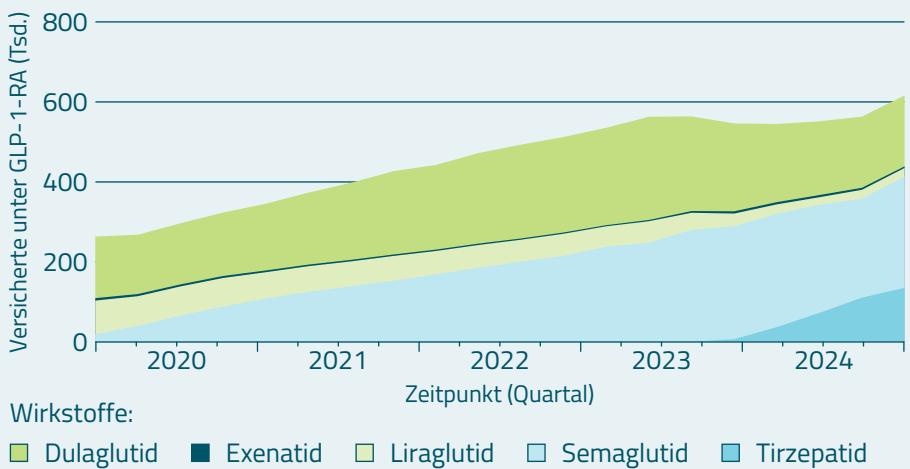
Quelle: BARMER-Daten (hochgerechnet auf die GKV)

Patientenzahlen



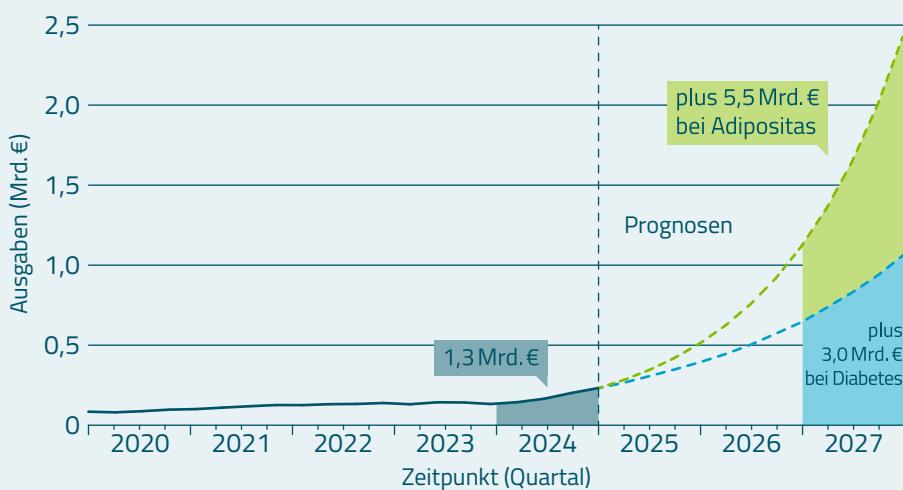
- Die Anzahl der Patientinnen und Patienten wächst annähernd konstant. Semaglutid und Dulaglutid beherrschten lange den Markt.
- Seit 2024 werden Patientinnen und Patienten zunehmend auf Tizepatid eingestellt.

Abb. 2: GKV-Versicherte mit mind. einer Abnehmspritzen-Verordnung pro Jahr (nach Wirkstoff, 2020–2024)



Quelle: BARMER-Daten (hochgerechnet auf die GKV)

Abb. 3: Ausgaben der GKV für Abnehmspritzen – Entwicklung bis 2024 und Prognose 2025–2027



Kostenausblick

- Für die Indikation Diabetes werden zu den 1,3 Mrd. € Ausgaben für Abnehmspritzen im Jahr 2024 bis Ende 2027 weitere 3 Mrd. € jährlich erwartet.
- Bei Erweiterung der Indikation auf Adipositas werden zusätzliche Ausgaben von 5,5 Mrd. € erwartet, sodass sich die jährlichen Kosten für die Abnehmspritzen auf bis zu 10 Mrd. € summieren könnten.

Quelle: BARMER-Daten (hochgerechnet auf die GKV)

Abnehmspritzen

Pharmakologischer Erfolg und ökonomisches GKV-Risiko – Versorgungsanalyse und Ausgabenprognose zu GLP-1-Agonisten

Hintergrund

„Abnehmspritze“ ist die medial verbreitete Bezeichnung für Medikamente mit Glucagon-like Peptide-1-Rezeptor-Agonisten (GLP-1-RA). Dabei handelt es sich um blutzuckersenkende Antidiabetika, die die Insulinausschüttung stimulieren, die Magenentleerung verlangsamen und somit das Sättigungsgefühl steigern. Das ermöglicht einen verbesserten Abnehmererfolg. Randomisiert-kontrollierte Studien bescheinigen GLP-1-RA eine gute Wirksamkeit (Marsö et al., 2016). Aufgrund von Nebenwirkungen (Durchfall, Übelkeit und Erbrechen [sehr häufig] bis zu Bauchspeicheldrüsenentzündungen [sehr selten]) gibt es jedoch Hinweise, dass im tatsächlichen Versorgungsgeschehen eine geringe Therapietreue vorherrscht und ein Jo-Jo-Effekt eintritt (Weiss et al., 2022). Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt die Behandlung ausschließlich bei Diabetes, da ein alleiniger Gewichtsverlust als Lifestyle-Medikation nicht übernommen werden darf (s. § 34 SGB V). Eine Ausweitung der Leistungspflicht auf Adipositas wird derzeit politisch diskutiert. Das bifg untersucht die Therapietreue und den Behandlungserfolg der GLP-1-RA-Therapie und leitet die Versorgungskosten ab.

Methode

Es wurden alle Verschreibungen für GLP-1-RA, Metformin und Insulin für Versicherte der BARMER zwischen dem 01.01.2020 und dem 31.12.2024 betrachtet. Hieraus wurden die Therapie- und Abbruchpfade (Proportion of Days Covered, PDC; Kaplan-Meier-Schätzer) abgeleitet. Der Behandlungserfolg wurde anhand eines veränderten Insulinbedarfs ermittelt. Die Kosten für die Versorgung ergaben sich aus einer Hochrechnung der Preise nach Lauer-Taxe.

Ergebnisse

Etwa 16 % der Patientinnen und Patienten brachen die Therapie bereits nach der ersten Anwendung wieder ab. Weitere 20 % bzw. 33 % brachen die Therapie innerhalb von 12 bzw. 24 Monaten ab (vgl. Abb. 1). Bei Therapietreue von mind. 3 Jahren konnte eine durchschnittliche Reduktion des Insulinbedarfs um 15,7 % beobachtet werden. Bei 14,7 % dieser Personen war im Laufe der Therapie sogar eine vollständige Absetzung von künstlichem Insulin möglich. Bei einer Therapietreue von unter einem

Jahr (36 % der Patientinnen und Patienten) konnte keine Reduktion des Insulinbedarfs im Vergleich zum Ausgangsniveau beobachtet werden. Die Zahl der Personen, die mit GLP-1-RA behandelt wurden, stieg in der GKV von ca. 260.000 im Jahr 2020 auf 550.000 im Jahr 2024 an (vgl. Abb. 2). Die Therapiekosten stiegen im gleichen Zeitraum von 356 Mio. € auf 780 Mio. €, bei Jahrestherapiekosten von 800 bis 1.200 €. Neue GLP-1-RA mit Therapiekosten bis zu 6.000 €, ein erwarteter Anstieg von Menschen mit Typ-2-Diabetes um ca. 500.000 jährlich sowie eine weitere Verbreitung von GLP-1-RA führen in einer Hochrechnung bis zum Jahr 2027 zu erwarteten Mehrausgaben von ca. 3,0 Mrd. €. Wird die Kostenübernahme zusätzlich auf Adipositas erweitert, sind weitere Ausgaben von 5,5 Mrd. € zu erwarten (vgl. Abb. 3).

Diskussion und Implikationen

„Abnehmspritzen“ sind zwar wirksam, aber nicht nebenwirkungsfrei. Entsprechend hoch sind die Abbruchraten der Therapie, und der Jo-Jo-Effekt schmälert den Therapieerfolg stark. Diese Therapieabbrüche stellen ein zentrales Problem der GLP-1-RA-Medikamente dar. In Preisverhandlungen werden sie jedoch nicht berücksichtigt. Jahrestherapiekosten von bis zu 6.000 € sind angesichts des möglichen Nutzens der Therapie schwer nachvollziehbar und führen zu erheblichen Mehrbelastungen der Beitragzahlenden. Wiederkehrende Preisverhandlungen nach Markteinführung sind daher erstrebenswert, um Erkenntnisse aus der realen Versorgung in die Nutzenbewertung von Medikamenten einfließen zu lassen. Würde die Leistungspflicht von GLP-1-RA auf Adipositas ausgeweitet, wären zusätzlich Beitragsanpassungen von 0,6 Prozentpunkten zu erwarten, wodurch die nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems gefährdet würde. Gerade die GLP-1-RA mit ihren hohen Abbruchquoten zeugen von einer Lebensstilentscheidung, deren Finanzierung nicht Aufgabe des solidarischen Gesundheitssystems sein sollte.



Quellenangaben

Marsö et al. (2016). Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. In: *The New England Journal of Medicine*, 375 (19). S. 1834–1844. doi.org/10.1056/NEJMoa1607141 (Download am 9. Mai 2025)

Weiss et al. (2022). Real-world weight change, adherence, and discontinuation among patients with type 2 diabetes initiating glucagon-like peptide-1 receptor agonists in the UK. In: *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 10 (1). doi.org/10.1136/bmjdrc-2021-002517 (Download am 9. Mai 2025)

Link zum Paper: https://www.bifg.de/media/dl/gesundheitswesen-aktuell/2025/gwa-2025_schmitt.pdf

DOI: 10.30433/FSGSF.2025.001