

Beitrag Nr. 60, 2025

Kein Anspruch auf Arzneimittel zur Gewichtsregulierung

Anmerkung zum Urteil des SG Mainz vom 16. Juni 2025 – S 7 KR 76/24

Dr. Anna Büscher

Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie /
Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht, Ruhr-Universität Bochum

Veröffentlichung: Bochum, den 16.09.2025

Veröffentlichung auf www.gesundheitsrecht.blog/kostenuebernahme-gewichtsregulierung

Bibliothekslink: doi.org/10.13154/294-13535 ISSN: 2940-3170

Empfohlene Zitierweise: *Büscher*, Gesundheitsrecht.blog Nr. 60, 2025, S.

Kurzzusammenfassung:

Fragen um die Behandlung von Adipositas sind stetiger Gegenstand von Diskussionen. Aktuell richtet sich der Fokus maßgeblich auf die sog. „Abnehmspritzen“, die derzeit nicht von den Krankenkassen bezahlt werden. Diese Praxis wurde inzwischen auch durch eine sozialgerichtliche Entscheidung bestätigt (SG Mainz, Beschl. v. 16.06.2025, Az. S 7 KR 76/24). Zur Begründung stützt sich das SG Mainz auf den sog. Lifestyle-Ausschluss in § 34 Abs. 1 S. 7 und 8 SGB V. Die Auslegung dieser Norm ist umstritten, sodass sich ein näherer Blick auf diese Rechtsprechung lohnt.



Dieser Aufsatz ist lizenziert unter den CreativeCommon-Bedingungen CC BY 4.0.
(abrufbar unter: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>)

Gesetzlich Krankenversicherte haben keinen Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln zur Gewichtsregulierung (Wegovy®)*

Anmerkung zu SG Mainz, Urteil vom 16. Juni 2025 – S 7 KR 76/24

I. Problemstellung

Wegovy® (Semaglutid) ist ein Arzneimittel, das im Januar 2022 zur Gewichtsregulierung zugelassen wurde und seit dem 15.7.2023 in Deutschland verfügbar ist. Semaglutid wirkt als GLP-1 (Glucagon-like Peptide)-Rezeptoragonist: Es stimuliert die Insulinsekretion, hemmt die Glucagonfreisetzung, senkt den Blutzuckerspiegel (glukoseabhängig) und verlangsamt die Magenentleerung. Dadurch verstärkt sich das Sättigungsgefühl, das Essverhalten wird besser kontrolliert und Heißhungerattacken nehmen ab.¹

Wegovy® wurde in verschiedenen Dosierungen *„ergänzend zu einer kalorienreduzierten Ernährung und verstärkten körperlichen Aktivität,*

- *bei Erwachsenen mit Adipositas (Ausgangs-Body-Mass-Index (BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$)*
- *bei Erwachsenen mit Übergewicht (BMI von $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ bis $< 30 \text{ kg/m}^2$) und mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung*
- *bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit Adipositas (gemäß geschlechts- und altersspezifischen Wachstumstabellen) und einem Körpergewicht über 60 kg “²*

zugelassen.

Seit der Verabschiedung der sog. Diabetes-Strategie im Jahr 2020 durch den Bundestag³ und der daran anschließenden gesetzlichen Vorgabe an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Adipositas zu regeln (gemäß § 137f Abs. 1

* Dieser Beitrag erscheint im Cross-Publishing mit der Zeitschrift Kranken- und Pflegeversicherung - Rechtspraxis im Gesundheitswesen (KrV). Dieser Beitrag und ein Abdruck des Volltextes des Urteils des SG Mainz wird dort im Oktober 2025 (Heft 5/2025) erscheinen.

¹ AkdÄ, Neue Arzneimittel, Semaglutid (Wegovy), Arzneimittelverordnung in der Praxis, 27.9.2023, S. 1, abrufbar unter: https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/Arzneimitteltherapie/NA/Archiv/202303-Wegovy.pdf, alle online zugänglichen Quellen wurden zuletzt am 9.9.2025 abgerufen.

² AkdÄ, Neue Arzneimittel, Semaglutid (Wegovy), Arzneimittelverordnung in der Praxis, 27.9.2023, S. 1, abrufbar unter: https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/Arzneimitteltherapie/NA/Archiv/202303-Wegovy.pdf.

³ Siehe dazu Deutscher Bundestag, Bundestag will mehr Prävention bei Adipositas und Diabetes mellitus, Meldung zum Beschluss v. 3.7.2020, abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2020/kw27-de-diabetes-strategie-701742>.

S. 3 i. V. m. Abs. 2 SGB V)⁴, ist rechtlich anerkannt, dass es sich bei Adipositas um eine (schwerwiegende) behandlungsbedürftige Erkrankung handelt.

Soweit sich die zugelassenen Anwendungsgebiete auf Adipositas beziehen, steht also die Behandlung einer Erkrankung in Rede. Gleichwohl ist die Erstattungsfähigkeit von Wegovy® streitig,⁵ denn § 34 Abs. 1 S. 8 SGB V enthält einen sog. „Lifestyle“-Ausschluss⁶ von Arzneimitteln „zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits“ oder „zur Regulierung des Körpergewichts“. Über einen Anspruch auf Wegovy® hatte nunmehr das SG Mainz zu entscheiden.

II. Zum Sachverhalt:

Die gesetzlich versicherte Klägerin begehrt die (zukünftige) Versorgung mit Wegovy® sowie die Erstattung bereits beschaffter Arzneimittel. Am 22.1.2024 beantragte sie bei der beklagten Krankenkasse die Versorgung mit Wegovy®, da sie einen BMI⁷ von 30 habe.

Den Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 25.1.2024 ab. Zur Begründung führte sie aus, hierbei handele es sich um ein Lifestyle-Produkt. Den hiergegen gerichteten Widerspruch begründete die Klägerin damit, dass es sich bei dem Medikament nicht um ein Lifestyle-Produkt, sondern um ein Arzneimittel handle. Das Medikament diene der Behandlung von krankhaftem Übergewicht. Zum Nachweis legte sie eine Bescheinigung eines Krankenhauses vom 19.2.2024 vor.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 9.4.2024 als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, dass das Arzneimittel als Abmagerungsmittel oder Appetitzügler bzw. zur Regulierung des Körpergewichts diene. Es handele sich um ein sog. Lifestyle-Präparat. Ausnahmeindikationen gebe es nicht. Dies gelte auch, wenn das Präparat noch nicht endgültig in die Anlage II der Arzneimittelrichtlinie aufgenommen worden sei. Die Klägerin geht davon aus, dass die Aufnahme in die Anlage II der Arzneimittelrichtlinie ihrem

⁴ Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) v. 11.7.2021 – BGBl. I 2021, Nr. 44 v. 19.7.2021, S. 2754.

⁵ Hussendörfer, Gesundheitsrecht.blog Nr. 57, 2025, S. 12, abrufbar unter: <https://doi.org/10.13154/294-13288>; Werner, ASR 2024, 108-111, 110 f.

⁶ Vgl. zum Beispiel die Kurzbezeichnung der maßgeblichen Anlage II zur Arzneimittelrichtlinie des G-BA: „Anlage II zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie Gesetzliche Verordnungsausschlüsse in der Arzneimittelversorgung und zugelassene Ausnahmen Verordnungsausschluss von Arzneimitteln zur Erhöhung der Lebensqualität gemäß § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V (Lifestyle Arzneimittel) [Hervorh. d. d. Verf.]“, abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/downloads/83-691-1029/AM-RL-II-Lifestyle-2025-08-20.pdf>.

⁷ Der Body-Mass-Index (BMI) ist Surrogatparameter zur Einschätzung des Körperfettanteils und zur Klassifikation von Unter-, Normal- und Übergewicht. Zur Berechnung wird das Körpergewicht in Relation zur Körpergröße gesetzt ($BMI = \text{Gewicht (kg)} / \text{Größe (m)}^2$).

Anspruch nicht entgegenstehe, da die Richtlinie keine Gesetzeskraft habe und verfassungsrechtlich bedenklich wäre.

Die Klägerin beantragte, den Bescheid der Beklagten vom 25.1.2024 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9.4.2024 aufzuheben, und die Beklagte zu verpflichten, ihr die Kosten für das Arzneimittel "Wegovy" in Höhe von 4.381,99 € zu erstatten sowie sie hiermit zu versorgen. Die Beklagte beantragte, die Klage abzuweisen.

III. Aus den Gründen:

„[...] Der Anspruch bestimmt sich vorliegend nach § 27 Abs. 1 Satz 1 und 2 Nr. 3 SGB V im Hinblick auf die hier streitige Versorgung mit Heilmitteln. Nach § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 SGB V oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ausgeschlossen sind. Von der Versorgung sind u.a. Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht (§ 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V). Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen (Satz 8). Das Nähere regeln die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V (Satz 9). Die Richtlinien des GBA über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (AMRL) wiederholen unter F § 14 Abs. 2 den Text des § 34 Abs. 1 Satz 8 SGB V. Nach F § 14 Abs. 3 AMRL sind die nach § 14 Abs. 2 AMRL ausgeschlossenen Fertigarzneimittel in einer Übersicht als Anlage II der AMRL zusammengestellt. In dieser Übersicht ist das Fertigarzneimittel "Wegovy" (Wirkstoff A 08 AX 03 Semaglutid) aufgeführt, auf das sich das Leistungsbegehren der Klägerin bezieht.

"Wegovy" dient als Arzneimittel der Gewichtsregulierung (vgl. hierzu: https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/2023-3/182.pdf; Stand 16.06.2025), ergänzend zu einer kalorienreduzierten Ernährung und verstärkten körperlichen Aktivität. Durch Stimulation der Insulinsekretion und Hemmung der Glucagonsekretion senkt es glukoseabhängig den Blutzuckerspiegel. Außerdem verlangsamt Semaglutid die Magenentleerung und verstärkt hierdurch das Sättigungsgefühl. Auf zentralnervöser Ebene soll Semaglutid die Kontrolle über das Essverhalten erhöhen und Heißhungerattacken reduzieren (a.a.O.). Dies entspricht auch der Listung des GBA in der Anlage II der AMRL.

Insoweit ist "Wegovy" von der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung unmittelbar kraft Gesetzes ausgeschlossen (vgl. zu Nicotinell: Bundessozialgericht <BSG> vom 28.05.2019 – B 1 KR 25/18 R, juris Rn. 13). Die AMRL setzen den gesetzlichen Verordnungsausschluss von "Wegovy" lediglich förmlich ohne eigenen Entscheidungsspielraum um (vgl. zu Nicotinell: BSG vom 28.05.2019 – B 1 KR 25/18 R, juris Rn. 13). Auf den Beschluss des GBA kommt es somit nicht entscheidend an.

Der gesetzliche Leistungsausschluss der genannten Arzneimittel verletzt weder das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz <GG>) noch das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip. Der Gesetzgeber hat lediglich in verhältnismäßiger Weise von seinem Gestaltungsrecht Gebrauch gemacht, den Bereich der Eigenvorsorge zu umreißen (vgl. zu Nicotinell: BSG vom 28.05.2019 – B 1 KR 25/18 R, juris Rn. 14). Grundsätzlich nimmt es das Verfassungsrecht hin, dass der Gesetzgeber den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung unter Abgrenzung der Leistungen ausgestaltet, die der Eigenverantwortung des Versicherten zugerechnet werden (vgl. zu Nicotinell: BSG vom 28.05.2019 – B 1 KR 25/18 R, juris Rn. 14 m.w.N). Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht von Verfassungs wegen gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist (vgl. zu Nicotinell: BSG vom 28.05.2019 – B 1 KR 25/18 R, juris Rn. 14 m.w.N). Verfassungsunmittelbare Leistungsansprüche erwachsen Versicherten lediglich als Ausnahme in Fällen einer notstandsähnlichen Situation aufgrund einer lebensbedrohlichen oder vorhersehbar tödlich verlaufenden Krankheit, in der ein erheblicher Zeitdruck für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist und für die eine dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethode nicht existiert (vgl. zu Nicotinell: BSG vom 28.05.2019 – B 1 KR 25/18 R, juris Rn. 14 m.w.N). Darum geht es bei der Klägerin nicht. [...]"

IV. Anmerkung zu SG Mainz, Urteil vom 16. Juni 2025 – S 7 KR 76/24

Dass der Anspruch auf Wegovy® zum Gegenstand der Rechtsprechung werden würde, war zu erwarten und die Entscheidung des SG Mainz hat ein erhebliches mediales Echo⁸ ausgelöst.

⁸ Zum Beispiel: Legal Tribune Online (LTO), Abnehmspritze ist keine Kassenleistung, Meldung v. 26.6.2025, abrufbar unter: <https://www.lto.de/recht/nachrichten/n/s7kr7624-sozialgericht-mainz-zur-gkv-leistungspflicht-wegovy-abnehmspritze>; NVwZ Nachrichten, Abnehmen auf eigene Rechnung: Krankenkasse muss Abnehmspritze nicht zahlen, abrufbar unter: <https://rsw.beck.de/zeitschriften/nvwz/meldung/2025/06/27/abnehmen-auf-eigene-rechnung--krankenkasse-muss-abnehmspritze-nicht-zahlen>; Recht & Politik, Abnehmspritze „Wegovy“ bleibt Privatvergnügen: Gericht lehnt Kostenübernahme ab, Meldung v. 26.6.2025, abrufbar unter:

Umso bedauerlicher ist es, dass sich das Gericht in seiner Begründung auf eine sehr knappe Darstellung beschränkt hat.

Das SG Mainz stützt sich im Wesentlichen auf eine Subsumtion unter den Wortlaut von § 34 Abs. 1 S. 8 SGB V und stellt fest, dass es sich bei Wegovy® um ein Arzneimittel zur Regulierung des Körpergewichts handelt. Zur Bestätigung verweist das Gericht auf die Aufnahme von Wegovy® in die Anlage II zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie gemäß § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V. Dass Wegovy® ein Arzneimittel „zur Regulierung des Körpergewichts“ im Sinne des § 34 Abs. 1 S. 8 SGB V ist, lässt sich tatsächlich unschwer feststellen. Gleichwohl ist das gefundene Ergebnis – d. h. die Bestätigung des Ausschlusses von Wegovy® aus dem Leistungskatalog des GKV durch das SG Mainz – keineswegs derart eindeutig:

Der gesetzliche Verordnungs Ausschluss folgt nicht aus § 34 Abs. 1 **S. 8** SGB V, sondern aus § 34 Abs. 1 **S. 7** SGB V („Von der Versorgung sind außerdem Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.“. § 34 Abs. 1 **S. 8** SGB V listet lediglich Beispiele („insbesondere“) für Arzneimittel auf, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

Bedauerlich ist, dass sich das SG Mainz nicht eingehender mit dem Zusammenspiel zwischen Satz sieben und acht des § 34 Abs. 1 SGB V auseinandergesetzt hat. Dies hätte zur Frage geführt, ob § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V lediglich „Lifestyle“-Anwendungen erfasst oder auch medizinisch notwendige Behandlungen einschließt.

1. Reichweite von § 34 Abs. 1 S. 7, S. 8 SGB V

Dogmatisch zutreffend stellt das SG Mainz fest, dass es auf den Beschluss des G-BA zu Wegovy® nicht ankommt und ein etwaiger Leistungsausschluss *ipso iure* gilt. Ob Wegovy® aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen ist, ergibt sich daher letztlich nur durch Auslegung. Entscheidend ist dabei die Frage nach dem Gehalt

<https://www.rechtundpolitik.com/justiz/sozialgericht-mainz/abnehmspritze-wegovy-bleibt-privatvergnuegen-gericht-lehnt-kostenuebernahme-ab/>; Süddeutsche Zeitung (online), Urteil: Kasse muss keine Kosten für Abnehmspritze übernehmen, Meldung v. 26.6.2025, abrufbar unter: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheits/sozialgericht-urteil-kasse-muss-keine-kosten-fuer-abnehmspritze-uebernehmen-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-250626-930-722347>; Deutsche Apotheker Zeitung (online), Kein Wegovy auf Kassenkosten, Meldung v. 27.6.2025, abrufbar unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2025/06/27/kein-wegovy-auf-kassenkosten>; apotheke adhoc, Wegovy-Kostenübernahme: Klägerin scheitert, Meldung v. 26.6.2025, abrufbar unter: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/wegovy-kostenuebernahme-klagerin-scheitert/>; Knop, Focus (online), Urteil zu Wegovy: Warum Krankenkassen Abnehmspritzen nicht bezahlen müssen, Meldung v. 29.7.2025, abrufbar unter: https://www.focus.de/gesundheits/ratgeber/urteil-zu-wegovy-warum-kranken-kassen-abnehmspritzen-nicht-bezahlen-muessen_c325c65-bfb6-4ba9-9b79-68af4a3400ea.html.

von § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V, also danach, wann eine *Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht*.

Die Formulierung des § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V wird – zu Recht – als misslungen angesehen.⁹ Bei Arzneimitteltherapien geht es regelmäßig gerade um eine Förderung der Lebensqualität,¹⁰ und die Linderung einer Erkrankung führt regelmäßig zu einer Verbesserung der Lebensqualität (i. S. v. § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V). Ein prägnantes Beispiel für eine Versorgung zur Verbesserung der Lebensqualität ist die palliative Versorgung,¹¹ wenn eine kurative Behandlung nicht mehr möglich ist.

Ein Blick in die Gesetzgebungsmaterialien zeigt jedoch, dass es bei der Einführung der Regelung nicht um solche Fälle ging. Vielmehr sollte eine Abgrenzung vorgenommen werden zwischen Krankheitsfällen einerseits sowie natürlicher Alterung und individuellen Präferenzen – also „Lifestyle“-Vorstellungen¹² – andererseits:

„Durch die Regelung werden im Wesentlichen Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und/oder der Anreizung und/oder Steigerung der sexuellen Potenz betroffen. Ferner werden durch den Ausschluss solche Arzneimittel erfasst, die nicht bzw. nicht nur zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt werden oder die zur Behandlung von Befunden angewandt werden, die lediglich Folge natürlicher Alterungsprozesse sind und deren Behandlung medizinisch nicht notwendig ist. Erfasst werden auch Arzneimittel zur Anwendung bei kosmetischen Befunden, deren Behandlung in der Regel medizinisch nicht notwendig ist. Insbesondere sind hierunter Arzneimittel zu verstehen, die zur Tabakrauchentwöhnung (Nikotinentwöhnung), zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits oder der Regulierung des Gewichts dienen oder die den Haarwuchs anregen (Arzneimittel zur Erhöhung der Lebensqualität). Der Ausschluss gilt grundsätzlich für alle Arzneimittel, die bezogen auf die überwiegende Zahl der Packungen in den genannten Indikationsgebieten angewandt werden. Die Abgrenzung zu Arzneimitteln, bei denen eine medizinisch notwendige diagnostische oder

⁹ Vgl. Hussendörfer, Gesundheitsrecht.blog Nr. 57, 2025, S. 12, abrufbar unter: <https://doi.org/10.13154/294-13288>.

¹⁰ Zum Beispiel im Rahmen der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V; vgl. § 5 Abs. 2 S. 3 AMNutzenV; siehe zur Bedeutung des Kriteriums: Vgl. Kovács, Die „Entstehung“ der Lebensqualität – Zur Vorgeschichte und Karriere eines neuen Evaluationskriteriums in der Medizin, in: Kovács/Kipke/Lutz, Lebensqualität in der Medizin, 2016, S. 11 ff.

¹¹ Vgl. Axer, ZEFQ, 2014, 130-139, 131, abrufbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2014.02.003>.

¹² Siehe ausführlich zur Abgrenzung von „Lifestyle“-Anwendungen und dem Versicherungsfall gemäß § 27 SGB V Axer, ZEFQ, 2014, 130-139, 132, abrufbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2014.02.003>.

therapeutische Wirkung im Vordergrund steht, ist in den Arzneimittelrichtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 zu regeln. Der Leistungsanspruch nach § 24a SGB V bleibt bestehen.“¹³

Bei der Einführung der Regelung ging es offenbar eher um den Ausschluss persönlicher Optimierungswünsche als um den Ausschluss von Arzneimitteln, die der medizinisch erforderlichen Behandlung Erkrankter dienen – und damit selbstverständlich auch einer Verbesserung der Lebensqualität.¹⁴ Unklar bleibt daher, ob § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V lediglich „Lifestyle“-Anwendungen ausschließt oder auch medizinisch notwendige Behandlungen erfasst.¹⁵

Zur Beantwortung dieser Frage wird teils auf eine Entscheidung des BSG zum Ausschluss von Arzneimitteln zur Behandlung einer behinderungsbedingten erektilen Dysfunktion verwiesen.¹⁶ Das BSG stellte darin fest, dass die gesetzliche Regelung „vielmehr den Ausschluss der aufgeführten Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der GKV umfassend sicherstellen“ will.¹⁷

Diese Entscheidung lässt sich jedoch nicht ohne Weiteres auf Arzneimittel zur Gewichtsregulierung (und Rauchentwöhnung) übertragen. Zum Zeitpunkt des Erlasses der Regelung war – anders als Semaglutid (Wegovy®) – insbesondere zum Beispiel Sildenafil (Viagra®) bereits zugelassen,¹⁸ sodass der Gesetzgeber bereits einen konkreten Anwendungsfall im Blick hatte. Darüber hinaus geht es bei der Behandlung einer erektilen Dysfunktion stärker um die persönliche Lebensgestaltung als es bei der Behandlung von Adipositas oder Tabaksucht der Fall ist.

Ob und wie problematisch eine erektile Dysfunktion für den Betroffenen ist, hängt davon ab, ob und inwieweit sich der Betroffene überhaupt sexuell ausleben will. Außerdem liegen die Folgen des Leistungsausschlusses auf der Hand: Der ggf. nicht (vollständig) umsetzbare Wunsch nach sexueller Aktivität bleibt unerfüllt, aber weitere gesundheitliche Folgen sind

¹³ BT-Drs. 15/1525, S. 86 f.

¹⁴ So im Ergebnis auch Hess, in: Körner/Krasney/Mutschler/Rolfs, BeckOGK, SGB V, Stand: 15.5.2025, § 34 Rn. 14; Dettling-Kuchler, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung Kommentar, SGB V, 125. EL April 2025, § 34 Rn. 20; Bischofs, in: Rolfs/Giesen/Mießing/Udsching, BeckOK SozR, 77. Ed., Stand: 1.6.2025, SGB V, § 34 Rn. 19.

¹⁵ Vgl. Hussendörfer, Gesundheitsrecht.blog Nr. 57, 2025, S. 12, abrufbar unter: <https://doi.org/10.13154/294-13288>; Werner, ASR 2024, 108-111, 110 f.; siehe zur Rauchentwöhnung Brosius-Gersdorf, Die Versorgung mit Arzneimitteln und Psychotherapie zur Behandlung von Tabaksucht in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechtsgutachten im Auftrag des Wissenschaftlichen Aktionskreises Tabakentwöhnung (WAT) e.V., S. 100, abrufbar unter: https://www.wat-ev.de/wordpress/wp-content/uploads/2020/06/Rechtsgutachten_Tabakentwohnung_final.pdf.

¹⁶ BSG, Urteil v. 6.3.2012, B 1 KR 10/11 R, Rn. 14; z. B. Axer, in: Becker/Kingreen, SGB V, 9. Aufl. 2024, § 34 Rn. 19; Hess, in: Körner/Krasney/Mutschler/Rolfs, BeckOGK, SGB V, Stand: 15.5.2025, § 34 Rn. 15.

¹⁷ BSG, Urteil v. 6.3.2012, B 1 KR 10/11 R, Rn. 14.

¹⁸ Siehe den European Public Assessment Report (EPAR) der European Medicines Agency (EMA) zu Viagra®, abrufbar unter: https://www.ema.europa.eu/de/documents/overview/viagra-epar-summary-public_de.pdf.

jedenfalls nicht regelmäßig zu erwarten.¹⁹ Bei krankhafter Adipositas ist die Lebenserwartung stets deutlich verkürzt und es besteht ein erhöhtes Risiko für verschiedene schwerwiegende Begleit- und Folgeerkrankungen u. v. m.²⁰ Außerdem war Adipositas zum Zeitpunkt des Erlasses von § 34 Abs. 1 S. 7, S. 8 SGB V rechtlich (noch) nicht als Krankheit anerkannt. Dies ist erst mit der Verabschiedung der sog. Diabetes-Strategie im Jahr 2020 durch den Bundestag²¹ und der daran anschließenden gesetzlichen Vorgabe an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Adipositas zu regeln (gemäß § 137f Abs. 1 S. 3 i. V. m. Abs. 2 SGB V)²² erfolgt. Es ist daher – anders als es für die Behandlung einer erektilen Dysfunktion der Fall ist – nicht davon auszugehen, dass der Gesetzgeber eine klare Grundentscheidung zur Einschränkung der Behandlung von Adipositas als (schwerwiegende) Erkrankung getroffen hat.²³ Ein Rückgriff auf die Entscheidung des BSG bietet sich daher nicht ohne Weiteres an.

2. Medizinisch erforderliche Behandlung der Klägerin?

Es stellt sich daher weiterhin die Frage, ob medizinisch erforderliche Behandlungen, die sich unter § 34 Abs. 1 **S. 8** SGB V subsumieren lassen, stets aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen sind. Entscheidend dafür ist, ob die Formulierung „*deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht*“ in § 34 Abs. 1 **S. 7** SGB V eine eigenständige Bedeutung zukommt.

Im Streitfall vor dem SG Mainz dürfte es sich bei der Klägerin um eine Adipositas-Erkrankung gehandelt haben. Krankhafte Adipositas ist von bloßem Übergewicht abzugrenzen. Diese Grenze wird bei einem BMI von 30 gezogen.²⁴ Ausweislich des Tatbestandes des Urteils

¹⁹ Vgl. Brosius-Gersdorf, Die Versorgung mit Arzneimitteln und Psychotherapie zur Behandlung von Tabaksucht in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechtsgutachten im Auftrag des Wissenschaftlichen Aktionskreises Tabakentwöhnung (WAT) e.V., S. 100, abrufbar unter: https://www.wat-ev.de/wordpress/wp-content/uploads/2020/06/Rechtsgutachten_Tabakentwohnung_final.pdf; vgl. ähnlich zum Kinderwunsch Huster, NJW 2009, 1713-1716, 1715 f.

²⁰ Siehe ausführlich Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) e.V., Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ (Langfassung), Version 5.0 (Oktober 2024), S. 14 ff., abrufbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-0011_S3_Praevention-Therapie-Adipositas_2024-10.pdf.

²¹ Siehe dazu Deutscher Bundestag, Bundestag will mehr Prävention bei Adipositas und Diabetes mellitus, Meldung zum Beschluss v. 3.7.2020, abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2020/kw27-de-diabetes-strategie-701742>.

²² Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Fn. 4).

²³ Außerdem ist fraglich, ob das BSG nach wie vor so entscheiden würde, denn es hat in jüngster Rechtsprechung – unter ausdrücklicher Abkehr von älterer Rechtsprechung – einen Behinderungsausgleich in weiterem Rahmen anerkannt; s. BSG, Urteil v. 18.4.2024 – B 3 KR 13/22 R.

²⁴ Siehe dazu WHO EUROPEAN REGIONAL OBESITY REPORT 2022, abrufbar unter: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

behauptete die Klägerin genau auf dieser Grenze zu liegen und einen BMI von 30 zu haben,²⁵ sodass es also um die Behandlung einer Erkrankung ging.²⁶

Das SG Mainz hat zwar keine eindeutige Feststellung zum BMI und zum Vorliegen einer Erkrankung getroffen, aber bei den zugelassenen Anwendungsgebieten von Wegovy® handelt es sich ausschließlich um Erkrankungen, da jeweils ein entsprechend hoher BMI (ggf. kombiniert mit Begleiterkrankungen) vorausgesetzt ist. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind Arzneimittel, die nach dem Arzneimittelrecht zulassungspflichtig sind, grundsätzlich²⁷ immer nur dann verordnungsfähig, wenn und soweit die Zulassung auch erteilt wurde. Andernfalls fehlt es an der erforderlichen Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit (i. S. v. § 2 Abs. 1 S. 1 SGBV, § 12 Abs. 1 SGB V) dieser Arzneimitteltherapie.²⁸ Durch die sog. Vorgreiflichkeit der Zulassung bedarf es in Bezug auf Wegovy® daher von vornherein keines Rückgriffs auf § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V, um eine rein kosmetische „Lifestyle“-Anwendung bei einfachem Übergewicht ohne Krankheitswert auszuschließen.²⁹

Es ist daher davon auszugehen, dass sich das SG Mainz im Ergebnis – und leider ohne nähere Begründung – dafür ausgesprochen hat, dass § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V ohne Weiteres auch medizinisch erforderliche Behandlungen (ggf. schwerwiegender) Erkrankungen erfasst.

3. Vertretbares Ergebnis?

Kritisch ist bereits, dass die Entscheidung nur knapp begründet wurde, obwohl die Bedeutung der Entscheidung über den Einzelfall hinaus geht, denn Adipositas ist eine Volkskrankheit³⁰

²⁵ SG Mainz, Urteil v. 16.6.2025, S 7 KR 76/24, Rn. 3 juris.

²⁶ Siehe ausführlich Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) e.V., Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ (Langfassung), Version 5.0 (Oktober 2024), S. 24, abrufbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-0011_S3_Praevention-Therapie-Adipositas_2024-10.pdf.

²⁷ Zum sog. Off-Label Use von Arzneimitteln vgl. nur BSG, Urteil v. 19.3.2002, B 1 KR 37/00 R.

²⁸ Vgl. nur BSG, Urteil v. 4.4.2006, B 1 KR 12/04 R, Rn. 22 juris = BSGE 96, 153–161, 157 f., Rn. 22.

²⁹ Die Voraussetzungen eines sog. Off-Label-Use, d. h. die Anwendung in von der Zulassung nicht umfassten Anwendungsgebieten, dürften unterhalb eines BMI von 30 (bzw. eines BMI von 27 und eine Begleiterkrankung) in aller Regel nicht vorliegen, denn ein Off-Label-Use kommt in Betracht, wenn es um die Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung geht, keine andere Therapie verfügbar ist und aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann; siehe zu den Voraussetzungen Bayerisches Landessozialgericht, Urteil v. 14.7.2020, L 4 KR 609/15, Rn. 70 ff. juris; unterhalb der Grenze (krankhafter) Adipositas liegt keine hinreichend schwerwiegende Erkrankung vor.

³⁰ So zum Beispiel das Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt, Adipositas: Wenn überzählige Pfunde krank machen, abrufbar unter: <https://www.gesundheitsforschung-bmfr.de/de/adipositas-wenn-ueberzaehlige-pfunde-krank-machen-16079.php>; die World Health Organization (WHO), Neuer Bericht der WHO: Europa kann seine Adipositas-„Epidemie“ umkehren, Meldung v. 3.5.2022, abrufbar unter: <https://www.who.int/europe/de/news/item/03-05-2022-new-who-report-europe-can-reverse-its-obesity-epidemic> und die Deutsche Adipositas Gesellschaft, Adipositas: Die unterschätzte Volkskrankheit – Starkes Übergewicht ist Hauptursache für verlorene gesunde Lebensjahre, Meldung v. 3.10.2022, abrufbar unter: <https://adipositas-gesellschaft.de/adipositas-die-unterschaetzte-volkskrankheit-starkes-uebergewicht-ist-hauptursache-fuer-verlorene-gesunde-lebensjahre/>.

und die Entscheidung wird weitere ablehnende Entscheidungen der Krankenkassen stützen. Letztlich ist allerdings entscheidend, ob das gefundene Auslegungsergebnis gut vertretbar ist.

a) Historische Auslegung/Gesetzgebungsmaterialien

Bei der Einfügung von § 34 Abs. 1 S. 7, S. 8 SGB V hat der Gesetzgeber mit der Formulierung „zur *Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits*“ oder „zur *Regulierung des Körpergewichts*“ nicht auf den Ausschluss einer medizinisch erforderlichen Behandlung einer anerkannten Erkrankung abgezielt. Im Jahr 2003 war Adipositas noch nicht als Erkrankung anerkannt und es existierten auch noch keine mit Wegovy® vergleichbaren Arzneimittel. Ein ähnliches vielversprechendes Arzneimittel – Saxenda® – trat im April 2016 auf den deutschen Markt. Es war im Jahr 2015 zur Gewichtsregulierung zugelassen worden. Das Arzneimittel basiert auf dem Wirkstoff Liraglutid, der – wie Semaglutid – zunächst zur Behandlung von Diabetes entwickelt unter dem Handelsnamen Victoza® vermarktet wurde.³¹ Semaglutid (Wegovy®) scheint etwas erfolgsversprechender als Liraglutid (Saxenda®) zu sein,³² was eine Erklärung für die zunehmende Intensität der Diskussion sein dürfte.

Auch wenn der Gesetzgeber die konkrete Frage noch nicht im Blick haben konnte, spricht eine Berücksichtigung der Gesetzgebungsmaterialien gegen eine Anwendung auf Wegovy®, solange es um eine Anwendung im Rahmen der zugelassenen Anwendungsgebiete geht, denn aus der Gesetzesbegründung wird deutlich, dass es im Ergebnis um eine Abgrenzung zur Eigenverantwortung der Versicherten geht:

„Die Regelung stellt sicher, dass die Finanzierung von Arzneimitteln, deren Einsatz im Wesentlichen durch die Art der persönlichen Lebensführung bedingt ist, durch die einzelne Patientin bzw. den einzelnen Patienten selbst zu gewährleisten ist. Arzneimittel, die zum Zweck individueller Bedürfnisbefriedigung oder zur Aufwertung des Selbstwertgefühls dienen, können zukünftig nicht mehr zu Lasten der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden.“³³

Es ist jedenfalls nicht ohne Weiteres davon auszugehen, dass Adipositas selbstverschuldet und damit der Eigenverantwortung zuzurechnen ist.³⁴ Selbst wenn man Adipositas als selbstverschuldet ansehen würde, spricht zum Beispiel der Ausschluss von Arzneimitteln zur

³¹ Siehe den European Public Assessment Report (EPAR) der European Medicines Agency (EMA) zu Victoza®, abrufbar unter: https://www.ema.europa.eu/de/documents/overview/victoza-epar-medicine-overview_de.pdf.

³² Siehe zum Vergleich der Arzneimittel Müller/Blüher, Adipositastherapie – werden Pharmakotherapien die Alternative zur metabolischen Chirurgie sein?, *Innere Medizin* 64, 629–635 (2023), abrufbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00108-023-01530-0>.

³³ BT-Drs. 15/1525, S. 86 f.

³⁴ Vgl. Huster, *Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, vorsorgen?*, S. 62 ff.

Rauchentwöhnung in § 34 Abs. 1 S. 8 SGB V auch gegen eine Anwendung auf eine möglicherweise „selbstverschuldete“ Adipositas, denn die Regelung schließt zum Beispiel nur Arzneimittel zur Rauchentwöhnung aus und nicht zugleich auch die Behandlungen von dem Rauchen geschuldeten Folgeerkrankungen. Die historische Auslegung spricht insgesamt also eher gegen eine Anwendung von § 34 Abs. 1 S. 7, S. 8 SGB V auf medizinisch erforderliche Behandlungen.

b) Wortlautauslegung

Das SG Mainz scheint von einem eindeutigen Wortlaut auszugehen. Für die Anwendung von § 34 Abs. 1 S. 8 SGB V, also die Frage ob es um ein Arzneimittel „zur *Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits*“ oder „zur *Regulierung des Körpergewichts*“ geht, dürfte der Wortlaut auch eindeutig sein. § 34 Abs. 1 S. 7 und S. 8 sind sprachlich allerdings durch das Wort „*insbesondere*“ miteinander verknüpft.³⁵ Es geht also um Arzneimittel, bei deren „*Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund*“ steht. Ob das in Bezug auf Wegovy® der Fall ist, ist weit weniger eindeutig als die Subsumtion unter S. 8: Die Formulierung „*im Vordergrund*“ kann so verstanden werden, dass es hauptsächlich bzw. überwiegend um eine Verbesserung der Lebensqualität gehen muss. Es stellt sich daher die Frage, was denn der Kontrapunkt dieser Abgrenzung ist. Da es bei medizinisch erforderlichen Behandlungen in aller Regel auch um eine Verbesserung der Lebensqualität geht, lassen sich die Aspekte kaum gegenüberstellen. Eine Wortlautauslegung führt daher nicht zu einem eindeutigen Ergebnis. Je höher der BMI ist, desto eher dürfte es allerdings vordergründig um medizinische Belange gehen.

c) Sinn und Zweck

Sinn und Zweck der Regelung dürfte sein, die Finanzstabilität der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten. Die Anwendung von § 34 Abs. 1 S. 7, S. 8 SGB V auf Wegovy® wird den Krankenkassen jedenfalls zunächst erhebliche Kosten ersparen und dürfte so zur (kurzfristigen) Beitragssatzstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen.³⁶ Sinn und Zweck-Erwägungen können daher auf den ersten Blick für eine Anwendung des Leistungsausschlusses aus § 34 Abs. 1 S. 7, S. 8 SGB V sprechen. Auf den zweiten Blick fallen Sinn- und Zweck-Erwägungen weit weniger eindeutig aus. Bei etwas langfristigeren Betrachtungen wäre einzubeziehen, dass den Behandlungskosten

³⁵ Werner, ASR 2024, 108-111, 109.

³⁶ Zweck von § 34 SGB V sind Wirtschaftlichkeitserwägungen; vgl. Hess, in: Körner/Krasney/Mutschler/Rolfs, BeckOGK, SGB V, Stand: 15.5.2025, § 34 Rn. 3 f., die letztlich auf die Erhaltung der Beitragssatzstabilität abzielen, siehe dazu Hofmann/Wallrabenstein, in: Ruland/Becker/Axer, Sozialrechtshandbuch (SRH), 7. Aufl. 2022, §16 Rn. 50 f.

nicht unerhebliche Einsparungspotenziale³⁷ gegenüberstehen. Ein Versicherter kann zum Beispiel ab einem BMI von 35 (ohne Begleiterkrankungen) an einem strukturierten Behandlungsprogramm gemäß § 137f SGB V³⁸ teilnehmen. Dies ließe sich – rein wirtschaftlich betrachtet³⁹ – möglicherweise durch einen Einsatz von Wegovy® vermeiden, sodass sich die Arzneimitteltherapie als wirtschaftlichere Alternative herausstellen kann. Neben Kosten für andere Adipositas-Behandlungen oder Kosten von Folge- und Begleiterkrankungen ist aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive auch an indirekte Kosten zu denken. Zum Beispiel kann Adipositas zu einer Arbeitsunfähigkeit bzw. Frühverrentung führen⁴⁰ und so Kosten in anderen Sozialversicherungszweigen verursachen u. v. m.

Derzeit ist nicht geklärt, wie lange Wegovy® angewendet werden muss. Im Rahmen einer Studie kam es bei einem Absetzen nach einem bzw. eineinhalb Jahren zu einem erneuten Zunehmen von ca. 2/3 des abgenommen Körpergewichts. Es liegen aber noch keine Langzeitstudien vor und es ist ungeklärt, ob eine längere Anwendung zu einem dauerhaften Erfolg führt. Es ist aber nicht auszuschließen, dass eine langfristige Sichtweise⁴¹ – d. h. auch unter Berücksichtigung von Adipositas-Folgekosten – letztlich zugunsten eines Einsatzes von Wegovy® ausfällt.

Insofern ist eine – über bloß kurzfristige Einsparpotenziale hinausgehende – Berücksichtigung von Kostenaspekten derzeit problematisch, sodass sich auch insoweit derzeit kein klares Auslegungsergebnis ermitteln lässt.

³⁷ Siehe ausführlich zu Kosten von Adipositas: Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) e.V., Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ (Langfassung), Version 5.0 (Oktober 2024), S. 13 ff., abrufbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-0011_S3_Praevention-Therapie-Adipositas_2024-10.pdf.

³⁸ Im Detail gemäß § 137f Abs. 2 Nr. 3 SGB V i. V. m. § 3 Abs. 1 DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL, Anlage 23 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit Adipositas – Erwachsene (dort Ziff. 1.2 b)).

³⁹ Ob ein strukturiertes Behandlungsprogramm medizinisch vorzugswürdig ist, ist eine Frage des Einzelfalls und wird daher hier außer Acht gelassen. Wenn mit Wegovy® einhergehende Nebenwirkungen bzw. Nebenwirkungsrisiken mit einer anderen (ggf. auch teureren) Behandlung vermieden werden können, kommt es im Einzelfall nicht auf die Kosten an; vgl. dazu Huster/Sharma/Otto/Büscher, KrV 2022, 133-139, 135 f.

⁴⁰ Siehe auch zu indirekten Kosten von Adipositas: Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) e.V., Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ (Langfassung), Version 5.0 (Oktober 2024), S. 13 ff., abrufbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-0011_S3_Praevention-Therapie-Adipositas_2024-10.pdf.

⁴¹ Eine solche langfristige Sichtweise ist geboten; vgl. zur Tabaksucht Brosius-Gersdorf, Die Versorgung mit Arzneimitteln und Psychotherapie zur Behandlung von Tabaksucht in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechtsgutachten im Auftrag des Wissenschaftlichen Aktionskreises Tabakentwöhnung (WAT) e.V., S. 61, abrufbar unter: https://www.wat-ev.de/wordpress/wp-content/uploads/2020/06/Rechtsgutachten_Tabakentwöhnung_final.pdf.

d) Berücksichtigung der Grundentscheidung des Gesetzgebers

Aus der Gewaltenteilung folgt, dass die Gerichte die Grundentscheidung des Gesetzgebers respektieren und zur Geltung bringen müssen.⁴² Es ist aber nicht ohne Weiteres und insbesondere nicht dauerhaft auf den Willen des historischen Gesetzgebers abzustellen, aber die Erkenntnisquellen aus dem Gesetzgebungsverfahren können durchaus für das Normverständnis ergänzend herangezogen werden.⁴³ In der vorliegenden Konstellation sprechen die Gesetzgebungsmaterialien tendenziell dafür, dass medizinisch erforderliche Behandlungen nicht ausgeschlossen sein sollen (siehe oben 1.). Eine differenzierte Auseinandersetzung mit Adipositas erfolgte zu diesem Zeitpunkt allerdings nicht.

Im weiteren Verlauf wurden Arzneimittel zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits und zur Regulierung des Körpergewichts – soweit ersichtlich – nicht mehr durch den Gesetzgeber aufgegriffen. Grundsätzlich gab es dazu aber Gelegenheiten:

Im Jahr 2021 wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung⁴⁴ § 34 Abs. 2 SGB V in das Gesetz eingefügt. Mit dieser Regelung wurde ein ausnahmsweiser Anspruch auf einmalige Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung bei schwerer Tabakabhängigkeit eingeführt. Zugleich wurde mit diesem Gesetz auch der Regelungsauftrag an den G-BA, eines strukturiertes Behandlungsprogramm für Adipositas zu schaffen, (gemäß § 137f Abs. 1 S. 3 i. V. m. Abs. 2 SGB V) in das SGB V eingefügt (siehe oben I.).

Zu diesem Zeitpunkt hatte der G-BA Liraglutid (Saxenda®) bereits in die Anlage II zur Arzneimittelrichtlinie aufgenommen. Die zugelassenen Anwendungsgebiete von Saxenda® entsprechen (nahezu) der Zulassung von Wegovy®, sodass es auch bei Saxenda® ausschließlich um medizinisch erforderliche Anwendungen geht (siehe dazu oben 2.). Es stand also die Auffassung des G-BA im Raum, dass Arzneimittel zur Behandlung von Adipositas stets vom gesetzlichen Ausschluss in § 34 Abs. 1 S. 7, S. 8 SGB V erfasst sind.

Insofern hätte es nahe gelegen, im Rahmen der Vorgabe an den G-BA ein strukturiertes Behandlungsprogramm einzuführen, auch darüber nachzudenken, ob pharmakologische Therapien zur Behandlung von Adipositas ermöglicht werden sollen. Hinweise auf eine Fragestellung bzw. Diskussionen im Verlaufe des Gesetzgebungsverfahrens sind allerdings

⁴² BVerfG, Beschluss v. 25.1.2011, NJW 2011, S. 836 Rn. 53; dazu Rüther, NJW 2011, 1856; Höpfner, RdA 2018, 321, 323 ff.

⁴³ Siehe ausführlich zu den zeitlichen Zusammenhängen bei der Auslegung Wank, Juristische Methodenlehre – Eine Anleitung für Wissenschaft und Praxis, 2020, § 6 Rn. 152 ff., 169 ff.

⁴⁴ Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) v. 11.7.2021 – BGBl. I 2021, Nr. 44 v. 19.7.2021, S. 2754.

nicht ersichtlich. Demnach könnte in das Unterlassen einer solchen Ausnahmeregelung eine Art konkludente Bestätigung der Rechtsauffassung zum stets vollständigen Ausschlusses von Arzneimitteln „zur *Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits*“ oder „zur *Regulierung des Körpergewichts*“ hineingelesen werden. Es kann aber auch einfach sein, dass das Thema schlicht nicht gesehen wurde.

Liraglutid (Saxenda®) ist tendenziell weniger erfolgsversprechend als Semaglutid (Wegovy® und Ozempic®) und auch Tirzepatid (Mounjaro®)⁴⁵ und die mediale Diskussion um „Abnehmspritzen“ intensivierte sich erst nach der Verabschiedung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung⁴⁶. Zusammenfassend lässt sich daher wohl keine klare Grundentscheidung des Gesetzgebers ermitteln.

4. Fazit

Eine Auslegung von § 34 Abs. 1 S. 7 und S. 8 SGB V führt zu keinem eindeutigen Ergebnis. Es sprechen sowohl gute Argumente für als auch gegen die Anwendung des „Lifestyle“-Ausschlusses. Dem SG Mainz ist darin zuzustimmen, dass eine Subsumtion von Wegovy® unter § 34 Abs. 1 S. 8 SGB V naheliegt.

Durch das Zusammenspiel von § 34 Abs. 1 S. 7 und S. 8 SGB V führt dies allerdings gleichwohl nicht zu einem eindeutigen Ergebnis, denn es steht die vom SG Mainz leider nicht beantwortete Frage im Raum, ob es – insbesondere unter Berücksichtigung moderner Erkenntnisse der Versorgung von Adipositas-Erkrankten – tatsächlich um Anwendungen geht, bei denen „eine *Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund*“ steht. Ginge es zum Beispiel um die Verhinderung einer belastenden und risikobehafteten bariatrischen Operation⁴⁷, stünde wohl eher die Vermeidung von medizinischen Risiken und Belastungen im Vordergrund. Jedenfalls würde eine Auslegung von § 34 Abs. 1 S. 7 und S. 8 SGB V auf Fälle, in denen es nicht um medizinisch erforderliche Behandlungen geht, die Wortlautgrenze nicht überschreiten, sodass Raum für eine Auslegung besteht.

⁴⁵ Siehe dazu oben a); dort insbesondere zum Vergleich der Arzneimittel Müller/Blüher, Adipositas therapie – werden Pharmakotherapien die Alternative zur metabolischen Chirurgie sein?, *Innere Medizin* 64, 629–635 (2023), abrufbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00108-023-01530-0>.

⁴⁶ Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) v. 11.7.2021 – BGBl. I 2021, Nr. 44 v. 19.7.2021, S. 2754.

⁴⁷ Es ist davon auszugehen, dass bariatrische Operationen zu einem größeren Gewichtsverlust führen; siehe dazu Klair/Patel/Saxena u.a., What Is Best for Weight Loss? A Comparative Review of the Safety and Efficacy of Bariatric Surgery Versus Glucagon-Like Peptide-1 Analogue, in: *Cureus* 15 (2023), Heft 10, e46197, abrufbar unter: <https://doi.org/10.7759/cureus.46197>; gleichwohl ist nicht ausgeschlossen, dass bariatrische Operationen durch den Einsatz der modernen Arzneimittel zur Gewichtsreduktion vermieden werden können; siehe Müller/Blüher, Adipositas therapie – werden Pharmakotherapien die Alternative zur metabolischen Chirurgie sein? *Innere Medizin* 64, 629–635 (2023), abrufbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00108-023-01530-0>.

Das vom SG Mainz gefundene Ergebnis ist nicht eindeutig geboten aber jedenfalls vertretbar. Für Bezugnahmen auf diese Entscheidung ist allerdings zu berücksichtigen, dass bei der Klägerin „nur“ ein BMI von 30 in Rede stand, sodass sie die Grenze zu krankhafter Adipositas gerade erst knapp überschritten hatte. Die (medial intensiv aufgegriffene) Entscheidung dürfte daher keinen Schlusspunkt in der Diskussion setzen. Wie wäre zum Beispiel ein Fall zu beurteilen, in dem es um einen höheren BMI ginge oder andere Gründe Therapiealternativen ausschließen? Die leider sehr knappe Begründung der Entscheidung trägt dabei nur wenig zur Diskussion um das Zusammenspiel von § 34 Abs. 1 S. 7 und S. 8 SGB V bei, sodass die weitere Rechtsprechungsentwicklung abzuwarten bleibt.