

Beitrag Nr. 57, 2025

Übergewicht im System der gesetzlichen Krankenversicherung

Eine Analyse der gegenwärtigen Rechtslage unter besonderer Berücksichtigung der „Abnehmspritze“

Zachariasz Hussendörfer (Universität Regensburg)

Veröffentlichung: Bochum, den 8. Juli 2025

Veröffentlichung auf www.gesundheitsrecht.blog/uebergewicht-kv

Bibliothekslink: <https://doi.org/10.13154/294-13288>

ISSN: 2940-3170

Empfohlene Zitierweise: *Hussendörfer*, Gesundheitsrecht.blog Nr. 57, 2025, S.

Kurzzusammenfassung: Obwohl Übergewicht von der Rechtsprechung schon seit längerer Zeit als Krankheit im sozialrechtlichen Sinne anerkannt wird, zeigen sich nach wie vor Unsicherheiten, welche konkreten Behandlungsmaßnahmen nach der geltenden Rechtslage ergriffen werden können. Dies betrifft insbesondere die Frage, inwiefern sogenannte „Abnehmspritzen“ von der Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind. Um diese Problematik zu analysieren, stellt der nachfolgende Beitrag zunächst den rechtlichen status quo dar: zum einen im Hinblick auf die Voraussetzungen unter denen Adipositas als Krankheit gemäß § 27 SGB V gilt, zum anderen bezüglich der derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten. Daran anknüpfend wird analysiert, welche Verbesserungen sich aus dem neuen „Disease Management Programme“ des „Gemeinsamen Bundesausschusses“ ergeben können. Abschließend steht ein Plädoyer, auch Semaglutid-Produkte in der Regelversorgung zuzulassen, da § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V einer solchen Öffnung für die „Abnehmspritze“ nur vermeintlich entgegensteht.



Dieser Aufsatz ist lizenziert unter den CreativeCommon-Bedingungen CC BY 4.0.

(abrufbar unter: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>)

Dieser Beitrag ist Teil des Themenschwerpunktes „Ethische, sozial und rechtliche Aspekte ungesunder Ernährung“. Weitere Informationen dazu finden Sie [hier](#).

Übergewicht stellt in Deutschland längst keine Randerscheinung mehr dar: Laut einer Erhebung des Robert Koch-Instituts aus den Jahren 2019 und 2020 waren über 50% der deutschen Bevölkerung adipös, bei Männern sogar nahezu zwei Drittel.¹ Diese beunruhigende Entwicklung ist freilich seit längerer Zeit bekannt – von der WHO wurde Adipositas beispielsweise schon im Jahr 2000 als Krankheit im medizinischen Sinne anerkannt.² Nimmt man jedoch in den Blick, wie das deutsche Sozialrecht auf diese Herausforderung reagiert, so drängt sich der Eindruck auf, dass die relevanten Vorschriften des SGB V nach wie vor ungeeignet sind, effektiv gegenzusteuern. Dementsprechend zielt der vorliegende Beitrag darauf ab, den derzeitigen Umgang mit Übergewicht im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kritisch aufzuarbeiten. Insbesondere sollen bestehende Lücken im SGB V identifiziert und etwaige Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

Um diesen rechtlichen Fragen adäquat nachgehen zu können, müssen zunächst ihre faktischen Grundlagen abgesteckt werden. Die Untersuchung beginnt daher mit einer kurzen Darstellung des medizinischen Krankheitsbilds der Adipositas (A.). Darauf aufbauend wird diskutiert, inwiefern Übergewicht auch im sozialrechtlichen Sinne als „Krankheit“ einzuordnen ist (B.). Anschließend erfolgt eine Zusammenfassung, welche konkreten Leistungen derzeit im Rahmen der GKV für die betroffenen Personen vorgesehen sind (C. I.). Dabei stehen zwei Aspekte im Fokus. Zum einen soll das neue „Disease Management Programme“ (DMP) des „Gemeinsamen Bundesausschusses“ (G-BA) betrachtet werden (C. II.). Zum anderen ist zu beleuchten, welche Probleme sich im SGB V in Bezug auf neuartige Medikamente ergeben. Konkret betrifft dies die als „Abnehm-Spritze“ bekannt gewordenen „Semaglutid“-Produkte (C III.). Den Abschluss der Darstellung bildet ein kurzes Fazit (D.).

Der Autor dankt Herrn Prof. Thorsten Kingreen, Herrn Prof. Uerpmann-Wittzack und Herrn Prof. Alexander Tischbirek für die fachliche Beratung sowie Frau Luisa Effenberger und Frau Sanaïna Hocke für die getätigten Korrekturarbeiten.

¹ Schienkiewitz/Kuhnert/Blume/Mensin, Journal of Health Monitoring, 2022, 23 (25 ff.).

² Deutsche Adipositas Gesellschaft, Definition von Übergewicht und Adipositas (abrufbar unter <https://adipositas-gesellschaft.de/ueber-adipositas/definition-von-adipositas/>); alle in diesem Beitrag zitierten Quellen aus dem Internet wurden zuletzt am 5.6.2025 abgerufen.

A. Übergewicht als Krankheit im medizinischen Sinne

Der biologisch-physiologische Hintergrund von Übergewicht liegt darin, dass es im Körper zu einer erhöhten Ansammlung von Fettgewebe kommt. Dies beruht wiederum darauf, dass dem Körper eine höhere Anzahl an Kalorien zugeführt werden, als dieser verbrauchen kann: Anstatt die aufgenommene Nahrung durch Verbrennung energetisch zu verwerten, werden die überschüssigen Kalorien im Körper als Fettzellen eingelagert.³

Während dies früher noch vereinfachend und etwas despektierlich als „Wohlstandssyndrom“ bezeichnet wurde, klassifiziert man Übergewicht heutzutage als „metabolisches Syndrom“, also als eine Krankheit, die stoffwechselbedingt ist (metabolisch) und bei der mehrere Symptome gleichzeitig auftreten (Syndrom), dabei aber unterschiedliche Ursachen haben können.⁴ Diese Definition spiegelt zwei wesentliche Merkmale krankhaften Übergewichts wider: zum einen die Vielschichtigkeit seiner Ursachen, zum anderen die Heterogenität seiner Folgen.

So können zunächst die Gründe für die Gewichtszunahme sehr unterschiedlich ausfallen: Neben einer genetischen Disposition kommen nicht nur physiologische Faktoren, wie etwa Bewegungsmangel oder die Einnahme bestimmter Medikamente in Frage, sondern auch psychologische Probleme, beispielsweise Stress, Depressionen oder Formen von Essstörungen („binge-eating“).⁵ Nicht zu vernachlässigen ist dabei, dass oftmals ein enger Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Übergewicht und der sozioökonomischen Lebensrealität der betroffenen Personen besteht: Übergewicht tritt besonders häufig bei Menschen aus niedrigeren Bildungs-, Berufsstatus- und Einkommensgruppen auf.⁶ Ebenso vielfältig wie die Ursachen sind auch die mit dem Übergewicht einhergehenden Folgeerkrankungen: Die Betroffenen haben ein erhöhtes Risiko für chronische Krankheiten wie Diabetes mellitus oder verschiedene Krebsformen sowie für Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Fettleber und Schlafapnoe; darüber hinaus weisen sie auch insgesamt eine niedrigere Lebenserwartung auf.⁷ Zudem geht

³ Stiftung Gesundheitswissen, Adipositas – Hintergrund (abrufbar unter <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen/adipositas/hintergrund>).

⁴ Internisten im Netz, Was ist ein metabolisches Syndrom? (abrufbar unter <https://www.internisten-im-netz.de/krankheiten/metabolisches-syndrom/was-ist-ein-metabolisches-syndrom.html>).

⁵ Deutsche Adipositas Gesellschaft, Ursachen der Adipositas (abrufbar unter <https://adipositas-gesellschaft.de/ueber-adipositas/ursachen-von-adipositas/>).

⁶ Kuntz/Lambert, Sozioökonomische Faktoren und Verbreitung von Adipositas, Dtsch Arztebl Int 2010 (abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/77670/Sozioökonomische-Faktoren-und-Verbreitung-von-Adipositas>).

⁷ Deutsche Adipositas Gesellschaft, Folge- und Begleiterkrankungen (abrufbar unter <https://adipositas-gesellschaft.de/ueber-adipositas/folge-und-begleiterkrankungen/>).

Übergewicht oftmals mit einer sozialen Stigmatisierung einher, die sich bis zu aktiven gewichtsbezogenen Benachteiligungen auswachsen kann.

Trotz dieser Heterogenität der Ursachen und Folgen wurden in der Medizin verschiedene Ansätze bemüht, um dem Übergewicht *für sich genommen* einen Krankheitswert beizumessen: Als medizinischer Standard durchgesetzt hat sich dabei der „Body-Maß-Index“ (BMI), über den krankhaftes Übergewicht diagnostiziert und definiert wird.⁸ Dieser beschreibt das Verhältnis des Körpergewichts in Kilogramm zur Körpergröße in Metern zum Quadrat.⁹ Übersteigt der dabei berechnete Quotient die Kennzahl 30, spricht man von „Adipositas“, welche zusätzlich noch in verschiedene Grade eingeteilt wird: Ab einem BMI von 35 ist der zweite Grad erreicht, ab einem BMI von 40 der dritte.

Zwar sieht sich der BMI als relevante Kenngröße mittlerweile einiger Kritik ausgesetzt; neben seinen rassistisch konnotierten Ursprüngen¹⁰ versagt er bei der Abbildung des Verhältnisses von Fett- und Muskelmasse sowie der Verteilung und Art des Fettgewebes im Körper.¹¹ Daher wird zunehmend auf anderweitige Diagnostiken zurückgegriffen, insbesondere auf das Verhältnis der Hüfte zur Taille („hip-to-waist-ratio“). Da der BMI jedoch in der medizinischen Praxis nach wie vor die gängigste Methode darstellt, soll er auch im Folgenden als relevante Kenngröße fungieren.

B. Übergewicht als Krankheit im Sinne des § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V

Dass Übergewicht im medizinischen Sinne – jedenfalls bei Überschreiten der Adipositas-Schwelle – als eigenständige Krankheit anerkannt ist, bedeutet aber noch nicht, dass dies gleichermaßen für das Sozialrecht gilt. Im Zentrum des Krankenversicherungsrechts steht diesbezüglich § 27 SGB V. Nach dessen Abs. 1 S. 1 steht Versicherten dann ein Behandlungsanspruch zu, wenn dies „notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“ Das maßgebliche Tatbestandsmerkmal der „Krankheit“ ist dabei nicht ohne weiteres deckungsgleich mit dem medizinischen Krankheitsbegriff, sondern als autonome rechtliche Voraussetzung zu

⁸ Vgl. nur die zahlreichen Studien der Who, die auf dem BMI basieren (abrufbar unter <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index>).

⁹ WHO, Obesity and Overweight (abrufbar unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=The%20diagnosis%20of%20overweight%20and,help%20the%20diagnosis%20of%20obesity>).

¹⁰ Zeit online vom 16.8.2023, "Schwarze Frauen sind bei erhöhtem BMI oft gesünder als weiße Frauen" – Interview mit Prof. Sabrina Strings (abrufbar unter <https://www.zeit.de/zett/2023-08/schoenheitsideale-body-mass-index-rassismus-schwarze-frauen-gesundheit/komplettansicht>).

¹¹ Aerzteblatt.de, Aussagekraft des Body-Mass-Index ist begrenzt (abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/140448/Aussagekraft-des-Body-Mass-Index-ist-begrenzt>).

entwickeln.¹² Dementsprechend muss nachfolgend diskutiert werden, inwiefern sich die geschilderten medizinischen Aspekte der Adipositas auch unter § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V subsumieren lassen.

Da das Tatbestandsmerkmal „Krankheit“ an keiner Stelle legaldefiniert wird,¹³ ist dafür weiterhin die Begriffsbestimmung des Bundessozialgerichts (BSG) maßgeblich. In ständiger Rechtsprechung versteht das BSG darunter einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der vom Leitbild des gesunden Menschen abweicht und von sich aus eine ärztliche Behandlung erfordert oder die Betroffenen arbeitsunfähig macht.¹⁴

Im Hinblick auf Übergewicht ergeben sich bei dieser Definition jedoch gewisse Schwierigkeiten (dazu I.). Das BSG begegnet ihnen, indem es als Bezugspunkt nur eingeschränkt auf das Übergewicht selbst abstellt und stattdessen die sich daraus ergebenden Folgeerkrankungen als zentralen Bezugspunkt wählt (dazu II.). Diese pragmatische Vorgehensweise ist sinnvoll, um eine effektive Behandlung sicherzustellen (dazu III.).

I. Problematik der Bestimmung des „Leitbildes eines gesunden Menschen“

Bei manchen Organen oder Körperteilen wie etwa Lunge, Herz oder Knochen kann vergleichsweise einfach bestimmt werden, wie sich ihr „Idealzustand“ darstellt, da ihnen eine relativ klar umrissene physiologische Funktion zukommt. Nachdem es jedoch keinen genormten „Durchschnittsmenschen“ gibt, der sich stets als Vergleichsmaßstab heranziehen ließe, können sich selbst bei derartigen Körperteilen gewisse Unsicherheiten ergeben.¹⁵

Im Hinblick auf das Körpergewicht bestehen derartige Schwierigkeiten in besonderem Maße: Es ist es nahezu unmöglich, verbindlich festzuhalten, worin das gewichtstechnische „Leitbild eines gesunden Menschen“ liegen soll. Dies folgt schon aus der Überlegung, dass die Vorstellungen über die ideale Körpermasse eines Menschen nicht nur stark individuell geprägt, sondern auch einem stetigen gesellschaftlichen Wandel unterworfen sind. Besonders eindrücklich zeigt sich dies anhand eines fast vierhundertjährigen Vergleichsrahmens, der von den viel zitierten „Rubensfiguren“ der Barockzeit bis hin zum „heroin chic“ der frühen 2000er reicht.

¹² Vgl. hierzu nur Schmidt, in: Peters (Hrsg.), KV-HdB, Band 2, 5. EL v. 1.2.1991, § 27 SGB V, Rn. 32; Scholz, in: FS f. Schlegel, 2024, S. 637 (639).

¹³ Dazu Prehn, in: Berchtold/Huster/Rehborn (Hrsg.), Gesundheitsrecht, 2. Aufl. 2018, § 27 SGB V Rn. 16.

¹⁴ BSGE 35, 10 (12), BSGE 39, 167 (168); BSGE 93, 252 (252 f.); BSGE 100, 119 (120); Prehn, in: Berchtold/Huster/Rehborn (Hrsg.), Gesundheitsrecht, 2. Aufl. 2018, § 27 SGB V Rn. 17; für die nachfolgenden Überlegungen hat die Arbeitsunfähigkeit keine Relevanz.

¹⁵ Prehn, in: Berchtold/Huster/Rehborn (Hrsg.), Gesundheitsrecht, 2. Aufl. 2018, § 27 SGB V Rn. 23.

Freilich können solche Schönheitsideale nicht als Gradmesser fungieren, ob eine „Krankheit“ im sozialversicherungsrechtlichen Sinne vorliegt. Doch selbst wenn man versucht, sich von derartig subjektiv geprägten Ansichten zu lösen und eine medizinisch-physiologische Betrachtung in den Fokus zu rücken,¹⁶ stößt man bei der Frage nach dem idealen Körpergewichts an gewisse Grenzen.¹⁷

Untauglich wäre es jedenfalls, in *quantitativer* Hinsicht ein gesellschaftliches Durchschnittsgewicht als Maßstab heranzuziehen, von dem Übergewicht sodann als negatives Abweichen verstanden werden könnte. Dies würde dazu führen, dass Übergewicht umso seltener als Krankheit anerkannt werden würde, je mehr Personen von ihr betroffen wären, da sich der Durchschnittswert immer weiter nach oben verschoben. Wie bereits eingangs erwähnt, weist in Deutschland schon jetzt mehr als die Hälfte der Bevölkerung einen BMI auf, der die betreffenden Personen als adipös im medizinischen Sinne ausweist.¹⁸ Insofern kann Übergewicht sogar als der neue „Normalzustand“ bezeichnet werden. Ein Abweichen von dieser „Norm“ wäre als Maßstab somit nicht zielführend, da es zum einen den Großteil der Fälle nicht erfassen würde, in denen in medizinischer Hinsicht bereits ein krankhaftes Übergewicht vorläge, und zum anderen die sozialrechtliche Anerkennung sinken würde, je häufiger das Problem in der Gesellschaft auftrate.

Darüber hinaus lässt sich aber auch in *qualitativer* Hinsicht nur schwierig ein idealer Gewichtszustand ausmachen. Jedenfalls gibt es Hinweise darauf, dass durchaus Unterschiede bestehen zwischen dem Körpergewicht, das der BMI als „Idealgewicht“ ausweist, und demjenigen, bei dem der größte gesundheitliche Mehrwert vorliegt: So zeigte eine Studie der Rutgers University aus New Jersey, dass bei Männern mittleren Alters mit einem leichten Übergewicht ein um 5% geringeres Sterberisiko vorlag als bei solchen, die nach BMI „Idealgewicht“ aufweisen; bei mittlerem Übergewicht war das Sterberisiko sogar um 7% reduziert.¹⁹

Die Frage, wann beim Gewicht eines Menschen der Idealzustand vorliegt und inwiefern ein Abweichen davon als „negativ“ gewertet werden kann, lässt sich also auch mit dem objektiven

¹⁶ Dazu Prehn, in: Berchtold/Huster/Rehborn (Hrsg.), Gesundheitsrecht, 2. Aufl. 2018, § 27 SGB V Rn. 24.

¹⁷ Insbesondere ist zu beachten, dass es bei Adipositas auch nicht zu einer Fehlfunktion der Verdauungsorgane kommt, sodass diese nicht als Bezugspunkt des Vorliegens einer Krankheit herangezogen werden können.

¹⁸ Deutsche Adipositas Gesellschaft, Definition von Übergewicht und Adipositas (abrufbar unter <https://adipositas-gesellschaft.de/ueber-adipositas/definition-von-adipositas/>).

¹⁹ Visaria/Setoguchi, Body mass index and all-cause mortality in a 21st century U.S. population: A National Health Interview Survey analysis, PLoS ONE 18(7) (abrufbar unter <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0287218>).

Kriterium des BMI nicht zufriedenstellend beantworten. Eine Bestimmung, ob Übergewicht nach der Definition des BSG eine Krankheit im Sinne des § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V darstellt, ist daher mit diesem Kriterium kaum möglich.

II. Sichtweise des Bundessozialgerichts

Auch das BSG hat diese Problematik offenbar erkannt, schlägt es im Hinblick auf den Krankheitswert von Adipositas doch einen Umweg ein: So subsumiert es nicht das Übergewicht allein unter § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V – vielmehr stellt es primär auf die sich daraus ergebenden Folgeerkrankungen ab.²⁰

Erstmals griff das BSG in einer Entscheidung vom 19.2.2003 auf diese Vorgehensweise zurück.²¹ Die betreffende Klägerin wies mit einer Körpergröße von 168 cm und einem Gewicht von 111 kg einen BMI von 39 und damit Adipositas zweiten Grades auf. Bei ihr waren bereits „degenerativ[e] Schäden des gesamten Bewegungsapparats“²² eingetreten, sodass sie die Kostenübernahme für eine chirurgische Magenverkleinerung einforderte.

Im Ergebnis erkannte das BSG Übergewicht dabei als Krankheit an, wenn dieses nach BMI die Schwelle zur Adipositas überschreitet.²³ Nachdem das Gericht zunächst festgehalten hatte, dass auch in der Medizin umstritten sei, inwiefern Adipositas selbst als Krankheit gelten könne, führte es aus, dass jedenfalls ab einem BMI von 30 Behandlungsbedürftigkeit vorliege, um dem „Risiko für das Auftreten von Begleit- und Folgeerkrankungen“ zu begegnen. Dabei sei unerheblich, ob das Übergewicht selbst einen Risikofaktor darstelle oder nur weitere Risikofaktoren begünstige. Zudem komme es nicht darauf an, ob die Risikofaktoren bereits feststellbar eingetreten seien.²⁴ Zusammenfassend schloss das BSG: „Erfordert die Adipositas eine ärztliche Behandlung, so belegt das zugleich die Regelwidrigkeit des bestehenden Zustandes und damit das Vorliegen einer Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne.“²⁵ Es wurde also von der Behandlungsbedürftigkeit auf das negative Abweichen vom Regelzustand geschlossen und dadurch der Krankheitswert von Adipositas im Sinne des § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V begründet.

Im Nachgang dieser Entscheidung etablierte sich die sozialversicherungsrechtliche Anerkennung von Adipositas als eigenständige Krankheit. Zwar wurde die konkrete Schwelle,

²⁰ Dazu auch Prehn, in: Berchtold/Huster/Rehborn (Hrsg.), Gesundheitsrecht, 2. Aufl. 2018, § 27 SGB V Rn. 26.

²¹ Sachverhalt nach BSGE 90, 289 (289 f.).

²² BSGE 90, 289 (289).

²³ BSGE 90, 289 (290).

²⁴ BSGE 90, 289 (290).

²⁵ BSGE 90, 289 (290 f.).

ab der krankhaftes Übergewicht vorliegen soll, von verschiedenen Instanzgerichten abweichend bewertet;²⁶ vereinzelt wurde sogar explizit bestritten, dass Adipositas selbst die Voraussetzungen des § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V erfülle.²⁷ Indem das BSG es aber bereits ausreichen lässt, dass durch Übergewicht das *Risiko* von Folgeerkrankungen besteht und dies ab einem BMI von 30 standardmäßig unterstellt, hat es im Ergebnis anerkannt, dass Adipositas für sich genommen den Tatbestand des § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V erfüllt. In einer neueren Entscheidung geht es jedenfalls ohne weitere Erläuterung davon aus, dass „[n]ach der bisherigen Rechtsprechung des Senats [...] anerkannt [ist], dass es sich bei Adipositas um eine behandlungsbedürftige Krankheit handelt“.²⁸

III. Zwischenfazit

Die pragmatische Herangehensweise des BSG überzeugt. Wie erläutert, bestehen erhebliche Schwierigkeiten, auf Grundlage der gängigen medizinischen Diagnostik einen „Idealzustand“ des Körpergewichts festzustellen. Dementsprechend wäre eine alleinige Betrachtung des Übergewichts stets mit Unsicherheiten verbunden.

Dass stattdessen die (potenziellen) Folgeerkrankungen in den Fokus gerückt werden, rechtfertigt sich dadurch, dass es nicht zielführend wäre, *ausschließlich* diese Begleiterscheinungen als sozialversicherungsrechtliche Krankheiten anzuerkennen, dabei aber ihre physiologische Ursache außer Acht zu lassen. Das medizinische Verständnis von Adipositas als „metabolisches Syndrom“ zeigt gerade, dass Übergewicht zu einer Vielzahl heterogener Erkrankungen führen kann, die ihren Ursprung allesamt im erhöhten Körpergewicht haben. Dementsprechend überzeugt es, auch das Übergewicht selbst als einen Körperzustand zu qualifizieren, dem Behandlungsbedürftigkeit und dadurch Krankheitswert im sozialversicherungsrechtlichen Sinne zukommt.

Wäre die gängige Definition des BSG im Gesetz selbst verankert, so würde sich eine solche Auslegung schon aus teleologischen Gründen aufdrängen. Dementsprechend ist auch die flexible Handhabung durch das BSG selbst zu begrüßen.

²⁶ Siehe nur LSG RhPf, Urt. v. 19.8.2010 – L 5 KR 101/10; LSG Hess, Urt. v. 5.7.2016 – L 1 KR 116/15; SG Darmstadt, Urt. v. 14.11.2012 – S 10 KR 309/10; SG Mannheim, Urt. v. 17.1.2013 – S 9 KR 491/12; SG Aachen, Urt. v. 16.12.2015 – S 1 KR 126/15.

²⁷ Ausdrücklich verneinte das LSG Bln-Bbg das Vorliegen einer Krankheit bei Adipositas, s. Urt. v. 22.2.2007 – L 24 KR 247/06.

²⁸ BSG, Urt. v. 22.6.2022 – B 1 KR 19/21 R, Rn. 20

C. Inhalt des sozialversicherungsrechtlichen Leistungsanspruchs

An die Feststellung, dass Übergewicht unter den geschilderten Bedingungen als Krankheit im Sinne des § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V eingestuft wird, schließt sich die Frage an, welche konkreten medizinischen Leistungen die betroffenen Personen in Anspruch nehmen können. Maßgeblich hierfür sind vor allem der § 28 Abs. 1 S. 1 SGB V sowie die auf seiner Grundlage erlassenen Richtlinien des G-BA.

Im Hinblick auf Adipositas sind derzeit allerdings keine Regelleistungen vorgesehen, sodass die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen für verschiedene Maßnahmen stark variiert (dazu I.). Um die Versorgung von Adipositas-Patienten generell zu verbessern, wurde jedoch vor kurzem der Versuch gestartet, durch ein „Disease Management Programme-Adipositas“ eine strukturiertere Behandlungsweise anzubieten (dazu II.). Auffallend ist dabei, dass weder in den bisherigen Angeboten der GKV noch im neuen DMP Medikamente wie die „Abnehm-Spritze“ vorgesehen sind. Dies wird auf den Ausschluss sogenannter „Lifestyle-Arzneimittel“ in § 34 Abs. 1 S. 6 gestützt, was jedoch rechtliche Bedenken aufwirft (dazu III.).

I. Anspruchsinhalt nach § 28 Abs. 1 S. 1 SGB V

Der § 28 Abs. 1 S. 1 SGB V legt nur in allgemeiner Weise fest, dass Versicherte diejenige ärztliche Behandlung erhalten, die „zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten [...] ausreichend und zweckmäßig ist.“ Die Vorschrift normiert also selbst keine konkreten Leistungen, sondern stellt nur ein ausgestaltungsbedürftiges Rahmenrecht dar, welches über Richtlinien des G-BA konkretisiert wird.

Insofern ist zu beachten, dass für die Behandlung krankhaften Übergewichts derzeit (noch) keine Regelversorgung in der GKV vorgesehen ist, wobei jedoch das neue DMP-Adipositas des G-BA als Einstieg in eine solche verstanden wird.²⁹ Die fehlende Festsetzung von Regelleistungen hat dazu geführt, dass die Kostenübernahme für die verschiedenen Behandlungsformen der Adipositas zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen stark variiert.³⁰

²⁹ Reischmann, Wie gelingt die Adipositas-Therapie als Regelleistung?, diabetes zeitung 2023 (abrufbar unter <https://www.ddg.info/pressebereich/ddg-11/2023/wie-gelingt-die-adipositas-therapie-als-regelleistung>).

³⁰ Deutsche Adipositas Gesellschaft, Fragen und Antworten zu Adipositas, Bauchfett, Corona (abrufbar unter <https://adipositas-gesellschaft.de/ueber-adipositas/fragen-und-antworten/>); vgl. insofern die Übersicht bei Biel/Gellert, Adipositas: Was zahlt die Krankenkasse? (abrufbar unter <https://zanadio.de/adipositas-behandlung/kostenuebernahme-krankenklasse/>); Klein/Krupka/Behrendt/Pulst/Bleß, Weißbuch Adipositas, 2016, S. 182 ff.

Insofern ist für die betroffenen Personen grundsätzlich ein Individualkonzept vorgesehen, dessen Ziel die Gewichtsreduktion und -stabilisation darstellt (sog. Gewichtsmanagement). In der Medizin wird diesbezüglich vertreten, dass eine multimodulare Behandlung am effektivsten wirkt.³¹ Dementsprechend kommen bei Adipositas verschiedene Maßnahmen in Frage, die an unterschiedlichen Aspekten des Übergewichts ansetzen.³² Die Behandlungsschritte werden dabei als „eskalierender Therapiepfad“ beschrieben, der ausgehend von einem konservativen Basisprogramm bis hin zu einem chirurgischen Eingriff reicht.³³ Als gemeinsame Grundlage einer möglichen Kostenübernahme ist eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung erforderlich, die jedoch ab einem BMI von 30 regelmäßig ausgestellt wird.³⁴

Die Grundpfeiler der konservativen Behandlung von Adipositas setzen sich aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie zusammen, die bei den Betroffenen stets individuell herangezogen werden.³⁵ Das übergeordnete Ziel dieser Maßnahmen liegt darin, eine negative Energiebilanz zu erreichen: Während es durch die Ernährungstherapie zu einer geringeren Zufuhr von Kalorien kommen soll, bezweckt die Bewegungstherapie eine erhöhte Verbrennung derselben. Die Verhaltenstherapie wiederum knüpft an psychologischen Ursachen von Adipositas an, um „maladaptiven Verhaltensweisen“ wie etwa „binge eating“ entgegenzuwirken.³⁶ Diese drei Grundpfeiler werden oftmals in „Gewichtsreduktionsprogrammen“ zusammengefasst, die von verschiedenen Anbietern und oftmals auch digital als App angeboten werden.³⁷

Anknüpfend an diese konservativen Behandlungsmethoden kommt eine chirurgische Therapie grundsätzlich nur als ultima ratio in Betracht, wenn die Basismaßnahmen bereits ausgeschöpft wurden, allerdings auch, wenn diese von vornherein nicht erfolgversprechend sind.³⁸ Letzteres bestimmt das BSG über eine Abwägung zwischen den Chancen und Risiken, die der chirurgische Eingriff in ein eigentlich funktionsfähiges Organ im Vergleich zu anderen Therapiemöglichkeiten mit sich bringt.³⁹ Eine derartige Magenverkleinerung kann dabei sowohl durch ein Magenband als auch durch einen Bypass erreicht werden.⁴⁰ Auch hier muss

³¹ Klein/Krupka/Behrendt/Pulst/Bleß, Weißbuch Adipositas, 2016, S. 74.

³² Deutsche Adipositas Gesellschaft, Versorgungssituation in Deutschland (abrufbar unter <https://adipositas-gesellschaft.de/ueber-adipositas/versorgungssituation-in-deutschland/>).

³³ Klein/Krupka/Behrendt/Pulst/Bleß, Weißbuch Adipositas, 2016, S. 69.

³⁴ Davon zu differenzieren ist die Behandlung der Folgeerkrankungen, die selbstverständlich unterschiedlich ausfällt, je nachdem, welche Folgeerkrankungen vorliegen.

³⁵ Klein/Krupka/Behrendt/Pulst/Bleß, Weißbuch Adipositas, 2016, S. 74.

³⁶ Klein/Krupka/Behrendt/Pulst/Bleß, Weißbuch Adipositas, 2016, S. 75.

³⁷ Klein/Krupka/Behrendt/Pulst/Bleß, Weißbuch Adipositas, 2016, S. 81 ff.

³⁸ Klein/Krupka/Behrendt/Pulst/Bleß, Weißbuch Adipositas, 2016, S. 101 ff.

³⁹ BSG, Urt. v. 22.6.2022 – B 1 KR 19/21 R, Rn. 22.

⁴⁰ Klein/Krupka/Behrendt/Pulst/Bleß, Weißbuch Adipositas, 2016, S. 103 ff.

die Kostenübernahme allerdings individuell mit der jeweiligen Krankenkasse vereinbart werden.

Die dargestellten Behandlungsschritte sind allesamt kurativ ausgerichtet, präventive Maßnahmen sind nicht vorgesehen. Diese werden aber von vielen Krankenkassen auf Basis des § 20 SGB V („Primäre Prävention und Gesundheitsförderung“) angeboten, etwa in Form von „Gesundheitskursen“.

Zusammenfassend lässt sich daher folgende Übersicht zu den Behandlungsmöglichkeiten von Adipositas aufstellen:⁴¹

Behandlungsmethode	Anteil GKV	Voraussetzungen
Ernährungstherapie und/oder Bewegungstherapie	Individuell, Zuschuss möglich	Ärztliche Verordnung, individuelle Faktoren (Adipositas Grad 3)
Verhaltenstherapie	100%	Vorliegen einer psychischen Erkrankung
Gewichtsreduktionsprogramme, etwa über Apps	Übernahme bis zu 100% möglich	Ärztliche Verordnung, individuelle Faktoren
Magenverkleinerung (Band oder Bypass)	Individuell	Erschöpfung konservativer Maßnahmen oder nicht erfolgsversprechend; Adipositas Grad 3
Adipositas-Kur	100%	Folgeerkrankung

II. Disease Management Programme des G-BA

Die obige Darstellung veranschaulicht, dass sowohl die einzelnen Behandlungsmethoden als auch die Kostenübernahme von Seiten der GKV äußerst heterogen ausfallen. Mittlerweile hat der G-BA allerdings auf Grundlage des § 137f SGB V ein DMP entwickelt, welches im Juli 2024 durch das Bundesgesundheitsministerium beschlossen und freigegeben wurde, allerdings zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung noch durch regionale Verträge zwischen den

⁴¹ Angelehnt an Biel/Gellert, Adipositas: Was zahlt die Krankenkasse? (abrufbar unter <https://zanadio.de/adipositas-behandlung/kostenuebernahme-krankenklasse/>).

Krankenkassen und den Leistungserbringern umzusetzen war.⁴² Für das Programm können sich Patienten einschreiben, die einen BMI zwischen 30 und 35 *und* mindestens eine Begleiterkrankung *oder* einen BMI ab 35 aufweisen.

Der G-BA sieht das Ziel des DMP-Adipositas darin, „die vorhandenen Gesundheits- und Unterstützungsangebote für Patientinnen und Patienten mit krankhaftem Übergewicht zu verbessern“. Beim DMP-Adipositas gehe es „[w]ie bei allen Behandlungsprogrammen [...] generell darum, den Krankheitsverlauf der chronischen Erkrankung durch ein strukturiertes, bedarfsorientiertes und leitliniengerechtes Angebot positiv zu beeinflussen und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen“.⁴³ Das DMP-Adipositas enthält dabei diejenigen Maßnahmen, die bereits jetzt zur Behandlung von Übergewicht ergriffen werden, so wie sie im vorangegangenen Gliederungspunkt aufgeführt wurden. Von der KBV wurde dies als „multimodales Schulungsangebot [mit] individualisierte[n] Empfehlungen zu Ernährung und Bewegung“ und insgesamt als „Fokus auf [eine] konservativ[e] Therapie“ beschrieben.⁴⁴

Neben der strukturierten Behandlung liegt ein wesentlicher Vorteil für die Patienten darin, dass – im Gegensatz zur unsicheren Individualvereinbarung – im Rahmen eines DMPs stets gesichert ist, dass die Krankenkassen die Kosten für die Versicherten übernehmen.⁴⁵ Zudem kann das DMP-Adipositas möglicherweise dazu beitragen, dass Übergewicht in der Gesellschaft stärker als chronische Krankheit anerkannt wird.⁴⁶

III. Ausschluss bestimmter Medikamente zur Behandlung von Adipositas

1. Derzeitige Gesetzeslage nach dem Verständnis des G-BA

Wie bereits eingangs erwähnt, sehen weder die bisherigen Behandlungsangebote in der GKV noch das neue DMP-Adipositas medikamentöse Therapien gegen krankhaftes Übergewicht vor. Dies beruht darauf, dass nach § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V solche Arzneimittel von der Versorgung

⁴² Kassenärztliche Bundesvereinigung, Grünes Licht für DMP Adipositas (abrufbar unter https://www.kbv.de/html/1150_69632.php). Zur Forderung einer verbindlichen Umsetzungsfrist im Winter und Frühjahr 2025: Ärztezeitung vom 16.1.2025 und vom 3.3.2025 (abrufbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Fachgesellschaft-mahnt-verbindliche-Frist-fuer-Umsetzung-des-DMP-Adipositas-an-455811.html> und <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Fachgesellschaft-mahnt-verbindliche-Frist-fuer-Umsetzung-des-DMP-Adipositas-an-455811.html>).

⁴³ Gemeinsamer Bundesausschuss, Neues Gesundheitsangebot bei Adipositas: G-BA schafft Voraussetzungen für DMP (abrufbar unter <https://www.g-ba.de/presse/pressemeldungen/1149/>).

⁴⁴ Kassenärztliche Bundesvereinigung, DMP Adipositas (abrufbar unter <https://www.kbv.de/html/69609.php>).

⁴⁵ S. Bundesamt für Soziale Sicherung, Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme - DMP) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (abrufbar unter <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/>).

⁴⁶ So Karin Maag als Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses DMP (abrufbar unter <https://www.g-ba.de/presse/pressemeldungen/1149/>).

ausgeschlossen sind, „bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht“, worunter nach S. 8 auch Medikamente fallen, „die überwiegend [...] zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits [...] dienen“. Details dazu werden gemäß S. 9 ebenfalls durch den G-BA festgelegt.

Tatsächlich hat dieser in seiner „Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie“ bestimmte „Abmagerungsmittel“ ausgeschlossen und dabei insbesondere auch den Wirkstoff Semaglutid, der in den derzeit auf dem Markt gängigen „Abnehm-Spritzen“⁴⁷ verwendet wird. Mit Beschluss vom 21.03.2024 hat der G-BA auch nochmals bekräftigt, dass diese Produkte keine Kassenleistungen darstellen, wobei er betonte, dass der Ausschluss solcher „Lifestyle-Arzneimittel“ schon konstitutiv qua Gesetz eintrete.⁴⁸ Auch bei Verabschiedung des DMP-Adipositas wies der G-BA noch einmal ausdrücklich darauf hin, dass er dort „nur Leistungen zur Diagnostik und Therapie empfehlen (kann), die auch im regulären ambulanten oder stationären Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorhanden sind“; dementsprechend könnten „Arzneimittel, die den Appetit zügeln, oder Formuladiäten nicht Teil des DMP sein“.⁴⁹

2. Kritische Würdigung

Der in § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V vorgesehene gesetzliche Versorgungsausschluss für bestimmte Medikamente ist umstritten, aus verschiedenen Gründen kam es sogar schon zu gerichtlichen Prüfungen seiner Verfassungsmäßigkeit, die bisher allerdings erfolglos blieben.⁵⁰ In der Literatur wurde insbesondere⁵¹ kritisiert, dass die Gleichsetzung von „Verbesserung der Lebensqualität“ und „Lifestyle“ nicht überzeuge, da ersteres an anderen Stellen im SGB V durchaus als positiver Bezugspunkt akzeptiert sei.⁵² Tatsächlich erscheint die Gestaltung des § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V missglückt, da es typischerweise das Ziel *jeder* Medikation sein dürfte,

⁴⁷ S. dazu und zu weiteren Arzneimitteln, die jedoch nach dem derzeitigen Stand ein schlechteres Risiko-Nutzen-Verhältnis aufweisen: *Deutsche Adipositas Gesellschaft*, Adipositas-Medikamente (abrufbar unter <https://adipositas-gesellschaft.de/adipositas-medikamente-fragen-und-antworten/>).

⁴⁸ Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA vollzieht den gesetzlichen Verordnungsausschluss für das Abmagerungsmittel Wegovy® nach (abrufbar unter <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1170/>); so auch festgestellt durch das BSG, Urt. v. 12.12.2012 – B 6 KA 50/11, Rn. 13 ff. und BSGE 128, 154 (156 f.).

⁴⁹ Gemeinsamer Bundesausschuss, Neues Gesundheitsangebot bei Adipositas: G-BA schafft Voraussetzungen für DMP (abrufbar unter <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1149/>).

⁵⁰ Vgl. BSGE 94, 302 (310); BSGE 128, 154 (157); eine Verfassungsbeschwerde wurde nicht zur Entscheidung angenommen, vgl. BVerfG, Beschl. v. 28.2.2008 – 1 BvR 1778/05; dazu Axer, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 34 Rn. 20.

⁵¹ Ein weiterer Kritikpunkt findet sich bei Axer, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 34 Rn. 19, der den Mechanismus des Versorgungsausschlusses qua Gesetz anzweifelt.

⁵² Ratzel, in: Berchtold/Huster/Rehborn (Hrsg.), Gesundheitsrecht, 2. Aufl. 2018, § 34 SGB V Rn. 4, der beispielsweise auf § 35 b Abs. 1 SGB V verweist.

im Rahmen der Krankenbehandlung eine Verbesserung der Lebensqualität der Patient:innen herbeizuführen.

Allerdings eröffnet der Wortlaut dadurch auch die Möglichkeit für eine teleologische Interpretation, aus der sich ergibt, dass der normierte Mechanismus nicht zu einem Ausschluss von Abnehm-Medikamenten führen muss, wenn diese in der Behandlung von Adipositas zum Einsatz kommen. Die Exklusionswirkung des § 34 Abs. 1 S. 7 bezieht sich auf solche Produkte, bei denen gerade nicht die medizinische Behandlung im Vordergrund steht. Dies zeigt insbesondere der Blick in § 14 der Arzneimittel-RL (AM-RL).⁵³ Zwar kann dieser keine verbindliche Definition der gesetzlichen Regelung vorgeben, seine Aussagen geben aber einen guten Eindruck davon, was mit dem Versorgungsausschluss bezweckt wird. So besagt § 14 Abs. 1 AM-RL zunächst, dass von § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V diejenigen Arzneimittel erfasst sein sollen, „deren Einsatz im Wesentlichen durch die private Lebensführung bedingt ist“. Darunter sollen „insbesondere“ solche Medikamente fallen, die „nicht oder nicht ausschließlich zur Behandlung von Krankheiten dienen“ (Nr. 1) oder „zur individuellen Bedürfnisbefriedigung oder zur Aufwertung des Selbstwertgefühls dienen“ (Nr. 2). Der gemeinsame Nenner dieser Regelbeispiele liegt also darin, dass für die Anwendung eines bestimmten Produkts keine medizinische Erforderlichkeit besteht.⁵⁴

Im Hinblick auf die Behandlung von Adipositas durch die „Abnehm-Spritze“ ist dies aber gerade nicht zutreffend. Zweifelsohne mag es Fälle geben, in denen Semaglutid-Produkte verwendet werden, um einen Gewichtsverlust herbeizuführen, für den keine gesundheitliche Notwendigkeit besteht. Die Tatsache, dass ein Medikament auch oder möglicherweise sogar überwiegend zu solchen „Lifestyle“-Zwecken herangezogen wird, vermag es aber nicht zu rechtfertigen, das gleiche Produkt für diejenigen Personen auszuschließen, die aus gesundheitlichen Gründen darauf angewiesen sind.⁵⁵ Dies würde bedeuten, dass ein Medikament von der Allgemeinheit so lange zweckentfremdet werden könnte, bis Personen, die es aus medizinischen Gründen benötigen, von der Versorgung ausgeschlossen werden. Entscheidend ist mithin nicht die Verwendung eines Produkts durch einzelne Personen, sondern

⁵³ Dahingehend auch Aixer, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 34 Rn. 17.

⁵⁴ Dahingehend auch Aixer, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 34 Rn. 18, der darauf abstellt, dass lediglich eine „Einschränkung des Wohlbefindens“ vorliegt, bei der allenfalls ein geringfügiger Bezug zur anspruchsauslösenden „Krankheit“ besteht“.

⁵⁵ Dahingehend aber Aixer, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 34 Rn. 17.

seine eigentliche Zweckbestimmung, die sich aus der arzneimittelrechtlichen Zulassung ergibt.⁵⁶

Was nun die Verwendung von Semaglutid-Produkten im Rahmen der Adipositas-Therapie angeht, so steht dabei zweifelsohne die medizinische Heilbehandlung im Vordergrund. Dass *daneben* auch Effekte wie die in § 14 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 AM-RL aufgeführte „Aufwertung des Selbstwertgefühls“ eintreten können, ändert nichts an der primären Zielsetzung der Medikation. Die Abnehm-Spritze fungiert bei Adipositas-Patient:innen also gerade nicht als „Lifestyle“-Produkt im Sinne des § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V, sondern ist in ihrer konkreten Verwendung viel näher beim originären Arzneimittelbegriff des § 31 SGB V⁵⁷ anzusiedeln.

Dem steht auch nicht entgegen, dass § 34 Abs. 1 S. 8 SGB V explizit von Arzneimitteln „zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits“ spricht. Insofern ist zu beachten, dass es sich hierbei um eine beispielhafte Aufzählung handelt („insbesondere“) die gerade auf den vorangegangen S. 7 bezogen ist. Wie soeben erläutert, ergibt dessen Auslegung aber, dass er nur Medikamente erfasst, bei denen die medizinische Indikation nicht besteht oder jedenfalls nicht vorrangig ist. Zwar wirkt Semaglutid speziell durch die Unterdrückung des Hungergefühls, wodurch eine „Abmagerung“ herbeigeführt werden soll. Im Rahmen der Adipositas-Therapie dient dies aber dem Zwecke der Krankheitsbehandlung. Die Zusammenschau von § 34 Abs. 1 S. 7 und 8 ergibt somit, dass eine Exklusion der „Abnehm-Spritze“ aus der Behandlung von krankhaftem Übergewicht gerade nicht der Zielsetzung der Regelung entspricht. Selbst wenn man eine derartige Interpretation am Wortlaut scheitern ließe, könnte § 37 Abs. 1 S. 8 SGB V dahingehend teleologisch reduziert werden, dass die Auflistung der „Abmagerungs“-Medikamente zu ignorieren wäre.

Dementsprechend wäre es für den G-BA nicht zwingend gewesen, Semaglutid in seiner Anlage zur AM-RL aufzulisten und dadurch konkret von der Erstattungsfähigkeit auszuschließen. Vielmehr hätte sogar die Möglichkeit bestanden, die „Abnehm-Spritze“ in das neue DMP-Adipositas aufzunehmen. Ob dies auch in medizinischer Hinsicht zielführend gewesen wäre, kann dieser Beitrag freilich nicht beantworten. Nach der hier vertretenen Ansicht können jedoch zumindest die vorgebrachten rechtlichen Bedenken ausgeräumt werden, die einem Einsatz der „Abnehm-Spritze“ in der Adipositas-Therapie vermeintlich entgegenstehen. Nichtsdestoweniger wäre eine Klarstellung durch den Gesetzgeber wünschenswert, dass Medikamente, die zur Reduzierung des Gewichts eingesetzt werden, dann nicht von § 34 Abs. 1

⁵⁶ Aixer, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 34 Rn. 17.

⁵⁷ Zu dessen Definition Aixer, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 31 Rn. 9 ff.

S. 7 und 8 erfasst werden, wenn für ihre Verwendung eine medizinische Notwendigkeit zur Behandlung krankhaften Übergewichts besteht.

D. Fazit

Wie sich gezeigt hat, bestehen im Umgang mit Adipositas in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin gewisse rechtliche Probleme. Dies beginnt schon bei der Frage, ob Übergewicht überhaupt eine „Krankheit“ im Sinne des § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V ist. Das BSG stellt insofern auf die Behandlungsbedürftigkeit der Begleiterkrankungen ab. Insofern besteht mittlerweile eine gefestigte Rechtsprechung, nach der auch Adipositas selbst als Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne anerkannt wird.

Deutlich größere Unsicherheiten bestehen im Hinblick auf die konkreten Leistungen, die Betroffene im Rahmen des § 28 Abs. 1 S. 1 SGB V erhalten. Die verschiedenen Therapiemöglichkeiten und ihre Erstattungsfähigkeit fallen derzeit zwischen den einzelnen Krankenkassen noch sehr heterogen aus. Insofern besteht aber berechtigte Hoffnung, dass durch das neue DMP-Adipositas der Einstieg in die Regelversorgung gelingt.

Erhebliche Rechtsunsicherheiten bestehen schließlich im Hinblick auf die Erstattungsfähigkeit der „Abnehm-Spritze“, die derzeit nach § 37 Abs. 1 S. 7-9 SGB in Verbindung mit der „Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie“ des G-BA ausgeschlossen ist. Eine teleologische Auslegung der Vorschrift zeigt, dass dies aber nicht zwingend ist, da Semaglutid im Rahmen der Adipositas-Therapie gerade zum Zwecke einer medizinischen Behandlung und nicht als „Lifestyle“-Produkt verwendet wird. Insofern wäre eine Erstattungsfähigkeit der betreffenden Medikamente schon nach der derzeitigen Rechtslage möglich. Aufgrund der zunehmenden Popularität dieses Medikaments ist davon auszugehen, dass diese Problematik in naher Zukunft auch die Sozialgerichte und den Gesetzgeber beschäftigen wird. Obwohl die Frage nach der Behandlung von Übergewicht im System der GKV schon seit einigen Jahren von großer Relevanz ist, sind also weiterhin neue Entwicklungen zu erwarten.