



12.08.2026

Transkript

„Verkaufsstart der „Abnehmtabletten“ – Chancen, Risiken und offene Fragen der Forschung“

Expertinnen und Experten auf dem Podium

- ▶ **Prof. Dr. Stefan Huster**
Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie sowie Direktor des Instituts für Sozial- und Gesundheitsrecht, Ruhr-Universität Bochum
- ▶ **Dr. Nina Meyer**
Leiterin des Ernährungsteams und der Endokrinologie am interdisziplinären Adipositaszentrum, Medizinische Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin
- ▶ **Prof. Dr. Hans Hauner**
Ehemaliger Direktor und Seniorprofessur für Ernährungsmedizin, Else-Kröner-Fresenius-Zentrums für Ernährungsmedizin, Technische Universität München (TUM)
- ▶ **Louisa Trippe**
Volontärin im Ressort für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany und Moderatorin dieser Veranstaltung

Mitschnitt

- ▶ Einen Audio- und Videomitschnitt finden Sie unter:
<https://sciencemediacenter.de/angebote/verkaufsstart-der-abnehmtabletten--chancen-risiken-und-offene-fragen-der-forschung-26190>



Transkript

Moderatorin [00:00:00]

Herzlich willkommen zum Press Briefing des Science Media Centers zum Thema "Verkaufsstart der Abnehmtabletten". Wir wollen heute über Chancen, Risiken und offene Fragen der Forschung sprechen. Mein Name ist Louisa Trippe. Ich arbeite hier beim Science Media Center im Ressort für Medizin und Lebenswissenschaften. Schön, dass Sie alle da sind. Ich bin heute hier nicht alleine. Mit mir auf dem Panel sind noch drei Expert:innen, die ich schon mal recht herzlich begrüßen möchte. Ich stelle sie aber auch gleich natürlich im Detail kurz vor. Unser Thema heute sind die Abnehmtabletten, die es in Kürze auch auf dem deutschen Markt geben soll. Den Anfang macht jetzt der Wirkstoff Semaglutid, der ja bereits in Form der Abnehmspritze schon seit einiger Zeit als Abnehmmedikament zugelassen und verfügbar ist. Bei diesen Medikamenten handelt es sich die sogenannten GLP-1 Rezeptoragonisten. Und die Semaglutid-Tablette, über die wir heute sprechen, wurde nun im Juli von der EU-Kommission für Erwachsene mit Adipositas oder Übergewicht und mindestens einer weiteren Begleiterkrankung zugelassen. Sie ist verschreibungspflichtig und muss von den Patient:innen jeden Tag eingenommen werden. Und sie soll jetzt eben im Laufe des dritten Quartals erhältlich sein. Heute wollen wir das einmal zum Anlass nehmen und über die Veränderungen sprechen, die die orale Einnahmeform der GLP-1 Rezeptoragonisten in der Behandlung von Adipositas und Übergewicht mit sich bringen. Wir möchten über Nebenwirkungen und Langzeitfolgen sprechen, aber auch die möglichen positiven Behandlungseffekte über Adipositas hinaus beleuchten. Und wir möchten über die gesetzlichen Erstattungsmöglichkeiten derlei Medikamente diskutieren. Es soll natürlich auch Platz für Ihre Fragen sein, liebe Journalistinnen und Journalisten. Nutzen Sie dafür bitte das Frage-und-Antwort-Tool, das Zoom bereitstellt. Bitte nicht in den Chat schreiben. Und wenn Sie dort eine Frage sehen, die Sie ebenfalls interessant finden, können Sie diese auch gerne mit einem Daumen hoch bewerten. Dann sehen wir eben, dass sich mehrere Leute für diese Frage interessieren. Nach dem Press Briefing stellen wir Ihnen so schnell es geht eine Audio- und Videodatei sowie ein maschinell erstelltes Transkript zur Verfügung. Die Links dazu finden Sie in der Erinnerungsmail, die wir Ihnen heute Morgen vor der Veranstaltung zugesendet haben. Und morgen im Laufe des Tags erhalten Sie dann noch ein redaktionell überarbeitetes Transkript. So, nun aber zu unseren Expert:innen. Ich darf recht herzlich begrüßen, zum einen Frau Dr. Nina Meyer. Sie ist Fachärztin für Innere Medizin und Leiterin des Ernährungsteams und der Endokrinologie am interdisziplinären Adipositaszentrum an der Charité in Berlin. Hallo Frau Meyer.

Nina Meyer [00:02:29]

Hallo, schön, dass ich hier sein darf.

Moderatorin [00:02:31]

Dann Herr Professor Dr. Stefan Huster. Er ist Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie, sowie Direktor des Instituts für Sozial- und Gesundheitsrecht an der Juristischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum. Schön, dass Sie heute hier sind, Herr Huster.

Stefan Huster [00:02:47]

Guten Tag.



Moderatorin [00:02:50]

Und der Dritte in der Runde ist Professor Dr. Hans Hauner. Er ist Direktor des Else-Kröner-Fresenius-Zentrums für Ernährungsmedizin an der Technischen Universität München. Hallo Herr Hauner.

Hans Hauner [00:03:02]

Hallo, ich bin aber jetzt schon im Ruhestand, also Seniorprofessor korrekterweise.

Moderatorin [00:03:05]

Okay.

Hans Hauner [00:03:06]

Vielen Dank.

Moderatorin [00:03:07]

Genau, herzlich willkommen noch mal an Sie alle. Ich freue mich, dass Sie heute dabei sind, um unsere Fragen zu beantworten. Ich würde jetzt mit ein paar Eingangsfragen an die Expert:innen starten und dann natürlich auch gerne weitere Fragen von Ihnen, liebe Journalist:innen. Wie gesagt, gern über das Fragen-und-Antworten-Tool. Herr Hauner, ich würde gern bei Ihnen starten. Würden Sie uns einmal erklären, was bedeutet denn nun die Einführung der Abnehmtablette für die klinische Versorgung?

Hans Hauner [00:03:33]

Ja gut, diese Abnehmmedikamente, die jetzt neu auf dem Markt sind, schon seit einigen Jahren wurden bisher ja als Spritze verabreicht, weil es sich um Peptide handelt. Die werden normalerweise, wenn man sie schluckt, schnell im Magen und im Darm verdaut und sind damit nicht wirksam. Und deshalb hat man diese Medikamente bisher spritzen müssen, wo sie wirklich eine sehr gute Wirkung entfalten und jetzt auch breite Anwendung gefunden haben. Das Interesse ist natürlich bei vielen Menschen, dass sie eben solche wirksamen Prinzipien auch als Tablette nutzen können. Und deshalb haben die Firmen, die hier unterwegs sind, dann versucht, auch Medikamente, die man schlucken kann, zu entwickeln. Und da gibt es jetzt zwei Entwicklungen. Das eine ist – was jetzt demnächst dann auf den Markt kommt – : man hat versucht, diesen Wirkstoff auch in Tablettenform zu verabreichen. Das lässt sich machen. Das Problem ist aber, dass davon nur ein sehr, sehr kleiner Teil dann über den Magen und den Dünndarm aufgenommen werden kann. Das ist größenordnungsmäßig ungefähr ein bis eineinhalb Prozent der Wirkstoffmenge, die man schluckt, wird wirklich aufgenommen in den Körper und entfaltet dann seine normale Wirkung. Und dann gibt es noch jetzt eine andere Entwicklung, nämlich kleine Moleküle, die ganz ähnlich wirken wie diese langen Peptide und die die gleichen Rezeptoren ansprechen und damit die gleiche Wirkung entfalten. Die kann man sehr leicht und sehr einfach schlucken und die kommen jetzt auch wahrscheinlich sehr bald auf den Markt. Das erste Medikament ist in den USA zugelassen und seit April verfügbar. Der Antrag auf Zulassung für Europa läuft noch, aber es ist davon auszugehen, aufgrund der guten Datenlage, die es hier gibt, dass es in Europa auch sehr bald verfügbar sein wird. Und dann haben wir zwei Medikamente zunächst mal, die man auch als Tablette schlucken kann, und viele weitere sind in Entwicklung.



Moderatorin [00:05:47]

Okay, vielen Dank. Dann würd ich gerne Frau Meyer fragen: Welchen Unterschied können denn die Tabletten jetzt im Vergleich zur verfügbaren Spritze machen? Und vor allem, für wen machen sie einen Unterschied?

Nina Meyer [00:06:04]

Also erst mal, die Indikation für die Therapie unterscheidet sich nicht zur Injektionstherapie, also zur Spritzen Therapie. Die Indikation ist immer noch die gleiche, also Adipositas oder Übergewicht mit Begleiterkrankungen, so wie Sie es eingangs schon erwähnt haben. Das heißt, die Gruppe an Personen, die dafür infrage kommen, bleibt prinzipiell die gleiche. Der Unterschied liegt dann eben fundamental in der Applikation, und das spielt dann natürlich schon eine Rolle für Patient:innen, die zum Beispiel eine Spritzenphobie haben, was es durchaus gibt. Für die kann das eine Rolle spielen, oder für die, die sich auch einfach ungerne spritzen. Es muss ja nicht zwangsläufig eine Phobie sein. Oder aber wo man weiß, in der Häuslichkeit – also zu Hause – ist die Umsetzung der Spritzen Therapie nicht gut gewährleistet. Da kann es komfortabler eben sein, eine Tablette zu schlucken. Für die Menschen ist es dann eben gewinnbringend, die Tablette einnehmen zu können. Also noch ein komfortablerer Einnahmeweg, so kann man sagen. Natürlich spielen aber dann letztlich auch – da wird ja wahrscheinlich auch Herr Huster mehr zu sagen können – dann eben so Zugangsgerechtigkeiten oder beziehungsweise Produktionskosten spielen dabei dann auch eine Rolle in diesem Vergleich Subkutantherapie versus orale Therapie.

Moderatorin [00:07:31]

Und wie würden Sie die bislang beobachteten Nebenwirkungen bewerten? Vor allem mit Blick auf eine womöglich größere Skalierung durch die Tablettenform?

Nina Meyer [00:07:40]

Auch da gibt es zu den Semaglutid-Tabletten bisher ja nur die Zulassungsstudien, oder die Studien, die zur Zulassung geführt haben. Wir haben jetzt noch keine Real-World-Daten, weil sie ja eben – zumindest in Deutschland – noch nicht vorhanden sind. Aber auch da: das Nebenwirkungsprofil unterscheidet sich nicht relevant zur Subkutantherapie. Die sind sehr ähnlich und vergleichbar. Da spielen vor allem die gastrointestinalen Nebenwirkungen die größte Rolle mit so was wie Übelkeit, teilweise Erbrechen, und Verstopfung und Diarrhöen. Das sind so die wichtigsten Nebenwirkungen, die man unter den allgemeinen Inkretin-Mimetika oder GLP-1-Rezeptoragonisten erwarten kann. Da ist kein Unterschied zwischen der Art der Applikation. Aber natürlich wird dann eben absolut gesehen die Rate an Nebenwirkungen steigen, je mehr Menschen eben die Therapie erhalten. Man muss vielleicht noch ergänzend dazu sagen, bisher in den Studien – und das deckt sich eigentlich auch mit der Realität – sind es meistens milde bis moderate Nebenwirkungen, sehr selten schwere Nebenwirkungen.

Moderatorin [00:08:54]

Okay, vielen Dank. Sie sind ja an der Charité auch Teil des Boards, das mitentscheidet, ob eine bariatrische OP bei Adipositas sinnvoll ist. Und jetzt mit Blick auf die neuen Mittel: Wann ist jetzt welche Behandlungsform sinnvoll? Also wann die OP, wann die Spritze und wann dann eher die Tablette?



Nina Meyer [00:09:13]

Das ist eine gute Frage, die sich jetzt gar nicht so ganz pauschal beantworten lässt. Da muss man natürlich immer jedes Individuum einzeln betrachten. Am Ende kann man es so als Step-Prozess sehen. Also an der Basis steht in aller Regel immer die Lebensstilintervention – das muss man vielleicht noch mal voranschicken – die immer die Basisstrategie darstellt. Im besten Fall im Sinne eines multimodalen Programms, was besteht aus Ernährungstherapie, Bewegungstherapie und Verhaltenstherapie. Das sollte immer als Grundstein gegeben sein beziehungsweise immer Therapie der ersten Wahl, wenn nicht die Adipositas sehr schwer ausgeprägt ist. Also doch, da gibt es Ausnahmen, aber in der Regel ist es die erste Therapieform. Und dann kann man jetzt nun mittlerweile zurückgreifen auf auch medikamentöse Therapiestrategien und letztlich dann gefolgt von der bariatrischen OP. Da ist relevant einerseits die Schwere der Adiposita. Die bariatrische Operation ist erst indiziert ab höheren BMI-Graden oder Adipositas-Graden, also in der Regel ab einem BMI von 40, oder auch 35 mit Begleiterkrankungen. So in der Regel. Auch da gibt es noch weitere Ausnahmen. Also die Schwere der Adipositas spielt eine Rolle, aber auch die Schwere der Begleiterkrankungen spielen mit rein in der Auswahl der Therapien und letztlich aber natürlich auch der Wunsch des Patienten oder der Patientin, welche Therapieform gewünscht ist. Es gibt durchaus Personen, die keinen operativen Eingriff wünschen, und dann muss man eben gucken, welche Therapiemöglichkeiten hat man dann alternativ?

Moderatorin [00:11:01]

Okay, vielen Dank. Dann würde ich jetzt gerne Herrn Huster fragen, und zwar ein, zwei Fragen zur gesetzlichen Situation von Abnehmmitteln wie Semaglutid. Weil einerseits ist Adipositas ja eine anerkannte Erkrankung. Viele Menschen sind in Deutschland betroffen. Andererseits sind die neuen Mittel zur Gewichtsreduktion eben immer noch als Lifestyle-Arzneimittel klassifiziert, deren Kosten ja eben nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Könnten Sie uns dieses rechtliche Spannungsfeld einmal erläutern, bitte?

Stefan Huster [00:11:30]

Sehr gern. Zunächst mal muss man sagen: juristisch muss man jetzt zwei Fragen ganz streng auseinanderhalten. Nämlich einmal die arzneimittelrechtliche Zulassung, die einfach dazu führt, dass das Produkt zunächst mal marktfähig ist, also überhaupt vertrieben werden darf. Und zum anderen dann die Frage der Erstattung durch ein kollektives Gesundheitssystem in Deutschland, also vor allem die GKV. Und da haben wir die Situation, dass wir inzwischen anerkannt haben, auch in der gesetzlichen Krankenversicherung und deren Rechtsgrundlagen, also dem fünften Buch des Sozialgesetzbuches, dass Adipositas eine Krankheit ist. Wir haben ja inzwischen sogar ein Disease-Management-Programm, also strukturierte Versorgung für Adipositas. Also daran besteht wenig Zweifel. Der Gesetzgeber hat allerdings in einem bekannten Paragraphen – Paragraphen 34 des SGB fünf – sogenannte Lifestyle-Medikamente ausgeschlossen und bisher sehen die Sozialgerichte das so, dass auch diese Abnehmenprodukte – Spritzen oder auch Tabletten, das macht gar keinen Unterschied – von der Versorgung ausgeschlossen sind. Und das ist eine versorgungspolitische Entscheidung des Gesetzgebers. Wenn man da ran wollte, dann müsste man entweder diesen Paragraphen anders interpretieren. Da gibt es durchaus gewisse Möglichkeiten, die jetzt allerdings die Sozialgerichte noch nicht ergriffen haben. Da können wir vielleicht im Einzelnen noch drüber reden. Oder man müsste sich halt Gedanken machen, ob man diese gesetzliche Norm gegebenenfalls ändert. Ob man das machen kann und in welchem Rahmen man das machen kann, ist dann eben eine Frage des übergeordneten Rechts, also am Ende des Tages des Verfassungsrechts. Und da – jetzt mal als ganz grobe Einschätzung – ist es so, der Gesetzgeber muss das nicht ändern. Er kann also diese Präparate von der Versorgung ausschließen, aber er kann



sie auch in einem gewissen Umfang wieder reinlassen. Und da werden wir uns ja vielleicht auch über die Möglichkeit unterhalten, welche Wege es da gibt, das koordiniert in die Versorgung zu lassen. Weil ich glaube, niemand denkt daran, dass es einfach für alle und für jeden, der es haben will, bezahlt wird. Das ist ja, glaube ich, auch klar.

Moderatorin [00:13:45]

Ja. Mit Adipositas gehen ja meist viele Begleiterkrankungen einher und Studien deuten ja jetzt schon darauf hin, dass Mittel wie Semaglutid gegen viele weitere Leiden helfen kann, zum Beispiel kardiovaskuläre Probleme. Da wäre jetzt meine Frage, wie zeitgemäß ist denn so ein Lifestyle-Paragraf dann noch? Und wie können wir rechtlich diese tatsächlichen Krankheitsfälle von den eher Lifestyle-Fällen besser abgrenzen?

Stefan Huster [00:14:12]

Also, das ist natürlich jetzt zunächst mal eine Frage auch zurück an die Medizin. Das kann ich als Jurist in der Sache gar nicht beurteilen. Wir haben aber natürlich Präzedenzfälle, wo der Gesetzgeber durchaus gesehen hat: ich schließe etwas zunächst mal aus, lasse es dann aber hinterher wieder rein. Also wir haben das ja zum Beispiel bei der Rauchentwöhnung. Da ist es so, dass genau der gleiche Paragraf eben zunächst mal diese Mittel ausschließt, dann aber eben unter bestimmten Voraussetzungen Arzneimittel zur Tabakentwöhnung auch wieder zulässt in der GKV-Versorgung. Und dann gibt es ein bestimmtes Verfahren, der gemeinsame Bundesausschuss, also dieses bekannte Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, muss das entsprechend konkretisieren. Ein analoges Vorgehen wäre möglicherweise hier auch durchaus sinnvoll. Ich finde ehrlich gesagt aber – vielleicht sehe ich das auch zu einfach zu naiv – gerade in diesem Fall dieser Abnehmenprodukte hat man doch mit dem BMI, mit Begleiterkrankungen und so weiter, relativ gute Grenzen, die man setzen kann. Wir haben ja vor vielen Jahren oder Jahrzehnten auch über die Viagra-Problematik gesprochen. Die fallen auch unter diesen Paragrafen. Da scheint mir die Abgrenzung sehr viel schwieriger zu sein. Also insoweit sehe ich hier doch durchaus Möglichkeiten, eben für bestimmte Patientengruppen, die Produkte durchaus in die GKV hineinzulassen.

Moderatorin [00:15:44]

Okay, ja, vielen Dank. Vielleicht kann ich die Frage dann direkt an die Medizin weitergeben. Herr Hauner, können Sie vielleicht einmal darauf eingehen, was sind denn so positive Begleiteffekte und was sind denn dann zum Beispiel Grenzen, die Herr Huster jetzt angesprochen hatte, wo man dann vielleicht solche Krankheitsfälle von Lifestyle-Fällen abgrenzen könnte?

Hans Hauner [00:16:06]

Ja, wir können tatsächlich im Falle der Adipositas das Gesamtrisiko und damit auch die Prognose relativ gut abschätzen durch begleitende Störungen, wie zum Beispiel Diabetes, Bluthochdruck oder auch Herz-Kreislauf-Risiko. Da gibt es sehr, sehr gute Modelle und das lässt sich wirklich hervorragend machen. Und es gibt ja auch Vorschläge zum Beispiel von der Deutschen Adipositas Gesellschaft, wie man diese Risikogruppen definiert und für die kämen solche Medikamente natürlich als Erstes in Betracht. Nicht für die 15, 16 Millionen Menschen mit Adipositas, die wir in Deutschland haben. Wo die Kassen natürlich Angst haben, dass wenn alle berechtigt wären, diese Medikamente sich verordnen zu lassen, das System zusammenbricht. Wenn man von den aktuellen Kosten ausgeht, die dann aber sicherlich auch erst mal verhandelt werden müssten, dann geht es hier wirklich um eine Größenordnung von 50 Milliarden. Und klar, da fühlen sich die Kassen bei der aktuellen Gesamtfinanzlage alles andere als wohl und lehnen das ab. Das haben wir kürzlich



gesehen und das war in der Vergangenheit nicht viel anders. Aber der Vorschlag, gerade auch aus Expertenkreisen, ist eben der, dass man das einschränkt auf Menschen mit besonders hohem Risiko. Das wären eben zum Beispiel die Krankheiten Diabetes, wo sie ja schon zugelassen ist, aber eben auch Herz-Kreislauf-Krankheiten. Und da gibt es mit dem Semaglutid wirklich eine sehr, sehr gute Studie, die zeigt, dass man bei Menschen mit hohem Herz-Kreislauf-Risiko durch eine Behandlung das Risiko insgesamt – ich mach es jetzt sehr pauschal – für Herzinfarkt, Schlaganfall und Herz-Kreislauf-Tod um etwa 20 Prozent senken kann. Das haben auch die Zulassungsbehörden so anerkannt und nach der Systematik des deutschen Gesundheitssystems müssten diese eigentlich Zugang bekommen können zu einer solchen Medikation. Das sind im Übrigen auch nur ein Teil der Menschen mit Adipositas. In dieser Studie waren es ungefähr 10 bis 15 Prozent aller Menschen mit Adipositas. [...] Und wenn man vielleicht auch noch den BMI etwas erhöht, was ja auch vorgeschlagen wurde, auf BMI 35, würde sich das wirklich auf eine eher kleine Gruppe mit allerdings sehr hohem Risiko beschränken. Und das sollte eigentlich bezahlbar sein, zumal dann ja auch noch Preisverhandlungen vorgeschaltet wären und das wäre die Vorstellung der Experten. Andere Länder machen das schon. In Frankreich, in England wird das so gehandhabt und dort sind auch die Preise, die dann offiziell vom Gesundheitssystem bezahlt werden müssten, deutlich niedriger, als das bei uns der Fall ist. Das wäre eigentlich ein gutes Modell, über das man ernsthaft diskutieren sollte.

Moderatorin [00:19:26]

Ja, auf jeden Fall. Uns haben jetzt schon einige Fragen im Vorfeld von Journalist:innen erreicht, und diese baut ganz gut auf das Thema auf. Deswegen würde ich sie einmal nennen. Und zwar, wurde oder werden in den USA GLP-1-Rezeptoragonisten wegen der zunehmenden Studien, die auf die positiven Effekte, die wir jetzt auch schon genannt haben, eingehen, quasi als einer Art Präventionsmedizin per se diskutiert. Also der Gedanke dahinter ist dann: trotz möglicher Nebenwirkungen einfach mal nehmen und keine Zeit verlieren, bis es irgendwie noch robustere Studienergebnisse gibt in einigen Jahren. Und die Frage ist dann natürlich: Sind die bisherigen Erkenntnisse zu weiteren positiven Wirkungen wirklich so robust, dass man jetzt sagen kann, GLP-1-Rezeptoragonisten haben vermutlich auch jenseits des Abnehmens gesundheitsfördernde Effekte und sind für eine viel größere Zahl von Menschen als bislang interessant beziehungsweise empfehlenswert, eventuell sogar zu Präventionszwecken? Frau Meyer oder Herr Hauner, können Sie vielleicht was dazu sagen?

Nina Meyer [00:20:31]

Ich kann ja schon mal anfangen und Sie einmal ablösen, Herr Hauner. Also was man sagen muss, ist, dass in allen Studien zu den Inkretinmimetika zeigen sich eigentlich über das Gewicht hinaus durch die Bank weg positive Effekte auf – wir nennen es Surrogatparameter – die Herz-Kreislauf-Gesundheit wie Blutdruck, Cholesterinwerte, oder andere Lipidwerte im Blut, und natürlich den Blutzucker. Deswegen sind es ja eigentlich auch Medikamente, die ursprünglich aus der Diabetestherapie oder aus der Typ-2-Diabetes-Therapie kommen. Und, wie Herr Hauner schon gesagt hat, es gibt zu den Inkretinmimetika für die Indikation Typ-2-Diabetes schon eine ganze Reihe an auch sogenannten kardiovaskulären Endpunktdaten, die alle oder die allermeisten zeigen, dass kardiovaskuläre Ereignisse reduziert werden unter der Therapie. Und so gibt es das eben auch für das Semaglutid für die Indikation rein Adipositas ohne Diabetes. Also das heißt, hier haben wir schon eine gute Datengrundlage für die kardiovaskuläre Risikosenkung. Da muss man aber sagen, die untersuchten Studienkollektive sind eben Personen mit schon erhöhtem kardiovaskulärem Risiko. Es ist meines Wissens bislang nicht untersucht, wie es ist bei einem Kollektiv mit nicht vorhandenem oder niedrigem kardiovaskulärem Risiko und wie gut da der präventive Nutzen oder Effekt wäre. Und da muss man auch immer die Frage der Kosten-Nutzen-Rechnung stellen, ob die dann auch noch aufgeht.



Hans Hauner [00:22:20]

Ja, wenn ich da vielleicht auch ein paar Sätze sagen darf zum Thema Prävention durch GLP-1-Rezeptoragonisten. Ich halte davon gar nichts, weil wir einfach keine Studien haben. Die einzige Ausnahme ist die Prävention des Typ-2-Diabetes bei Adipositas. Da zeigen tatsächlich gute Studien, dass das Risiko für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes deutlich gesenkt werden kann. Aber was da sonst im Netz zirkuliert, ist völliger Unfug. Zum Beispiel hat jetzt ja auch die Longevity Community – Riesenthema in den USA, aber auch bei uns – die GLP-1-Rezeptoragonisten entdeckt und propagiert die als lebensverlängernd, gesundheitsfördernd und so weiter. Aber dafür gibt es einfach keine Studien. Es gibt ein bisschen was, aber das sieht alles andere als toll aus. Kürzlich wurde eine Studie mit Semaglutid publiziert. Da ging es um die Frage: Kann ich damit vielleicht Morbus Alzheimer verhindern? Die ging negativ aus. Also ganz so einfach ist es nicht und ich glaube, wir sollten als seriöse Mediziner wirklich immer erst mal fordern, dass hier Studien vorliegen, die dann auch über Jahre gehen. Wir wissen auch nichts über die Langzeitsicherheit dieser Medikamente, weil sie einfach noch nicht so lange verfügbar sind. Also da gibt es noch viele offene Fragen und Unsicherheiten. Und ein weiterer Punkt ist, wir haben es ja schon angesprochen, es gibt halt auch Nebenwirkungen und viele Menschen vertragen diese Medikamente schlecht und brechen dann die Behandlung ab. Man weiß aus Anwendungsbeobachtungen, dass nach einem Jahr nur noch etwa 50 Prozent [der Behandelten] diese Medikamente weiter nehmen. Warum sie abbrechen, wissen wir nicht. Das ist eine Mischung wahrscheinlich aus Nebenwirkungen und vielleicht nicht befriedigender Wirkung. So stark sind die Effekte in der Praxis ja auch nicht. Die liegen so bei etwa zehn bis zwölf Kilo für die beiden Hauptspritzen. Und dann sind die hohen Kosten natürlich auch ein Problem für viele Menschen oder verhindern eigentlich eine Anwendung, wenn sie das selbst bezahlen müssen. Also da gibt es ein ganzes Bündel von Gründen, davon jetzt erst mal Abstand zu nehmen. Aber der Missbrauch und was da alles passiert, vor allem außerhalb der seriösen Medizin, das ist schon gewaltig und da muss man eigentlich immer sehr kritisch dazu Stellung nehmen.

Moderatorin [00:24:58]

Ja, vielen Dank. Sie haben die Nebenwirkungen jetzt gerade schon angesprochen. Wir haben dazu noch eine Frage reinbekommen. Und zwar: viele gesunde Menschen nehmen diese Produkte mittlerweile regelmäßig zum Abnehmen ein. Und die Frage war jetzt: Hat diese Vorgehensweise Nebenwirkungen, die über jene im Gastrointestinalbereich hinausgehen, zum Beispiel Vitaminmangel oder etwaige Auswirkungen auf die Psyche? Gibt es dazu schon Erkenntnisse?

Hans Hauner [00:25:23]

Also, Frau Meyer, wollen Sie oder soll ich ein bisschen was dazu sagen?

Nina Meyer [00:25:30]

Sie können schon mal anfangen und ich ergänze vielleicht gleich.

Moderatorin [00:25:33]

Sehr gerne.



Hans Hauner [00:25:33]

Ja. Also im Vordergrund stehen natürlich diese Magen-Darm-Nebenwirkungen, die meistens relativ mild sind, aber nicht immer. Es gibt wirklich Leute, die brechen dann die Behandlung ab. Das sind bis zu zehn Prozent, weil sie das einfach nicht vertragen, weil sie Durchfälle haben oder ständig erbrechen müssen. Das darf man auch nicht ganz unterschätzen. Das bessert sich meistens, aber nicht immer. Es gibt jetzt viele Berichte über sonstige Nebenwirkungen, die noch nicht so ganz klar sind. Da wurden Augenveränderungen beschrieben bei einem kleinen Teil der Menschen. Es wurde zum Teil [von] Neuropathien berichtet. Das ist alles ein bisschen vage und noch nicht wirklich fixierbar. Aber wie gesagt, das ist ein Grund, um eben dann diese Medikamente nur dann zu geben, wenn sie wirklich einen Nutzen versprechen können. Und das wird natürlich in der Laienpresse und überhaupt in den Medien oft ein bisschen außen vor gelassen und deshalb würde ich das nicht einfach für Gesundheitszwecke einsetzen wollen. Gut, was jetzt zum Beispiel auch passieren kann ist: wir haben jetzt Berichte gehabt, dass beispielsweise Menschen mit Essstörungen sehr häufig diese Medikamente einnehmen. Das liegt natürlich nahe, sie wollen ihr Gewicht möglichst niedrig halten. Das kann gefährlich sein, das kann sogar lebensbedrohlich sein bei einer echten Anorexie. Da ist zum Beispiel ein Problem, was oft auch gar nicht gesehen wird. Und das andere, was jetzt auch schon kurz angesprochen wurde, ist tatsächlich: Wie verändert sich das Essverhalten? Wir wissen das gar nicht genau. Da ist aber vor wenigen Wochen erst eine Studie erschienen. Da hat man das beobachtet in einem großen Setting und hat gesehen, dass die Menschen deutlich weniger essen, zum Teil massiv Gewicht und auch Muskelmasse verlieren und auch Vitaminmangel und Mineralstoffmangel entwickeln. Und das ist vor allem dann der Fall, wenn sie nicht wirklich begleitend unterstützt werden, was Ernährungstherapie und so weiter angeht, was oft überhaupt keine Rolle spielt. In den Studien wird auch wenig berichtet, aber die Leute essen ja zum Teil deutlich weniger und das kann natürlich über kurz oder lang auch zu Mangelerscheinungen führen und das ist durchaus problematisch einzuschätzen. Also hier gibt es noch viele Dinge, die eigentlich viel zu wenig in der öffentlichen Diskussion sind und zu wenig beachtet werden in diesem Überschwang, der da oft mit diesen Medikamenten einhergeht.

Moderatorin [00:28:14]

Diese Studie, die Sie eben erwähnt haben, die das Essverhalten untersucht: war das während der Einnahme der Medikamente oder auch nach dem Absetzen?

Hans Hauner [00:28:24]

Das war eine Studie mit etwa 400 Teilnehmern. Da hat man vor Beginn der Medikation und dann im weiteren Verlauf gefragt: Was essen Sie so? Und so weiter. Das waren also Eigenangaben der Betroffenen. Die haben dann Protokolle geführt und Fragen beantwortet über verschiedene Zeitpunkte und da kam eben raus, wie stark diese Medikamente zum Teil doch Einfluss nehmen auf das Essverhalten und dass bei einem Teil zumindest wirklich auch eine ernsthafte Mangelversorgung zu sehen war.

Moderatorin [00:28:57]

Okay. Ja, vielen Dank. Frau Meyer, wollen Sie noch kurz ergänzen?

Nina Meyer [00:29:01]

Gerne. Ja, genau, Herr Hauner hat das schon eigentlich sehr gut ausführlich beantwortet. Was ich zu Ihrer Frage gerade noch sagen wollte ist: Wir wissen ja, dass diese Darmhormone einerseits im



Gastrointestinaltrakt wirken, auf den Blutzuckerhaushalt oder die Blutzuckerregulierung. Aber eben auch im Gehirn, also zentralnervös, und dort Effekte auslösen und über die eben Sättigungsgefühl und Hungerempfinden reguliert werden, was letztlich ja dann auch die starke Wirkung auf das Gewicht mitbedingt. Und das heißt, dieser Effekt, dass die Menschen unter der Therapie weniger essen, weil sie weniger Hunger haben und auch weniger Appetit, ist eben präsent unter der Therapie. Wir wissen aber auch, dass der wieder zurückgeht, sobald man die Therapie absetzt. Also da ist dieser appetitdämpfende und hungersenkende Effekt eben nicht mehr vorhanden. Das vielleicht noch dazu. Und ich finde, das ist auch schon ein relevanter Teil, was auch oft von Patient:innen berichtet wird. Eben dass nicht nur die gastrointestinalen Nebenwirkungen eine Rolle spielen, wie Übelkeit und Verstopfung, sondern eben auch dieser Appetitverlust. Dass dieser durchaus für manche oder für viele eigentlich eine Einschränkung der Lebensqualität darstellt und für einige auch einen Grund, die Therapie wieder zu beenden. Und ja, Essen ist doch ein wichtiger Bestandteil des Lebens und der Lebensqualität. Und wie Herr Hauner schon sagt, es kann auch ein Risiko darstellen, gerade auch für ältere Menschen, die vielleicht sowieso per se schon etwas weniger essen. Oder gar nicht unbedingt weniger, sondern die vielleicht auch mangelernährt sind, gerade was die Eiweißzufuhr angeht. Und da kann es durchaus ein relevantes Problem darstellen, wenn das zusätzlich verstärkt wird durch die Therapie. Und deswegen ist auch vielleicht an dieser Stelle noch mal zu betonen, dass diese Therapie auch in der Zulassung für Adipositas... Sie ist zugelassen als Adjuvante nennen wir das, also als zusätzliche begleitende Therapie zur Lebensstilintervention. Also das heißt, es gehört eine Ernährungstherapie beziehungsweise -beratung und auch Bewegungstherapie, insbesondere mit Hinblick auf Muskelerhalt, dazu. Also das ist immer die Grundlage für die medikamentöse Therapie. Das sollte man nicht außer Acht lassen. Ich finde, auch das wird sehr wenig diskutiert oder findet sehr wenig Beachtung in aller Regel. Das ist keine alleinstehende Therapie.

Moderatorin [00:31:39]

Alles klar. Vielen Dank. Herr Huster, ich würde Sie gerne noch mal kurz fragen: Sie hatten eben angesprochen, dass es durchaus mögliche Interpretationen beim Lifestyle-Paragrafen gibt, die die Gerichte aber noch nicht so anwenden, so wie ich das verstanden habe. Können Sie das noch mal kurz erläutern, bitte?

Stefan Huster [00:31:58]

Ja, gern. Wir haben ja eine etwas unglückliche Regelung in dem Kontext. Die besteht im Grunde genommen aus zwei Sätzen, und in dem ersten Satz steht drin: Ausgeschlossen von der Versorgung seien Arzneimittel, bei denen die Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Das ist natürlich eine unglückliche Formulierung, wenn man ganz ehrlich sagen muss, um eine Erhöhung der Lebensqualität geht es ja nicht ganz selten bei medizinischen Behandlungen. Vieles, was da getan wird – wenn man zum Beispiel versucht, Schmerzen zu lindern und so weiter – hat natürlich auch was mit der Erhöhung der Lebensqualität zu tun. Man kann sich ja jetzt fragen... Was der Gesetzgeber damit sicherlich meinte, war so was wie Erhöhung der Lebensqualität, noch bevor es um medizinische oder wirklich harte gesundheitliche Belange geht. Und wenn man das so interpretiert, dann kann man natürlich sagen: Die Abnehmprodukte, über die wir hier reden, sind ja aber doch schon klarerweise Krankenbehandlung, jedenfalls in bestimmten Gruppen, und würden deshalb dieser Regelung eigentlich unterfallen. Allerdings muss man zugeben, in dem zweiten Satz, der dann kommt, wo insbesondere eben auch Arzneimittel zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits von der Versorgung ausgeschlossen werden, da sind natürlich solche Produkte ausdrücklich genannt. Und darauf stützen sich auch die Gerichte, um zu sagen: das wird der Gesetzgeber dann wohl alles irgendwie mit gemeint haben. Das ist aber nicht unbedingt völlig alternativlos. Aber bisher in der Rechtsprechung ganz einheitlich so gehandhabt, dass man sagt, diese ganze Gruppe von Produkten ist dann völlig unabhängig davon, wie schwer der Adipositas-



Fall ist und ob Begleiterkrankungen vorliegen. Die sind einfach ausgeschlossen. Und insoweit würde ich mir im Moment auch keine großen Hoffnungen machen, dass sich diese Rechtsprechung an der Stelle irgendwie ändert. In der rechtswissenschaftlichen Literatur gibt es da durchaus Diskussionen, aber ich glaube, die Rechtsprechung wird an der Linie festhalten. Und das ist ja, glaube ich, auch das, was zumindest im Moment noch die Lage ist, von der die Gesundheitspolitik auch ausgeht. Und ich würde eher versuchen, wenn ich an der gegenwärtigen Situation etwas ändern will, auf die Gesundheitspolitik zuzugehen und zu sagen: ihr müsst diesen Paragraphen entsprechend ändern, modifizieren, ergänzen, damit die Produkte in halbwegs organisierter Form in die Versorgung Eingang finden können.

Moderatorin [00:34:18]

Vielen Dank. Wir haben noch eine Frage reinbekommen, die ein bisschen an die Wirkmechanismen anknüpfen, die Herr Hauner ganz am Anfang erwähnt hatte. Und zwar: Wie ist denn der Hilfsstoff beziehungsweise der Aufnahmeverstärker Salcaprozat-Natrium einzuschätzen, der der Abnehmpille zugesetzt ist, um die Aufnahme des Wirkstoffs in die Magenschleimhautzellen zu verbessern? Was genau ist über die Wirkung denn im Magen-Darm bekannt? Können Sie darauf vielleicht ganz kurz eingehen? Wir bekommen nämlich gerade tatsächlich sehr viele Fragen rein.

Hans Hauner [00:34:50]

Ja, ich kann versuchen, da eine Antwort zu geben, obwohl ich keine Antwort habe. Die Frage habe ich mir auch schon immer wieder gestellt und auch dann mit Experten dieser Firma besprochen. Also so ganz genau weiß man es nicht. Das sind Laborversuche, wie man das üblicherweise macht, um die Resorption zu verbessern. Und man hat halt dann mehr oder weniger empirisch gesehen, dass diese Substanz dafür sich eignet und die Absorption verbessert – ohne jetzt da zu sehr in die Chemie zu gehen. Was aber sicherlich dazu auch gesagt werden muss, ist, dass diese aktuelle Resorptionsrate oder -quote sehr niedrig ist und die Firma natürlich versucht, das weiter zu verbessern durch alle möglichen chemischen Ansätze. Man kann jetzt hoffen, dass es gelingt, dass davon ein bisschen mehr aufgenommen wird. Dennoch: Es bleibt ein gewisser Schwachpunkt, weil auch die Resorption, die Absorption von Mensch zu Mensch unterschiedlich ist und das natürlich auch nicht jeden Tag gleich ist. Es hängt auch von sonstigen Faktoren ab, was bei Menschen passiert. Sei es, dass sie eine andere Krankheit dazu bekommen – vielleicht auch nur vorübergehend –, sei es sonstige Einflüsse. Das ist alles nicht so ganz exakt definierbar und hat eine gewisse Unsicherheit. Was am Ende wahrscheinlich keine große Rolle spielt, weil es ja um den Erhalt dieser Spiegel in der Blutbahn geht. Und da zeigen die Messungen, die es dazu gibt, dass bei der Spritze und bei der oralen Gabe, so wie das im Augenblick gemacht wird, ungefähr ähnlich hohe GLP-1-Spiegel in der Blutbahn des Menschen erreicht werden können. Was dann die beschriebenen Wirkungen und vielleicht auch Nebenwirkungen gut erklärt. Also da geht es wirklich um reine Chemie, und da ist sicherlich das letzte Wort noch lange nicht gesprochen, weil da sehr intensiv dran geforscht wird, wie man das verbessern und natürlich auch sicher gestalten kann. Aber ich denke, Sicherheit ist gewährleistet durch diese vielen Studien, die es inzwischen dazu gibt, sodass diese Absorptionsverstärker eigentlich sichere Komponenten dieser Behandlung sind.

Moderatorin [00:37:20]

Vielen Dank.



Nina Meyer [00:37:21]

Vielleicht darf ich noch einen klinischen Punkt dazu ergänzen. Was natürlich schon relevant ist für die Anwendung dann letztlich – also für Patient oder Patientin – ist, dass es bei den Semaglutid-Tabletten – also die, die jetzt auf den Markt kommen – relevant ist, dass sie unabhängig von der Nahrung aufgenommen werden: mit 30 Minuten Abstand zur Nahrung. Das ist auch erst mal eine Einschränkung in der Einnahmemodalität. Das muss man wissen.

Moderatorin [00:37:45]

Ja, da Sie es jetzt schon angesprochen haben, würde ich da direkt noch mal weiter nachfragen: Wie müssen Menschen denn jetzt vorgehen, die das Medikament verschrieben bekommen wollen? Wie hoch ist der Aufwand? Wie ist der Weg dahin? Können Sie dazu vielleicht was sagen, Frau Meyer, noch?

Nina Meyer [00:37:59]

Gerne. In aller Regel ist es so, dass wie eingangs schon gesagt... Es gibt Indikationen, die dazu führen, dass jemand überhaupt die Möglichkeit hat, diese Therapie zu bekommen. An die muss sich natürlich gehalten werden. Und dann muss man auch schauen, gibt es vielleicht auch Gegenanzeigen gegen die Therapie, so was wie eine Essstörung – Herr Hauner hat es schon angesprochen. Oder gegebenenfalls kann es auch sein, dass man überprüfen muss, ob es für die Adipositas – wenn sie denn vorliegt – irgendwelche sekundären Ursachen gibt, die man erst mal beheben sollte. Infrage kommt da was Häufiges wie eine Schilddrüsenunterfunktion, daneben aber auch eher seltenere Erkrankungen. Also es kann durchaus sein, dass das erst mal notwendig ist, dass man andere Ursachen ausschließt. Aber letztlich, wenn die Indikation steht und keine Nebenwirkungen bestehen, kann man die Medikamente rezeptiert bekommen über einen Arzt oder eine Ärztin. Bei den Tabletten ist das Relevante, dass man sie mit 30 Minuten [Abstand] zur ersten Mahlzeit des Tages einnehmen muss. Das ist die Einschränkung in der Einnahme. Und was natürlich weiterhin bestehen bleibt, ist die Selbstkostenbasis bei der Indikation Adipositas – also dass sie selbst bezahlt werden muss, die Therapie.

Moderatorin [00:39:29]

Ja, Sie haben schon angesprochen, wie die Tablette eingenommen werden muss. Dazu hat uns auch eine Frage erreicht, weil diese Einnahme relativ anspruchsvoll ist. Und was glauben Sie denn, wie wird sich dieser Umstand auf die Compliance und auf die Therapietreue auswirken? Gibt es da schon Hinweise aus den Zulassungsstudien? Hätten Sie da vielleicht noch eine kurze Ergänzung zu?

Nina Meyer [00:39:55]

Also meines Wissens [nach gibt es] ganz konkrete Hinweise dazu noch nicht, dass es eins zu eins untersucht worden wäre hinsichtlich der Therapieadhärenz. Ich glaube, es wird am Ende etwas Interindividuelles, sehr unterschiedliches [sein], wer welche Form der Applikation präferiert. Also es gibt sicherlich auch Menschen, die lieber die einmal in der Woche Subkutan-Spritze bevorzugen. Dann wiederum welche, die lieber eine Tablette einnehmen, dafür dann aber auch einmal am Tag. Das ist noch ein relevanter Unterschied: einmal die Woche versus tägliche Applikationen, welcher Art auch immer. Dann wird es sicherlich auch Menschen geben, bei denen es nicht sicher gewährleistet ist, dass die Tablette mit ausreichend Abstand zur Nahrung und immer morgens vor der ersten Mahlzeit eingenommen werden kann. Auch das muss man immer im Gesamtkontext mit



berücksichtigen, genauso wie man bei der Subkutantherapie mit berücksichtigen muss, ob sie überhaupt handhabbar oder umsetzbar zu Hause für den Patient oder die Patientin ist.

Moderatorin [00:41:00]

Okay, vielen Dank. Herr Hauner, noch eine Frage: Wird die orale Version von Wegovy tatsächlich Patient:innen erreichen, die eine Injektion bislang abgelehnt haben? Oder erwarten Sie dadurch eher einen relevanten Anstieg der Zahl insgesamt der behandelten Adipositas-Patient:innen?

Hans Hauner [00:41:19]

Es ist ja schon angesprochen worden. Diese Abnehmspritzen sind jetzt kein großes Problem für die meisten Menschen. Da gibt es nur wenige, die wirklich eine Phobie haben vor Spritzen und deshalb dieses Medikament nicht einnehmen wollen. [...] Die würden natürlich dann von der Tablette auf alle Fälle profitieren. Für die anderen ist es eine Wahlmöglichkeit, selbst zu entscheiden, ob sie die Spritze haben wolle – die aus meiner Sicht einfacher ist und relativ einfach zu handhaben ist, das wissen wir ja inzwischen – als jeden Tag unter diesen Vorbedingungen, die genannt wurden: darf das nur nüchtern machen, darf nur ganz wenig dazu trinken und muss eine halbe Stunde warten mit der Nahrungsaufnahme oder auch mit der Einnahme weiterer Medikamente. Das ist schon eine gewisse Einschränkung, und das immer sicherzustellen, ist für manche Menschen nicht so leicht. Aber es gibt eine Wahlmöglichkeit. Das ist sicherlich der Vorteil. Und was ich weiß aus den USA, wo dieses Medikament schon länger verfügbar ist, nämlich für die Behandlung des Diabetes, hat es dort gut funktioniert, solange es unter ärztlicher Anleitung stattfindet. Ich sehe da kein allzu großes Problem, aber man muss es einfach abwarten. Es ist schwer zu sagen, wie es bei der Anwendung für die Indikation Adipositas sein wird. Aber ich sehe da kein grundlegendes Problem.

Moderatorin [00:42:57]

Vielen Dank. Frau Meyer, da würde ich Sie gerne auch noch mal fragen: was würden Sie denn sagen: Verändert die Wegovy-Tablette die Behandlung von Adipositas in Deutschland grundlegend? Oder machen wir jetzt eigentlich nur eine bereits verfügbare Therapie etwas komfortabler?

Nina Meyer [00:43:16]

Letzteres vor dem Hintergrund der schon auch genannten Einschränkungen wie Zugangsberechtigung und finanzieller Hintergrund, also Selbstkostentherapie. Und wie gesagt, die Indikationen bleiben die gleichen. Der wesentliche Vorteil wird sein, dass es Wahlmöglichkeiten gibt zwischen der Applikation. Es wird sich aber meines Erachtens nicht grundlegend dadurch ändern zunächst.

Moderatorin [00:43:46]

Alles klar.

Nina Meyer [00:43:47]

Aber es bleibt abzuwarten.



Moderatorin [00:43:48]

Ja. Herr Huster, könnten Sie noch eine Frage beantworten, die uns erreicht hat. Und zwar: Wie bewerten Sie denn seit der Einführung der Tablette aktuell die Debatte über die Erstattung von Adipositas-Medikamenten in Deutschland?

Stefan Huster [00:44:03]

Also politisch kann man da natürlich unterschiedlichster Meinung sein, ist klar. Als Jurist kann ich nur sagen, das ist durch das Recht nicht vorgegeben, wie wir uns dazu verhalten. Der Gesetzgeber hat das so geregelt, dass die [Abnehmmedikamente] zunächst – jedenfalls nach herrschender Interpretation – durch den Paragraph 34 von der GKV-Versorgung ausgeschlossen sind. Ich sehe auch nicht, dass es verfassungsrechtlich zwingende Gründe gibt, das zu ändern. Der Gesetzgeber hat die Freiheit, zu sagen – auch wenn er anerkennt, das ist eine Krankheit, um die es hier geht – ich will das vorsichtshalber gar nicht in die Versorgung hineinlassen oder das sind zu viele Fälle, das wird zu teuer. Er hat die Freiheit das an der Stelle von der Versorgung auszunehmen. Aber er hätte natürlich auch die Möglichkeit, auf unterschiedlichen Wegen es auch in die Versorgung hineinzulassen. Von daher würde ich sagen, juristisch ist das Feld relativ offen. Da kann man sich über Wege unterhalten, die sinnvoller oder weniger sinnvoll sind. Ob man das zum Beispiel unmittelbar versucht, auf gesetzlicher Ebene zu klären. Oder ob man das so macht wie bei der Raucherentwöhnung, dass man im Gesetz nur eine Ermächtigungsklausel für den Gemeinsamen Bundesausschuss macht, der dann die konkreten Voraussetzungen festlegt, unter der das in Anspruch genommen werden kann zu Lasten der GKV. Aber das wird an der Stelle nicht von Juristen entschieden, sondern das ist wirklich eine gesundheitspolitische Frage.

Hans Hauner [00:45:39]

Ich sehe das... Sie haben das sehr schön erklärt. Ich sehe aber kaum eine Chance. Die Finanzlage im Gesundheitssystem ist – wie wir jetzt die letzten Monate wirklich jeden Tag gehört haben – katastrophal. Da wird die Politik sich dreimal überlegen, auch bei bester Evidenz für eine solche Therapie, ob sie wirklich diesen Paragraphen ändern will. Das müsste, glaube ich, sogar im Bundestag per Mehrheitsbeschluss passieren. Und da glaube ich, darf man wenig optimistisch sein. Die einzige Hoffnung wäre die, dass man spezielle Indikationen definiert, wo [die Behandlung] wirklich Sinn ergibt. Wir haben anfangs darüber gesprochen, dass zumindest die Menschen mit hohem Risiko eine Unterstützung bekommen oder wo [die Therapie] bezahlt wird. [Das würde] natürlich auch, wenn man ein bisschen weiterdenkt, Kosten einsparen, denn das sind ja Menschen mit vielen Begleitkrankheiten, die teure Therapien erhalten und für die vielleicht eine solche frühe Intervention im Sinne von Gewichtsreduktion tatsächlich viele Folgekosten sparen könnte. Das wäre vielleicht ein Argument, was man da noch stärker vorbringen muss. Aber das hören die Politiker auch ungern: jetzt Geld auszugeben, um vielleicht in Zukunft zu sparen. Das ist immer das Thema bei der Prävention, was leider bisher kaum gezogen hat.

Stefan Huster [00:47:07]

Man muss natürlich sagen – jedenfalls in den schweren Fällen, also bei den Patienten mit einem hohen Risiko – ist es in so einem Krankenversorgungssystem politisch nicht ganz einfach, bestimmte Dinge aus der Versorgung rauszuhalten, die offensichtlich Krankenbehandlung sind, wenn doch Wege aufgezeigt werden, wie man das einführen kann, ohne dass alle Dämme brechen. Weil das ist klar, dass die GKV das nicht für alle bezahlen [kann], die es haben wollen. Und wenn die mit einem BMI von 27 runter wollen auf [einen BMI von] 23 – das wird keinen Sinn machen und das wird auch nicht zu bezahlen sein. Aber für die schweren Fälle, für die hohen Risiken, wird, glaube ich, der Ausschluss immer schwerer zu rechtfertigen sein. Und es gibt auch schon durchaus



sehr differenzierte Diskussionen. Zum Beispiel die neue unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses hat jetzt in einem Interview schon zu verstehen gegeben, sie könne sich durchaus vorstellen, dass der GBA bestimmte Leitlinien, bestimmte Voraussetzungen, formulieren könnte. Ich glaube, da setzt inzwischen ein etwas differenzierteres Umdenken ein.

Moderatorin [00:48:19]

Sie haben das gerade schon ein bisschen beantwortet, aber wir haben noch eine Nachfrage zu den Möglichkeiten bekommen an Herrn Huster. Was sind Ihrer Meinung nach die Möglichkeiten, eine gezielte Kostenerstattung zu erreichen? Ist es zum Beispiel eine gesetzliche Änderung der Definition von Lifestyle-Arzneimittel? Ist es die Einführung einer Ausnahme vom Erstattungsabschluss mit medizinischen Kriterien oder dann doch eher die Aufnahme von Medikamenten gegen Adipositas in das Disease Management Program?

Stefan Huster [00:48:46]

Die letztere Möglichkeit, die Sie jetzt... Programme sind eine ganz andere Baustelle. Nicht jeder, der behandelt wird, ist in diesem Programm auch drin. Insoweit würde ich sagen, das ist dann eine zweite Frage. Zunächst mal muss man sich überlegen: Bin ich in der Lage, das Problem – wenn ich es denn ein Problem finde, dass [die Therapie] im Moment nicht zur Versorgung, zur Verfügung steht in der GKV – dieses Problem zu lösen allein auf gesetzlicher Grundlage? Reicht es wirklich aus, im SGB fünf etwas zu ändern? Ist der Gesetzgeber in der Lage, das so zielgenau zu definieren im Gesetz, dass das die richtigen Gruppen erreicht, aber die anderen nach wie vor von der Versorgung ausgeschlossen bleiben. Da liegt es doch vielleicht näher zu sagen, man macht das wie bei der Raucherentwöhnung. Man macht einfach nur eine Rückausnahme von dem Verbot und sagt dann, der GBA soll das konkretisieren. Aber eine Gesetzesänderung und damit, wie Herr Hauner völlig richtig gesagt hat, einen entsprechenden Gesetzesbeschluss des Bundestages brauchen wir so oder so auf bei beiden Lösungswegen. Weil solange die Rechtsprechung das als Totalausschluss interpretiert, wird man an einer gesetzlichen Änderung nicht vorbeikommen, sonst wird sich gar nichts ändern.

Moderatorin [00:50:07]

Okay, dankeschön. Frau Meyer, wir haben noch eine Frage für Sie reinbekommen, und zwar: Mit der Tablette wird auch das Angebot spezialisierter Onlinehändler erweitert, die bereits jetzt schon Vorbestellungen annehmen. Wie bewerten Sie die bereits gängige Praxis, dass diese Mittel ohne körperliche Untersuchung und auf Grundlage von Selbstauskünften online verordnet werden können?

Nina Meyer [00:50:30]

Ich muss gestehen, dass ich mich mit Onlineverordnung nicht speziell auskenne, aber [das] finde ich natürlich sehr kritisch zu bewerten. Die Therapie ist eindeutig so vorgesehen, dass sie immer unter ärztlicher Aufsicht und Betreuung erfolgen sollte. Und wie ich eingangs schon gesagt hatte, dass man auch immer gucken muss: Haben wir Hinweise auf Begleiterkrankungen, Ursachen für die Gewichtszunahme, die Adipositas? Das sollte immer mit berücksichtigt werden. Und auch zu schauen, gibt es Gegenanzeigen für die Therapie. Deswegen halte ich das für sehr, sehr kritisch, das ohne ärztliche Betreuung online zu beziehen. Also sollte nicht sein.



Hans Hauner [00:51:17]

Aber es ist schon interessant zu sehen, wie das läuft im Netz. Da gibt es viele Firmen auch in Deutschland, die mit diesem Geschäftsmodell versuchen, ordentlich Geld zu verdienen. Und es ist ja das Einfachste von der Welt. Man sucht sich irgendeinen Arzt, der stellt offiziell dieses Medikament aus, und alles andere läuft so wie beschrieben. Das ist keine Betreuung, wie man sie haben darf aus meiner Sicht. Das müsste man nach Möglichkeit eindämmen. Das kommt aus den USA, wo es noch viel weiter verbreitet ist. Und auch bei uns hat das die letzten Jahre deutlich zugenommen. Das ist sehr kritisch zu betrachten, weil keine gute Betreuung stattfindet, eigentlich überhaupt keine. Das Geschäftsmodell ist, diese Medikamente schnell bereitzustellen, da noch ordentlich was draufzuschlagen und ganz grob diese Rahmenbedingungen einzuhalten. Aber das ist keine medizinisch gute und vertretbare Behandlung.

Stefan Huster [00:52:19]

Ich habe mir das auch mal angeguckt. Es gibt null Kontrolle. Sie können irgendwelche Angaben machen über Ihr Gewicht und Ihre Größe. Das wird in keiner Weise, wenn ich das richtig verstanden habe, validiert.

Hans Hauner [00:52:31]

So ist es. Das ist genau das Problem dabei – oder eines der Probleme.

Nina Meyer [00:52:36]

Und zumal gerade diese begleitenden Lebensstilmaßnahmen, die sowieso schon in der Versorgung deutlich zu unterrepräsentiert sind, fallen komplett unter den Tisch. Die sind dann gar nicht mit dabei. Also, ja, das ist keine gute Versorgung.

Hans Hauner [00:52:54]

Pseudomäßig. Aber es geht an sich nur um das Medikament.

Nina Meyer [00:52:58]

Ja.

Moderatorin [00:53:00]

Danke für Ihre Einschätzung. Frau Meyer, wir haben noch eine Nachfrage bekommen, und zwar: Nimmt man mit der Spritze mehr ab als mit den Tabletten, weil bei den Tabletten so viel bei der Verdauung verloren geht? Und vielleicht können Sie in dem Rahmen noch mal auf die Dosierungsschemata der Tablette eingehen.

Nina Meyer [00:53:17]

Also das ist die... In den Zulassungsstudien sind die Gewichtseffekte, die man unter der Subkutantherapie im Vergleich zur Tablettentherapie [erreicht] sehr vergleichbar, also sehr ähnlich. Die Dosierungen sind deutlich unterschiedlich. Die Spritzen Therapie kann man bis 2,4 Milligramm hochdosieren. Die Tablette wird in einer Dosierung von 25 Milligramm als



Maximaldosis verfügbar sein. Initial wurde sie untersucht als 50 Milligramm. Man hat gesehen, dass der Gewichtseffekt unter noch 25 Milligramm vergleichbar ist. Hinsichtlich der Bioverfügbarkeit – wie Herr Hauner sagt – kann es von Tag zu Tag schwanken. Aber auf lange Sicht ist davon auszugehen, dass die Spiegel vergleichbar sein werden – oder vergleichbar sind – unter den beiden Applikationsformen. Was den Effekt auf das Gewicht angeht, ist es vergleichbar. Und in beiden Fällen ist es so, dass man die Medikamente eintitriert über einen gewissen Zeitraum. Das ist bei den Spritzen schon so, dass man in der niedrigsten Dosis anfängt und dann so langsam die Dosis steigert, in der Regel über vier Wochen Abstand. Das dient dazu, die Nebenwirkungen oder das Risiko für Nebenwirkungen möglichst gering zu halten, gerade die angesprochenen gastrointestinalen Nebenwirkungen. Und ähnlich oder gleich ist es auch bei der Tablettentherapie, dass man die langsam hochdosiert. Da ist es allerdings so, dass die Titrationsphase deutlich länger ist. Die geht über mehrere Wochen. Die Abstände zwischen den einzelnen Dosierungsstufen sind länger als bei der Subkutantherapie. Das heißt, insgesamt ist die Titrationsphase länger.

Moderatorin [00:54:52]

Okay.

Hans Hauner [00:54:53]

Aber Tatsache ist, Sie brauchen vom gleichen Wirkstoff 70-mal so viel, wenn Sie das in Tablettenform geben, als wenn Sie das spritzen. Also Sie brauchen wesentlich mehr Wirkstoff, weil der geringste Teil davon nur wirklich aufgenommen wird und im Körper wirken kann.

Moderatorin [00:55:13]

Ja, danke schön. Herr Hauner, dann würde ich gleich bei Ihnen gerne weitermachen. Und zwar kam eine Nachfrage, ob es schon konkrete Aussagen zum Preis der Tablette geben wird – im Vergleich auch zur Spritze. Wird die Tablette gegebenenfalls günstiger sein? Und wie sieht vor allem der Preis und die Wirksamkeit im Vergleich zur bereits auf dem Markt befindlichen oralen Semaglutid für die Diabetiker:innen aus?

Hans Hauner [00:55:39]

Ich kenne die exakten Preise noch nicht, aber ich glaube, man kann davon ausgehen, dass die Preise für das orale Semaglutid in der gleichen Größenordnung sein werden wie die Spritzen. Das hängt von den Dingen ab, die wir gesagt haben: ähnliche Wirkstärke am Ende. Sodass sich da wenig verändern wird. Wir haben leider einen gespaltenen Markt hier. Wir haben einmal die Anwendung als zugelassenes Medikament für Diabetes. Dort finden nach unseren Regularien Preisverhandlungen statt, die auch im Falle von Ozempic stattgefunden haben. Und dort gibt es feste Preise, die niedriger sind als auf dem freien Markt. Wegovy ist zugelassen für die Menschen mit Adipositas. Das ist keine anerkannte Krankheit. Hier gibt es keine Erstattung dieser Medikation, und hier sind die Firmen frei, die Preise festzulegen. Dementsprechend liegt der Preis für Wegovy etwa dreimal oder viermal so hoch wie das gleiche [Medikament], wenn man es als Diabetesmedikament verordnet. Und dann wird es bezahlt von der GKV. Und es wird wahrscheinlich bei den Tabletten ähnlich sein. Das orale Semaglutid ist in Deutschland noch nicht auf dem Markt für die Behandlung des Diabetes. In den USA ist es schon seit ein paar Jahren zugelassen und wird eingesetzt. Ob das jetzt auch noch kommt, wissen wir nicht. Aber klar ist, dieses orale Semaglutid oder orale Wegovy, wie es dann wohl heißen wird, wird wahrscheinlich auf Selbstzahlerbasis genauso teuer oder ähnlich teuer sein wie die bisherige Wegovy-Spritze für Adipositas. Und beim Diabetes ist es wie gesagt anders, das ist eine anerkannte Krankheit. Hier



müssen die Kassen die Behandlung bezahlen, und hier gibt es auch Preisverhandlungen. Deshalb gibt es diese große Preisdifferenz.

Moderatorin [00:57:55]

Okay, danke schön. Frau Meyer, ich hätte vielleicht noch eine letzte Frage an Sie, weil Sie meinten, Sie müssen gleich um 12:00 Uhr schon los. Dann können Sie sich natürlich gerne schon aus dem Meeting zurückziehen, aber wenn Sie noch Zeit haben, hätte ich noch eine letzte Frage.

Nina Meyer [00:58:09]

Gerne.

Moderatorin [00:58:09]

Wie könnte das Big Picture der Adipositas-Therapie aussehen? Der Jojo-Effekt beim Absetzen der Spritzen und Pillen ist deutlich. Werden Abnehmpillen jetzt für viele Adipositas-Patienten zu einer lebenslangen Medikation?

Nina Meyer [00:58:24]

Ja, ich glaube, das ist eine der Kernfragen überhaupt bei dieser Therapie. Da gibt es noch viele unbeantwortete Fragen, wie wir langfristig damit umgehen. Auf der einen Seite gibt es noch gar nicht die Langzeitdaten über die Anwendung über mehrere Jahrzehnte – zumindest nicht in Studien untersucht. Das ist ein Punkt: Wie sind Sicherheit und Wirkungsprofil über eine Anwendung für mehrere Jahrzehnte? Das ist der eine Punkt. Und gleichzeitig aber natürlich der relevante Punkt: Was passiert nach dem Absetzen der Therapie? Herr Hauner hat es schon gesagt, dass in Beobachtungsstudien bis zu 50 Prozent [der Behandelten] nach einem Jahr ungefähr die Therapie wieder beenden aus diversen Gründen, die nicht ganz klar sind. Hier braucht es Strategien, wie man damit umgeht, weil wir wissen, dass doch ein relevanter Teil des Gewichts wieder zurückkommt. Da gibt es verschiedene Konzepte und Ansätze. Sowas wie langsame Abtitrierung, niedrigere Dosen oder aber anschließende wirklich strengere Lebensstilmaßnahmen. Das ist aber noch nicht systematisch untersucht. Und sicherlich ein relevanter Aspekt, den man bei der Therapie klären muss. So ganz grundsätzlich – haben wir ja schon gesagt – ist Adipositas eine chronische Erkrankung. Das heißt, grundsätzlich ist diese Therapie auch als langfristige Therapie anzusehen. Wir wissen aus der Praxis oder aus der Realität, dass sie doch aus verschiedensten Gründen wieder beendet wird. Das sind viele Fragen, die da noch offen sind und wozu es auch weitere Studien geben wird. Gerade dieses Umgehen mit der Phase nach Absetzen der Therapie.

Moderatorin [01:00:17]

Ja, danke schön.

Nina Meyer [01:00:18]

Gerne.



Moderatorin [01:00:20]

Herr Hauner, könnten Sie vielleicht noch ergänzen? Semaglutid ist ja inzwischen einer der älteren Wirkstoffe auf dem Markt. Perspektivisch wird nach der Zulassung von Orforglipron auch die Zulassung von Retatrutid, einem Dreifach-Agonisten, erwartet. Was wird sich dann noch mal ändern, wenn diese Arzneien auch verfügbar werden?

Hans Hauner [01:00:39]

Wir werden dann mehr Optionen haben. Ob sich die Therapie grundlegend ändert, erwarte ich eher nicht. Wir müssen das abwarten. Wichtig wäre natürlich, dass wir mehr Erfahrungen haben. Es ist ja eben angesprochen worden, wir haben oft nur sehr kurze Behandlungszeiten. Wir wissen nichts über Langzeiteffekte, aber auch nichts über Langzeitnebenwirkungen. Es gibt noch viele, viele offene Fragen, sodass wir auch mit den bisherigen Medikamenten natürlich noch weitere Studien brauchen. Für die neuen Medikamente, die jetzt kommen, droht das Gleiche. Das Retatrutid zum Beispiel soll noch ein bisschen stärker sein. Das bleibt abzuwarten, ob sich das wirklich so bewahrheitet. Man muss unterscheiden zwischen dem, was die Studien zeigen unter optimalen Bedingungen mit hoher Auswahl der Teilnehmenden... Da gab es angeblich Unterschiede. Aber die Frage ist immer: Was vergleicht man? Und ist dieser Vergleich und die Vergleichsdosis wirklich richtig? Das ist oft nicht der Fall und dann kann man schnell falsche Schlüsse ziehen. Was wir inzwischen aber sagen können beispielsweise beim Einsatz von Semaglutid und Tirzepatid als jeweils Abnehmspritze – und da gibt es wirklich große Erfahrungen aus den USA – dass die am Ende in der Praxis in der freien Wildbahn dann doch nicht ganz so stark mehr sind. Die Gewichtsabnahme liegt im Durchschnitt bei etwa zehn bis zwölf Kilo. Semaglutid und Tirzepatid in den aktuellen Dosierungen unterscheiden sich da kaum. Man muss auch unterscheiden zwischen dem, was zeigen Studien, – die natürlich oft so angelegt sind, dass die Substanz besonders gut abschneidet – und wie sieht dann die Versorgungswirklichkeit später aus, wenn es frei eingesetzt werden kann? Da muss man natürlich genau drauf schauen, weil dann meistens auch Nebenwirkungen häufiger sind. Vorher werden ja Risikopersonen in den Studien ausgeschlossen. Also auch da gibt es noch viele offene Punkte, die einfach der Klärung bedürfen. Das ist ein Prozess, der noch ein paar Jahre oder vielleicht sogar viel länger dauern wird, als wir das wahrhaben wollen. Und deshalb ist immer Vorsicht geboten. Richtiger Einsatz, gute Betreuung, das ist für mich das A und O. Und da haben wir ein Problem, weil auch in den Medien und in der Werbung oft eine einseitige Darstellung dieser Medikamente erfolgt, bewusst oft auch inszeniert. Da müssen die Experten wirklich immer wieder den Finger heben und sagen: "Moment mal, so einfach ist das nicht". Da gibt es noch vieles zu klären. Dennoch, wenn man diese Medikamente richtig einsetzt – und das ist auch meine persönliche Erfahrung und das teilen sicherlich viele, Frau Meyer sieht ja noch mehr Menschen als ich – kann man damit natürlich bei vielen Problemen, die bisher schlecht zu behandeln waren, mit diesen neuen Substanzen wesentlich mehr erreichen und auch mehr Zufriedenheit von Seiten der Betroffenen. Da ist schon ein hohes Nutzenpotenzial, aber man muss es wirklich richtig einsetzen. Das geht bei dieser öffentlichen Diskussion oft unter und verdeckt Probleme, wo man diese Medikamente vielleicht besser nicht einsetzt oder viel strenger überprüft und vielleicht auch mal absetzt.

Moderatorin [01:04:34]

Alles klar, vielen Dank. Wir haben jetzt noch eine Frage noch mal zur Kostenerstattung bekommen. Herr Huster, sonst auch gerne Herr Hauner. Noch mal ganz grundsätzlich: Was würden Sie davon halten, diese Medikamente, egal ob Spritze oder Tablette, erstattungsfähig bei den gesetzlichen Krankenkassen zu machen? Und kennen Sie vielleicht auch Beispiele oder Erfahrungen, Vergleiche aus Frankreich oder Großbritannien zum Beispiel?



Stefan Huster [01:05:00]

Ich als Jurist [kann] wenig dazu beitragen. Mein persönlicher Eindruck im Moment von der gesundheitspolitischen Diskussion ist, dass der Druck – weil das Nutzenpotenzial jedenfalls in bestimmten Patientenpopulationen doch sehr, sehr hoch ist – dass sich ein kompletter Ausschluss, wie wir ihn im Moment haben, sich auf die Dauer nicht politisch durchhalten lassen wird.

Hans Hauner [01:05:26]

Ja, das wäre auch meine Hoffnung. Und wie gesagt, es gibt schon jetzt eine Diskussion, dass man das beschränkt auf Risikopersonen. Es gibt schon Vorschläge, wie man das definiert, besonders über Herz-Kreislauf-Risiken. Und andere Länder machen das vor, wie zum Beispiel Großbritannien. Da kostet eine Behandlung mit diesen Abnehmspritzen auch deutlich weniger als der Selbstzahlerpreis in Deutschland. Dort liegen die Behandlungskosten, glaube ich, so bei 80 bis 100 Pounds, also gut 100 Euro im Monat. Das ist ein anderer Preis als der, der jetzt auf dem freien Markt verlangt wird. Und dann könnte man für eine eingeschränkte Gruppe von Menschen mit Adipositas, – und zwar denen mit hohem Risiko – vielleicht doch eine Kostenerstattung hinbekommen. Das wäre sicherlich aus Expertensicht das Sinnvollste. Vielleicht kann die neue Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses in diese Richtung arbeiten. Der Vorgänger hat ja schon versucht, so eine Art Kompromissformel zu finden. Das ist sinnvoll und pragmatisch. Es macht einfach keinen Sinn, bei einer Zulassung, die so breit war wie jetzt für diese Medikamente, zu sagen, jeder muss das bekommen können. Das macht einfach keinen Sinn. Das ist so eine breite Population und da ist nur ein kleiner Teil dabei, der wirklich einen ganz klaren Nutzen hätte von einer Behandlung. Das muss man versuchen zu differenzieren. Das geht auch. Wie gesagt, andere Länder machen es vor. Es gibt viele sinnvolle Vorschläge, und ich hoffe jetzt sehr, dass die Politik sich das anhört und vielleicht doch in der Lage ist, für die besonders gefährdeten Menschen eine Entscheidung zu treffen.

Moderatorin [01:07:17]

Danke schön. Frau Meyer, wir haben hier noch eine Frage reinbekommen, wenn Sie noch die Zeit haben. Ansonsten können Sie wie gesagt auch gleich gerne das Meeting schon mal verlassen. Aber wenn Sie noch kurz Zeit haben, dann noch die Frage: Hat denn die Abnehmpille nun überhaupt einen Vorteil gegenüber der Spritze oder ist es allein die Spritzenangst, die wir jetzt dadurch umgehen können?

Nina Meyer [01:07:38]

Genau, wie gesagt, erst mal ist es vor allem eine andere Möglichkeit für Menschen, die das eher bevorzugen als die Spritzen Therapie. Wie Herr Hauner schon gesagt hatte, ist der Anteil an Patient:innen mit Phobie gar nicht so groß, wie man immer meint. Es ist dennoch... Man kann auch sagen, man mag das einfach nicht so gerne oder man kann es nicht gut gewährleisten, das zu Hause zu machen. Man traut sich das nicht zu, wie auch immer. Dann ist die Tablette eine gute Alternativmöglichkeit, bis zum jetzigen Zeitpunkt.

Moderatorin [01:08:18]

Okay, danke schön.



press briefing

Nina Meyer [01:08:19]

Gerne. Dann würde ich mich an dieser Stelle schon mal verabschieden.

Moderatorin [01:08:24]

Ja, na klar.

Nina Meyer [01:08:24]

Danke vielmals.

Moderatorin [01:08:26]

Super. Vielen Dank auch, dass Sie dabei waren.

Nina Meyer [01:08:28]

Ja, sehr gerne. Hat mich gefreut. Tschüss.

Moderatorin [01:08:30]

Tschüss, auf Wiedersehen. Wir wollten noch einmal kurz über das Missbrauchspotenzial weiter sprechen. Da kam noch eine Frage rein: Die dubiosen Onlineverordnungen hatten wir jetzt gerade schon, aber es wird auch immer einfacher werden, Tabletten zu fälschen. Da kam die Frage, wie Sie dieses Risiko einschätzen?

Hans Hauner [01:08:56]

Wenn ich beginnen darf: Ich schätze das für sehr, sehr hoch ein, weil wir das die letzten Jahre schon gesehen haben, dass Fälschungen unterwegs sind. Und es wird heute immer leichter, auch über das Internet an solche Medikamente heranzukommen. Oder umgekehrt für betrügerische Firmen, das weltweit über das Internet zu vertreiben. Das hat deutlich zugenommen und das wird uns sicherlich auch belasten. Deshalb kann man nur dafür plädieren, dass solche Medikamente wirklich nur von einem leibhaftigen Arzt oder Ärztin verordnet wird, dass man das wirklich nach Möglichkeit in seinem bekannten Umfeld macht und sich nicht auf diese – natürlich oft mit riesigen Versprechen verbundenen – Angebote einlässt. Da wäre ich immer skeptisch. Es gibt so viele Beispiele für Missbrauch, zum Teil auch für schwere Schäden, durch solche Internetangebote. Ich kenne auch diesen Nahrungsergänzungsmittelmarkt ganz gut. Was da verkauft wird, das ist grauenhaft. Und das wird jetzt in diesem Bereich, wo großes Interesse besteht von vielen Menschen – gerade auch von Menschen, die vielleicht gar kein wirkliches Gewichtsproblem haben – in Anspruch genommen, und hier kann man nur hoffen, dass uns da bessere Lösungen einfallen. Ich weiß nicht, wie das gesetzlich geht, kenne jetzt auch kein Beispiel aus anderen Ländern, wo man das versucht. Aber das Problem nimmt so gewaltig zu, dass man sich Gedanken machen muss, wie man das besser in den Griff kriegen kann.



Stefan Huster [01:10:36]

Ich kann in der Sache dazu gar nicht viel sagen. Ich will nur sagen, regulierungstechnisch ist das natürlich auch deshalb nicht ganz einfach, weil das häufig Dinge sind, die sich auch im Ausland abspielen. Und ich meine, wir werden jetzt einfach... Wenn Sie im Ausland irgendwas bestellen, wird niemand in der Lage sein, jedes Paket zu kontrollieren und zu schauen, ob das, was da drin ist in Ordnung ist. Von daher glaube ich, muss man... Das ist in einer freiheitlichen Gesellschaft immer so, dass ein Stück weit natürlich das auch Eigenverantwortung ist, dass man mit solchen Angeboten vernünftig umgeht.

Moderatorin [01:11:13]

Ja, natürlich. Herr Hauner, wir haben jetzt noch eine allerletzte Frage. Wir haben schon ein bisschen überzogen. Und zwar kam die Frage nach der Evidenz dazu, inwiefern die Abnehmmedikamente auch bei der Suchtbekämpfung helfen können, also ein Entgegensteuern der Sucht. Können Sie die Evidenz einmal einschätzen bitte?

Hans Hauner [01:11:40]

Das ist eine wirklich spannende Frage, die auch noch nicht eindeutig zu beantworten ist. Aber es gibt tatsächlich Hinweise, dass diese Medikamente auch Suchtverhalten beeinflussen können. Das beginnt beim Alkohol, geht über Rauchen bis hin zu Kokain und was alles als Suchtmittel im Umlauf ist. Die Studien, die es dazu gibt, sind oft sehr klein, zeigen mal tatsächlich günstige Effekte, aber auch nicht immer. Vor ein paar Tagen ist eine Metaanalyse erschienen, da ging es um das Thema: Rauchen Menschen weniger, wenn sie solche Medikamente einnehmen? Dafür gab es zunächst auch Hinweise. In der Gesamtschau aller Daten hat sich das nicht bestätigt. Aber richtig ist auf alle Fälle, dass diese Gier, auch diese Gier nach Essen, durch diese Medikamente beeinflusst werden kann, vielleicht auch nur bei einem Teil der Menschen. Wir ticken alle recht unterschiedlich, und es gibt aus der Grundlagenforschung einige Hinweise, dass diese Medikamente tatsächlich in den zentralen Zentren, wo solches Suchtverhalten mehr oder weniger gesteuert wird, eingreifen. Da gibt es Chancen, glaube ich, aber es ist noch viel zu früh, definitive Aussagen zu machen, geschweige denn Empfehlungen abzugeben. Es könnte sein, dass wir tatsächlich vielleicht ein Medikament in Zukunft haben könnten, mit dem wir vielleicht Kokainabhängigkeit im günstigsten Fall verringern könnten. Ich bin jetzt mal ganz vorsichtig, aber dazu braucht man größere Studien, und da muss noch viel mehr an Forschung investiert werden. Aber ich sehe da durchaus Potenzial nachdem, was man bisher so beiläufig oder in kleinen Studien beobachten konnte.

Moderatorin [01:13:43]

Alles klar. Super. Vielen, vielen Dank. Vielen Dank für die ganzen interessanten Einblicke. Wir haben jetzt doch schon sehr überzogen, deswegen müssen wir jetzt hier langsam zum Ende kommen. Wenn wir nicht alle Fragen stellen konnten, das tut uns leid. Wir haben uns bemüht, so viele wie möglich zu stellen. Aber dann bleibt es mir nur noch zu sagen: Ich bedanke mich bei den Journalistinnen und Journalisten für die vielen spannenden Fragen und die Beteiligung und bei meinen Kolleg:innen für die Hilfe im Hintergrund. Und ein ganz besonderer Dank natürlich an die Expert:innen heute, Frau Meyer, die jetzt leider schon losmusste, Herr Hauner und Herr Huster, dafür, dass Sie sich heute die Zeit genommen haben. Vielen Dank. Zum Ende noch mal der Hinweis, dass wir das maschinell erstellte Transkript und das Video schnellstmöglich auf unserer Webseite hochladen werden. Ein redigiertes Skript kommt morgen im Laufe des Tages. Vielen Dank und ich wünsche Ihnen allen noch einen schönen restlichen Mittwoch.



press briefing

Ansprechpartnerin in der Redaktion

Louisa Trippe

Volontärin im Ressort für Medizin und Lebenswissenschaften

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail redaktion@sciencemediacenter.de

Impressum

Die Science Media Center Germany gGmbH (SMC) liefert Journalisten schnellen Zugang zu Stellungnahmen und Bewertungen von Experten aus der Wissenschaft – vor allem dann, wenn neuartige, ambivalente oder umstrittene Erkenntnisse aus der Wissenschaft Schlagzeilen machen oder wissenschaftliches Wissen helfen kann, aktuelle Ereignisse einzuordnen. Die Gründung geht auf eine Initiative der Wissenschafts-Pressekonferenz e.V. zurück und wurde möglich durch eine Förderzusage der Klaus Tschira Stiftung gGmbH.

Nähere Informationen: www.sciencemediacenter.de

Diensteanbieter im Sinne MStV/TMG

Science Media Center Germany gGmbH
Schloss-Wolfsbrunnenweg 33
69118 Heidelberg
Amtsgericht Mannheim
HRB 335493

Redaktionssitz

Science Media Center Germany gGmbH
Rosenstr. 42–44
50678 Köln

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer

Volker Stollorz

Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des §18 Abs.2 MStV

Volker Stollorz



science
media center
germany