



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel



Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG), der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) zur Verordnungseinschränkung von Medikamenten zu Gewichtsreduktion nach Änderung von §34 SGB 5

Thematische Einordnung:

Weltweit sind eine Milliarde Menschen von Übergewicht betroffen. Die Prävalenz hat sich in den meisten Ländern im Zeitraum von 1990 bis 2022 mehr als verdoppelt. Diese Zahlen, im Februar 2024 in Lancet veröffentlicht [1], beschreiben die überwältigende Dimension der weltweiten Adipositas Epidemie und sind ein dringender Appell für die Implementierung suffizienter Maßnahmen in Prävention und Therapie.

Bereits im Jahre 1997 hat die WHO die Adipositas als chronische Erkrankung eingestuft. Die Europäische Kommission ist 2021 dieser Einschätzung gefolgt [2]. Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) wurde die Adipositas im Jahre 2020 auch in Deutschland als Krankheit anerkannt. Damit ist eine wesentliche Voraussetzung für die Therapie der Adipositas geschaffen worden. Allerdings sind die dafür erforderliche Bedingungen noch nicht in erforderlichem Maße geschaffen bzw. implementiert. Diese sind aber wesentliche Voraussetzung damit die Adipositastherapie auch umgesetzt werden kann.

Dies erfordert

- die Implementierung eines finanzierten strukturellen Behandlungsprogramms
- Erstattungsfähigkeit einer nachweislich wirksamen medikamentösen Therapie für bestimmte Hochrisikogruppen

Dafür wurden die Voraussetzungen für ein „DMP Adipositas“ geschaffen, das sich im Moment im Verhandlungsprozess mit den Kostenträgern befindet. DAG und DDG entwickeln aktuell

gemeinsam mit Unterstützung der Berufsverbände VDBD und BVND ein Schulungsprogramm, das dem Bundesamt für Soziale Sicherung zur Anerkennung für das DMP-Adipositas vorgelegt werden soll und engagieren sich in der Fortbildung Adiposilog*in DAG-DDG und Adipositasberater*in DAG-DDG. Seit Start der Qualifizierungsinitiative konnten bereits 289 Adiposilog*innen DAG-DDG und 287 Adipositasberater*innen DAG-DDG fortgebildet werden.

Passend zum neuen DMP wurde kürzlich auch eine aktualisierte Version der AWMF-zertifizierten S3-Leitlinie zur „Prävention und Behandlung der Adipositas“ publiziert [3]. Basis war eine aktuelle Literaturrecherche, welche im Gegensatz zur vorher gültigen Version neben der Gewichtsreduktion als Parameter für den Therapieverlauf auch patientenbezogene Outcomes und das Auftreten von Komorbidität berücksichtigte. Der Bereich zur Ernährungstherapie hat wesentliche Veränderungen erfahren. So wurden neben der fett- oder kohlenhydratreduzierten Mischkost auch neue Ernährungsformen empfohlen, zum Beispiel die mediterrane Kost und das intermittierende Fasten. Dies soll ermöglichen, die Ernährungstherapie individuell anzupassen und einseitige Ernährungskonzepte zu vermeiden.

Das Thema eHealth wurde in die neue Leitlinie neu aufgenommen, weil die multimodale Basistherapie aus Ernährung, Bewegung und Verhaltenstraining durch digitale Lösungen sinnvoll ergänzt werden kann mit erhöhter Chance auf nachhaltigen Erfolg. Letztlich wurde ein neues Kapitel eingeführt, welches sich dem wichtigen Thema „Diskriminierung und Stigmatisierung“ von Adipositas-Betroffenen widmet. Wichtig ist dabei zu betonen, dass dies auch den medizinischen Bereich betrifft, sowohl den persönlichen Umgang mit den Patient*innen, als auch die vorgehaltene Infrastruktur (z. B. Schwerlaststühle). Somit wird die neue Leitlinie die Qualität der Versorgung von Adipositas-Betroffenen im klinischen Alltag zukünftig sicherstellen.

Pharmakotherapie der Adipositas:

Angesichts der langfristig teilweise limitierten Effektivität konservativer Adipositasmaßnahmen wurde aufgrund der Entwicklungen um die neuen Inkretin-basierten Therapien (z. B. GLP-1 Analoga) der Bereich zur adjuvanten Pharmakotherapie in der neuen Leitlinie aktualisiert. Dies basiert insbesondere auf Daten neuer großer klinischer Studien, die neben der Gewichtsreduktion vor allem starke Effekte auf Komorbiditäten durch solch eine Therapie nachweisen. So hat das GLP1-Analogon Semaglutid in der SELECT Studie mit 17,604 Patienten neben der Gewichtsreduktion den kombinierten kardiovaskulären Endpunkt signifikant gesenkt [4]. Dabei ergab sich die höchste relative Risikoreduktion in der Gruppe von Patient*innen mit einem BMI von 30-35 (in Europa) mit einer HR von 0,76 (geschätzte Populationsgröße in Deutschland auf der Basis von Krankenkassendaten: 1,5-1,8 Mio). Allerdings besteht für GLP-1 Analoga in Deutschland zum jetzigen Zeitpunkt nach §34 SGB 5 noch ein Verordnungsausschluss zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen.

Die Ergebnisse der SELECT-Studie stellen in ihrer Klarheit und klinischen Relevanz einen Wendepunkt dar: Sie belegen nicht nur einen substantiellen medizinischen Nutzen, sondern fordern auch eine Neubewertung der bisherigen Kostenargumentation. Denn angesichts der deutlich verringerten Ereignisrate und des potenziellen Entlastungseffekts auf das Gesundheitssystem sollte eine evidenzbasierte, gezielte Pharmakotherapie bei Hochrisikopatient*innen künftig möglich sein.

Aufgrund dieser neuen Entwicklungen empfehlen die unterzeichnenden Fachgesellschaften die Entfernung der Arzneimittel „zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts“ aus dem Jahre 2006 aus dem §34 Abs. 1 Satz 7 SGB V mit der gleichzeitigen Festlegung der im folgenden vorgeschlagenen Verordnungseinschränkung. Dies würde insbesondere den Zugang zu dieser effektiven Therapie für Hochrisikopatient*innen unabhängig vom sozial-ökonomischen Status erlauben.

Vorschlag der Verordnungseinschränkung:

Medikamente zur Gewichtsreduktion sind nicht verordnungsfähig, solange sie mit Mehrkosten im Vergleich zu einer konservativen Therapie (Ernährungstherapie) verbunden sind.

Ausgenommen hiervon sind Frauen und Männer ab dem vollendeten 45. Lebensjahr mit einem Body-Mass-Index (BMI) von mindestens 30 kg/m² **und** einer der nachfolgenden kardiovaskulären Erkrankungen, sofern trotz einer über mindestens 12 Monate dokumentierten intensiven diätetischen Therapie keine ausreichende Gewichtsreduktion erzielt werden konnte:

1. Koronare Herzkrankheit mit stattgehabtem Myokardinfarkt,
2. Zerebrovaskuläre Erkrankung mit stattgehabtem Insult,
3. Periphere arterielle Verschlusskrankheit nachgewiesen durch
 - eine Claudicatio intermittens mit einem Ruhe-ABI < 0,85,
 - eine periphere Revaskularisation oder
 - eine Amputation infolge atherosklerotischer Gefäßerkrankung.

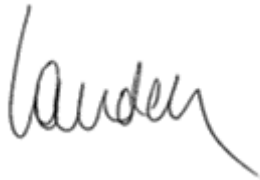
Es kommen nur Patient*innen infrage, die während der Therapie regelmäßig eine Ernährungs- und Lebensstilberatung erhalten können.

Die Einleitung und Überwachung der Therapie muß durch folgende Fachärzt*innen erfolgen:

1. Fachärzt*innen für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,
2. Fachärzt*innen für Innere Medizin und Angiologie,
3. Fachärzt*innen für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie

4. Fachärzt*innen an Spezialambulanzen für Adipositas und Adiposilog*innen.

Kiel, Heidelberg, Essen und Ulm im November 2025,



Prof. Dr. Matthias Laudes
Präsident DAG



Prof. Dr. Julia Szendrödi
Präsidentin DDG



Prof. Dr. Dagmar Führer-Sackel
Präsidentin DGIM



Prof. Dr. Jan P. Tuckermann
Präsident DGE

1. NCD-RisC, Lancet, VOLUME 403, ISSUE 10431, P1027-1050 (2024)
2. Burki T., Lancet, VOLUME 9 (2021)
3. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-001>
4. Lincoff AM, et al., N Engl J Med, 389:2221-2232 (2023)