

ENTSCHLIESSUNGSANTRAG

der Abgeordneten Ralph Schallmeiner, Freundinnen und Freunde

betreffend Adipositas behandeln statt verwalten – öffentlich finanzierter Zugang zu leitliniengerechter Adipositastherapie

BEGRÜNDUNG

Adipositas ist eine chronische Erkrankung mit erheblichen gesundheitlichen, sozialen und volkswirtschaftlichen Folgen. Sie erhöht das Risiko für zahlreiche Begleit- und Folgeerkrankungen, darunter insbesondere Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Schlafapnoe, bestimmte Krebserkrankungen sowie Einschränkungen von Mobilität, Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität.

Die medikamentöse Behandlung von Adipositas bzw. die sogenannte Abnehmspritze ist kein Wundermittel. Ebenso wenig sollte sie als „Life-Style-Produkt“ leichtfertig eingesetzt werden. In spezifischen Fällen von Adipositas kann die medikamentöse Behandlung – also der Einsatz von Abnehmspritzen – aber medizinisch sinnvoll sein und unterstützend beim Abnehmen wirken. Wenn dies der Fall ist, soll sie auch allen zugänglich sein, die sie brauchen. Das ist derzeit in Österreich nicht der Fall. Die derzeitigen sozialversicherungsrechtlichen Erstattungsregelungen schließen eine reguläre Kostenübernahme medikamentöser Adipositastherapien weitgehend aus. Eine Kostenübernahme ist derzeit nur in eng begrenzten Sonderkonstellationen beziehungsweise im medizinisch zwingend begründeten Einzelfall möglich. Für den weit überwiegenden Teil der Betroffenen bedeutet dies, dass eine medikamentöse Adipositastherapie privat finanziert werden muss. Der Antrag zielt darauf ab, dass im Rahmen einer leitliniengerechten Adipositastherapie bzw. im Rahmen eines umfassenden Behandlungsprogramms der Bezug von Abnehmspritzen bei diagnostiziertem Adipositas den Betroffenen öffentlich finanziert zur Verfügung gestellt werden kann. Es darf keine Frage des Einkommens bzw. der Leistbarkeit sein, ob auf diese Behandlungsvariante zurückgegriffen werden kann.

Adipositas – eine weit verbreitete Krankheit

In Österreich sind rund 17 Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren von Adipositas betroffen, weitere knapp 35 Prozent gelten als übergewichtig. Die Krankheitslast ist erheblich. Berechnungen des Instituts für Höhere Studien (IHS) auf Basis des Jahres 2019 zufolge sind über acht Prozent der Todesfälle bei unter 85-Jährigen und knapp fünf Prozent der Gesundheitsausgaben auf Adipositas zurückzuführen. Die jährliche wirtschaftliche Belastung wird auf rund 2,3 Milliarden Euro geschätzt. Rund eine

halbe Million Krankenhaustage und etwa 1,2 Millionen Krankenstandstage pro Jahr werden Adipositas und ihren Folgeerkrankungen zugerechnet.¹

Diese Zahlen zeigen, dass es gesundheitspolitisch wie volkswirtschaftlich zu kurz greift, die Adipositastherapie erst dann umfassend öffentlich zu finanzieren, wenn Folgeerkrankungen bereits eingetreten sind. Früherkennung und eine leitlinien-gerechte Behandlung sind nicht nur im Interesse der betroffenen Menschen, sondern können auch einen Beitrag dazu leisten, spätere Krankheitsfolgen und damit verbundene Kosten zu vermeiden.

Die Behandlungsmöglichkeiten von Adipositas haben sich in den vergangenen Jahren auf medikamentöser Ebene weiterentwickelt. Neben Ernährungs-, Bewegungs-, verhaltensmedizinischen und psychologischen Therapien kann je nach individueller medizinischer Situation auch eine medikamentöse Therapie oder gegebenenfalls eine chirurgische Intervention sinnvoll bzw. notwendig sein. Eine moderne Adipositastherapie muss daher multimodal gedacht werden und je nach individueller medizinischer Situation unterschiedliche Behandlungsansätze miteinander verbinden.

Derzeitige Regelung in Österreich

Der Zugang zu medikamentöser Adipositastherapie ist in Österreich jedoch weiterhin erheblich eingeschränkt. Die im Jahr 2004 kundgemachte Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien gemäß § 351c Abs. 2 ASVG führt ausdrücklich ‚Arzneimittel zur Unterstützung von gewichtsreduzierenden Maßnahmen‘ an. Arzneimittel, die dieser Kategorie zuzuordnen sind, können grundsätzlich nicht in den Erstattungskodex aufgenommen und nicht auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers abgegeben werden. Eine Kostenübernahme kann allerdings im medizinisch zwingend begründeten Einzelfall nach vorheriger kontrollärztlicher Bewilligung erfolgen, wenn keine geeignete Therapie aus dem Erstattungskodex zur Verfügung steht.²

Damit steht eine mittlerweile wesentlich weiterentwickelte medizinische Realität einem Erstattungsregime gegenüber, dessen grundlegende Einordnung der medikamentösen Gewichtsreduktion aus einer Zeit stammt, in der die heute verfügbaren modernen Therapieoptionen noch nicht existierten.

Adipositas ist auch eine soziale Frage

Hinzu kommt, dass Adipositas nicht nur eine medizinische, sondern in erheblichem Maß auch eine soziale Frage ist. Sozioökonomische, psychosoziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen beeinflussen sowohl das Erkrankungsrisiko als

¹ Siehe: <https://www.ihs.ac.at/de/news-and-events/media/press-releases/adipositas-verursacht-bereits-8-aller-todesfaelle-in-oesterreich-tendenz-steigend/>

² Siehe:

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Avsv/AVSV_2004_0034/AVSV_2004_0034.pdf?utm_source=chatgpt.com

auch die Möglichkeiten, gesundheitsförderliche Lebensbedingungen herzustellen und medizinische Angebote in Anspruch zu nehmen.

Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 zeigt insbesondere einen ausgeprägten Zusammenhang zwischen Bildung und Adipositas. Frauen mit höchstens Pflichtschulabschluss weisen gegenüber Frauen mit höherer Schulbildung ein rund dreifach erhöhtes Risiko auf, adipös zu sein; bei Männern beträgt dieser Unterschied etwa das Zweifache. Rund 24 Prozent der Frauen und 23 Prozent der Männer mit höchstens Pflichtschulabschluss waren adipös, gegenüber 8,8 Prozent beziehungsweise 12,9 Prozent in der höchsten Bildungsgruppe.³

Adipositas darf daher nicht auf individuelles Verhalten, vermeintlich mangelnde Disziplin oder eine Frage persönlicher Willenskraft reduziert werden. Arbeitsbedingungen, Einkommen und materielle Ressourcen, Bildung, Wohnumfeld, verfügbare Zeit, psychosoziale Belastungen sowie der Zugang zu Gesundheitsleistungen und gesundheitsfördernden Angeboten beeinflussen die gesundheitlichen Chancen eines Menschen wesentlich. Gerade daraus ergibt sich ein besonderer sozialpolitischer Widerspruch: Jene Menschen, die aufgrund ihrer Lebensbedingungen häufiger gesundheitlich belastet sind, verfügen gleichzeitig oftmals über weniger finanzielle Möglichkeiten, eine langfristige medikamentöse Therapie privat zu bezahlen. Wenn eine wirksame Behandlung grundsätzlich verfügbar ist, der Zugang dazu aber davon abhängt, ob bis zu mehrere hundert Euro pro Monat privat aufgebracht werden können, wird medizinischer Fortschritt zu einer Frage der persönlichen Zahlungsfähigkeit. Ein öffentlich finanziertes Adipositas-Therapieprogramm ist daher auch eine Maßnahme gegen gesundheitliche Ungleichheit.

Sofortiger Zugang und strukturelle Reform müssen parallel erfolgen

Langfristiges Ziel muss eine Anpassung des sozialversicherungsrechtlichen Erstattungsrahmens, insbesondere eine Aktualisierung der Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien gemäß § 351c Abs. 2 ASVG, sowie – soweit erforderlich – eine Anpassung des ASVG sein. Zugelassene und evidenzbasierte Arzneimittel zur Behandlung einer diagnostizierten Adipositas dürfen nicht dauerhaft pauschal aus der Regelerstattung ausgeschlossen bleiben.

Auf dieser Grundlage soll die Aufnahme geeigneter Therapien in den Erstattungskodex und damit eine reguläre, indikationsbezogene Erstattung ermöglicht werden.

Eine solche strukturelle Reform benötigt jedoch Zeit. Gesetzliche Änderungen, Verfahren zur Aufnahme in den Erstattungskodex, gesundheitsökonomische Bewertungen und Preisverhandlungen dürfen nicht dazu führen, dass Betroffene weitere

³ Siehe:

https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Soziodemographische_und_soziooekonomische_Determinanten_von_Gesundheit_2019.pdf

Jahre auf einen leistbaren Zugang zu einer bereits vorhandenen Therapie warten müssen.

Deshalb ist eine **Zwei-Stufen-Strategie** notwendig:

Stufe 1: ein sofort umsetzbares, zeitlich befristetes öffentlich finanziertes Adipositas-Therapieprogramm als Übergangslösung.

Stufe 2: die Anpassung des ASVG und der Negativliste sowie die Überführung geeigneter medikamentöser Adipositas-Therapien in die reguläre Erstattung über den Erstattungskodex.

Die Übergangslösung soll damit ausdrücklich eine Brücke zur späteren Regelversorgung darstellen und kein dauerhaftes Parallelsystem schaffen.

Keine Vorfinanzierung durch Patient:innen

Als organisatorisches Vorbild für eine solche Übergangslösung kann grundsätzlich der für die HIV-Präexpositionsprophylaxe, kurz PrEP, geschaffene Finanzierungsweg dienen. Auch dort wurde außerhalb des regulären Erstattungssystems der Sozialversicherung ein eigener unter anderem aus dem Bundesbudget finanzierter Zugang geschaffen und mit regelmäßiger ärztlicher Betreuung verbunden. Bei der PrEP müssen Patient:innen die Kosten derzeit allerdings zunächst bezahlen und anschließend beim Krankenversicherungsträger zur Rückerstattung einreichen.⁴ Genau dieses Element darf bei einem Adipositas-Therapieprogramm nicht übernommen werden.

Betroffene dürfen die Medikamentenkosten zu keinem Zeitpunkt vollständig vorfinanzieren müssen. Die öffentliche Finanzierung muss unmittelbar beim Bezug des Arzneimittels wirksam werden. Langfristig soll mit der Überführung in die Regelerstattung das für andere notwendige Arzneimittel geltende System einschließlich der Bestimmungen über die Rezeptgebühr beziehungsweise Rezeptgebührenbefreiung gelten.

Öffentliche Finanzierung gegen verbindliche medizinische Begleitung

Adipositas ist eine chronische Erkrankung. Ernährungsmedizin, Bewegung, psychologische und psychotherapeutische Unterstützung sind klassische Bestandteile einer umfassenden Adipositasbehandlung. Je nach individueller Situation können auch eine medikamentöse Behandlung oder gegebenenfalls bariatrische Chirurgie sinnvoll bzw. notwendig sein. Adipositas-Therapien umfassen unterschiedliche Bestandteile eines abgestuften und multimodalen Behandlungskonzepts. Der Anspruch auf eine öffentliche Finanzierung der medikamentösen Behandlung soll an eine klar definierte medizinische Indikation und die Teilnahme an einem verbindlichen, engmaschigen und strukturierten Therapie- und Kontrollpro-

⁴ Siehe: https://www.sozialministerium.gv.at/Services/Aktuelles/Archiv-2024/HIV-PrEP.html?utm_source=chatgpt.com

gramm geknüpft sein. Vor Beginn der Therapie soll eine umfassende ärztliche Eingangsuntersuchung stattfinden. Dabei sind insbesondere Ausgangsgewicht und BMI, Adipositas assoziierte Begleiterkrankungen, bestehende Medikation, relevante Laborwerte, individuelle Risikofaktoren, mögliche Kontraindikationen sowie medizinisch sinnvolle und realistische Therapieziele zu erheben beziehungsweise festzulegen. Während der medikamentösen Therapie sollen regelmäßige Kontrollen durch Mediziner:innen und in Absprache mit Diätolog:innen verpflichtend stattfinden. In der Einstellungs- und Dosissteigerungsphase ist eine engmaschigere Betreuung vorzusehen. Nach Erreichen einer stabilen Therapie sollen zumindest regelmäßige quartalsweise Kontrollen im ersten Behandlungsjahr vorgesehen werden. Bei längerfristig stabiler Behandlung kann das Kontrollintervall entsprechend der medizinischen Situation angepasst werden.

Im Rahmen dieser Kontrollen sollen insbesondere

- Wirkung und Verträglichkeit,
- Nebenwirkungen,
- korrekte Anwendung und Therapieadhärenz,
- Entwicklung des Körpergewichts,
- relevante Labor- und Stoffwechselfparameter,
- bestehende Begleit- und Folgeerkrankungen,
- Mobilität und Funktionsfähigkeit,
- Lebensqualität sowie
- der weitere Therapiebedarf

beurteilt werden.

Die öffentliche Finanzierung soll in definierten Abständen auf Basis dieser medizinischen Verlaufskontrollen unbürokratisch verlängert werden können.

Dabei darf Therapieadhärenz jedoch nicht als Instrument einer Bestrafungslogik verstanden werden. Das Versäumen eines einzelnen Kontrolltermins oder eine vorübergehende Therapieunterbrechung darf nicht automatisch zum dauerhaften Ausschluss aus dem Programm führen. Ursachen für mangelnde Adhärenz – etwa Nebenwirkungen, Erkrankungen, psychische Belastungen, Betreuungspflichten oder schwierige Arbeitsbedingungen – müssen im Rahmen der Behandlung berücksichtigt werden.

Ebenso wenig darf der Zugang davon abhängig gemacht werden, dass Patient:innen zunächst über Monate oder Jahre einen vermeintlichen „Misserfolg“ bei Ernährung und Bewegung nachweisen.

Therapieerfolg umfassend beurteilen

Auch der Therapieerfolg darf nicht ausschließlich anhand einer starren Zahl auf der Waage beurteilt werden. Neben der Veränderung des Körpergewichts müssen Verbesserungen von Begleit- und Folgeerkrankungen, etwa bei Blutzucker, Blutdruck, Schlafapnoe oder Stoffwechselfparametern, ebenso berücksichtigt werden wie

Mobilität, körperliche Funktionsfähigkeit und Lebensqualität. Bei unzureichender Wirkung ist gemeinsam mit den Patient:innen zu prüfen, ob eine Anpassung der Dosis, ein Wechsel des Arzneimittels, eine Veränderung des begleitenden Behandlungskonzepts oder eine andere therapeutische Strategie sinnvoll ist.

Eine starre zeitliche Begrenzung der Kostenübernahme ist nicht zielführend. Solange eine medizinische Indikation besteht, die Behandlung vertragen wird und ein relevanter gesundheitlicher Nutzen gegeben ist, muss auch eine längerfristige Therapie möglich sein.

Gemeinsame Verantwortung von Bund, Ländern und Sozialversicherung

Ein umfassendes Adipositas-Programm kann nicht allein über die Finanzierung von Arzneimitteln funktionieren. Bund, Länder und Sozialversicherung müssen gemeinsam sicherstellen, dass die notwendigen Begleitstrukturen flächendeckend zur Verfügung stehen. Dazu zählen insbesondere Hausärzt:innen und Primärversorgungseinheiten, Fachärzt:innen, spezialisierte Adipositasambulanzen sowie Diätologie, Physiotherapie und Bewegungstherapie, klinische Psychologie und Psychotherapie. Die Teilnahme am verpflichtenden Begleitprogramm darf insbesondere für sozial benachteiligte Menschen nicht selbst zur Zugangshürde werden. Notwendige Untersuchungen, Kontrolltermine und multiprofessionelle Leistungen müssen daher wohnortnah, niederschwellig und ohne zusätzliche finanzielle Belastung verfügbar sein. Gleichzeitig ermöglicht ein strukturiertes öffentliches Programm eine bessere Steuerung des Einsatzes dieser Arzneimittel als ein weitgehend privat finanzierter Markt: klare medizinische Indikationen, standardisierte Kontrollen, nachvollziehbare Therapieergebnisse, zentrale Preisverhandlungen und eine laufende wissenschaftliche Evaluation.

Es ist daher sowohl aus medizinischer als auch aus sozial- und gesundheitspolitischer sowie volkswirtschaftlicher Sicht geboten, einen öffentlich finanzierten Zugang zu leitliniengerechter Adipositastherapie zu schaffen und diesen anschließend in die reguläre Versorgung zu überführen.

Die unterfertigenden Abgeordneten stellen daher folgenden

ENTSCHLIESSUNGSANTRAG

Der Nationalrat wolle beschließen:

„Die Bundesregierung, insbesondere die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, wird aufgefordert, gemeinsam mit den Bundesländern, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger, den Krankenversicherungsträgern sowie unter Einbeziehung der einschlägigen medizinischen

Fachgesellschaften, Patient:innenvertretungen und der betroffenen Gesundheitsberufe ein bundesweit einheitliches Programm für einen öffentlich finanzierten Zugang zu evidenzbasierten und leitliniengerechten Adipositastherapieprogrammen inklusive möglicher medikamentöser Behandlungen zu entwickeln und ehestmöglich umzusetzen.

Dabei ist eine Zwei-Stufen-Strategie vorzusehen:

1. Als unmittelbar wirksame Übergangslösung ist ein zeitlich befristetes öffentlich finanziertes Adipositas-Therapieprogramm einzurichten, das Betroffenen bereits vor einer strukturellen Änderung des Erstattungssystems einen leistbaren Zugang zu medizinisch indizierten Therapien ermöglicht.
2. Parallel dazu sind die erforderlichen Schritte für eine Anpassung der Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien gemäß § 351c Abs. 2 ASVG an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft sowie für eine anschließende indikationsbezogene Aufnahme geeigneter medikamentöser Adipositastherapien in die Regelerstattung über den Erstattungskodex einzuleiten.

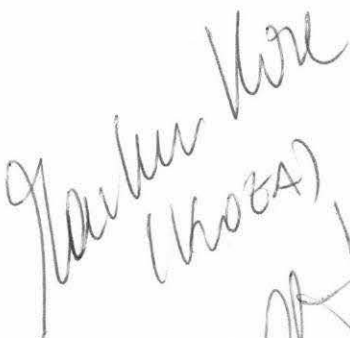
Dem Nationalrat ist bis spätestens 6 Monate nach Annahme des Antrags ein mit Ländern und Sozialversicherung abgestimmtes Finanzierungs-, Versorgungs- und Umsetzungskonzept inklusiver der notwendigen gesetzlichen Voraussetzungen für die Übergangslösung vorzulegen, die einen österreichweiten Start des Übergangsprogramms spätestens 9 Monate nach Annahme des Antrags sicherstellen.“

In formeller Hinsicht wird die Zuweisung an den Gesundheitsausschuss vorgeschlagen.

Zöberl
(Zöberl)


(Schmalzer)


(Elisabeth)


(Koren)


(Peter)

