

Der praktische Fall

Medikamentöse Adipositas therapie



Dr.ⁱⁿ GISELA ERNST ist Universitätsassistentin (Post Doc) am Institut für Staats- und Verwaltungsrecht, Abteilung Medizinrecht der Universität Wien und Rechtsanwaltsanwältin bei Haslinger/Nagele Rechtsanwälte.

Dr.ⁱⁿ BIANCA ITARIU ist Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen und Präsidentin der Österreichischen Adipositas Gesellschaft.

Dr.ⁱⁿ STEPHANIE POGGENBURG ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 1. Vizepräsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin sowie Dozentin für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Universität Graz.

Sozialversicherungsrecht; Arzneimittelrecht

RdM 2026/5

Der folgende Beitrag schildert und analysiert drei Fälle von Patient:innen, die an Adipositas leiden. Es folgt eine medizinisch-wissenschaftliche Darstellung der Behandlungsbedürftigkeit von Adipositas zunächst allgemein und dann anhand der drei Fälle. Für diese Inhalte zeichnen Bianca-Karla Itariu und Stephanie Poggenburg verantwortlich. Anschließend erfolgt eine Einordnung der Fälle aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht mit besonderem Fokus auf der Erstattungsmöglichkeit der medikamentösen Adipositas therapie („Abnehmspritzen“) sowie eine abschließende Conclusio durch Gisela Ernst.

A. Sachverhalt

1. Fall: Adipositas und Erwerbsfähigkeit

Frau B ist Mitte 40, Mutter dreier Kinder und arbeitet in einer Bäckerei. Nach der Entbindung ihres zweiten Kindes entwickelt sie eine schwere, arbeitsplatzrelevante Hyperhidrose (übermäßiges Schwitzen) bei einem BMI (Body-Mass-Index) von 46 kg/m² und einem Gewicht von 130 kg, die durch die ausgeprägte subkutane Fettvermehrung (va im thorako-abdominalen Bereich) verstärkt wird. Durch das übermäßige Schwitzen kann sie Kund:innen nicht mehr adäquat bedienen (der Schweiß tropft von ihrer Stirn, während sie Produkte zubereitet oder ausgibt) und sie muss ihre Kleidung mehrfach täglich wechseln. Sie berichtet zudem über zunehmende Geruchsproblematik trotz maximaler Hygiene. Außerdem leidet sie an Bluthochdruck, Fettleber, Schlafapnoesyndrom, Prädiabetes und Urgenzinkontinenz als Folgen der Adipositas. Bereits zweimal drohte ihr die Kündigung aufgrund „mangelnder Diensttauglichkeit“. Ein Wechsel in eine körperlich weniger belastende Tätigkeit ist aufgrund begrenzter Ausbildungsmöglichkeiten kaum möglich. Bedeutsam ist, dass ein Zusammenhang zwischen Adipositas, gesteigerter Schweißproduktion, dysregulierter Thermogenese und eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit wissenschaftlich gut belegt ist. Die Patientin versucht seit Jahren ihr Gewicht zu kontrollieren, hat im Rahmen der Schwangerschaften Gestationsdiabetes unter Insulintherapie und diätologischer Betreuung hinter sich und weiterhin regelmäßig die diätologische Beratung in Anspruch genommen; dies jedoch ohne anhaltenden Erfolg. Aufgrund der Kombination aus Scham, sozialer Beeinträchtigung und drohender Erwerbslosigkeit entwickelt sie depressive Symptome, wel-

che die Situation zusätzlich erschweren. Eine Therapie mit Semaglutid wurde in ihrem Fall als Einzelfallentscheidung bewilligt.

2. Fall: Adipositas und Kinderwunsch

Herr Z ist Anfang 40, wiegt 150 kg und hat mit seiner Partnerin einen aktiven Kinderwunsch. Sein Spermogramm zeigt bereits eine verminderte Spermienanzahl und eingeschränkte Beweglichkeit. Er hat wiederholt Versuche unternommen sein Gewicht zu reduzieren, war auf Reha, hat mit Ernährungscoaches unterschiedliche Diäten getestet und mit Fitnesscoaches gearbeitet, hat immer wieder abgenommen, dann aber wieder zugenommen. Er arbeitet als Büroangestellter und treibt nebenbei so gut es geht Sport. Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung wurde Bluthochdruck diagnostiziert, er leidet zudem an einer Schlafapnoe. Seine Nierenwerte sind bereits eingeschränkt, seine Leber verfettet und seine Blutfettwerte gestört. Seine Fettmasse beträgt 80 kg, sein viszeraler Fettanteil wird in der Messung mit neun Liter geschätzt. Der Patient bekommt schlecht Luft bei Belastung. Die hormonelle Abklärung im Rahmen der Kinderwunschbehandlung zeigt einen „hypogonadotropen Hypogonadismus“, eine häufige Komplikation der Adipositas. Dabei werden im Fettgewebe männliche Geschlechtshormone durch die Wirkung des Enzyms Aromatase in weibliche Hormone umgewandelt und der Patient verspürt eine Verweiblichung seiner Züge – es wächst ihm eine Brust und seine Testosteronkonzentration ist niedrig. Eine andere Ursache für diese hormonelle Störung wurde im Kinderwunschzentrum ausgeschlossen. Dieser Patient leidet an Adipositas als Erkrankung und benötigt eine Therapie. Er entscheidet sich gegen eine bariatrische Operation und will eine medikamentöse Therapie, deren Kosten die Sozialversicherung allerdings ablehnt.

3. Fall: Adipositas und Lebensgefahr (lebensbedrohliche Adipositas)

Herr P ist Anfang 50 und weist eine extreme Form der Adipositas mit einem BMI von über 50 kg/m² auf, der im Verlauf auf 60 kg/m² angestiegen ist. Die deutlich überhöhte Fettmasse führt zu einer Vielzahl schwerer Organ- und Funktionsstörungen. Eine genaue Messung des Fettanteils ist aufgrund des klinischen Bildes nicht erforderlich, da das Ausmaß der Erkrankung eindeutig ist.

Kardiologisch liegt eine schwere Herzschwäche vor (systolische Herzinsuffizienz mit deutlich reduzierter Pumpfunktion), die mit chronischer Atemnot, eingeschränkter Belastbarkeit und wiederholten Krankenhausaufenthalten einhergeht. Diese Erkrankung entspricht der Kategorie „Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurf fraktion“ gemäß den internationalen Leitlinien. Zusätzlich bestehen ein Vorhofflimmern und ausgeprägte venöse und lymphatische Stauungsödeme der Beine, die zu chronischen Schmerzen, offenen Stellen (Ulzerationen) und einer weiteren Einschränkung der Mobilität führen. Zudem zeigt sich seit Jahren eine beginnend eingeschränkte Nierenfunktion, nachweisbar über eine pathologische Eiweißausscheidung im Urin und eine reduzierte glomeruläre Filtrationsrate. Aufgrund der klinischen Symptomatik ist zudem von einer obstruktiven Schlafapnoe auszugehen.

Stoffwechselmedizinisch liegen Prädiabetes, arterielle Hypertonie und weitere kardiometabolische Risikofaktoren vor. Die körperliche Leistungsfähigkeit ist massiv eingeschränkt; der Patient ist im Alltag stark beeinträchtigt (zB beim Gehen, Treppensteigen und bei alltäglichen Verrichtungen). Die frühere berufliche Tätigkeit kann er aufgrund der Erkrankung nicht mehr ausüben.

Insgesamt liegt eine fortgeschrittene, lebensbedrohliche klinische Adipositas vor. Sie entspricht der höchsten Schweregradstufe (analog Edmonton Obesity Stage 4). In diesem Stadium bestehen bereits bleibende Organschäden und eine erheblich reduzierte Lebenserwartung.

Eine metabolisch-bariatrische Operation wurde aufgrund des hohen kardiovaskulären Risikos nicht als vertretbar beurteilt.

Die wiederholte Ablehnung der Kostenübernahme einer medikamentösen Therapie mit Abnehmspritzen durch die SVTr steht im Widerspruch zu den Empfehlungen internationaler Fachgesellschaften inkl der WHO und es besteht die Gefahr, dass der Patient in absehbarer Zeit bei fehlender Gewichtsabnahme versterben wird.

B. Medizinische Stellungnahme

1. Medizinisch-wissenschaftliche Darstellung der Behandlungsbedürftigkeit von Adipositas in den genannten Fällen

Adipositas wird im medizinisch-wissenschaftlichen Kontext als chronische, schubförmig verlaufende, multifaktoriell bedingte Erkrankung definiert. Die zugrunde liegenden pathologischen Mechanismen können entweder durch einen extrem hohen Anteil an Körperfettmasse (der von der WHO als BMI von 30 kg/m² oder höher definiert wird) oder durch eine Fehlfunktion des Fettgewebes begründet sein. Letztere kann bereits bei einem BMI von unter 30 kg/m² auftreten und manifestiert sich in der Verfettung der inneren Organe sowie in der Zunahme des sog viszeralen Fettanteils.¹

Adipositas hat direkte negative Auswirkungen auf die Funktion einzelner Organe sowie des gesamten Körpers und stellt eine eigenständige Erkrankung dar, wenn die überschüssige Fettmasse unmittelbar zu Funktionsverlust, eingeschränkter Beweglichkeit, Schmerzen oder verminderter Teilhabe am gesellschaftlichen Leben führt. In solchen Fällen sind funktionelle Beeinträchtigungen und Leidensdruck Ausdruck der Erkrankung selbst. Allerdings ist Adipositas auch Ausgangspunkt für eine Vielzahl von Komplikationen, die sich zumindest in zwei Kategorien einteilen lassen: Einerseits resultieren sie aus veränderten und pathologischen mechanischen Kräften und werden in der Fachliteratur als „Fettmasse-Erkrankung (fat-mass disease)“ bezeichnet. Andererseits sind sie mit dysregulierten Stoffwechsel-, hormonellen, entzündlichen und Immunreaktionen verbunden und werden in der Fachliteratur als „sick-fat disease“ bezeichnet.²

Für die Diagnose sind zwei Schritte erforderlich. Zunächst hat eine Bestätigung der Adipositas durch die Messung des Gewichts, der Größe und gegebenenfalls des Taillenumfangs oder einer Messung des Fettgehalts zu erfolgen. So kann bei einem BMI von über 30 kg/m² in der Regel von einer überschüssigen Fettmasse ausgegangen werden. Des Weiteren ist der Nachweis der „klinischen“ Adipositas mit Organ-/Gewebsdysfunktion zu erbringen. Darunter fällt etwa arterielle Hypertonie, obstruktive Schlafapnoe, hypogonadotrope Hypogonadismus, Herzinsuffizienz mit erhaltener oder reduzierter Auswurfsfraktion, Fettleber, chronische Inkontinenz, muskuloskeletale Schmerzen, Subfertilität oder Infertilität, die infolge der Fettgewebsfehlfunktion auftreten. Aber auch die deutliche, altersadjustierte Einschränkung der Mobilität oder der Aktivitäten des täglichen Lebens (wie Wa-

schen, Ankleiden, Toilettengang, Kontinenz, Essen) zählt zu den Symptomen der Erkrankung.³

Auf internationaler Ebene fordern Experten von mehreren Kontinenten (ua Nordamerika und Europa) vehement, dass Personen mit klinischer Adipositas Zugang zu einer evidenzbasierten Therapie erhalten müssen. Dies wird auch durch aktuelle WHO-Empfehlungen gestützt.⁴ Das Ziel ist klar: Die klinischen Manifestationen müssen beseitigt bzw in Remission gebracht werden und eine Progression zu Endorganschäden muss verhindert werden. Dies würde einer modernen, leitliniengerechten Adipositasbehandlung entsprechen.

Der klinische Alltag zeigt allerdings, dass die SVTr in Österreich die medikamentöse Behandlung von Adipositas in den meisten Fällen ablehnen. Außerhalb des Erstattungskodex werden ausgewählte GLP-1-Rezeptoragonisten derzeit nur in eng begrenzten Ausnahmen bewilligt: bei Kindern und Jugendlichen ausschließlich nach Verordnung in spezialisierten Zentren und zeitlich befristet auf maximal drei Jahre sowie bei Erwachsenen lediglich im Jahr vor einer bariatrischen Operation, sofern diese vom chirurgischen Zentrum als notwendig erachtet wird. Der chefärztliche Dienst verweigert in der Regel die Kostenübernahme selbst in medizinisch begründeten Ausnahmefällen. Dabei erscheint es unerheblich, ob eine klinische Adipositas gemäß internationaler Kriterien diagnostiziert ist und eine evidenzbasierte Therapie medizinisch indiziert wäre. Dies führt zu einer Diskrepanz zwischen international anerkanntem medizinischem Standard und der Versorgungssituation in Österreich.

Für die betroffenen Patient:innen bedeutet dies, dass die notwendige Behandlung verzögert wird und sich die Erkrankung weiter verschlimmert. Das Risiko irreversibler Organ- und Funktionsschäden ist dabei sehr hoch und kann zu frühzeitigem Tod und/oder hohen Folgekosten im Gesundheitssystem führen.⁵ Die medikamentöse Behandlung der Adipositas stellt aus gesundheitsökonomischer Sicht sogar ein Einsparungspotenzial dar.⁶

Medizinisch stellen die medikamentöse Therapie und die metabolisch-bariatrische Chirurgie die effizientesten Therapieformen dar, sowohl zur Reduktion der Fettmasse als auch zur Verbesserung der Mortalität – vor allem bei bestehenden Herz-Kreislauf-erkrankungen und viele anderen und zur Reduktion von Komorbiditäten und Verbesserung der Lebensqualität.⁷

¹ Rubino/Cummings/Eckel et al, Definition and diagnostic criteria of clinical obesity, *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 2025, 221; Busetto/Dicker/Frühbeck et al, A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults, *Nature Medicine* 2024, 2395; Brix/Andersen/Aydinkoc-Tuzcu et al, Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen: allgemeine Behandlungsgrundsätze und konservatives Management, *Wiener klinische Wochenschrift* 2023, 135.

² McGowan/Ciudin/Baker et al, Framework for the pharmacological treatment of obesity and its complications from the European Association for the Study of Obesity (EASO), *Nature Medicine* 2025, 3229; Wharton/Lau/Vallis et al, Obesity in adults: a clinical practice guideline, *Canadian Medical Association Journal* 2020, 192.

³ Rubino/Cummings/Eckel et al, *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 2025, 221.

⁴ WHO guideline on the use of glucagon-like peptide-1 (GLP-1) therapies for the treatment of obesity in adults (1. 12. 2025).

⁵ Reitzinger/Czypionka, Low-, moderate-, and high-risk obesity in association with cost drivers, costs over the lifecycle, and life expectancy, *BMC Public Health* 2024, 2069.

⁶ Reitzinger/Czypionka, Effects from treating moderate- to high-risk obesity patients with anti-obesity medication from a societal perspective, *Scientific reports* 2025, 12959.

⁷ McGowan/Ciudin/Baker et al, *Nature Medicine* 2025, 3229; Cohen/Busetto/Levinson et al, International consensus position statement on the role of obesity management medications in the context of metabolic bariatric surgery: expert guideline by the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO), *BJS* 2024, 111.

Die medizinische Fachliteratur zeigt übereinstimmend, dass demgegenüber reine Lebensstilinterventionen – bestehend aus Ernährungsumstellung, erhöhter körperlicher Aktivität und Verhaltenstherapie – zwar grundlegend sind und zu einer moderaten Gewichtsabnahme führen können, dass jedoch die Mehrheit der Menschen mit Adipositas im Laufe der Zeit wieder an Gewicht zunimmt und nur sehr wenige allein durch Lebensstiländerungen einen normalen BMI erreichen oder aufrechterhalten können.⁸

2. Übertragung auf die genannten Fälle

a) Medizinische Beurteilung Fall 1: Adipositas und Erwerbsfähigkeit

Frau B leidet an übermäßigem Schwitzen, was ihre Arbeitsfähigkeit und andere Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt. Das übermäßige Schwitzen ist durch die exzessive Fettmasse verursacht,⁹ die Patientin erfüllt eindeutig die Kriterien der klinischen Adipositas: Kardiovaskulär leidet sie an einer arteriellen Hypertonie – dies entspricht dem Kriterium „raised arterial blood pressure“. Respiratorisch und bezüglich ihrer Schlafsituation leidet sie am Schlafapnoesyndrom, dies entspricht dem Kriterium „apnoeas/hypopnoeas during sleep due to increased upper airway resistance“ (OSAS). Hepatisch leidet sie an einer Fettleber; vor allem bei Progression zu Fibrose wäre dies explizit ein Diagnostikkriterium. Urinär leidet sie an Urgenzinkontinenz – dies erfüllt das Kriterium „recurrent/chronic urinary incontinence“. Metabolisch hat sie Prädiabetes, Bluthochdruck und eine Fettleber. Fettleber und Prädiabetes bilden gemeinsam ein deutlich erhöhtes kardiometabolisches Risikoprofil. Psychisch leidet sie unter depressiven Symptomen als Folge von Scham, sozialer Beeinträchtigung und drohendem Jobverlust. Sie erfährt eine Einschränkung von Aktivitäten des täglichen Lebens und ihrer Berufsfähigkeit. Das Schwitzen erfolgt infolge der subkutanen Fettvermehrung im thorako-abdominalen Bereich mit massiver Geruchsproblematik und sichtbarer Schweißbildung („Schweiß tropft von der Stirn“). Die Umstände, dass sie mehrmals täglich Kleidung wechseln muss, und Kündigung wegen „mangelnder Dienstauglichkeit“ angedroht wurde, erfüllen klar das Lancet-Kriterium „significant, age-adjusted limitations of mobility and/or other basic ADL“, hier in Form berufsrelevanter Funktionseinschränkung.

Die Behandlung der Adipositas führte bei dieser Patientin bereits zu einer signifikanten Reduktion des Schwitzens als unmittelbare Folge der reduzierten Fettmasse und trägt dazu bei, ihre Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Zudem bietet die Therapie einen evidenten präventiven Wert: Ohne eine adäquate Intervention besteht ein hohes Risiko für die Entwicklung eines manifesten Typ-2-Diabetes, einer progressiven Lebererkrankung bis hin zu einer Fibrose oder Zirrhose, schwerer kardiovaskulärer Ereignisse sowie einer Chronifizierung der depressiven Symptomatik. Es liegen bereits eine berufsbedingte Funktionseinschränkung und erhebliche psychosoziale Belastungen vor. In Anbetracht der erschöpften Lebensstilmaßnahmen ist eine strukturierte, multimodale und auch pharmakologische Therapie – einschließlich GLP-1-Rezeptoragonisten – evident medizinisch indiziert und entspricht den Empfehlungen der internationalen Fachgremien. Die Genehmigung der Behandlung mit Semaglutid kann somit gemäß den aktuellen Behandlungsrichtlinien für eine chronische, systemische Erkrankung gesehen werden.

b) Medizinische Beurteilung Fall 2: Adipositas und Kinderwunsch

Herr Z weist mit 150 kg Körpergewicht, 73 kg gemessener Fettmasse und 9 Litern viszeralem Fett eine exzessive Adipositas auf,

die eindeutig den diagnostischen Kriterien der klinischen Adipositas entspricht. Im kardiovaskulären Bereich liegt eine arterielle Hypertonie im Sinne des Lancet-Kriteriums „raised arterial blood pressure“ vor, ergänzt durch eine Belastungsdyspnoe als Hinweis auf bereits beginnende kardiorespiratorische Einschränkungen. Aus respiratorischer Perspektive manifestiert sich eine obstruktive Schlafapnoe, die dem Kriterium „apnoeas/hypopnoeas during sleep due to increased upper airway resistance“ entspricht. Renal bestehen pathologische Nierenparameter im Sinne einer beginnenden chronischen Nierenfunktionsstörung. Zusätzlich liegen eine Fettleber, eine ausgeprägte Dyslipidämie und eine gestörte Glukosetoleranz vor, welche gemeinsam ein hohes kardiometabolisches Risiko bilden. Aus reproduktionsmedizinischer Sicht erfüllt der Patient mit hypogonadotropem Hypogonadismus, erniedrigtem Testosteron, deutlicher Einschränkung der Spermienanzahl und klinischer Gynäkomastie das Lancet-Kriterium „male hypogonadism“ eindeutig. Funktionell besteht eine signifikante Einschränkung der Mobilität. In diesem Fall ist eine medizinische Behandlung der Adipositas zwingend erforderlich. Ohne adäquate Intervention manifestiert sich die Progression in einer chronischen Niereninsuffizienz, Typ-2-Diabetes, schweren kardiovaskulären Ereignissen sowie einer weiteren Verschlechterung der Fertilität bei fortschreitendem Leidensdruck. Es wurden über einen längeren Zeitraum verschiedene Lebensstilmaßnahmen ergriffen, die jedoch lediglich kurzfristige Effekte erzielten. Dies deutet auf das Vorliegen einer therapierefraktären klinischen Adipositas hin. Eine strukturierte, multimodale und auch pharmakologische Therapie – einschließlich GLP-1-Rezeptoragonisten – entspricht daher klar den internationalen Empfehlungen. Es ist festzuhalten, dass der bestehende unerfüllte Kinderwunsch in Zusammenhang mit der Adipositas steht und durch die adipositasbedingte hormonelle Dysfunktion erheblich beeinträchtigt wird. Die notwendige medikamentöse Therapie muss der Patient derzeit aus eigenen Mitteln finanzieren. Die Behandlung zielt nicht auf die Optimierung des Lebensstils ab, sondern auf die Therapie einer chronischen Erkrankung mit den genannten Symptomen.

c) Medizinische Beurteilung Fall 3: Adipositas und Lebensgefahr

Herr P ist der tragischste Fall in dieser Reihe. Er wies einen BMI von 60 kg/m² auf. Damit leidet er an einer extremen Form von Adipositas. Die signifikant erhöhte Menge an Fettmasse macht eine exakte Messung zur Bestätigung überflüssig. Gemäß der in der Fachzeitschrift Lancet publizierten Definition wurden zahlreiche, eindeutig zuordenbare Organ- und Gewebdysfunktionen festgestellt. Aufgrund einer dilatativen Kardiomyopathie liegt eine schwere systolische Herzinsuffizienz (EF 30%; nach der Definition „reduced LV systolic function – HFrEF“) vor, die eine signifikante Einschränkung der Herzleistung zur Folge hat. Wiederholte Klinikeinweisungen, chronische Dyspnoe und eine Einstufung in NYHA III–IV spiegeln eine hochgradige Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit wider. Zusätzlich liegt ein chronisches Vorhofflimmern vor, sowie massive lymphatische und venöse Stauungsödeme der Beine mit Ulzerationen. Diese Kriterien finden sich in der medizinischen Fachliteratur unter den Begriffen

⁸ Elmaleh-Sachs/Schwartz/Bramante et al, Obesity Management in Adults: A Review, JAMA, 2023, 2000; Katzmarzyk/Martin/Newton et al, Weight Loss in Underserved Patients – A Cluster-Randomized Trial, New England Journal of Medicine 2020, 909.

⁹ Lawrence/Kopelman, Medical consequences of obesity, Clinics in dermatology 2004, 296.

„lower limb edema due to diastolic dysfunction“ bzw. „lower limb lymphedema causing chronic pain or reduced range of motion.“ Renal besteht seit Jahren eine pathologische Albumin-Kreatinin-Ratio im Sinne einer beginnenden chronischen Nierenerkrankung (microalbuminuria with reduced eGFR). Aufgrund der vorliegenden Daten besteht der begründete Verdacht auf eine obstruktive Schlafapnoe, die gemäß der Lancet-Klassifikation als typische Manifestation klinischer Adipositas gewertet wird. Aus metabolischer Perspektive bestehen Prädiabetes, arterielle Hypertonie und weitere Risikofaktoren. Die Belastbarkeit ist signifikant reduziert (NYHA III–IV), die Arbeitsfähigkeit ist nicht mehr gegeben und der Patient ist zunehmend auf medizinische und pflegerische Versorgung angewiesen. Dies entspricht dem Lancet-Kriterium „significant limitations of day-to-day activities and mobility“ in vollem Umfang. Es wurde eine weit fortgeschrittene klinische Adipositas mit lebensbedrohlichen Komplikationen festgestellt (Edmonton Obesity Stadium 4). Es besteht eine maximale Therapiebedürftigkeit, eine dringende Notwendigkeit einer intensiven, multidisziplinären Adipositas-therapie, einschließlich pharmakologischer Optionen wie GLP-1-Rezeptoragonisten, bei fehlender chirurgischer Option. Dies ist ein Hinweis darauf, dass eine adäquate Behandlung bereits in früheren Krankheitsstadien hätte erfolgen müssen. Die wiederholte Ablehnung der Kostenübernahme für medikamentöse Therapien durch die SVTr steht in deutlichem Widerspruch zu den Empfehlungen internationaler Fachgesellschaften.

C. Juristische Stellungnahme¹⁰

1. Der Krankheitsbegriff nach dem ASVG und die Erstattung von Arzneimitteln

Juristisch ist die Frage, ob und ab wann eine Krankheit vorliegt, nicht so einfach zu beantworten, wie im medizinischen Sinne, da das ASVG einen eigenständigen Krankheitsbegriff enthält. Dieser wurde durch höchstgerichtliche Rsp näher konturiert und stimmt nicht zwangsläufig mit dem Krankheitsbegriff der WHO oder jenem bestimmter Fachgesellschaften überein.

Wie die dargestellten Fälle zeigen, wird die Kostenerstattung für „Abnehmspritzen“ in der Praxis oft abgelehnt. Dahinter steht ein mehrstufiges rechtliches Konstrukt, auf das im Folgenden näher eingegangen werden soll:

Eine Krankheit ist gem § 120 ASVG ein „regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht“. Die beiden enthaltenen Kriterien der „Regelwidrigkeit“ einerseits und der „Behandlungsbedürftigkeit“ andererseits, wurden durch jahrzehntelange Judikatur näher definiert:

Regelwidrigkeit wird ua dann bejaht, „wenn aus der Sicht des Versicherten aufgrund störender Symptome das Bedürfnis nach ärztlicher Behandlung besteht, aus der Sicht des Arztes ärztliches Tätigwerden in Form von Diagnose und Therapie erforderlich ist“.¹¹ Es wird eine gewisse Funktionsstörung vorausgesetzt, die eine erhebliche Abweichung von der Norm eines „gesunden Menschen“ darstellt.¹²

Die ex ante zu beurteilende *Behandlungsbedürftigkeit* ist dann gegeben, wenn der regelwidrige Zustand ohne medizinische Intervention nicht mit Aussicht auf Erfolg beseitigt werden kann oder wenn ärztliche Maßnahmen erforderlich sind, um Beschwerden zu lindern oder eine Verschlechterung zu verhindern.¹³

Liegt im Sinne dieser Kriterien eine Krankheit vor, steht Versicherten Krankenbehandlung gem § 133 ASVG zu. Diese umfasst neben ärztlicher Hilfe auch Heilmittel (hierunter fallen auch Arzneimittel) und Heilbehelfe. § 133 Abs 2 ASVG gibt als Maßstäbe für eine solche Krankenbehandlung vor, dass diese ausrei-

chend und zweckmäßig sein muss, jedoch das „Maß des Notwendigen“ nicht überschreiten darf.

Die Merkmale „ausreichend“ und „zweckmäßig“ sind als medizinische Kriterien zu verstehen.¹⁴ Nach der stRsp des OGH liegt *Zweckmäßigkeit* einer Therapie dann vor, wenn diese den Behandlungszielen entspricht und ausreichende Erfolgsaussichten aufweist. Die therapeutische Maßnahme muss „nach den Erfahrungssätzen der medizinischen Wissenschaft mit hinreichender Sicherheit objektiv geeignet“ sein, „die beabsichtigte Wirkung zu erzielen“.¹⁵ „Ausreichend“ definiert der OGH als „Minimalgrenze der Leistungsverpflichtung, die unter Zugrundelegung von gesicherten medizinischen Erkenntnissen und nach dem anerkannten Stand der Medizin nach Umfang und Qualität eine hinreichende Chance auf die Erreichung eines von der Krankenbehandlung verfolgten Zieles“ bietet.¹⁶ Bei der Auslegung der beiden Kriterien kann somit auf die oben dargestellten medizinischen Erkenntnisse abgestellt werden.

Zusätzlich zu diesen beiden medizinischen Kriterien darf die Krankenbehandlung „das Maß des Notwendigen“ nicht überschreiten. In Bezug auf dieses Kriterium nimmt das Wirtschaftlichkeitsgebot in der höchstgerichtlichen Judikatur eine wichtige Rolle ein, ua um nicht erforderliche Maßnahmen zu vermeiden und damit die finanzielle Stabilität des Systems zu gewährleisten. In diesem Kontext stellt der OGH auch auf den „gesellschaftlichen Konsens“ ab, also darauf, ob der Versicherte nach allgemeiner Auffassung auf Kosten der Versichertengemeinschaft behandelt werden soll.¹⁷ Es ist eine Interessensabwägung vorzunehmen, bei der einerseits die Kostenlast der Versichertengemeinschaft und andererseits die Betroffenheit und Beeinträchtigung der Patient:innen im Einzelfall berücksichtigt werden müssen.¹⁸ Sprechen, wie oben dargelegt, gesundheitsökonomische Gründe, die Folgekosten im System vermeiden, für eine Therapie, kann dies auch in dieser Abwägung Berücksichtigung finden.

All diese Kriterien sowie auch die Frage der Behandlungsbedürftigkeit sind im Kontext der gesetzlich verankerten Behandlungsziele zu verstehen. Diese bestehen darin, die *Gesundheit*, die *Arbeitsfähigkeit* sowie die Fähigkeit zur Versorgung der *lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse* soweit möglich wiederherzustellen, zu festigen oder zu verbessern. Für die Frage, ob diese Ziele beeinträchtigt sind, insbesondere die Gesundheit und die persönliche Bedürfnisbefriedigung, können ebenfalls einige der oben dargelegten medizinischen Kriterien (Kriterien klinischer Adipositas, Kriterium der Limitationen der alltäglichen Aktivitäten und Mobilität) abgestellt werden. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hat allerdings auch anhand einer arbeitsrechtlichen Prüfung im Einzelfall zu erfolgen.¹⁹

Gerade in Zusammenhang mit der Notwendigkeit aber auch der Behandlungsbedürftigkeit wird in der Literatur teilweise vertreten,

¹⁰ Diese Stellungnahme basiert maßgeblich auf Ernst/Stöger, „Abnehmspritzen“ auf Kosten der Krankenkasse? Die Rechtslage in Österreich, Gesundheitsrecht.blog Nr 59, 2025, www.gesundheitsrecht.blog/abnehmspritzen-oesterreich/ (Stand 6. 1. 2026).

¹¹ MwN Windisch-Graetz in Mosler/Müller/Pfeil (Hrsg), Der SV-Komm § 120 ASVG Rz 4 (Stand 1. 6. 2021, rdb.at).

¹² MwN Tomandl, Der Anspruch auf Krankenbehandlung, JAS 2021, 132 (136).

¹³ MwN OGH 27. 1. 2009, 10 Obs 99/08v.

¹⁴ Tomandl, Der Anspruch auf Krankenbehandlung, JAS 2021, 132 (139).

¹⁵ Konkret in Bezug auf Heilmittel (Arzneimitteltherapien) OGH 1. 4. 2008, 10 Obs 14/08v; OGH 19. 11. 2013, 10 Obs 68/13t.

¹⁶ OGH 25. 11. 2014, 10 Obs 135/14x.

¹⁷ Siehe zum Ganzen Windisch-Graetz in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 120 ASVG Rz 3ff (Stand 1. 6. 2021, rdb.at).

¹⁸ OGH 25. 11. 2014, 10 Obs 135/14x.

¹⁹ Näher Tomandl, JAS 2021, 132 (137).

dass diese bei Adipositas oder Nikotinsucht nicht immer vorliegen und es den Betroffenen zugemutet werden kann, sich (allenfalls unter ärztlicher Betreuung) selbst von ihren Leidenszuständen zu befreien.²⁰ Hierzu ist festzuhalten, dass dies weder der höchstgerichtlichen Judikatur entspricht noch der medizinischen Evidenz.

2. Erstattung im Einzelfall

a) Allgemeines

Damit bei der Frage der Erstattung von Arzneimitteln die dargelegten Kriterien nicht immer im Einzelfall geprüft werden müssen, besteht durch den Erstattungskodex (EKO) eine Liste, die vereinfacht gesagt jene Arzneispezialitäten enthält, die auf Rechnung der SVTr abgegeben werden dürfen.

Es besteht jedoch eine sog „Negativliste“, welche Produktkategorien anführt, die „im Allgemeinen nicht zur Krankenbehandlung iSd § 133 Abs 2 geeignet sind“ und daher nicht gelistet werden können. Zu diesen Kategorien zählen auch „Arzneimittel zur Unterstützung von gewichtsreduzierenden Maßnahmen“. Arzneimittel mit dieser Indikation sind daher grds (es bestehen Ausnahmen) von der Aufnahme in den EKO ausgeschlossen. Die SVTr legen dies so aus, dass auch „Abnehmspritzen“ darunter fallen. Die Produkte können somit nicht von der durch die EKO-Listung im Vorfeld gewährleisteten Verordnungsfähigkeit auf Kosten der SVTr Gebrauch machen.²¹

Unabhängig davon, ob man medikamentöse Adipositas-therapien überhaupt als der Negativliste unterfallend ansehen möchte, ermöglicht § 30b Abs 1 Z 4 ASVG auch eine Erstattung von Produkten, die nicht im EKO enthalten sind, dies gilt auch für auf der „Negativliste“ angeführte Produktkategorien. Die Liste begründet nämlich nur die *widerlegbare Vermutung*, dass die darin genannten Produkt-Kategorien nicht zur Krankenbehandlung gem § 133 ASVG geeignet sind. Kann hingegen im Einzelfall dargelegt werden, dass eine Arzneispezialität zur Krankenbehandlung gem § 120 iVm § 133 ASVG geeignet ist, besteht dennoch ein Anspruch auf Krankenbehandlung. Weder die mangelnde Listung im EKO noch die Führung der Kategorie auf der Negativliste kann diesen Anspruch des Versicherten gemäß der höchstgerichtlichen Rsp einschränken.²²

Erreicht also Adipositas im Einzelfall Krankheitswert, sodass eine Krankheit iS des ASVG vorliegt (siehe dazu oben), so ist eine Abgabe des Arzneimittels auf Kosten der SVTr bei Erfüllen der geschilderten Kriterien rechtlich geboten.²³

b) Rechtliche Beurteilung Fall 1: Adipositas und Erwerbsfähigkeit

Wie in der medizinisch-wissenschaftlichen Beurteilung dargelegt, liegt in den geschilderten Fällen eine Krankheit vor. Die Definition der „Regelwidrigkeit“ ist erfüllt, das Schwitzen und die weiteren Symptome der klinischen Adipositas stellen eine erhebliche Abweichung dar und führen zu Funktionsstörungen. Die Symptome sind auch behandlungsbedürftig iSd § 120 ASVG: Der Leidenszustand beeinträchtigt nicht nur die Gesundheit der Patientin, sondern auch ihre Arbeitsfähigkeit, es liegen somit zwei Behandlungsziele iSd § 133 Abs 2 ASVG vor, deren Beeinträchtigung durch die Therapie mit Aussicht auf Erfolg beseitigt oder verbessert werden können. Die medikamentöse Behandlung mit GLP-1-Rezeptoragonisten ist angesichts der oben dargelegten Maßstäbe und der medizinisch-wissenschaftlichen Evidenz als ausreichend und zweckmäßig anzusehen. Sie ist darüber hinaus auch notwendig, andere Maßnahmen blieben erfolglos und abgesehen von allgemeinen gesundheitsökonomischen Erwägungen spricht vorliegend insbesondere die Betroffenheit

der Patientin und die mögliche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit dafür, dass die Maßnahme auch vom gesellschaftlichen Konsens der Versichertengemeinschaft getragen wird. Es weisen im vorliegenden Fall nicht nur die Adipositas, sondern wohl auch die psychischen Symptome der Patientin Krankheitswert auf. Dies ist rechtlich besonders relevant, da nach der Rsp des OGH psychische Folgeerkrankungen mit Krankheitswert idR sogar dann „Krankheiten“ iS des ASVG darstellen, wenn der verursachende Leidenszustand, wie etwa erektile Dysfunktion (anders als hier) an sich noch keinen Krankheitswert aufweist.²⁴

c) Rechtliche Beurteilung Fall 2: Adipositas und Kinderwunsch

Auch im Fall des Herrn Z liegt wie dargestellt ein regelwidriger Körperzustand vor. Neben der klinischen Adipositas, die für sich genommen den Krankheitsbegriff erfüllt (siehe oben), besteht zudem eine Beeinträchtigung der Fertilität. Zwar hat der OGH ausgesprochen, dass Unfruchtbarkeit dann nicht dem Versicherungsfall der Krankheit unterfällt, sondern ein Gebrechen darstellt, wenn der Zustand dauerhaft ist.²⁵ Gerade dies ist vorliegend allerdings nicht der Fall, da die Fertilität bei Gewichtsreduktion und Verringerung der Fettmasse verbessert werden kann. Der Zustand ist vor dem Hintergrund der medizinischen Darstellung auch behandlungsbedürftig, es besteht objektiv Aussicht auf Erfolg der Verbesserung des Gesundheitszustands in Bezug auf verschiedene Krankheitsbilder. Die medizinische Prüfung zeigt, dass davon auszugehen ist, dass die Kriterien der „ausreichenden“ und „zweckmäßigen“ Krankenbehandlung erfüllt sind. Die Behandlung ist auch notwendig. Zahlreiche Versuche der Gewichtsreduktion sind fehlgeschlagen.

Bei der Beurteilung, ob die bariatrische Operation als Alternative zur Verfügung steht und daher eine medikamentöse Therapie nicht unbedingt „notwendig“ erscheint, kommt es nach der höchstgerichtlichen Judikatur primär auf die Entscheidung der Ärzt:innen gemeinsam mit den Betroffenen an, welche Methode angewendet werden soll. Von Versicherten kann dabei im Interesse der Kostenersparnis (die hier ohnehin fraglich ist, da die Kosten für eine Operation bei einem anderen Kostenträger anfallen und ebenfalls erheblich sind) nicht verlangt werden, dass sie sich erhöhten Risiken, wie etwa einer Operation unter Vollnarkose, unterwerfen, wenn mit einer gefahrloseren Therapie der Leidenszustand ebenso verbessert werden kann und kein Kostenmissverhältnis besteht.²⁶ Auch diese Alternative kann daher nicht gegen den Kostenersatzanspruch ins Treffen geführt werden.

d) Rechtliche Beurteilung Fall 1: Adipositas und Lebensgefahr

Eine derart gravierende Form von Adipositas (BMI von 60 kg/m²) erfüllt die von der Judikatur etablierten Kriterien für die Regelwidrigkeit. Diese ergibt sich auch aus den zahlreichen anderen darge-

²⁰ Engelhart, Abgrenzung zu Lifestyle-Produkten, in Auer-Mayer/Pfeil/Prantner (Hrsg), Aktuelle Fragen zu Medikamenten (2018) 107 (109); Felten/Mosler, Grenzen der Krankenbehandlung, DRdA 2015, 467 (483).

²¹ Ob die Aufnahme der genannten Kategorie in der Negativliste bei detaillierter Prüfung der Verordnungsgrundlage und systematischer Interpretation des ASVG sachgerecht ist, kann in Zweifel gezogen werden, ist aber nicht Gegenstand des vorliegenden Beitrags.

²² OGH 26. 3. 1996, 10 ObS 52/96; 23. 10. 2012, 10 ObS 104/12k.

²³ Schratlbauer/Rebhahn in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 351 c ASVG Rz 33 (Stand 1. 3. 2020, rdb.at).

²⁴ OGH 23. 6. 1998, 10 ObS 115/98d; 27. 7. 2004, 10 ObS 227/03k.

²⁵ OGH 24. 11. 1998, 10 ObS 193/98z.

²⁶ Siehe zum Ganzen OGH 10 ObS 113/94, 10 ObS 112/94. Näher Schober in Sonntag (Hrsg), ASVG¹⁵ (2022) § 133 Rz 9.

legten Beeinträchtigungen (siehe oben). Es besteht somit eine gravierende Beeinträchtigung der Gesundheit, die bereits lebensbedrohliches Ausmaß erreicht hat und auch die Arbeitsfähigkeit ist nicht mehr gegeben. Zudem kann der Patient wohl auch nicht mehr für all seine lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse sorgen. Eine Behandlungsbedürftigkeit ist somit angesichts der dargelegten Maßstäbe ebenfalls zu bejahen. Die medizinisch-wissenschaftliche Einordnung des Falls zeigt zudem deutlich, dass eine Therapie auch nach den medizinischen Maßstäben eindeutig angezeigt wäre. Eine Therapiealternative in Form einer Operation besteht vorliegend bereits aus medizinischen Gründen nicht mehr.

Bei der Abwägung der Interessen des Patienten mit jenen der Versicherungsgemeinschaft ist in diesem Fall auf den tragischen Verlauf der Erkrankung abzustellen. Judikatur und Lehre vertreten, dass die Höhe der Kosten umso mehr in den Hintergrund tritt, je höher das tangierte Gut zu bewerten ist, dem Überleben des Patienten muss dabei absolute Priorität zukommen.²⁷

Der Fall verdeutlicht auch, dass eine frühzeitige Therapie notwendig ist. Abgesehen davon, dass auch weniger starke Ausprägungen von Adipositas (sowie Begleiterkrankungen) den Krankheitsbegriff bereits erfüllen können (siehe oben), ist es den Versicherten nach der Judikatur des OGH nicht zumutbar zuzuwarten, bis sich die Erkrankung weiter verschlimmert und schließlich einen lebensbedrohlichen Zustand erreicht, um sich erst dann einer intensiveren, belastenderen und oft auch kostenintensiveren medizinischen Behandlung unterziehen zu müs-

sen.²⁸ Dies entspricht im Übrigen wohl auch nicht dem Interesse der Versicherungsgemeinschaft. Eine Krankenbehandlung iSd § 133 ASVG kann vielmehr auch der *Stabilisierung des Krankheitszustands* und der Verhinderung der absehbaren Verschlechterung dienen und stellt diesfalls keine Prophylaxe dar.

D. Conclusio

Die dargestellten Fallkonstellationen zeigen, dass eine medikamentöse Adipositas-therapie – einschließlich der Behandlung mit GLP-1-Rezeptoragonisten – hier sowohl medizinisch-wissenschaftlich indiziert als auch rechtlich als Krankenbehandlung iSd § 133 iVm § 120 ASVG zu qualifizieren ist, sodass die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme erfüllt sind. Diese Therapien haben im vorliegenden Fall keinerlei Bezug zur sog. „Life-Style-Medizin“, sondern stellen eine medizinisch indizierte und gebotene Intervention zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Arbeitsfähigkeit sowie – in besonders schweren Fällen – zur Sicherung des Überlebens der Patient:innen dar. Von der Befriedigung bloß „höchstpersönlicher Bedürfnisse“ der privaten Lebenssphäre der Versicherten²⁹ kann daher keine Rede sein.

²⁷ Näher *Tomandl*, JAS 2021, 132 (137). OGH 25. 1. 2000, 10 Obs 202/99z.

²⁸ OGH 25. 1. 2000, 10 Obs 202/99z.

²⁹ Diese sieht der OGH als „Life-Style-Medizin“ als nicht vom Anspruch auf Krankenbehandlung erfasst, OGH 10 Obs 227/03k ZAS 2006/14, 88 (*Pfeil*).

Tagungsbericht

Zwischen Sicherheit und (Un-)Freiheit: Gesundheitsversorgung im Kontext eingeschränkter Freiheit

ROSA PERNEG ist Studienassistentin am Institut für Ethik und Recht in der Medizin.

Mag.³ KLARA DOPPLER ist Universitätsassistentin am Institut für Ethik und Recht in der Medizin.

Grundrechte; Strafvollzugsrecht; Fremdenrecht; Heimaufenthaltsrecht

RdM 2026/6

Am 20. 11. 2025 veranstaltete das Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM) an der Universität Wien in Kooperation mit der Medizinischen Universität Wien die *IERM-Jahrestagung 2025: Zwischen Sicherheit und (Un-)Freiheit: Gesundheitsversorgung im Kontext eingeschränkter Freiheit*. Die Veranstaltung widmete sich der Gesundheitsversorgung in Settings, in denen Menschen in ihrer Freiheit eingeschränkt sind oder eingeschränkt werden können. Ob in Justizanstalten, psychiatrischen Einrichtungen, Pflegeheimen oder im Rahmen der Verwaltungshaft – in verschiedenen Kontexten stellen sich ethische, rechtliche und praktische Fragen zur medizinischen Versorgung, zur Wahrung von Patient:innenrechten sowie zur Autonomie der Betroffenen. Im Zuge der Tagung wurden die einschlägigen rechtlichen Grundlagen, ethischen Fragestellungen und praktischen Erfah-

rungen miteinander verknüpft und aus interdisziplinärer Perspektive beleuchtet. Die Tagung fand gantztägig im Josephinum der Medizinischen Universität Wien statt und wurde von der Journalistin Dr.ⁱⁿ *Maria Harmer* (ORF Religion und Ethik, Wissenschaft, Aktueller Dienst) moderiert.

Eingangs begrüßte der Leiter des IERM Univ.-Prof. Dr. *Karl Stöger* (IERM, Institut für Staats- und Verwaltungsrecht, Universität Wien) die Anwesenden und bot einen kurzen Überblick über den Begriff der „Unfreiheit“ und dessen Bedeutung im Gesundheitswesen. So gebietet die positive Schutzpflicht des Staates, dass sämtliche Personen, die in Kontexten der eingeschränkten Freiheit leben, vom Staat gleichermaßen unterstützt werden müssen.

Die Keynote wurde von der Leiterin des Menschenrechtsbeirats der Volksanwaltschaft, Ass.-Prof.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ *Renate Kicker* (Menschenrechtsbeirat der Volksanwaltschaft), präsentiert, die die Rolle der präventiven Menschenrechtskontrolle der Volksanwaltschaft im Hinblick auf die Tagungsthemen erläuterte. Im Rahmen dieser vorbeugenden Kontrolle von Einrichtungen, in denen Personen gegen ihren Willen angehalten oder in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden, wird angestrebt, Menschenrechtsverletzungen möglichst vorausschauend zu verhindern. *Kicker* betonte anhand von Beispielen, dass es nicht an den theoretischen Standards mangle, sondern an der praktischen Umsetzung derselben.