

12.

PRAEVENIRE

Initiative

Diabetes 2030

12. PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030

» Risikobewusstsein stärken – früh erkennen – umfassend versorgen «

12.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✓ Das **Bewusstsein** für Diabetesrisiko (Typ 2) in Verbindung mit zu hohem Zuckerkonsum ab dem Kindergarten erhöhen!
- ✓ Die HbA1c-Bestimmung zur **Früherkennung** nun rasch flächendeckend einsetzen!
- ✓ Die Teilnahme an „**Therapie Aktiv**“ durch Einbindung der Ordinationsassistenten mit adäquater Honorierung erhöhen und das DMP bereits bei Prädiabetes einsetzen!
- ✓ Den Zugang zur medizinischen **Diabetesversorgung niederschwellig** ermöglichen!
- ✓ Ein nationales **Diabetesregister** und einen elektronischen **Diabetespass** jetzt etablieren!

12.2 IM FOKUS

Die Prognosen für die Entwicklung der allgemein als „Zuckerkrankheit“ bezeichneten chronischen Erkrankung sind prekär: 800.000 Menschen mit Diabetes Typ 1 und Diabetes Typ 2 (85 bis 90 Prozent sind Typ-2-Diabetikerinnen, Typ-2-Diabetiker) leben nach epidemiologischer Schätzung¹ in Österreich. Die Prävalenz bei der 20- bis 79-jährigen Bevölkerung liegt bei 6,6 Prozent und ist damit niedriger als beispielsweise in Deutschland (10,4 Prozent) aber höher als in Irland (3,2 Prozent).

Diabetes gefährdet nicht nur die Gesundheit jeder, jedes Betroffenen, sondern wirkt sich mit über 2,9 Milliarden Euro auch beträchtlich auf die gesamtwirtschaftlichen Kosten aus. Das entspricht im Mittelwert rund 0,6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts oder über sieben Prozent der heimischen Gesundheitsausgaben für direkte Behandlungskosten (blutzuckersenkende Therapien, Diabetesmanagement, Akut- und Spätkomplikationen) und indirekte Kosten (Krankenstände, verlorene Erwerbsjahre). Ausgehend vom IDF-Österreichwert von 4.523 Euro pro Person für diagnostizierte Kosten, entstehen alleine der Bundeshauptstadt Wien über eine halbe Milliarde Diabetes-Gesamtkosten.

Ein OECD-Ländervergleich zeigt, dass mit ähnlichen Pro-Kopf-Ausgaben bessere Versorgungsergebnisse erreicht werden könnten. Wie Analysen der WHO und Eurostat zeigen², korrelieren die Vergleichswerte mit den auslösenden Kriterien für Diabetes (mangelnde Bewegung, Ernährung, psychische Belastung) nur zu einem großen Teil. Ausschlaggebend ist ein Zusammenwirken dieser Kriterien mit der Versorgungssituation. In England, das eine Prävalenz von 3,9 Prozent aufweist, werden im Vergleich mit Österreich mehr Scans zur Prädiabetes-Erkennung vorgenommen. Weiters tragen Diabetes-Spezialzentren wesentlich zur Versorgungsoptimierung bei.

Aufgrund dieser hohen Bedeutung für das Patientenwohl und der steigenden Auswirkungen auf das österreichische Versorgungssystem stehen chronische Erkrankungen für das PRAEVENIRE Gesundheitsforum seit Beginn an im Fokus – und Diabetes als zentrales Thema immer wieder am Programm. Bei der Erarbeitung dieses Kapitels in Kooperation mit den Unterstützerinnen und Unterstützern sowie den Expertinnen und Experten hat sich im Laufe des letzten Jahres immer wieder die **Forderung nach der Kostenübernahme der Bestimmung des Langzeit-Zuckerwertes HbA1c** manifestiert. Diese seit Jahren von der Österreichischen Diabetes Gesellschaft geforderte Erstattung der Blutuntersuchung wurde **jetzt erfüllt und von der Österreichischen Gesundheitskasse** flächendeckend im gesamten niedergelassenen Bereich unabhängig von der Vorsorgeuntersuchung erstattet.³

IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber: Verein PRAEVENIRE – Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung; Präsident: Dr. Hans Jörg Schelling; E-Mail: umsetzen@praevenire.at; www.praevenire.at | Projektdurchführung: PERI Change GmbH, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, Tel.: 01/402 13 41-0, Fax: 01/402 13 41-18 | Projektleiter: Bernhard Hattinger, BA, b.hattinger@perichange.at | Projektteam: Damir Bilali, Kathrin Unterholzner
Redaktion: Mag. Beate Krapfenbauer (Leitung), Prof. Dr. Reinhard Riedl, Katrin Martinkovich | Gestaltung und Produktion: Welldone Werbung und PR GmbH, Grafik: Andrea Zimmer, Illustration Umschlag: Josefine Fuchs | Lektorat: Lisa Türk, BA | Fotocredit: Peter Provaznik, Flo Hanatschek | Druck: Bösmüller Print Management GesmbH & Co. KG, Stockerau | 1. Auflage: 500 Stück | www.praevenire.at

Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Aussagen geben die Meinung der Kooperationspartner, Unterstützer und Experten wieder. Die in den Texten verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber oft nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen. Trotz sorgfältiger Manuskriptbearbeitung und Lektorat können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Es kann daher infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht, übernommen werden.

Redaktionsschluss: 15.04.2022

© 2022 PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030



SAVE THE DATE



8. PRAEVENIRE
Gesundheitstage

im Stift Seitenstetten

24.–26.
MAI 2023

¹ vgl. detaillierte Datenangaben der Internationalen Diabetes Föderation IDF, 2017: www.idf.org

² vgl. <https://www.wko.at/Content.Node/kampagnen/wiener-wirtschaftskreis/Diabetes.pdf>

³ vgl. <https://www.oedg.at/2021-10-PR-HbA1c-screening.html>

12.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Aufgrund der skizzierten Prognosen hinsichtlich Diabetes ist – sowohl für Betroffene und Angehörige als auch für das Gesundheitssystem – das rasche Erreichen einer Versorgungsoptimierung in Österreich essenziell. Daher wurden im Rahmen der PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 in Zusammenarbeit mit zahlreichen Expertinnen und Experten konkrete Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik in Bund und Ländern ausgearbeitet. Die zentralen Behandlungsfelder für eine bestmögliche Diabetesversorgung in Österreich werden hier in den Fokus gerückt und die Optimierungspotenziale in der österreichischen Diabetesversorgung bei der Awareness und Prävention beginnend über alle wichtigen Versorgungsfelder hinweg aufgezeigt.

I. Awareness in der Bevölkerung stärken

Breit informieren, um Bewusstsein zu generieren.

Nur wenige Menschen kennen die Risikofaktoren (ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Prädisposition etc.), zu wenige Menschen wissen, dass sie zur Risikogruppe zählen und nur rund 15 Prozent der Erkrankten nehmen am bundesweit etablierten Disease Management Programm (DMP) „Therapie Aktiv“, dem Betreuungs- und Therapieprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes (DM2), teil. Deshalb ist dringender Handlungsbedarf gegeben, der bei Aufklärung und Awareness beginnen muss,

1. Das **Bewusstsein in der Bevölkerung** muss allgemein dahingehend gestärkt werden, dass Diabetes keine „harmlose Zuckerkrankheit“ ist, die vorwiegend im Alter „schicksalhaft“ auftritt. Das Wissen um gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung sollte zum **Allgemeinwissen** werden. Es gilt, zu vermitteln, dass jeder Mensch selbst im Rahmen seines Lebensstils der eigenen Diabeteserkrankung aktiv **entgegenwirken** kann (Stichwort **zielgruppengerechte Awareness-Kampagne**).
2. **Aufklärungsarbeit** ist als wichtige Maßnahme, die öffentlich finanziert werden muss, anzuerkennen.

3. Zur Aufklärung und Förderung von Prävention und Selbstverantwortung sind **alle Kommunikationskanäle** zu nutzen. Beispielsweise entwickelte die Österreichische Diabetes Gesellschaft eine Reihe mit Informationsvideos „Wissen schützt“ mit korrespondierender Medienkampagne, erarbeitete einen Informationsbogen Prädiabetes zum Download auf der Website und nützt die relevanten Social Media Kanäle zur Reichweitenoptimierung und Aufklärung. Mit einem neuen Mitgliederbereich konnte das Angebot an Fort- und Weiterbildung ausgebaut und gleichzeitig die Internetpräsenz gestärkt werden.
4. Eine umfassende **Diabetes-Kommunikationsstrategie** muss soziale Unterschiede, Bildungsniveau, Sprachbarrieren, regionale Gegebenheiten, Kulturunterschiede etc. berücksichtigen.
5. **Gesundheitsbildung von Kindheit an:** Das Bewusstsein für Gesundheitsthemen ist bereits im **Kindergarten** zu schärfen. Im Rahmen eines eigenen **Schulfachs** soll gezeigt werden, wie wichtig eine gesundheitsförderliche Lebensweise (Bewegung, Ernährung, Hygiene etc.) ist. Kinder und Jugendliche sind wichtige **Multiplikatoren**, denn sie bringen dieses Wissen von der Schule in ihre Familien und Peer Groups ein.

II. Risikopersonen früh identifizieren

Optimierung von Früherkennung und Prävention.

Schätzungen zufolge wissen bis zu 20 Prozent der Menschen mit Diabetes mellitus (Typ 2) nichts von ihrer Erkrankung. Viele erfahren oft erst im Zuge eines Spitalaufenthalts davon, der aufgrund einer **diabetesassoziierten Folgeerkrankung** notwendig wurde. Laut

Schätzungen leiden zudem etwa 350.000 Menschen an **Prädiabetes**. Studien zeigen, dass mit früherer Diagnose und früher therapeutischer Begleitung ein breites Spektrum von Diabetesfolgen vermieden oder vermindert werden könnte.⁴ Davon ausgehend ist es ein **großer Erfolg**, dass die **zentrale Forderung** der ÖDG⁵ und die Handlungsempfehlung im PRAEVENIRE Weißbuch (Version 2020), die **Bestimmung des Langzeit-Zuckerwertes HbA1c kostenfrei zu ermöglichen**, erfüllt wurden.

1. Im Fall einer Diabeteserkrankung ist die **Früherkennung ausschlaggebend** für den weiteren Verlauf. Deshalb müssen Angebote für die Primär- und Sekundärprävention, zum Beispiel im Rahmen von Gesundenuntersuchungen und ärztlichen Beratungsgesprächen, ausgeweitet werden. **[1]**
2. Patientinnen und Patienten müssen motiviert werden, die **kostenlose jährliche Vorsorgeuntersuchung** in Anspruch zu nehmen. Krankenkassen, Ärzte- und Apothekerschaft sowie Gesundheitsberufe sind dabei zu unterstützen, ihren Klientinnen und Klienten die Wahrnehmung eines Termins nahe zu legen und sie daran zu erinnern.
3. Der **HbA1c-Wert** ist ein kostengünstig erhebbarer Parameter zur Identifikation von (Prä-)Diabetes-Risikopersonen und Menschen mit Diabetes. Deshalb wurde bereits im PRAEVENIRE Weißbuch „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ (Version 2020) auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Messung des Werts in die jährliche Vorsorgeuntersuchung zu integrieren. Die Umsetzung dieses **Meilensteins** ist jetzt gelungen. Auch unabhängig von der Vorsorgeuntersuchung kann eine Ärztin oder ein Arzt den HbA1c-Wert für ÖGK-Versicherte **kostenfrei bestimmen** lassen.
4. Zur weiteren Versorgungsoptimierung und frühen Identifikation von Risikopersonen wäre die Ausweitung der **Erstattung** auf weitere Laborparameter anzudenken. Bezüglich der Erstattung von Leistungen sollte die **Harmonisierung der ÖGK-Leistungen** weiter zügig vorangetrieben werden, sodass für alle Versicherten dieselben Gesundheitsleistungen möglich sind – unabhängig von ihrem Wohnort.

⁴ vgl. https://www.oedg.at/2010_PR_praediabetes-mehr-als-eine-vorstufe.html

⁵ vgl. <https://www.oedg.at/2021-10-PR-HbA1c-screening.html>

III. Versorgungsstruktur transparent gestalten

Bedarfsgerechte Betreuung auf mehreren Ebenen.

Dem **lebensbegleitenden Betreuungsbedarf** bei einer Diabeteserkrankung geschuldet, sind mehrere Ebenen in einem optimalen Versorgungs- und Betreuungssystem notwendig. Damit wird nicht nur eine **rasche Versorgung bei Komplikationen** gewährleistet, sondern es kann auch eine durch neue, innovative Therapien ermöglichte **individualisierte Behandlung** stattfinden. Nicht überall ist für eine bei chronischen Erkrankungen wichtige durchgehende Betreuung die Etablierung neuer Infrastrukturen notwendig. Bestehende wohnortnahe Einrichtungen (PVE), der niedergelassene Fachärzteebereich und die Spitalsambulanzen könnten in ein umfassendes Versorgungsmanagement integriert werden.

1. Es muss **eine klare Versorgungsstruktur** für Patientinnen und Patienten geschaffen werden, im Zuge derer die **Vertrauensärztin oder der Vertrauensarzt** (die Hausärztin oder der Hausarzt) erste Anlaufstelle und somit Zuweiserin, Zuweiser zu Fachärztinnen oder Fachärzten sowie Therapeutinnen oder Therapeuten ist. Sie oder er sollte die **zentrale Rolle bei der Navigation durch das System** übernehmen und die Betroffenen am Weg zu und von den fachärztlichen Versorgerinnen oder Versorgern und spezifischen Therapeutinnen oder Therapeuten begleiten. **[2]**
2. **Das Zusammenspiel** der Hausärztinnen, Hausärzte und Fachärztinnen, Fachärzte, der Fachambulanzen (Innere Medizin, Nephrologie etc.), Pharmazeutinnen, Pharmazeuten und der Gesundheitsberufe (Diätologie, Physiotherapie, Psychotherapie) sowie der spezialisierten Pflegefachkräfte ist im Zuge verbesserter Rahmenbedingungen zu fördern. Aus Patientensicht zentral ist dabei **ein transparenter Patientenpfad**, demnach zu wissen, an wen man sich wann wendet.
3. Auf **erster Ebene** steht die **Primärversorgung**, die **einfach erreichbar** und **niederschwellig zugänglich** sein muss. Gesundheitszentren und wohnortnahe Primärversorgungseinheiten (PVE) sind in diesem Sinne schneller auszurollen als bisher. Es wird im niedergelassenen Bereich zwischen dieser ersten Ebene der Regelversorgung durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt und dem Spitalbereich eine **zweite Ebene** notwendig sein. Diese

zweite Versorgungsebene wird optimalerweise von den **niedergelassenen Fachärztinnen oder Fachärzten und/oder Diabeteszentren abgedeckt**.

Die Fachärztinnen und Fachärzte sollten zusätzlich zu ihrem Fachgebiet idealerweise einen **Diabetes-Schwerpunkt** haben, um u. a. die Versorgung bei Komplikationen (Nierenerkrankung, Herzinsuffizienz) abdecken zu können. Diese zweite Versorgungsebene kann den **spezifischen Behandlungsbedarf besonderer Formen von Diabetes** wohnortnahe und auch außerhalb der Spitalsambulanzen sicherstellen, zum Beispiel von Patientinnen mit Gestationsdiabetes mellitus (GDM). Dies wäre auch ein wesentlicher Beitrag zur Entlastung des **Spitalbereichs, der als dritte Ebene** in der Versorgung u. a. Akutfälle und Operationen abdeckt. Wichtig für den diese drei Ebenen umfassenden Patientenpfad ist die **Durchlässigkeit des Systems**, das eine die Ebenen übergreifende Versorgung der Menschen mit (Prä-)Diabetes gewährleistet.

4. **Diabeteseinrichtungen** in Ballungszentren sind an **Standorten mit guter Verkehrsanbindung** (vgl. das 2021 eröffnete Diabeteszentrum in Wien Favoriten⁶) zu etablieren und dort aufzubauen, wo auch bildungsfernere Schichten zu erreichen sind. In ländlichen Regionen ist an die Erreichbarkeit von Diabetes-Schulungszentren zu denken. Die Etablierung von Diabeteszentren bzw. Gesundheitszentren mit diabetologischer Fachkompetenz ermöglicht individuelle, gezielte Behandlungen durch Spezialistinnen und Spezialisten sowie involvierte Gesundheitsberufe und fördert die Therapietreue. Ziel ist eine strukturierte Versorgung mit ebenenübergreifender und ergänzender Vernetzung. [3]
5. Das **Schnittstellenmanagement** ist zu verbessern: Einerseits ist die Abstimmung zwischen dem stationären (Akut-Krankenhaus, Ambulanz) und dem niedergelassenen Bereich (z. B. für die Medikation, für Kontrolle von Werten u. a.) notwendig. Andererseits besteht Optimierungspotenzial in der interdisziplinären Zusammenarbeit und zwischen den Versorgungsebenen, insbesondere im Hinblick auf die geforderte zweite Versorgungsebene (niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte) und hinsichtlich des steigenden Versorgungsbedarfs aufgrund von Folge- bzw. Begleiterkrankungen wie z. B. Herz- oder Niereninsuffizienz.

6. Das seit mehr als 15 Jahren bestehende **Disease-Management-Programm (DMP) für Menschen mit Diabetes** muss bekannter gemacht und ausgebaut werden. Einerseits ist es wichtig, die Ärzteschaft zur Teilnahme am DMP „**Therapie Aktiv**“ verstärkt zu mobilisieren. Andererseits braucht es eine Motivation für Patientinnen und Patienten, beim Programm aktiv mitzumachen. Das DMP muss möglichst **frühzeitig – auch für Risikogruppen – zugänglich** gemacht werden, sodass diese Personen bereits vor Ausbruch der eigentlichen Diabeteserkrankung daran teilnehmen können. Eine frühe Intervention kann dabei helfen, den kontinuierlich fortschreitenden Verlauf von Diabetes zu verlangsamen. [4] Erstmals wurden die Leitlinien der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) als **Behandlungspfad** im DMP implementiert.
7. Wie **Ländervergleiche** zeigen, hinkt Österreich bei der Versorgung chronisch Kranker hinterher. Beispiele aus Dänemark und den Niederlanden verdeutlichen, dass mit **multiprofessionellen Diabetesversorgungszentren** und der Förderung von innovativem Wundmanagement gute Behandlungsergebnisse erzielt werden und den Betroffenen Folgeerkrankungen und Operationen erspart bleiben.

IV. Systemisches Miteinander unterstützen

Die Komplexität von Diabetes erfordert Flexibilität.

Die Komplexität von Diabetes erfordert Rahmenbedingungen, die ein **interdisziplinäres Setting** und eine ebenenübergreifende Zusammenarbeit (vgl. Punkt III.) unterstützen und vereinfachen. Für eine optimale, ganzheitliche Behandlung und Betreuung ist ein durchlässigeres Versorgungssystem notwendig, welches das Miteinander von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, Fachärztinnen und Fachärzten, Diätologinnen und Diätologen, den therapeutischen Berufen, psychosozialen Gesundheitsberufen und Pflegekräften vereinfacht und unterstützt.

1. Verbesserte **strukturelle, ökonomische und juristische Rahmenbedingungen** müssen Kooperatio-

nen zwischen der Ärzteschaft und den verschiedenen Gesundheitsdienstleistern unterstützen.

2. **Die Aus- und Fortbildung** der DMP-DM2-Ärztinnen und -Ärzte soll ausgebaut und gefördert werden. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit Diabetologienkompetenz tragen wesentlich zur Abdeckung des steigenden Versorgungsbedarfs bei. **Es braucht zudem eine spezielle Fort- und Weiterbildung** für die involvierten Berufsgruppen, um die strukturierte, diabetesspezifische Versorgung im Zusammenspiel aller Beteiligten zu stärken.
3. Die **frühere Einbindung der Nephrologie** in das DMP und die Gründung von Kassenstellen für Nephrologinnen und Nephrologen sind zu fördern, um diese Versorgungslücke zu schließen.
4. In puncto Früherkennung ist anzudenken, **Apothekerinnen und Apotheker** enger miteinzubeziehen, da die Apotheke für viele Menschen ein niederschwelliger **Anknüpfungspunkt für Gesundheitsfragen** ist. Apotheken könnten zum Beispiel als niederschwellige Anlaufstelle Beratung, Information und Analyseaufgaben (Screenings und Kontrollmessungen) und die dazugehörige Dokumentation in Absprache mit der behandelnden Vertrauensärztin oder dem behandelnden Vertrauensarzt wahrnehmen. Diese wohnortnahe Infrastruktur ist für Menschen vor allem in ländlichen Regionen einfacher (Zeit-Weg-Komponente) erreichbar. [5]
5. Die **Etablierung von neuen Gesundheitsberufen** wie der spezialisierten Pflegeperson, **der Academic Advanced Practise Nurses (APN) for Diabetes Care**, ist in der umfassenden Diabetesbetreuung im niedergelassenen Bereich rasch vorwärtszutreiben. Menschen mit Diabetes mellitus leiden meist (besonders in zunehmendem Alter) an Folge- und Begleiterkrankungen. Spezialisierte Pflegepersonen helfen den Patientinnen und Patienten zu verbesserter Compliance und Adhärenz, womit sie der häufig eintretenden Multimorbidität entgegenwirken. Mit ihrer wissenschaftlichen Bildungsträgung tragen sie zu einer gezielten Weiterentwicklung der Gesundheits- und Krankenpflege bei. Die neue Berufsgruppe könnte künftig bisherige Versorgungslücken in der Diabetesbetreuung füllen, indem sie koordinative Aufgaben unter den Gesundheitsberufen wahrnimmt, also bisherige Reibungsver-

luste, Mehrgleisigkeiten oder Betreuungsmängel minimiert. Ressourceneffiziente Verbesserungen in struktureller und personeller Hinsicht (gemeinsam mit den betreuenden Ärztinnen und Ärzten, Diätologinnen und Diätologen bzw. Diabetesberaterinnen und Diabetesberatern sowie Therapeutinnen und Therapeuten z. B. zur psychologischen und physiologischen Begleitung) können die Kostenträger im österreichischen Gesundheitswesen entlasten.

V. Digitalisierung und Datennutzung

Diabetesregister und digitaler Diabetespass

1. Ein bundesweit einheitliches **Diabetesregister** sollte zur flächendeckenden Diabetes-Datenerfassung aufgebaut werden. Die ÖDG hat mit Unterstützung der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) erst kürzlich die **Studie „Diabeteslandschaft Österreich“** initiiert und damit einen Schritt in diese Richtung gesetzt. Sie soll die Prävalenz von nicht-diagnostiziertem Diabetes und Prädiabetes sowie den Versorgungsstandard von Menschen mit Typ-2-Diabetes in Österreich erfassen. Die Studie stellt einen wichtigen Zwischenschritt für die Schaffung einer **Datenbasis für eine bedarfsorientierte und inzidenzbasierte Ressourcenplanung** im Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit Diabetes bzw. Prädiabetes dar. Die Studienergebnisse werden für das Frühjahr 2022 erwartet. Die PRAEVENIRE Initiative begrüßt diese Studie als wichtigen Baustein für eine Versorgungsoptimierung. [6]
2. **Dokumentationsprogramme und Datenaustausch** zwischen den Bereichen sowie mit (vorhandenem) Datenmaterial aus dem Dachverband der Sozialversicherungen wären für die Erhebung und Analyse sowie für ein Diabetes- und Outcome-Register förderlich. So sind zum Beispiel 80 Prozent chronischer Wundheilungsstörungen diabetisch. In Wien wird ein „Wundnetz“ aufgebaut, dessen Struktur bundesweit genutzt werden sollte.
3. Die Nutzung der Daten und Register sollte für die **Scientific Community** bzw. für **Forschungszwecke** ermöglicht werden. Selbstverständlich unter Einhaltung jeglicher Datenschutzrichtlinien.

⁶ vgl. <https://gesundheitsverbund.at/auftakt-fuer-das-diabeteszentrum-wienerberg-in-favoriten/>

- Das **Digitalisierungspotenzial** ist stärker zu nutzen, nämlich versorgungswirksam: Es gibt viele **telemedizinische Pilotprojekte** im Bereich Telemonitoring und Telekonzil für Diabetikerinnen und Diabetiker. Diese Formate sollten national und versorgungswirksam ausgerollt werden.
- Es ist ein **digitaler Diabetespass** umzusetzen. Dieser wäre eine sinnvolle Erweiterung des bereits in Papierform existierenden Passes und würde die interdisziplinäre und ebenenübergreifende Zusammenarbeit im Versorgungs- und Patientenpfad durch eine einheitliche Behandlungsdokumentation sehr unterstützen. Laut ÖDG kann durch die elektronisch vorhandene übersichtliche Information die Behandlungsqualität wesentlich optimiert werden.

VI. Sicherstellen von Finanzierung und Förderungen

Diabetes gefährdet die Gesundheit und verursacht hohe Kosten.

Von den eingangs erwähnten gesamtwirtschaftlichen Kosten über 2,9 Milliarden Euro rechnet man rund 1,9 Milliarden Euro den diagnostizierten und eine Milliarde Euro den noch nicht diagnostizierten Personen zu.⁷ Die Relation zeigt die hohe Relevanz von Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen, die sich in der Finanzierungs- und Versorgungsplanung niederschlagen sollte.

- Die **Kassenverträge** sind dahingehend **anzupassen**, dass gerade in der Diabetes-Aufklärung **ausführlichere Arzt-Patienten-Gespräche** möglich werden. Mit der „Fünf-Minuten-Medizin“, die durch Deckelungen und Degressionen forciert wird, ist dies für die Ärzteschaft nicht zu bewerkstelligen – zum Leidwesen der Versicherten. [7]
- Die **Honorierung von Gesundheitsberufen** ist verstärkt an der entsprechenden Refundierung der Betreuungsleistung auszurichten. Diese ist nicht nur technisch (**Telemedizin**), sondern vor allem zeitlich aufwändig. Dabei ist zu bedenken, dass der **Zeitfaktor in der Betreuungsleistung** derselbe bleibt, auch wenn die Kommunikationsart unterschiedlich – persönlich oder telemedizinisch – ist. Findet dies bei

der Honorierung für Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Diätologinnen und Diätologen, Therapeutinnen und Therapeuten oder Pflegefachkräften keine Berücksichtigung, so werden diese Leistungen außerhalb „öffentlicher“ Einrichtungen nicht auf Kassenbasis angeboten werden können. Generell wäre es notwendig, die Beratungsleistung der Ärzteschaft, der Apotheken sowie der Gesundheitsdienstleister und Pflegedienste auch als **Beitrag zur Prävention** und zur **Förderung der Therapie-treue** anzuerkennen und optimalerweise pauschal entsprechend zu honorieren.

- Wichtig für Betroffene ist eine **Vereinfachung der Erstattung von Therapiekosten** (Ernährungs- und Bewegungstherapien). Ebenso sollte eine klinisch-psychologische Behandlung wie die **Psychodiabetologie** von den Krankenkassen übernommen werden. Beispielgebend dafür sind die Psychoonkologie oder Psychokardiologie. Bedarf haben meist jene Patientinnen und Patienten, die ohnedies über wenig finanzielle Mittel verfügen.
- Erstattungsrichtlinien sind anzupassen, um den **Zugang zu zugelassenen (innovativen) Medikamenten und Medizinprodukten** für Verschreiber niederschwelliger zu ermöglichen. Die für Patientinnen und Patienten bestmögliche und evidenzbasierte Therapie soll vorrangig sein und es soll möglich sein, Therapien frühzeitiger einzusetzen (unabhängig von Laborwerten). Die Erstattung leitlinienkonformer Behandlungen durch leitlinienkonforme Therapien muss gewährt werden.
- Die **zeitgemäße technisch unterstützte Diabetestherapie** muss finanziert werden. Es wurden in den letzten fünf Jahren beträchtliche Fortschritte gemacht, die Betroffenen einen angenehmeren Alltag dank erleichterter Anwendung von technischen Hilfen ermöglichen. Deshalb müssen diese unbürokratisch bewilligt und kassenfinanziert werden. Anhand von Registern bzw. Datenerhebungen der pädiatrischen Diabetologie sind die Zusammenhänge zwischen Patientennutzen, Adhärenz, Lebensqualitätssteigerung und verringertem metabolischen Syndrom bzw. besserem Therapieergebnis sichtbar.
- Ein Sondertopf für die Diabetesversorgung** wird nach Expertenmeinung als eine geeignete Lösung zur Finanzierung gesehen. Damit könnte der Grundstein für eine flexiblere interdisziplinäre und bereichs-

übergreifende Betreuung gelegt, ein „Hin- und Her“ zwischen extra- und intramuralem Bereich aufgelöst und die Spannung zwischen den Gesundheitsberufen abgebaut werden.

Patientenorientierung

In den Gesundheitseinrichtungen – insbesondere im urbanen Umfeld – muss auf die **Diversität** eingegangen werden, indem auf Menschen mit **Migrationshintergrund** Rücksicht genommen und die **Sprachbarriere** bestmöglich abgebaut wird. Betreuungspersonal sollte diesbezüglich ausgebildet, die Finanzierung sichergestellt und eine entsprechende Mitarbeiterzahl eingeplant werden. Außerdem soll auf **gendergerechte** (z. B. betreffen o. g. Sprachbarrieren eher Frauen), **kulturspezifische und familienfreundliche Betreuung** geachtet werden.

Schulungen sollten dort angeboten werden, wo sie gebraucht werden. Sie unterstützen die Betreuung und sind sowohl online als auch persönlich in Form von Workshops oder Seminaren anzubieten. Erfolgreiche Pilotprojekte sollten bundesweit und mit Unterstützung der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) zur Verfügung gestellt werden. **Web und Apps sowie Blogs und Portale** bieten sich an, für Services und Schulungsmaterialien genutzt zu werden. Dazu sollte die Einbindung (betreuender) Angehöriger in Schulungen ebenso wie eine digitale

Plattform, die auch in ländlichen Regionen das Angebot sichert, bedacht werden.

Eine nicht zu unterschätzende **Diabetes-Expertise** ergibt sich seitens der **Selbsthilfeorganisationen**, die dank der Weitergabe ihrer Erfahrung und ihres Erlebnisswissens einen großen Beitrag zum Patientenwohl und zur Gesundheitssystemkompetenz leisten. Selbsthilfegruppen⁸ und Initiativen⁹ sind zu unterstützen. Ihre Mitwirkung bei der persönlichen Patientenberatung (insbesondere bei Selbstkontrollen wie Fußuntersuchung und Zuckermessung) und ihre Hilfe beim täglichen Umgang mit Diabetes mellitus sind sehr wertvoll.

Selbstverantwortung muss für Patientinnen und Patienten selbstverständlich werden. Das gelingt nur dann, wenn sie entsprechende **Unterstützung** für ihre persönlichen Gesundheitsagenden (Förderungen für Prävention, Anreize zur Lebensstilmodifikation, Bürokratieabbau bei Verschreibungen oder Anträgen für Therapien etc.) erhalten und Gesundheitswissen von Kindheit an vermittelt wird. [8]

Dem **Paradigmenwechsel Mobilität statt Passivität** ist bei der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen mit Diabetes Rechnung zu tragen: Zeit, die eine solche Betreuung und Motivation zur aktiven Teilhabe in Anspruch nehmen, ist der wichtigste Faktor. Dieser Mehraufwand ist den Gesundheits- und Pflegeberufen entsprechend zu honorieren.

[1]–[8] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 12.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Diabetes 2030



7 vgl. <https://www.wko.at/Content.Node/kampagnen/wiener-wirtschaftskreis/Diabetes.pdf>

8 vgl. Dachorganisation der Diabetes Selbsthilfe Österreich „wir sind diabetes“ (<https://www.wirsinddiabetes.at/>)

9 vgl. Österreichische Diabetes Gesellschaft (<https://www.oedg.at/>)

12.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissenspositionen und Ergänzungen der Ärztekammer für Wien

[3] Zu III.4.: Es wird das Diabeteszentrum der Stadt Wien erwähnt, durch welches zwar zahlreiche Fortschritte erzielt wurden, dessen Öffnung allerdings noch Jahre dauern wird. Aus diesem Grund ist es aus Sicht der Ärztekammer für Wien nicht als Top-Beispiel zu nennen.

[5] Zu IV.4.: Screenings in Apotheken hält die Ärztekammer für Wien für den vollkommen falschen Weg. Die Patientin, der Patient wird aufgrund der fehlenden Fachkompetenz mit den Werten verunsichert, allein gelassen und in der Apotheke werden eventuell OTC-Präparate oder paramedizinische Mittel abgegeben. Nimmt man die Trennung zwischen Arzt- und Apothekerberuf ernst, dann können Screenings nicht in Apotheken stattfinden. Wenn die Apothekerschaft diese Trennung nicht mehr möchte, muss auch das Verkaufsmonopol für Arzneimittel fallen.

Dissenspositionen der Arbeiterkammer Wien (AK) und des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB)

[1] Zu II. „Optimierung von Früherkennung und Prävention“: Die meisten Menschen im erwerbsfähigen Alter verbringen einen Großteil ihres Tages am Arbeitsplatz. Die Gestaltung des Arbeitsplatzes ist aus diesem Grund zentral für die langfristige Gesundheit. Die Umsetzung und Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung können und müssen in der Prävention und Früherkennung verstärkt eine Rolle spielen. Als Maßnahmen könnten Bonifikationen oder eine bevorzugte Berücksichtigung bei der Auftragsvergabe von Unternehmen mit gesundheitsfördernden Angeboten angedacht werden.

[2] Zu III.1. („Versorgungsstruktur transparent gestalten – bedarfsgerechte Betreuung auf mehreren Ebenen“): Im Fall von Diabetes ist eine patientenorientierte Versorgung entscheidend. Durch niederschwellige, integrierte und interdisziplinäre Therapiemaßnahmen können eine höhere Versorgungs- und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten bewirkt sowie Begleit- und Folgeerkrankungen vermieden werden.

Für eine integrierte Versorgung fehlen derzeit wohnortnahe Einrichtungen, wie Primärversorgungseinheiten oder Netzwerkpraxen, in denen Patientinnen und Patienten umfassend von Haus- und/oder Fachärztinnen sowie -ärzten, von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften, Diätologinnen und Diätologen, Ernährungsberaterinnen und -beratern, Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern etc. in Form einer interdisziplinären Kooperation kontinuierlich behandelt und betreut werden können. Internationale Beispiele von alternativen Versorgungsstrukturen zeigen, dass durch ein besseres Disease Management eine Reduktion der Zahl der Erkrankungen und ihrer Folgen, aber auch eine Reduktion der Krankenhausaufenthalte erreicht werden kann.

Notwendig ist die Schaffung von Rahmenbedingungen für eine ebenenübergreifende Versorgung in einem interdisziplinären Setting. Klarstellungen betreffend Honorarrichtlinien von Health Care Professionals, eine pauschalierte Honorierung von Ärztinnen sowie Ärzten, transparente Leistungskataloge und die Etablierung innovativer Maßnahmen, wie der Telemedizin für interdisziplinäres Case-Management, werden für die künftige Schließung der strukturellen Versorgungslücken entscheidend sein.

[4] Zu III. 6. Disease-Management: Erfreulich ist, dass die Anzahl der am Programm teilnehmenden Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte steigt. Dennoch ist sie immer noch – im Verhältnis zur Zahl der Erkrankten in Österreich – relativ gering. Aktuell sind 1.915 Ärztinnen und Ärzte und lediglich 93.607 Patientinnen und Patienten an „Therapie Aktiv“ beteiligt (Stand 2021). Daher muss es ein primäres Ziel sein, das Disease Management Programmangebot österreichweit zu erweitern. Eine verpflichtende Teilnahme der Ärztinnen und Ärzte am Programm könnte die Zahl der teilnehmenden Patientenschaft deutlich erhöhen.

[6] Zu V.1. Studie zur interdisziplinären Diabetesversorgung in Österreich: Die Arbeiterkammer Wien hat bei der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs-GmbH eine Studie zur interdisziplinären Diabetesversorgung in Österreich in Auftrag gegeben. Zielsetzung der Studie sind – unter Begleitung eines wissenschaftlichen Beirates – eine Bestandsaufnahme der aktuellen Diabetes-Typ-2-Versorgung in Österreich in quantitativer und qualitativer Hinsicht, die Vorstellung von internationalen „Good-Practice“-Modellen sowie die Skizzierung des Idealmodells einer integrierten Versorgung aus Sicht verschiedener Akteurinnen und Akteure.

[7] Zu VI.1. „Sicherstellen von Finanzierung und Förderungen“: Im Zuge der Diabetesaufklärung und kontinuierlichen Betreuung ist Zeit ein wesentlicher Faktor. Derzeit besteht eine finanzielle Abhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich von der Anzahl der Patientinnen und Patienten. Durch die Umstellung der Honorierung auf Pauschalanteile in Form von Betreuungspaketen könnte eine längere Betreuungszeit pro Patientin und Patient erreicht werden. Gleichzeitig ist eine interprofessionelle Zusammenarbeit

notwendig. Der Abschluss von Kassenverträgen für Health Care Professionals mit der Krankenkasse soll ermöglicht werden. Eine Aufwertung der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege sowie der verstärkte Einsatz anderer Gesundheits- und Sozialberufe (beispielsweise von Diätologinnen und Diätologen, Podologinnen und Podologen, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberatern, Psychodiabetologinnen und Psychodiabetologen u. v. m.) ist notwendig, um eine höhere Betreuungsqualität zu bewirken und Zeitressourcen für ausschließlich ärztliche Aufgaben zu schaffen.

[8] Zu Patientenorientierung, 4. Absatz, Selbstverantwortung: Die Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist ein zentrales Ziel für die Gestaltung von künftigen gesundheitspolitischen Maßnahmen. Gesundheitsförderliches Verhalten ist stark von sozioökonomischen Determinanten wie Einkommen, Arbeitsplatz, Wohnverhältnissen abhängig. Es sind Arbeits- und sonstige Lebensbedingungen, welche Menschen in eine Zwangslage führen. Armutsgefährdete Menschen sind daher stärker betroffen. Für die Erhöhung der Gesundheitskompetenz sind eine gemeinsame Politik und gesellschaftsübergreifende Zusammenarbeit von Akteurinnen und Akteuren des Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesens aber auch der Wirtschaft notwendig. Statt zusätzlichen ökonomischen Druck aufzubauen, sind die Rahmenbedingungen so zu verändern, dass gesunde Lebensverhältnisse für alle erreichbar gemacht werden.

Handlungsempfehlungen für die Politik



PRAEVENIRE Weißbuch
GESUNDHEITSSTRATEGIE 2030

Version 2021/22