



Rechnungshof
Österreich

Unabhängig und objektiv für Sie.

Diabetes-Prävention und -Versorgung

Reihe BUND 2019/43

Bericht des Rechnungshofes



Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Rechnungshof Österreich

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

www.rechnungshof.gv.at

Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich

Herausgegeben: Wien, im Oktober 2019

AUSKÜNFTE

Rechnungshof

Telefon (+43 1) 711 71 – 8946

E-Mail info@rechnungshof.gv.at

[facebook/RechnungshofAT](https://www.facebook.com/RechnungshofAT)

Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover: Rechnungshof/Achim Bieniek

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis _____	4
Prüfungsziel _____	7
Kurzfassung _____	7
Zentrale Empfehlungen _____	9
Zahlen und Fakten zur Prüfung _____	11
Prüfungsablauf und -gegenstand _____	13
Ausgangslage _____	15
Allgemeines _____	15
Datenlage _____	18
Regionale und geschlechtsspezifische Unterschiede _____	23
Diabetesplan und Diabetes-Strategie _____	25
Prävention und Früherkennung _____	28
Präventive Maßnahmen _____	28
Früherkennung _____	33
Untersuchung der 15- bis 17-jährigen Pflichtversicherten (Jugendlichenuntersuchung) _____	37
Datenerfassung und -verwaltung _____	40
Diabetes-Versorgung _____	42
Ergebnisindikatoren im internationalen Vergleich _____	42
Qualitätsstandards _____	43
Disease Management Programm Diabetes _____	45
Probleme im Behandlungsprozess _____	57
Schlussempfehlungen _____	68
Anhang _____	74
Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger _____	74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Datenerfassung und Datenverwaltung von fünf gesetzlich vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen _____	40
--	----

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ursachen und Folgen von Diabetes Typ 2 _____	17
Abbildung 2:	Anteil der Patientinnen und Patienten mit Diabetes Typ 2 im Jahr 2016 an den Anspruchsberechtigten _____	23
Abbildung 3:	Verteilung des Body-Mass-Index der Stellungspflichtigen im Jahr 1980 und 2017 _____	30
Abbildung 4:	Ost-West-Gefälle der Entwicklung des Mittelwerts des Body- Mass-Index von Stellungspflichtigen von 1980 bis 2017 _____	31
Abbildung 5:	Entwicklung der Dokumentationen des Disease Management Programm Diabetes _____	48
Abbildung 6:	Disease Management Programm Diabetes-Einschreiberate in Niederösterreich im Jahr 2015 _____	49

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung
bspw.	beispielsweise
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DMP	Disease Management Programm(e)
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IT	Informationstechnologie
Mio.	Million(en)
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
OECD	Organisation for Economic Co–operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
rd.	rund
RH	Rechnungshof
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
TZ	Textzahl(en)

u.a. unter anderem

WHO World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Z Ziffer

z.B. zum Beispiel

WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Diabetes-Prävention und -Versorgung

Prüfungsziel



Der RH überprüfte von Februar bis Juni 2018 die Diabetes-Prävention und -Versorgung im niedergelassenen Bereich. Ziel der beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie bei der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse und der Tiroler Gebietskrankenkasse erfolgten Überprüfung war die Beurteilung von präventiven Maßnahmen und der Gesundheitsförderung sowie der Versorgung betreffend Diabetes Typ 2.

Der überprüfte Zeitraum umfasste die Jahre 2013 bis 2017.

Kurzfassung

Diabetes Mellitus Typ 2 (**Diabetes Typ 2**) ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die sich durch einen erhöhten Blutzuckerspiegel zeigt. Laut dem Österreichischen Diabetesbericht 2017 waren rd. 7 % bis 11 % der Bevölkerung an Diabetes erkrankt. Diabetes stellt eine der wesentlichen gesundheitspolitischen Herausforderungen der Zukunft mit hoher Krankheitshäufigkeit und hohen Folgekosten dar. (TZ 2)

Im niedergelassenen Bereich fehlte nach wie vor eine standardisierte Diagnosecodierung. Dies war auch deshalb problematisch, weil insbesondere nach Regionen und Geschlecht erhebliche Unterschiede in der Krankheitshäufigkeit bestanden. (TZ 3, TZ 4)

Das Gesundheitsministerium erstellte zwar 2017 eine neue Diabetes-Strategie mit den Zielen, die Wahrscheinlichkeit, an Diabetes zu erkranken, zu verringern und eine hohe Lebensqualität der Diabetes-Erkrankten möglichst lange zu erhalten. Die Diabetes-Strategie enthielt aber keine Quantifizierung dieser Ziele und noch keine konkreten Maßnahmen. Auch benannte sie weder Verantwortlichkeiten noch finanzielle Vorgaben oder messbare Ergebnisindikatoren. (TZ 5)

Ein wichtiger Schwerpunkt der neuen Diabetes-Strategie lag bei der Prävention und Früherkennung. Bei wichtigen Risikofaktoren, wie falsche Ernährung, Bewegungsmangel, Alkohol- und Nikotinkonsum, zeigte sich jedoch keine Verbesserung: Die Zahl adipöser, also übergewichtiger Menschen stieg sogar deutlich. Eine Auswertung des Body-Mass-Index, eine Maßzahl für die Bewertung des Körpergewichts eines Menschen in Relation zu seiner Körpergröße, zeigte bei Stellungspflichtigen in den letzten Jahrzehnten einen Anstieg von 22,1 (1980) auf 23,7 (2017). Regional gab es ein Ost-West-Gefälle: In Wien, Niederösterreich und Burgenland lag der Body-Mass-Index von Stellungspflichtigen 2017 bei 24, in Tirol und Vorarlberg bei 23,5. (TZ 6)

Die Früherkennung von Diabetes Typ 2 hat eine hohe Bedeutung, da die Diagnose der Erkrankung oftmals erst nach Ausbruch von Folgeerkrankungen gestellt wird. Die Beteiligung an der Vorsorgeuntersuchung, die Abwicklung der Jugendlichenuntersuchung und der Informationsfluss zwischen den Institutionen waren dafür jedoch nicht optimal eingerichtet. Neben der Vorsorgeuntersuchung bestand keine weitere flächendeckende Initiative zur Früherkennung von Diabetes. Dabei wird die Anzahl der nicht-diagnostizierten Diabeteserkrankungen auf bis zu 294.000 Fälle geschätzt. (TZ 7)

Trotz bestehender Datenprobleme gab es Hinweise darauf, dass die Versorgung qualitative Probleme aufweist. So war laut einer OECD-Studie die Rate bei der Spitalsaufnahme von Diabeteserkrankten in Österreich die dritthöchste, ebenso bei Amputationen, die oft eine Folge von Diabetes sind. (TZ 10)

Es gab weder eine gültige Bundesqualitätsleitlinie noch eine -richtlinie für Diabetes Typ 2. Die Standards der Bundesqualitätsleitlinie aus dem Jahr 2009 liefen 2013 aus. Für einen neuen Qualitätsstandard lag Mitte 2018 nur ein Erstentwurf vor. (TZ 11)

Das 2007 geschaffene Disease Management Programm Diabetes „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ (**DMP-Diabetes**) sah eine strukturierte Behandlung von Diabetes-Patientinnen und -Patienten vor. Das Programm erfasste – bei Zielsetzungen bis zu zwei Drittel der Erkrankten – auch zehn Jahre nach seiner Einführung nur rd. 13 % der Erkrankten. In Deutschland war die Hälfte der Diabetes-Erkrankten in ein solches Programm eingebunden. Auch bei den teilnehmenden Patientinnen und Patienten war die konsequente Umsetzung der Behandlungsempfehlungen mit diesem Programm nicht sichergestellt. So fehlte bei rund einem Drittel der Betroffenen der jährlich vorgesehene Augenarztbesuch. (TZ 12, TZ 13)

Die Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten am Programm DMP-Diabetes war ebenfalls gering. In Niederösterreich waren nur 27 % der Vertragsärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin und für Innere Medizin im DMP-Programm eingeschrieben. (TZ 14)

Dazu kamen Probleme beim Behandlungsprozess: Die rechtlichen Rahmenbedingungen erschwerten etwa die an sich zweckmäßige Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe mit diabetesrelevanten Qualifikationen und speziellen Erfahrungen. Das Versorgungskonzept des DMP-Diabetes sah ausschließlich eine ärztliche Betreuung vor. (TZ 18)

Auch waren die Unterstützungen der Patientinnen und Patienten beim Selbstmanagement sowie die Schulungen der Betroffenen ungenügend. Die Nutzung moderner Technologien, wie etwa Telegesundheitsdienste, erfolgte nur schleppend. Dabei könnte ein verstärktes interprofessionelles Betreuungs- und Informationsangebot nicht nur die aktive Mitwirkung der Erkrankten und eine verbesserte Versorgungsqualität sicherstellen. Es könnte auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte entlasten. (TZ 19, TZ 20)

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen gegenüber dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie der Niederösterreichischen und der Tiroler Gebietskrankenkasse – auch gegenüber deren Rechtsnachfolgern (Dachverband der Sozialversicherungsträger und Österreichische Gesundheitskasse) – hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

- Es wären valide und vollständige Datengrundlagen (Epidemiologie, Diagnosen, beanspruchte Leistungen, Wirkung der Behandlung) zu Diabetes zu schaffen. Weiters wäre eine Stelle festzulegen, die verfügbare Daten sektorenübergreifend zusammenfasst und daraus Handlungsempfehlungen ableitet.
- Es wären evidenzbasierte österreichweite Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte im Bereich Diabetes zu priorisieren und zu forcieren.
- Geeignete Maßnahmen (z.B. Anreizsysteme) zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung vor allem bei Personen ohne regelmäßige Arztkontakte und mit erhöhtem Diabetes-Risiko wären zu setzen.
- Die Einschreibungen von Diabetikerinnen und Diabetikern sowie die Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten im Disease Management Programm Diabetes wären zu forcieren. Es wäre zu erheben, welche Gesundheitsberufe im niedergelassenen Bereich für eine adäquate Diabetes-Versorgung erforderlich sind, und diese wären zeitnah in das bestehende Versorgungsangebot zu integrieren.

(TZ 24)

Zahlen und Fakten zur Prüfung

Diabetes-Prävention und -Versorgung					
Rechtsgrundlagen	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. I 189/1955 i.d.g.F. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I 26/2017 i.d.g.F. Gesundheitsreformgesetz 2013, BGBl. I 81/2013 Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBl. I 179/2004 i.d.g.F. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. 745/1996 i.d.g.F.				
	Richtlinien des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Durchführung und Auswertung der Jugendlichenuntersuchungen gemäß § 31 Abs. 5 Z 17 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (RJU 2005, RJU 2016)				
	Bundesqualitätsleitlinie – Diabetes mellitus Typ 2				
	Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013 bis 2016 Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021				
	2013	2014	2015	2016	Veränderungen 2013 bis 2016
	Anzahl				in %
Patientinnen und Patienten mit Diabetes Typ 2-Leistungen (Prävalenzgruppe)	461.484	476.066	487.137	506.690	9,8
<i>davon Niederösterreichische Gebietskrankenkasse</i>	76.867	82.101	84.125	88.131	14,7
<i>davon Tiroler Gebietskrankenkasse</i>	24.611	25.385	26.188	28.124	14,3
in DMP-Diabetes eingeschriebene Patientinnen und Patienten	37.850	41.467	47.185	55.831	47,5
	in %				in %-Punkten
Anteil der im DMP-Diabetes eingeschriebenen Patientinnen und Patienten an der Prävalenzgruppe	8,2	8,7	9,6	11,0	2,8

Rundungsdifferenzen möglich

DMP-Diabetes = Disease Management Programm Diabetes

Quellen: NÖGKK; TGKK; Darstellung: RH

Prüfungsablauf und -gegenstand

- 1 (1) Der RH überprüfte von Februar 2018 bis Juni 2018 die Diabetes-Prävention und -Versorgung im niedergelassenen Bereich. Prüfungshandlungen vor Ort erfolgten beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (**Ministerium**), beim Bundesministerium für Landesverteidigung, beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (**Hauptverband**), bei der Gesundheit Österreich GmbH, bei der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (**NÖGKK**) und bei der Tiroler Gebietskrankenkasse (**TGKK**).

Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung von präventiven Maßnahmen und der Gesundheitsförderung sowie der Versorgung betreffend Diabetes Mellitus Typ 2 (**Diabetes Typ 2**).

Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2013 bis 2017. Soweit erforderlich nahm der RH auch auf frühere und spätere Entwicklungen Bezug.

Mitentscheidend für die Auswahl der beiden Gebietskrankenkassen war, dass die NÖGKK Dienstleister für das Standardprodukt LEICON¹ war und damit über Daten zur Diabetes-Versorgung verfügte, und dass in Tirol Verzögerungen bei der Einführung des Disease Management Programm Diabetes „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ (**DMP-Diabetes; TZ 12**) auftraten. Beim Bundesministerium für Landesverteidigung erhob der RH Gesundheitsdaten der Stellungspflichtigen.

(2) Angesichts der mit Jänner 2020 in Kraft tretenden Reform des österreichischen Sozialversicherungssystems weist der RH darauf hin, dass seine Empfehlungen an den Hauptverband sowie die NÖGKK und TGKK auch gegenüber deren Rechtsnachfolgern (Dachverband der Sozialversicherungsträger und Österreichische Gesundheitskasse) aufrecht bleiben.

(3) Zu dem im Februar 2019 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die Gesundheit Österreich GmbH im März 2019 und das Ministerium, der Hauptverband, die Gesundheit Österreich GmbH, die NÖGKK und die TGKK im Mai 2019 Stellung. Der RH übermittelte seine Gegenäußerungen an das Ministerium, den Hauptverband und die NÖGKK im *Oktober* 2019. Gegenüber der Gesundheit Österreich GmbH und der TGKK gab der RH keine Gegenäußerungen ab.

¹ LEICON war ein Controllinginstrument, das u.a. zur Evaluation von Disease Management Programmen verwendet werden konnte.

(4) Das Ministerium verwies in seiner Stellungnahme auf den Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021², die darin enthaltenen Commitments und Beauftragungen zum Thema Diabetes und zur Umsetzung der Österreichischen Diabetes-Strategie 2017 sowie auf die Entwicklung eines Qualitätsstandards für Diabetes Typ 2. Die zuständigen Gremien hätten entsprechende Schritte bereits vorbereitet. Die Fachgruppe Versorgungsprozesse habe im Hinblick auf die erforderlichen Abstimmungen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung das Projekt Integrierte Versorgung Diabetes veranlasst. Der Ständige Koordinierungsausschuss habe den Projektauftrag – dieser enthalte die meisten vom RH angesprochenen Problemfelder – im März 2019 zur Kenntnis genommen und die Fachgruppe mit der weiteren Abwicklung beauftragt.

Die an den Hauptverband und die beiden Sozialversicherungsträger gerichteten Empfehlungen nehme das Ministerium zur Kenntnis und wies auf die laufende Reform der Sozialversicherungsstruktur hin. Diese werde eine österreichweit einheitliche Festlegung der Aufgabenwahrnehmung wesentlich erleichtern.

Kritisch sah das Ministerium das vom RH in der Kurzfassung verwendete Präteritum, da diese Zeitform zu unrichtigen Schlussfolgerungen führen könne. Der RH hielt dieser Kritik entgegen, dass er diese Zeitform aufgrund seiner Funktion als Ex-post-Kontrolleinrichtung bewusst verwendete und dies einer jahrelang gelebten Praxis entsprach.

(5) Die Gesundheit Österreich GmbH erachtete den Bericht gemäß ihrer Stellungnahme als eine wertvolle Grundlage für die Umsetzung einer zukünftigen Diabetes-Versorgung in Österreich. Sie werde sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten und Aufträge bemühen, die Umsetzung der Empfehlungen zu unterstützen und verwies auf ihre Einbindung in das laufende Projekt Integrierte Versorgung Diabetes. Auf Basis des bis Herbst 2019 vorzulegenden Rohkonzepts solle in der Folge ein Bundesqualitätsstandard „Integrierte Versorgung Diabetes Mellitus Typ 2“ entstehen. Die Empfehlungen des RH zur adäquaten Diabetes-Versorgung sowie die Themen Früherkennung, Identifikation von Risikogruppen und Setzen adäquater Maßnahmen sollen darin berücksichtigt werden.

(6) Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme auf die organisatorischen Veränderungen durch das vom Nationalrat beschlossene Sozialversicherungs-Organisationsgesetz. Demnach werde es im Lauf des Jahres 2019 zu einer tiefgreifenden Veränderung (Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen) und damit auch zu neu zusammengesetzten geschäftsführenden Organen kommen. Der Hauptverband könne die Stellungnahme daher nur auf dem Stand der heutigen Verantwortlichkeiten abgeben. Soweit es in der Folge noch in der Ingerenz der derzeitig verantwortlichen

² Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene, Zielsteuerung Gesundheit, für die Jahre 2017 bis 2021

Personen liege, würde der Hauptverband die Empfehlungen des RH bei der weiteren Vorgangsweise im Rahmen der gegebenen Begleitumstände jedoch gerne berücksichtigen.

Der RH entgegnete dem Hauptverband, dass seine Empfehlungen auch im Hinblick auf das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz aufrecht bleiben und sich auch an die jeweiligen Rechtsnachfolger richten.

(7) Die NÖGKK verwies eingangs in ihrer Stellungnahme darauf, dass die Sozialversicherung im Hinblick auf die Verschiebung von akuten zu chronischen Krankheiten die integrierte Versorgung forcieren und dafür das Competence Center Integrierte Versorgung bei der Wiener Gebietskrankenkasse mit den Partnerträgern Steiermärkische Gebietskrankenkasse und NÖGKK eingerichtet habe. Bund, Länder und Sozialversicherung hätten sich im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013 bis 2016 auf die Entwicklung von integrierten Versorgungsprogrammen für Erkrankungen geeinigt und dieses Bekenntnis im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 insbesondere für die Bereiche Diabetes und Schlaganfall weitergeführt. Die NÖGKK verwies auf das Projekt Integrierte Versorgung Diabetes, an dem auch sie beteiligt sei, und auf das geplante Rahmenkonzept und die dazu Ende 2019 erwarteten Ergebnisse.

(8) Die TGKK verwies in ihrer Stellungnahme auf die von Tirol seit vielen Jahren geleistete Arbeit zu Diabetes im Bereich Forschung und Versorgung, die Mitwirkung in der Österreichischen Diabetes Gesellschaft, das Tiroler Diabetesregister, die Vorreiterrolle bei Telegesundheitsdiensten und die ab 2019 geplante Vollerhebung einer Diabetikerkohorte im Bezirk Landeck. Sie sagte zu, sich auch künftig um Impulse in der Diabetes-Versorgung zu bemühen.

Ausgangslage

Allgemeines

- 2.1 (1) Diabetes Typ 2 ist eine chronische Stoffwechselerkrankung. Sie zeichnet sich durch einen erhöhten Blutzuckerspiegel und eine verminderte Insulinwirkung aus, d.h. die Körperzellen sprechen immer weniger auf Insulin an und das Hormon Insulin kann den Zucker nicht mehr in die Zellen weiterleiten.³ Im Anfangsstadium verursachen erhöhte Blutzuckerwerte oft noch keine für die Patientin bzw. den Patienten wahrnehmbaren Beschwerden. Diabetes Typ 2 schreitet jedoch schleichend über die Jahre weiter fort und kann langfristig Blutgefäße, Nerven und Organe schädigen

³ Im Unterschied dazu ist Diabetes Typ 1 durch einen absoluten Insulinmangel gekennzeichnet. Er wird durch eine Autoimmunreaktion, durch Erkrankungen bzw. durch einen Verlust der Bauchspeicheldrüse verursacht. (Quelle: Österreichischer Diabetesbericht 2017)

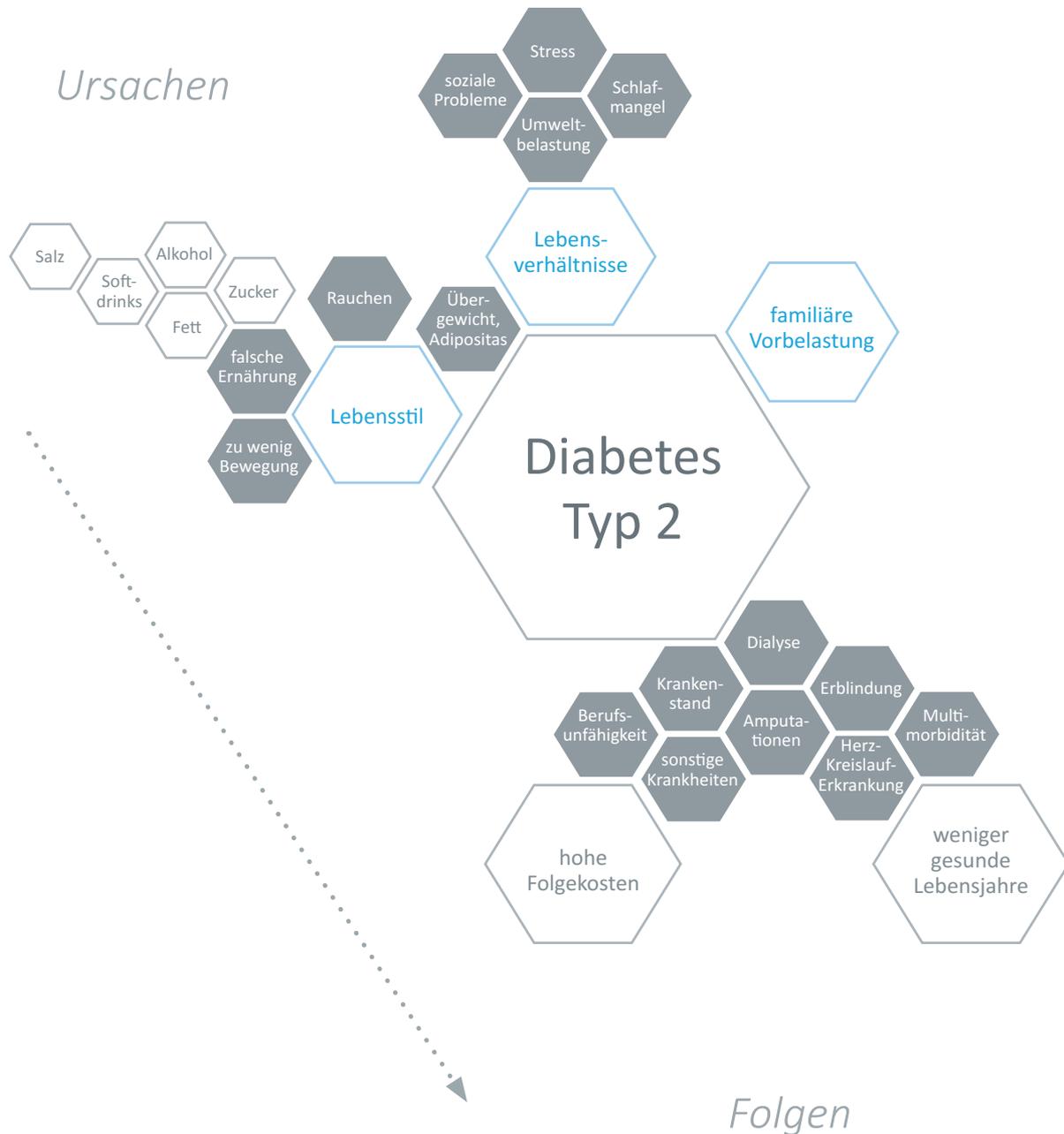
und zu schweren Folgeerkrankungen, wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Nerven- und Gefäßschädigungen, Erblindung, Niereninsuffizienz oder Amputation, führen. Verglichen mit nicht an Diabetes erkrankten Personen haben die Erkrankten häufig eine deutlich verminderte Lebensqualität und eine erhöhte Mortalität.

(2) Die Ursachen von Diabetes Typ 2 liegen im Zusammenspiel von Lebensstil (z.B. falsche Ernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und Adipositas⁴ (**TZ 6**)), Lebensverhältnissen (z.B. Umweltbelastungen und Stress) und familiärer Vorbelastung.

Nachstehende Abbildung fasst die Ursachen und Folgen von Diabetes Typ 2 zusammen:

⁴ eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts

Abbildung 1: Ursachen und Folgen von Diabetes Typ 2



Quelle: RH

In Österreich waren laut dem Österreichischen Diabetesbericht 2017 rd. 7 % bis 11 % der österreichischen Bevölkerung an Diabetes erkrankt. Außerdem war die Krankheitshäufigkeit bei älteren Menschen höher. Aufgrund lebensstilbedingter Risikofaktoren, wie falscher Ernährung und zu wenig Bewegung, sowie aufgrund der alternden Gesellschaft war ein Anstieg der Erkrankungen festzustellen.

(3) Im Zeitraum 2002 bis 2017 war die Gruppe der über 65-Jährigen von 1.249.218 Personen um rd. 30 % bzw. 376.299 Personen auf 1.625.517 Personen angestiegen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung werden die Erkrankungen an Diabetes Typ 2 und die Mehrfacherkrankungen noch weiter zunehmen. In Österreich war etwa die Hälfte der Bevölkerung ab 65 Jahren zeitgleich von drei oder mehr chronischen Krankheiten betroffen.

Die Bedeutung chronischer Erkrankungen steigt gegenüber Unfällen oder akuten Erkrankungen daher laufend an. Eine Auswertung der NÖGKK zeigte, dass die NÖGKK im Jahr 2017 rd. 60 % ihrer Kosten in den Bereichen ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe/Hilfsmittel, Transport und stationäre Kosten für chronische Krankheiten aufwendete.

Die Behandlung chronischer Erkrankungen stellte spezifische Anforderungen an das Gesundheitssystem. Dies umfasste insbesondere Maßnahmen zur Früherkennung und Prävention, eine aktive Einbeziehung der Patientinnen und Patienten (Information, Selbstmanagement), einen Bezug zur allgemeinen Lebensführung (Ernährung, Bewegung) und eine gute Integration verschiedener Versorgungsformen.

- 2.2 Diabetes Typ 2 ist infolge seines zunehmenden Auftretens, seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen und finanziellen Folgen sowie der steigenden Tendenz der Erkrankungen und der spezifischen Anforderungen der Behandlung eine der wesentlichen Herausforderungen für das österreichische Gesundheitssystem.
- 2.3 Die NÖGKK teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass ihre Auswertung des Kostenanteils für chronische Krankheiten auch auf Annahmen bzw. Limitationen basiere und im Ergebnis eine grobe Schätzung darstelle. Der international angegebene Wert von 50 % bis 80 % der Gesamtausgaben erscheine der NÖGKK nachvollziehbar.

Datenlage

- 3.1 (1) Österreichweite Daten zur Epidemiologie⁵, zur Behandlung und zur Ergebnisqualität der Versorgung im Bereich Diabetes Typ 2 waren nicht vorhanden.

Insofern war die Anzahl der Diabetikerinnen und Diabetiker Typ 2 in Österreich nicht bekannt. Daten zur Krankheitshäufigkeit von Diabetes Typ 2 konnten allerdings aus verschiedenen Datenbeständen (Abrechnungsdaten der Krankenversicherungsträger, Befragungsdaten, Vorsorgeuntersuchungen, österreichbezogene Schätzungen der internationalen Diabetesvereinigung) hochgerechnet werden. Außerdem ermöglichte das seit dem Jahr 2003 unter Führung der NÖGKK, der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse sowie der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und

⁵ Epidemiologie: Wissenschaft, die sich mit der Verbreitung von übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten und der Folgen in der Bevölkerung befasst.

Bergbau laufende Innovationsprojekt zum Aufbau eines Leistungscontrollings (Standardprodukt LEICON) die Aufarbeitung diabetesrelevanter Daten aus Abrechnungsdaten von 13 österreichischen Krankenversicherungsträgern ab dem Jahr 2005. Für diese Krankenversicherungsträger ergab sich im Jahr 2016 ein Schätzwert von rd. 506.700 Personen mit Diabetes Typ 2⁶. Dies entsprach einer Krankheitshäufigkeit von 5,9 % der Anspruchsberechtigten⁷ (TZ 4).

Beim Schätzwert unberücksichtigt blieben jene Diabetikerinnen und Diabetiker, die Antidiabetika unter der Rezeptgebühr bezogen. Der Anteil der nicht diagnostizierten Diabetes-Fälle wurde laut Österreichischem Diabetesbericht 2017 auf 2 % bis 4 % der österreichischen Bevölkerung (bzw. 147.000 bis 294.000 Personen) geschätzt.

(2) Aufgrund der fehlenden Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich konnte nur bedingt nachvollzogen werden, wie oft und in welcher Form Diabetikerinnen und Diabetiker wegen ihrer Erkrankung untersucht bzw. behandelt wurden.

Bereits ab dem Jahr 2001 sah das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen die Erprobung eines praktikablen Dokumentationssystems für den ambulanten Bereich vor. In den Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Reformvereinbarung 2008⁸ und Reformvereinbarung 2017⁹) war eine zum akutstationären Versorgungsbereich kompatible Diagnosedokumentation im intra- und extramuralen ambulanten Versorgungsbereich¹⁰ vorgesehen.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestand noch keine standardisierte Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich, obwohl der RH bereits 2008 und 2016 die Erfassung standardisierter Diagnosen im niedergelassenen Bereich empfohlen hatte.¹¹ Das Ärztegesetz regelte zwar Dokumentationspflichten über die Diagnose, den Krankheitsverlauf und die Art der Behandlung, es war jedoch keine standardisierte

⁶ Als Diabetikerinnen und Diabetiker Typ 2 wurden Personen klassifiziert, wenn eine der folgenden Bedingungen auf den Versicherten zutrifft: Verordnung von oralen Antidiabetika (OAD-Therapie), Verordnung von oralen Antidiabetika und Insulin (Kombinationstherapie), Verordnung von Insulin, wenn die Person mindestens 50 Jahre alt war und kein stationärer Aufenthalt mit E10-Diagnose nach ICD-10 Klassifikation im laufenden und in den vergangenen Kalenderjahren vorlag (Insulintherapie), wenn mindestens vier Blutzuckerbestimmungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Kalenderjahr oder mindestens zwei HbA1c-Bestimmungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Kalenderjahr durchgeführt wurden (Risikogruppe).

⁷ Die Grundgesamtheit umfasste 8.615.455 Anspruchsberechtigte (Versicherte und mitversicherte Angehörige).

⁸ BGBl. I 105/2008 i.d.F. BGBl. I 199/2013 (außer Kraft getreten am 31. Dezember 2016)

⁹ BGBl. I 98/2017

¹⁰ niedergelassener Bereich, Spitalsambulanzen und selbstständige Ambulatorien

¹¹ „Vergleich der Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse“ (Reihe Bund 2008/2), TZ 6; „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3), TZ 7 und zuletzt im Jahr 2018 im Bericht „Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte“ (Reihe Bund 2018/37), TZ 27

und zentrale Übermittlung von Diagnosedaten an die Krankenversicherungsträger vorgesehen. Zur Leistungsabrechnung übermittelten die Ärztinnen und Ärzte den Krankenversicherungsträgern die erbrachten Leistungen gemäß den Tarifikatalogen, die auf allgemeinen Leistungspositionen (z.B. Erstordination, großes Blutbild) und nicht auf Diagnosen basierten. Die Auswertung dieser Leistungsdaten ergab daher nur Hinweise für mögliche Ursachen von Arztbesuchen.

(3) Im Rahmen des DMP-Diabetes war eine jährliche standardisierte Dokumentation durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt vorgesehen. Die Ärztin bzw. der Arzt füllte hierzu zusammen mit der Patientin bzw. dem Patient einen einseitigen Dokumentationsbogen aus, den sie bzw. er meist elektronisch an den zuständigen Krankenversicherungsträger weiterleitete.¹² Der Dokumentationsbogen enthielt u.a. Informationen zu aufgetretenen Folgeerkrankungen, medizinische Daten aus den durchgeführten Untersuchungen und individuell vereinbarte Therapieschritte. Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse wertete diese Daten österreichweit und pseudonymisiert aus und veröffentlichte darüber jährlich einen umfangreichen Bericht. Darüber hinaus erhielten die im DMP-Diabetes eingeschriebenen Ärztinnen und Ärzte jährlich einen individuellen Feedbackbericht, der den Gesundheitszustand ihrer Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit den Durchschnittswerten des Bundeslandes verglich.

(4) Im überprüften Zeitraum gab es kein Gesamtkonzept, das eine Ergebnismessung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich vorsah. Ob und welche Behandlungsschritte für eine Diabetikerin oder einen Diabetiker (z.B. Augen- und Fußuntersuchungen, Medikamenteneinstellungen) zur Vermeidung von Komplikationen (z.B. Spitalsaufenthalte wegen Unterzuckerung, Gefäßschäden oder Erblindung) führten, war daher nicht auswertbar.

Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 war festgehalten, dass die Verbesserung der Ergebnisqualitätsmessung sowohl zwischen dem niedergelassenen und dem stationären Bereich als auch im jeweiligen Bereich erfolgen müsse. Die Partner der Zielsteuerung Gesundheit einigten sich darauf, ein System zur Messung der Ergebnisqualität in allen Bereichen aufzubauen. Hierzu gab es ein Pilotprojekt für den Bereich Diabetes, im Zuge dessen die Versorgungsqualität mittels Routinedaten erhoben und die Ergebnisse in Qualitätszirkeln mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten diskutiert wurden. Das Konzept zur Messung der Ergebnisqualität wurde von 2014 bis 2016 entwickelt. Im Zuge dieses Projekts hinterfragten die Projektteilnehmerinnen und Projektteilnehmer (z.B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte) die Eignung der erhobenen Routinedaten zur Ergebnisqualitätsmessung, da die fehlende Diagnosecodierung im ambulanten Bereich die Beurteilung von Kausalzusammenhängen erschwerte.

¹² Die Übermittlung des Dokumentationsbogens war Voraussetzung für die Honorierung der Ärztin bzw. des Arztes.

- 3.2 Der RH verwies auf die Zunahme von Diabeteserkrankungen und die damit verbundene Herausforderung für das österreichische Gesundheitssystem (TZ 2). Er kritisierte, dass die Verbreitung von Diabetes in der Bevölkerung, die Inanspruchnahme von Leistungen und die Wirkung der Behandlung von Diabetes nicht vollständig in den verfügbaren Daten abgebildet waren. Angesichts der hohen Bedeutung, der steigenden Tendenz und der spezifischen Herausforderungen bei der Behandlung von Diabetes hielt der RH gerade in diesem Bereich solide Datengrundlagen für entscheidend und erinnerte an seine seit 2008 wiederholt ergangene Empfehlung zur standardisierten Dokumentation von Diagnosen im niedergelassenen Bereich.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der TGKK, valide und vollständige Datengrundlagen (Epidemiologie, Diagnosen, beanspruchte Leistungen, Wirkung der Behandlung) zu Diabetes zu schaffen. Weiters wäre eine Stelle festzulegen, die verfügbare Daten sektorenübergreifend zusammenfasst und daraus Handlungsempfehlungen ableitet.

Der RH anerkannte, dass im DMP-Diabetes eine standardisierte Dokumentation medizinischer Daten verwirklicht war und die Steiermärkische Gebietskrankenkasse diese pseudonymisiert zentral auswertete und veröffentlichte. Der RH hob positiv hervor, dass jede teilnehmende Ordination ein Feedback über die bisherigen Behandlungserfolge im Vergleich zum bundesländerweiten Durchschnitt erhielt und damit ein Element der Ergebnisqualitätsmessung verwirklicht war.

Aus Sicht des RH stellte eine sektorenübergreifende Ergebnisqualitätsmessung einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität dar. Der RH anerkannte daher das im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 festgeschriebene Bekenntnis zur Umsetzung. Das dazu initiierte Pilotprojekt und die Einbindung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in einen Qualitätszirkel für die Analyse der Versorgungsqualität im ambulanten Bereich waren aus Sicht des RH daher zweckmäßig.

Der RH empfahl dem Hauptverband, der NÖGKK und der TGKK, die Qualitätszirkel mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als Instrument für die Analyse der Versorgungsqualität von Diabetes auszubauen und flächendeckend anzubieten.

- 3.3 (1) Das Ministerium stimmte in seiner Stellungnahme der Empfehlung des RH zu, valide und vollständige Datengrundlagen zu schaffen. Eine mögliche Durchführung biete sich im Rahmen der jährlichen schulärztlichen Untersuchung bspw. durch ein Screening mittels „Finger Prick“ an. Das Ministerium erwarte sich von der Einführung der ambulanten Leistungsdokumentation wesentliche Fortschritte im Hinblick auf die Datengrundlagen. Die Einführung eines Diabetesregisters sei derzeit nicht geplant, weil alle Systempartner die Verpflichtung der Gesundheitsberufe zu zusätzlichen Dokumentationspflichten gegenwertig als extrem schwierig einstufen. Die Datenlage

zu Diabetes sei daher nur auf Basis von fragmentierten Datenbeständen ermittelbar. Gegebenenfalls könne das von der Österreichischen Diabetes Gesellschaft derzeit abgelehnte Diabetesregister mit der Einführung der ambulanten Leistungsdokumentation etabliert werden.

(2) Der Hauptverband teilte mit, dass ihm die verpflichtende Diagnosecodierung als Datengrundlage für Planung und Qualitätskontrolle seit langem ein Anliegen sei und er dies bereits mehrmals in diversen Zielsteuerungsgremien eingebracht habe. Im Primärversorgungs-Gesamtvertrag sei die Diagnosecodierung für alle Primärversorgungseinheiten verpflichtend festgeschrieben.

Das Umsetzungskonzept für die Qualitätszirkel Diabetes liege dem Ständigen Koordinierungsausschuss bereits vor, die Bundes-Zielsteuerungskommission müsse es noch abnehmen.

(3) Laut Stellungnahme der NÖGKK könne sie die Aussage des RH, dass weder die genaue Zahl der Erkrankten noch deren genaue Behandlung und die Behandlungsergebnisse bekannt waren, nicht nachvollziehen. Im Österreichischen Diabetesbericht 2017 sei ein Kapitel zur Prävalenz, medikamentösen Versorgung und Versorgungsqualität enthalten.

Zur Empfehlung des RH, valide und vollständige Daten zu Diabetes zu schaffen, führte die NÖGKK aus, dass sie anstelle der Erfassung von neuen Daten es für zweckmäßiger erachte, die bestehenden Daten zu nutzen bzw. zu ergänzen. Für die intensivere Nutzung der Daten seien bereits Projekte initiiert, wie z.B. die Verknüpfung der LEICON-Daten mit Leistungsdaten der Krankenhausambulanzen. Die NÖGKK wolle die zentrale Datenhaltung bzw. -verarbeitung in LEICON weiter forcieren. Sie stimmte dem RH zu, dass eine standardisierte Diagnosedokumentation im niedergelassenen Bereich anzustreben sei. Bei dem vom RH erwähnten Pilotprojekt Diabetes im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit hätte sich die Mehrheit der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte gegen eine standardisierte Diagnosecodierung ausgesprochen.

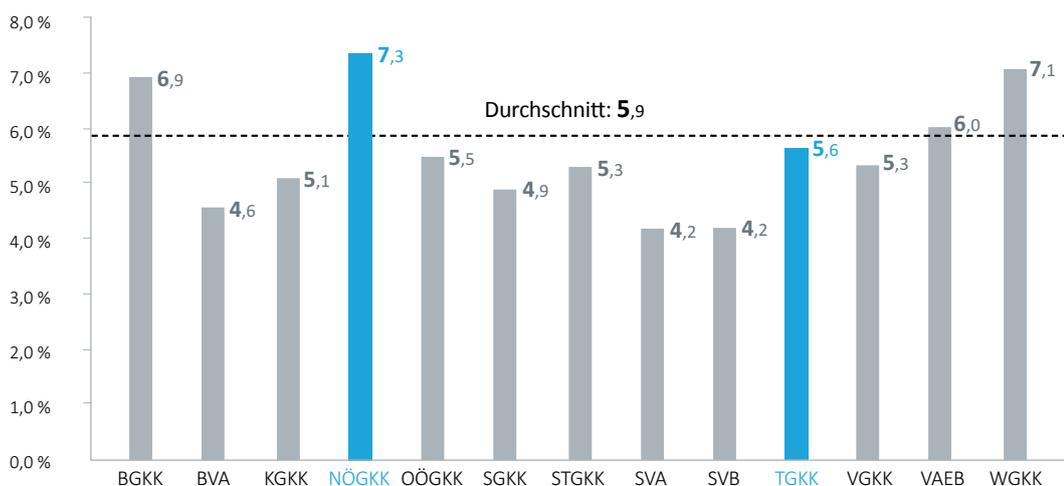
Zur Empfehlung des RH, die Qualitätszirkel mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auszubauen und flächendeckend anzubieten, merkte die NÖGKK an, dass dazu bereits umfangreiche Vorarbeiten unter Beteiligung der NÖGKK stattgefunden hätten und eine österreichweite Umsetzung noch im Jahr 2019 geplant sei. In diesem Zusammenhang ergänzte die NÖGKK, dass in die Qualitätszirkel nicht nur niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Spitalsärztinnen und -ärzte einzu beziehen seien.

- 3.4 Der RH entgegnete der NÖGKK, dass der Österreichische Diabetesbericht 2017 die Anzahl der nicht diagnostizierten Diabetikerinnen und Diabetiker mit 2 % bis 4 % der österreichischen Bevölkerung bezifferte, womit – im Unterschied zur Ansicht der NÖGKK – eine genaue Anzahl der Erkrankten nicht vorlag. Im Hinblick auf die fehlenden Informationen zur Behandlung und deren Ergebnisse verwies der RH nochmals auf das Fehlen einer Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich, deren Mehrwert auch die NÖGKK befürwortete.

Regionale und geschlechtsspezifische Unterschiede

- 4.1 (1) Die folgende Graphik stellt die Krankheitshäufigkeit (Anteil der Patientinnen und Patienten mit Diabetes Typ 2) altersstandardisiert¹³ und exklusive Mehrfachversicherungen dar:

Abbildung 2: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Diabetes Typ 2 im Jahr 2016 an den Anspruchsberechtigten



BGKK = Burgenländische Gebietskrankenkasse
 BVA = Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
 NÖGKK = Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
 KGKK = Kärntner Gebietskrankenkasse
 OÖGKK = Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
 SGKK = Salzburger Gebietskrankenkasse
 STGKK = Steiermärkische Gebietskrankenkasse
 SVA = Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
 SVB = Sozialversicherungsanstalt der Bauern
 TGKK = Tiroler Gebietskrankenkasse
 VGKK = Vorarlberger Gebietskrankenkasse
 VAEB = Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
 WGKK = Wiener Gebietskrankenkasse

Quellen: LEICON Management Summary 2016; Darstellung: RH

¹³ Die Altersstandardisierung erfolgte unter Verwendung der Altersverteilung in der Bevölkerung Österreichs im Jahr 2016.

Die bei 13 Krankenversicherungsträgern erhobene altersstandardisierte Krankheitshäufigkeit von Diabetes Typ 2 lag im Jahr 2016 zwischen 7,3 % (NÖGKK) und 4,2 % (Sozialversicherungsanstalt der Bauern), bei der TGKK bei 5,6 % und im Durchschnitt bei 5,9 %. Die beiden überprüften Gebietskrankenkassen konnten keine evidenzbasierte Erklärung für die Ursachen der Unterschiede angeben.

(2) Der Österreichische Diabetesbericht 2017 zeigte, dass das Geschlecht das Gesundheitsverhalten, die Entwicklung und den Verlauf einer Diabeteserkrankung beeinflusste. Neben biologischen Unterschieden spielten dabei auch andere Faktoren (wie Bildung oder sozioökonomische Faktoren) eine Rolle. Bei Frauen war ein niedriger Sozialstatus mit einem höheren Diabetes-Risiko verbunden. Gemäß einer Publikation des Hauptverbands hatten Männer im Vergleich zu Frauen in jüngerem Alter und bei niedrigerem Body-Mass-Index¹⁴ ein höheres Diabetes-Risiko. Bei Frauen stiegen die Erkrankungen nach der Menopause stark an. Sie hatten außerdem ein höheres Risiko für diabetesbedingte Gefäßschäden und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

- 4.2 Der RH wies darauf hin, dass Auswertungen der Krankenversicherungsträger beträchtliche regionale und trägerbezogene Unterschiede bei den Erkrankungen an Diabetes Typ 2 aufwiesen und auch Unterschiede nach Geschlecht zeigten.

Der RH verwies auf seine Empfehlung in [TZ 3](#) und empfahl dem Ministerium und dem Hauptverband, bei der empfohlenen Verbesserung der Datengrundlagen auch die regionalen und geschlechtsspezifischen Besonderheiten von Diabetes Typ 2 – Erkrankungen zu analysieren und in Zukunft bei Prävention und Versorgung zu berücksichtigen.

- 4.3 (1) Das Ministerium hielt in seiner Stellungnahme fest, dass die Datenlage zu Diabetes mangels österreichweiten Diabetesregisters nur fragmentiert sei. Die Ärztinnen und Ärzte würden dieses Register derzeit ablehnen. Es könne erst mit der Einführung der ambulanten Leistungsdokumentation etabliert werden. Der Österreichische Diabetesbericht 2017 beruhe daher u.a. auf Daten der Abrechnung und Vorsorgeuntersuchung sowie auf Schätzungen.

(2) Laut Stellungnahme des Hauptverbands sei er bemüht, die Empfehlung umzusetzen.

(3) Die NÖGKK sagte zu, die Empfehlung u.a. im Rahmen der Arbeiten zum Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Diabetes aufzugreifen.

¹⁴ Der Body-Mass-Index ist eine Maßzahl für die Bewertung des Körpergewichts eines Menschen zu seiner Körpergröße.

Diabetesplan und Diabetes-Strategie

- 5.1 (1) Aufgrund der hohen Anzahl an Diabetes Typ 2 erkrankter Menschen und der daraus resultierenden strukturellen und organisatorischen Herausforderungen für das Gesundheitswesen veröffentlichte das Ministerium bereits im Jahr 2005 einen Österreichischen Diabetesplan, der auf Defizite in der Datenerfassung, Betreuung, Vorsorge und Forschung im Bereich Diabetes verwies.

Wesentliche Vorhaben waren die Einführung des österreichweiten DMP-Diabetes (TZ 12) für Typ 2-Diabetikerinnen und -Diabetiker, die Behebung von Mängeln bei der Datenerfassung, die bessere Versorgung von sozialen Randgruppen, die Eindämmung der Ausbreitung und die Erstellung eines Forschungskonzepts sowie die Durchführung von Studien zur Beurteilung unterschiedlicher Aspekte der Diabetes-Versorgung (u.a. Beurteilung der Versorgungsqualität, Lücken und Schwachstellen in der regionalen Versorgung, Zusammenhang mit Folgeerkrankungen, Finden von evidenzbasierten Methoden zur Hebung der Versorgungs- und Behandlungsqualität der Patientinnen und Patienten).

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war die praktische Umsetzung vieler im Diabetesplan aus dem Jahr 2005 vorgeschlagener Vorhaben erst in Ansätzen erfolgt. Insbesondere war die Beteiligung am DMP-Diabetes noch immer auf einem geringen Stand (rd. 13 % der Erkrankten im Jahr 2017 (TZ 13)). Auch die Datenlage hatte sich seither kaum verbessert.

(2) Das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Frauen stellte im März 2017 eine neue Österreichische Diabetes-Strategie 2017 vor. Die Gesundheit Österreich GmbH koordinierte und erarbeitete diese Strategie mit etwa 100 Vertreterinnen und Vertretern u.a. von Bund, Ländern, Krankenversicherungsträgern, Selbsthilfegruppen und Berufsvertretungen. Diese verfolgte zwei übergeordnete Ziele, nämlich

- die Verringerung der Wahrscheinlichkeit, an Diabetes Typ 2 zu erkranken und
- die möglichst lange Aufrechterhaltung einer hohen Lebensqualität aller an Diabetes Typ 2 erkrankten Menschen.

Eine Quantifizierung dieser Ziele (z.B. wie stark die Neuerkrankungsquote durch welche Maßnahmen oder welche Folgeschäden durch welche Maßnahmen in welchem Ausmaß reduziert werden sollten) fehlte.

Zu den Themen Prävention, Diagnose, Therapie und Forschung formulierte die Diabetes-Strategie sechs Wirkungsziele bezogen auf den Umgang mit Diabetes Typ 2 für die nächsten fünf bis zehn Jahre. Die Wirkungsziele der Österreichischen Diabetes-Strategie waren

- die diabetesbezogene Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu steigern,
- diabetesreduzierende Umwelt- und Umfeldfaktoren zu fördern,
- Erkrankte zum eigenständigen und kompetenten Umgang mit Diabetes Typ 2 zu befähigen,
- integrierte Versorgung zu konzipieren, zu implementieren und sicherzustellen,
- Wissen und Kompetenz der Gesundheitsberufe auszubauen und zu vernetzen sowie
- Wissen zu generieren und evidenzbasiertes, qualitätsgesichertes Handeln zu unterstützen.

Diese Wirkungsziele sollten in 20 priorisierten Handlungsempfehlungen schrittweise umgesetzt werden. Die Priorisierung erfolgte zwar, allerdings fehlte bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung ein konkreter Umsetzungsplan mit Maßnahmen, Zuständigkeiten, Zeitplan, Finanzierung und evaluierbaren Ergebnisindikatoren.

(3) Im Vergleich zum Österreichischen Diabetesplan 2005 hob die Österreichische Diabetes-Strategie 2017 die Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention und dazu notwendiger Maßnahmen stärker hervor. Dies kam auch in der Priorisierung der damit im Zusammenhang stehenden Handlungsempfehlungen zum Ausdruck und betraf u.a. die Förderung und Stärkung der Bekanntheit sowie Verbindlichkeit der zehn österreichischen Gesundheitsziele¹⁵, die Gesundheitsförderungsstrategie¹⁶, die Nationalen Aktionspläne Ernährung¹⁷ und Bewegung, die Steigerung der diabetesbezogenen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung und die Förderung von diabetesreduzierenden Umwelt- und Umfeldfaktoren.

- 5.2 Der RH anerkannte das Erkennen des Handlungsbedarfs durch das Ministerium. Er kritisierte jedoch, dass die praktische Umsetzung vieler im Diabetesplan aus dem Jahr 2005 vorgeschlagener Maßnahmen erst in Ansätzen erfolgte und verwies auf seine Empfehlungen zur Datenlage (TZ 3) und zum DMP-Diabetes (TZ 12).

Der RH kritisierte, dass die Diabetes-Strategie 2017 weder eine Quantifizierung der zwei übergeordneten Ziele (Verringerung der Wahrscheinlichkeit, an Diabetes Typ 2 zu erkranken und die gesunden Lebensjahre zu erhöhen bzw. die Folgeerkrankungen zu reduzieren) noch konkret umzusetzende Maßnahmen mit Benennung von Verantwortlichkeiten, finanziellen Vorgaben und messbaren Ergebnisindikatoren enthielt.

¹⁵ 2012 beschlossen die Bundesgesundheitskommission und der Ministerrat zehn Gesundheitsziele für Österreich.

¹⁶ Die im Jahr 2014 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossene Gesundheitsförderungsstrategie orientierte sich an den zehn Gesundheitszielen Österreichs und den Landesgesundheitszielen.

¹⁷ siehe dazu auch RH-Bericht „Nationaler Aktionsplan Ernährung“ (Reihe Bund 2018/56)

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der TGKK, gemeinsam mit den anderen Krankenversicherungsträgern und den Ländern die Umsetzung der Österreichischen Diabetes-Strategie 2017 und ihrer Handlungsempfehlungen sicherzustellen. Dazu wäre vom Ministerium unter Einbindung der Bundes-Zielsteuerungskommission zeitnah ein Umsetzungsplan mit konkreten Maßnahmen, Verantwortlichkeiten und messbaren Ergebnisindikatoren vorzuschlagen.

- 5.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Österreichische Diabetes-Strategie 2017 aufgrund ihres erst kurzen Geltungszeitraums eine messbare Verbesserung bei Prävalenz und Inzidenz von Diabetes noch nicht zulasse. Die Österreichische Diabetes-Strategie 2017 enthalte bewusst keine quantifizierten Ziele; diese würde die Bundes-Zielsteuerungskommission im geplanten Rahmenkonzept vorsehen. Die von Dezember 2017 bis Mai 2019 amtierende Bundesregierung habe gemäß ihrem Regierungsprogramm zahlreiche weitere Maßnahmen umgesetzt.

Der geplante Bundesqualitätsstandard „Integrierte Versorgung Diabetes Mellitus Typ 2“ werde sich u.a. den Themen der Befähigung Erkrankter zum eigenständigen und kompetenten Umgang mit Diabetes, der integrierten Versorgung und der Unterstützung von evidenzbasiertem qualitätsgesichertem Handeln widmen.

- (2) Der Hauptverband teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Österreichische Diabetes-Strategie 2017 im Rahmen der aktuellen Zielsteuerung Gesundheit 2017 bis 2021 umgesetzt werde.

- (3) Die NÖGKK hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass die Sozialversicherung in einem Workshop im September 2018 eine Priorisierung der Handlungsempfehlungen vorgenommen und konkrete Maßnahmen in der Verantwortlichkeit der Sozialversicherung erarbeitet habe. Die Leitenden Angestellten hätten der Priorisierung und Rol-
lendifinition der Sozialversicherungsträger am 6. Dezember 2018 und der Ausschuss für Krankenversicherung und Prävention am 28. Jänner 2019 zugestimmt. Die Sozialversicherung übernehme dabei in zahlreichen Handlungsempfehlungen, wie bspw. die Schaffung einer abgestimmten integrierten Versorgung eine Treiberrolle.

Die NÖGKK merkte an, dass sie die kritische Feststellung des RH zur kaum verbesserten Datenlage nicht bestätigen könne. Die Datenlage zu Diabetes habe sich seit dem Diabetesplan 2005 insofern verbessert, als die Dokumentation im DMP-Diabetes und seine Evaluierung sowie die Arbeiten von LEICON zwischenzeitlich eingeführt worden seien.

(3) Auch die TGKK verwies in ihrer Stellungnahme auf das Projekt Integrierte Versorgung Diabetes und das dafür unter Beteiligung der Sozialversicherung und der Gesundheit Österreich GmbH vorgesehene Rahmenkonzept. Darin würden die wesentlichen Aspekte der Österreichischen Diabetes-Strategie 2017 aufgegriffen werden. Inhaltliche Vorarbeiten dazu würden im Rahmen der eigens eingerichteten Arbeitsgruppe (Kernteam Diabetes) erfolgen, die sich mit der regionalen Umsetzung der Österreichischen Diabetes-Strategie bzw. Weiterentwicklung der Versorgung auf Landesebene befasse.

- 5.4 Der RH entgegnete dem Ministerium, dass er nicht die Umsetzung der Österreichischen Diabetes-Strategie 2017, sondern die erst ansatzweise erfolgte Durchführung von Maßnahmen des Diabetesplans 2005 und die dadurch noch immer bestehenden Defizite u.a. zur Datenlage kritisierte.

Gegenüber der NÖGKK hielt der RH fest, dass er die zwischenzeitlich erfolgten Maßnahmen insbesondere im Zusammenhang mit der Einführung von DMP-Diabetes (TZ 12) ausdrücklich gewürdigt hatte. Seine kritische Stellungnahme zur Datenlage hatte sich nicht auf den Bereich DMP-Diabetes, sondern auf die österreichweite Datenlage im Bereich Diabetes bezogen (TZ 3).

Prävention und Früherkennung

Präventive Maßnahmen

- 6.1 (1) Nach der Weltgesundheitsorganisation (**WHO**) umfasste Gesundheitsförderung neben strukturellen Maßnahmen der Organisationsentwicklung sowie der physischen und sozialen Umweltgestaltung auch Prävention und Gesundheitserziehung in den alltäglichen Umwelten der Menschen und sollte Wohnumfeld, Arbeitsplatz und Schule einbeziehen. Das Ministerium übernahm diese Definition für die Wirkungsziele und deren Handlungsempfehlungen in der Österreichischen Diabetes-Strategie 2017.

(2) Wie der RH bereits 2014 feststellte¹⁸, floss in Österreich der Großteil der öffentlichen Gelder im Bereich Gesundheit in die kurative Versorgung; weniger als 2 % flossen in die Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten. Diese Aufgaben oblagen dem Bund, den Ländern und den Sozialversicherungen in einer Gemenge-

¹⁸ siehe RH-Bericht „System der Gesundheitsvorsorge“ (Reihe Bund 2014/14), TZ 3

lage.¹⁹ Das Ministerium meldete über den Zeitraum 2013 bis 2017 Ausgaben in den Bereichen Bewegungsarmut und Fehlernährung in Höhe von rd. 400.000 EUR, der Hauptverband Ausgaben in Höhe von rd. 1,10 Mio. EUR. Das Ministerium verwies zudem auf vom Fonds Gesundes Österreich vergebene Fördermittel in Höhe von rd. 7,70 Mio. EUR für im Zeitraum 2013 bis 2017 abgewickelte Projekte in den Bereichen Bewegung und Ernährung.

Bundesweite, speziell für Personen mit bereits bestehenden diabetesbezogenen Risikofaktoren konzipierte Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme fehlten. Die NÖGKK und die TGKK führten in ihrem Zuständigkeitsbereich Projekte, wie bspw. „Gesunde Volksschule“, „Bewegt im Park“, „Gesunde Kocherei“ oder Ernährungsberatungen in Betriebskantinen und -küchen durch. Diese zielten auf ein breites Spektrum von gesundheitsfördernden Maßnahmen ab, waren aber weder unmittelbar auf die Prävention von Diabetes Typ 2 konzentriert, noch direkt für die Gruppe mit bereits bestehenden diabetesbezogenen Risikofaktoren konzipiert.

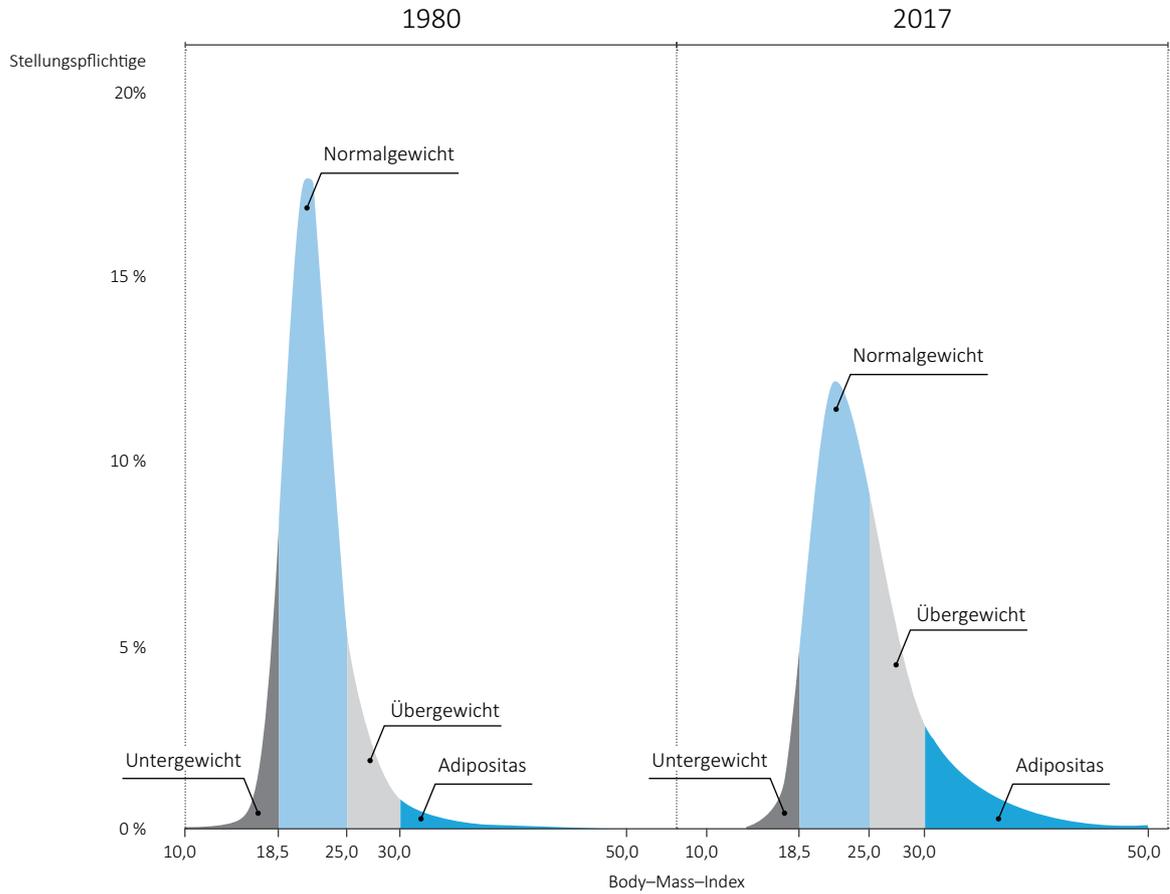
(3) Das Ministerium beauftragte regelmäßig einen wissenschaftlichen Ergebnisbericht, in dem u.a. die für Diabetes Typ 2 wesentlichen Risikofaktoren Alkoholkonsum, Nikotinkonsum, Übergewicht und Adipositas dargestellt waren. Demnach

- betrug der Pro-Kopf Alkoholkonsum (Liter reiner Alkohol pro Jahr) der ab 15-Jährigen für Österreich 12,1 Liter (2004) bzw. 12,3 Liter (2014),
- nahm der Anteil der Raucher zwar von 38,7 % im Jahr 1972 auf 26,7 % im Jahr 2014 ab, der Anteil der Raucherinnen stieg aber von 9,8 % auf 22,2 % und
- verminderte sich zwar der Anteil der Übergewichtigen von 2006/2007 bis 2014 von 35,9 % auf 32,6 %, dafür stieg der Anteil der Personen mit Adipositas von 12,8 % auf 14,4 %.

(4) Der RH analysierte Gesundheitsdaten der Stellungspflichtigen, weil diese seit Jahrzehnten zur Verfügung standen und vergleichbar waren. Der Mittelwert des Body-Mass-Index aller Stellungspflichtigen im Zeitraum 1980 bis 2017 stieg von 22,1 im Jahr 1980 auf 23,7 im Jahr 2017 an. Die Verteilung des Body-Mass-Index der Stellungspflichtigen zeigt nachstehende Abbildung:

¹⁹ Die zielgerichtete und wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention waren gemäß § 116 Abs. 1 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz auch eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie sollte dabei insbesondere aufklären, beraten und für Gruppen von Anspruchsberechtigten gezielt je nach deren Lebenswelten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme und Maßnahmen anbieten. Die Gewährung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention stellte nach § 154b Allgemeines Sozialversicherungsgesetz eine Pflichtaufgabe der Krankenversicherung dar; dieser Verpflichtung stand aber kein individueller Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber.

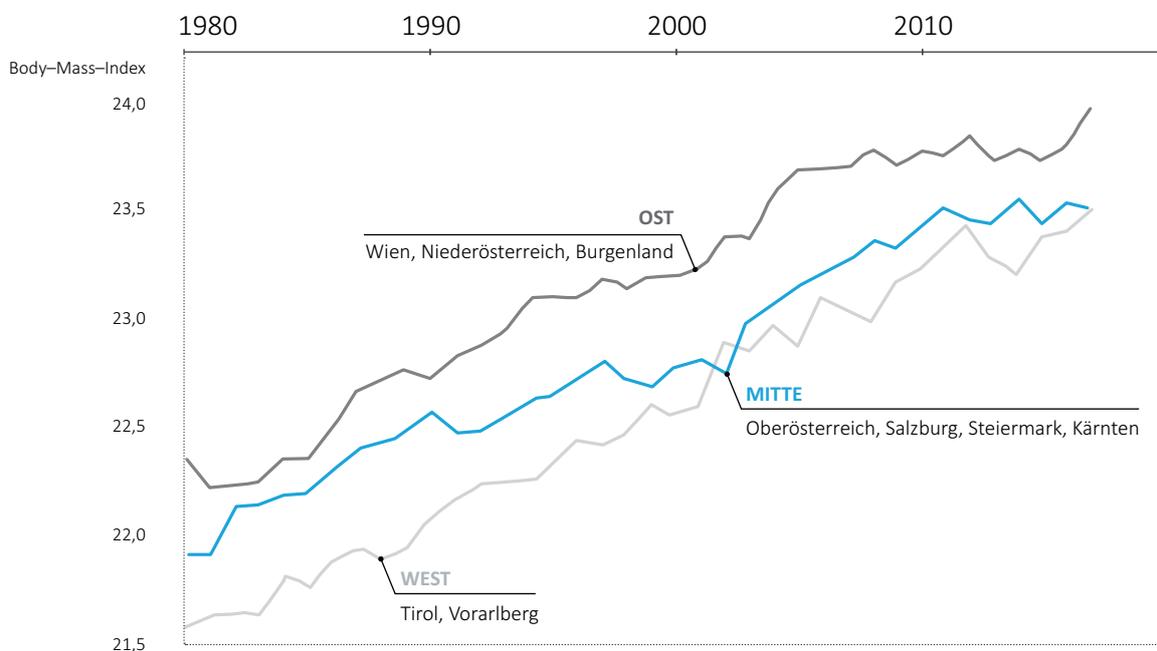
Abbildung 3: Verteilung des Body-Mass-Index der Stellungspflichtigen im Jahr 1980 und 2017



Quellen: BMLV; Darstellung: RH

Eine regionale Auswertung (nach dem Hauptwohnsitz) zeigte für die Jahre 1980 bis 2017 ein Ost-West-Gefälle, wobei die Body-Mass-Index-Mittelwerte der Stellungspflichtigen über den gesamten Zeitraum im Osten (Wien, Niederösterreich, Burgenland) höher waren als im Westen (Tirol, Vorarlberg).

Abbildung 4: Ost-West-Gefälle der Entwicklung des Mittelwerts des Body-Mass-Index von Stellungspflichtigen von 1980 bis 2017



Quellen: BMLV; Darstellung: RH

(5) Im RH-Bericht „Nationaler Aktionsplan Ernährung“ (Reihe Bund 2018/56), TZ 15, hatte der RH auf eine im Jahr 2011 abgeschlossene Vereinbarung zwischen dem damaligen Gesundheitsministerium und der Bäckerinnung verwiesen, wonach Bäckereibetriebe freiwillig den Salzgehalt in bestimmten Produkten reduzierten, wodurch sich der Salzverbrauch von 2010 bis 2015 um insgesamt rd. 82 Tonnen verringerte. Im Nationalen Aktionsplan Ernährung enthaltene Ziele legten u.a. fest, die Salzzufuhr und den Zuckerzusatz zu verringern (TZ 6 dieses Berichts).

6.2 In Kenntnis, dass Bewegungsmangel und falsche Ernährung bedeutende Risikofaktoren von Diabetes Typ 2 waren, anerkannte der RH die gesundheitsfördernden Projekte dazu. Er kritisierte jedoch, dass es keine österreichweiten Projekte für Personen mit diabetesbezogenen Risikofaktoren gab.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der TGKK, evidenzbasierte österreichweite Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte im Bereich Diabetes zu priorisieren und zu forcieren.

Der RH hielt fest, dass sich über Zeiträume von zehn und mehr Jahren – trotz der Investitionen in präventive Projekte – sowohl das Rauchverhalten als auch der Alkoholkonsum der österreichischen Bevölkerung nicht wesentlich änderten und der Anteil der Bevölkerung mit Adipositas seit 2006/2007 anstieg.

Der RH verwies auf die im Nationalen Aktionsplan Ernährung enthaltenen Ziele, die Verringerung der Salzzufuhr und des Zuckerzusatzes, und die im Jahr 2011 abgeschlossene Vereinbarung des Ministeriums zur freiwilligen Reduktion des Salzgehalts in Brot und Gebäck. Er hielt eine analoge Initiative zur Reduktion des Zuckeranteils in Lebensmitteln für zweckmäßig.

Der RH empfahl dem Ministerium, den Abschluss von Vereinbarungen über die freiwillige Verringerung des Zuckeranteils in Lebensmitteln anzustreben.

- 6.3 (1) Zur Empfehlung, evidenzbasierte österreichweite Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte im Bereich Diabetes zu priorisieren und zu forcieren, hielt das Ministerium fest, dass die Gesundheitsziele Österreich und die daraus abgeleitete Gesundheitsförderungsstrategie auch im Sinne der Diabetes-Prävention wirksam seien. Insbesondere verwies das Ministerium auf die ab 2019 geplante Umsetzung des Gesundheitsziels 7 (Ernährung), das derzeit umgesetzte Gesundheitsziel 8 (Bewegung) sowie auf die Nationalen Aktionspläne Ernährung und Bewegung.

Zur Empfehlung, Vereinbarungen über die freiwillige Verringerung des Zuckeranteils in Lebensmitteln anzustreben, führte das Ministerium aus, dass es mit Vertreterinnen und Vertretern der Lebensmittelindustrie über eine „Absichtserklärung über Maßnahmen zur weiteren Reduktion von Zucker und Salz in verarbeiteten Lebensmitteln als Beitrag für eine ausgewogene Ernährung“ bereits verhandelt habe. Die Ministerin und die genannten Stakeholder hätten diese Absichtserklärung am 6. Mai 2019 unterschrieben. Bis September 2019 sollen gemeinsam Vorschläge, ein Zeitplan für die Umsetzung der geplanten Maßnahmen zur freiwilligen Reduktion von Salz und Zucker in verarbeiteten Lebensmitteln und Getränken und ein Monitoringkonzept zur Überprüfung der Zielerreichung erarbeitet werden. Ein erster Erfolg im Bereich der freiwilligen Verringerung des Zuckergehalts von Lebensmitteln sei zuvor bereits im Rahmen des EU-Schulprogramms für landwirtschaftliche Erzeugnisse erreicht worden.

Ergänzend zum Zuckergehalt sei eine konsumentenfreundliche Kennzeichnung anzustreben. Zum Zucker-, Salz- und Fettgehalt von als gesundheitsförderlich angesehenen Lebensmitteln solle ein Monitoringsystem (Datenbank) verfügbar sein. In derartige Aktivitäten sei die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) bereits eingebunden.

(2) Der Hauptverband teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Sozialversicherung bereits wichtige nationale Programme im Bereich Ernährung und Bewegung, wie z.B. „Richtig Essen von Anfang an“, „Bewegt im Park“, sowie Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in der Primärversorgung umgesetzt habe und weitere evidenzbasierte Ansatzpunkte entwickeln werde.

(3) Die NÖGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass ihre Projekte zu den Themen Bewegung und Ernährung zu einer Vermeidung von Diabetes Typ 2 beitragen würden. Die NÖGKK befürworte darüber hinaus die Entwicklung eines bundesweiten, speziell auf die Prävention von Diabetes Typ 2 abzielenden Programms. Allerdings bestehe aus Sicht der NÖGKK keine gesicherte Evidenzlage zu linearen Zusammenhängen zwischen Maßnahmen und beabsichtigten Ergebnissen.

Die NÖGKK anerkannte die Empfehlung, den Abschluss von Vereinbarungen über die freiwillige Verringerung des Zuckeranteils in Lebensmitteln anzustreben. Sie verwies auf die Bedeutung des Health in all Policies-Ansatzes.

(4) Laut Stellungnahme der TGKK seien Maßnahmen und Projekte, die den Einflussfaktoren Überernährung und Bewegungsmangel entgegenwirken sollen, als unmittelbare Diabetes-Prävention zu bezeichnen. Sie wies bspw. auf das Gütesiegel „Gesunde Schule in Tirol“ mit klaren Kriterien betreffend Bewegung und Ernährung sowie das Ernährungs- und Bewegungsprogramm „TeenPower“ für Jugendliche hin. Sie teilte die Ansicht des RH, dass vulnerable Bevölkerungsgruppen und Personen mit erhöhtem Diabetesrisiko besonderes Augenmerk benötigen würden. Auch die TGKK merkte an, dass eine effektive Prävention vor Diabetes Typ 2 ein konzentriertes Vorgehen unterschiedlicher Politikbereiche (Gesundheit, Soziales, Bildung, Wirtschaft, Verkehr, Umwelt) erfordere.

Früherkennung

7.1 (1) Internationale Untersuchungen zeigten, dass bis zu 50 % der Diabetes Typ 2-Erkrankungen über Jahre unentdeckt blieben und erst im Rahmen von Routineuntersuchungen auffielen. Eine frühe Diagnose von Diabeteserkrankungen ist jedoch wesentlich für die Vermeidung von Folgeschäden. Auch die Österreichische Diabetes-Strategie 2017 empfahl, Personen mit erhöhtem Diabetes-Risiko und Personen mit nicht-diagnostiziertem Diabetes Typ 2 – die Anzahl nicht-diagnostizierter Diabeteserkrankungen wird in Österreich auf rd. 147.000 bis 294.000 geschätzt – frühzeitig zu identifizieren und zu versorgen.

(2) Das zentrale Instrument der österreichischen Krankenversicherungsträger zur Früherkennung von Diabetes Typ 2 war die Vorsorgeuntersuchung, die alle Versicherten ab 18 Jahren in Anspruch nehmen konnten. Österreichweit nahmen im Jahr 2016 rd. 990.000 Versicherte (davon etwa 7 % bereits diagnostizierte Diabetikerinnen und Diabetiker) an einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung teil. Dies entsprach 13,7 % der österreichischen Bevölkerung ab 18 Jahren. Dabei zeigten sich starke regionale Unterschiede. In Niederösterreich führten etwa nur 6,3 % der Bevölkerung ab 18 Jahren eine Vorsorgeuntersuchung durch²⁰, in Tirol 20,0 %; den

²⁰ Laut NÖGKK sei der geringe Anteil dadurch zu erklären, dass viele Vorsorgeleistungen als Einzelleistungen im Rahmen eines „normalen“ Arztbesuches abrechenbar seien.

höchsten Wert wies Kärnten mit 22,8 % auf. Anteilsmäßig nützten besonders viele Personen in der Altersgruppe von 45 bis 74 Jahren das Angebot.

(3) Die Vorsorgeuntersuchung beinhaltete eine Blutzuckermessung. Bei etwa 2 % der untersuchten Nicht-Diabetikerinnen und Nicht-Diabetiker überstieg der Blutzuckerwert den festgelegten Grenzwert, was auf eine neudiagnostizierte Diabeteserkrankung hindeutete. Auch andere Risikoparameter für die Entwicklung von Diabetes (wie z.B. Diabetes-Fälle in der Verwandtschaft, aufgetretener Schwangerschaftsdiabetes bei Frauen, Tabakkonsum und Body-Mass-Index) wurden bei der Vorsorgeuntersuchung erfasst. Die Daten waren pseudonymisiert beim Hauptverband gespeichert. Die Besprechung der Untersuchungsergebnisse sowie weiterführende Kontrollen und Therapieschritte waren von der behandelnden Ärztin bzw. vom behandelnden Arzt (meist der Hausärztin bzw. dem Hausarzt) durchzuführen. Aufgrund der fehlenden Diagnose-Codierung im niedergelassenen Bereich konnten die Krankenversicherungsträger die aufgrund der Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchung getätigten Folgediagnosen nicht nachvollziehen.

(4) Zur Steigerung der Teilnahmezahlen an der Vorsorgeuntersuchung konnten Krankenversicherungsträger an zentral organisierten Kampagnen²¹ teilnehmen, bei denen Einladungen an bestimmte, wechselnde Risikogruppen (z.B. an Personen mit Verordnungen für bestimmte Heilmittel) versendet wurden. Insgesamt kamen dadurch im Jahr 2016 rd. 70.000 Vorsorgeuntersuchungen zustande. Die NÖGKK und die TGKK nahmen an den Einladungskampagnen teil. Die NÖGKK setzte im Prüfungszeitraum keine über die Einladungskampagne hinausgehenden Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme. Die TGKK führte im Jahr 2013 eine umfangreiche Informationskampagne durch. Darüber hinausgehende Anreizsysteme bestanden nicht.

(5) Neben der Vorsorgeuntersuchung bestanden keine weiteren, flächendeckenden Initiativen zur Früherkennung von Diabetes und für Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko. Die Leitlinie der Österreichischen Diabetesgesellschaft empfahl, Personen mit erhöhtem Diabetes-Risiko zu identifizieren und mindestens in dreijährigem Abstand systematisch auf das Vorliegen von Diabetes bzw. auch auf erhöhte Blutzuckerwerte (Prädiabetes²²) zu testen. Die deutschen Gesundheitsziele empfahlen, das individuelle Risiko mittels Fragebögen während beliebiger Arztkonsultationen zu ermitteln.

7.2 Der RH hielt die Vorsorgeuntersuchung für ein geeignetes Instrument zur Früherkennung von Diabeteserkrankungen und zur Identifikation von Risikogruppen. Da regionale Unterschiede bei den Teilnahmequoten vorhandene Potenziale zur Erhöhung der Teilnehmerzahlen aufzeigten, sah der RH in zielgruppenspezifischen Einladungs-

²¹ organisiert von der Kärntner, Oberösterreichischen und Wiener Gebietskrankenkasse

²² Bezeichnung für ein Vorstadium des Diabetes Typ 2

kampagnen, wie bspw. für Patientinnen und Patienten mit blutdrucksenkenden Medikamenten, ein geeignetes Mittel zur Erhöhung der Inanspruchnahme.

Der RH empfahl dem Hauptverband, der TGKK und der NÖGKK, geeignete Maßnahmen (z.B. Anreizsysteme) zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung vor allem bei Personen ohne regelmäßige Arztkontakte und mit erhöhtem Diabetes-Risiko zu setzen.

Der RH kritisierte, dass neben der Vorsorgeuntersuchung keine weiteren flächen-deckenden Initiativen zur Früherkennung von Diabetes bestanden, obwohl die Anzahl der österreichweit nicht-diagnostizierten Diabeteserkrankungen auf rd. 147.000 bis 294.000 geschätzt wurde.

Der RH empfahl dem Hauptverband, der NÖGKK und der TGKK, über die Vorsorgeuntersuchung hinausgehende Initiativen zur Früherkennung von Diabetes zu verfolgen.

7.3 (1) Der Hauptverband teilte in seiner Stellungnahme mit, dass er im Jahr 2018 die Weiterentwicklung des Einladungssystems für die Vorsorgeuntersuchung beauftragt habe. Das in der Folge entwickelte Konzept werde seit 2019 sukzessive umgesetzt. Das Competence Center Integrierte Versorgung plane und koordine im Jahr 2019 zwei Einladungskampagnen zur Vorsorgeuntersuchung für ausgewählte Personengruppen. Weiters habe der Hauptverband die Donau Universität Krems beauftragt, wissenschaftliche Grundlagen für eine Neuausrichtung der Vorsorgeuntersuchung zu erarbeiten. Die bereits veröffentlichten Ergebnisse würden die Grundlage für weitere Verhandlungen mit der Österreichischen Ärztekammer bilden.

(2) Die NÖGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass eine Vorsorgeuntersuchung wertvolle Informationen über den Gesundheitszustand der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bieten könne. Die Erfassung der Ergebnisse erfolge jedoch pseudonymisiert und ohne Diagnosecodierung, womit eine Auswertung dieser Diagnosen und von Folgediagnosen nicht möglich sei. Der Sozialversicherung sei daher eine den medizinischen Standards entsprechende durchgängige Diagnosecodierung ein wesentliches Anliegen. Eine Einigung zur Codierung sei bisher nur in Teilbereichen (TZ 15) erzielt worden.

Bezüglich der zielgruppenspezifischen Einladungskampagnen wies die NÖGKK darauf hin, dass sie im Zeitraum 2013 bis 2017 keine speziellen Einladungskampagnen für Vorsorgeuntersuchungen von Diabetikerinnen und Diabetikern durchgeführt habe, da dies keinen Sinn mache. Diese Personen seien bereits kurativ versorgt. Das derzeitige Einladungssystem für die Vorsorgeuntersuchung stelle bereits auf die genannten Kriterien (keine regelmäßigen Arztkontakte, Inanspruchnahme bestimmter Medikamente etc.) ab. Darüber hinaus wies die NÖGKK im Rahmen der betrieblichen

Gesundheitsförderung auf die Möglichkeit der Durchführung der Vorsorgeuntersuchung in Betrieben hin.

Die Diagnose Diabetes Typ 2 beruhe auf einem einfachen Labortest. Es liege einerseits in der Verantwortung und Sorgfaltspflicht der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes, diesen durchzuführen, andererseits könne jede Patientin bzw. jeder Patient diesen Labortest einfordern oder an der Vorsorgeuntersuchung teilnehmen.

Das für Versicherte der Sozialversicherung der Gewerblichen Wirtschaft bestehende finanzielle Anreizsystem sei im Bereich des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes aufgrund der Systemunterschiede nicht möglich. Allenfalls könnten eine intensivere Einbindung der Ärztekammer und ihre Motivation eine stärkere Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung bewirken. Eine Erhöhung der Arzthonorare sei nicht zielführend.

Schließlich verwies die NÖGKK auf die in der Stellungnahme des Hauptverbands erwähnte Neugestaltung der Vorsorgeuntersuchung und die darin enthaltene Empfehlung, Erwachsene mit erhöhtem Diabetesrisiko alle drei Jahre auf Diabetes Typ 2 zu screenen.

(3) Die TGKK unterstützte den Ansatz der Österreichischen Diabetesgesellschaft, Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko zu identifizieren und regelmäßig ihre Blutzuckerwerte zu untersuchen. Die TGKK verwies ebenso auf die geplanten Anpassungen der Vorsorgeuntersuchung.

- 7.4 Der RH entgegnete der NÖGKK, dass ihre Meinung zur nicht erforderlichen Bewerbung der Vorsorgeuntersuchung angesichts der im Österreichvergleich niedrigen niederösterreichischen Teilnahmequote für den RH weder nachvollziehbar war noch der Österreichischen Diabetes-Strategie 2017 sowie den Leitlinien der Österreichischen Diabetesgesellschaft entsprach. Er wiederholte seine Ansicht, dass gerade eine zielgruppenspezifische Einladungskampagne zur Vorsorgeuntersuchung ein geeignetes Instrument zur Früherkennung von Diabetes sei und verwies auf den damit verbundenen Nutzen für Betroffene. Er hielt seine Empfehlungen aufrecht und betonte, keine Einladungskampagne für bereits diagnostizierte und behandelte Diabetikerinnen und Diabetiker empfohlen zu haben.

Untersuchung der 15– bis 17-jährigen Pflichtversicherten (Jugendlichenuntersuchung)

- 8.1 (1) Nach den Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Jugendlichenuntersuchungen 2005 und 2016 des Hauptverbands hatten die Krankenversicherungsträger bei den 15– bis 17-jährigen Pflichtversicherten mindestens einmal jährlich eine ärztliche Untersuchung selbst durchzuführen oder diese zu beauftragen.

Die NÖGKK führte die Jugendlichenuntersuchungen mit einem eigenen Ärzteteam durch und lud dazu sowohl die Lehrlinge als auch die berufstätigen Jugendlichen ohne Lehrverhältnis ein. Die ärztlichen Untersuchungen fanden für die Lehrlinge in der jeweiligen Berufsschule statt und für die „Nicht-Lehrlinge“ in den Servicestellen der NÖGKK.

Die TGKK beauftragte für die ärztliche Untersuchung der Lehrlinge an den Berufsschulen das Land Tirol. Der Vertragsabschluss mit den Ärztinnen und Ärzten sowie die Organisation der Untersuchung erfolgten über das Land Tirol. Die berufstätigen Jugendlichen, die keine Berufsschule besuchten, wurden in Tirol nicht ärztlich untersucht.

In Niederösterreich nahmen nicht alle Berufsschulen an der Jugendlichenuntersuchung teil. In Tirol lagen von einer Berufsschule keine Daten vor.

(2) Die Versicherungsträger erstellten jährlich einen Tätigkeitsbericht über die Daten zur Jugendlichenuntersuchung des Vorjahres und übermittelten diesen bis spätestens Ende Februar des Folgejahres an den Hauptverband. Dieser leitete die zusammengefassten Daten an das Ministerium, das damit die rechnerische und sachliche Richtigkeit des bis Ende 2014 an den Hauptverband gewährten Bundeszuschusses prüfte. Inhaltlich setzte sich das Ministerium mit den Daten der Jugendlichenuntersuchung nicht auseinander; so unterblieb bspw. eine gesundheits- und diabetesbezogene Datenauswertung für allfällige präventive Maßnahmen bei Jugendlichen.

(3) Auch der Hauptverband wertete die Daten hinsichtlich (sozial)medizinischer Fragestellungen – wie bspw. der Entwicklung von diabetesbezogenen Risikofaktoren in dieser Altersgruppe – nicht aus. Weiters übersah der Hauptverband, dass die TGKK nur für Lehrlinge, nicht aber für berufstätige Jugendliche ohne Lehrverhältnis eine ärztliche Untersuchung anbot.

- 8.2 Der RH kritisierte, dass die TGKK für berufstätige Jugendliche ohne Lehrverhältnis keine ärztliche Untersuchung entsprechend den Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Jugendlichenuntersuchungen 2005 und 2016 anbot. Auch dem Hauptverband war diese Angebotslücke nicht aufgefallen. Der RH hielt kritisch fest, dass eine Berufsschule in Tirol keine Daten übermittelte und in Niederösterreich nicht alle Berufsschulen teilnahmen. Damit lagen aus Tirol und Niederösterreich nur unvollständige Daten zur Jugendlichenuntersuchung vor.

Der RH empfahl der TGKK, für alle berufstätigen Jugendlichen – unabhängig von einem Besuch einer Berufsschule – eine Jugendlichenuntersuchung anzubieten.

Dem Hauptverband, der NÖGKK und der TGKK empfahl er, darauf hinzuwirken, dass zukünftig alle Berufsschulen die Daten der Jugendlichenuntersuchung erfassen und übermitteln.

Der RH empfahl weiters der NÖGKK, auf eine Teilnahme aller Berufsschulen an der Jugendlichenuntersuchung hinzuwirken.

Der RH hielt fest, dass das Ministerium die vom Hauptverband jährlich übermittelten Daten zur Jugendlichenuntersuchung nur zur Abrechnung des bis Ende 2014 bereitgestellten Bundeszuschusses verwendete, diese aber weder auswertete noch sich inhaltlich damit auseinandersetzte. Auch der Hauptverband fasste die bundesweiten Daten zur Jugendlichenuntersuchung nur zusammen, nutzte diese aber weder für Auswertungen noch für inhaltliche Analysen.

Der RH empfahl dem Ministerium und dem Hauptverband, die Daten der Jugendlichenuntersuchung für gesundheitspolitische Analysen und Maßnahmen generell und speziell im Bereich Diabetes zu nutzen, um frühzeitig (sozial)medizinische Risikofaktoren dieser Altersgruppe erkennen und gegensteuern zu können.

- 8.3 (1) Das Ministerium verwies in seiner Stellungnahme auf die gemäß § 66a Schulunterrichtsgesetz per Verordnung vorgesehene IT-Dokumentation von epidemiologisch relevanten Gesundheitsdaten. Daraus seien (sozial)medizinische Risikofaktoren von Kindern und Jugendlichen erkennbar und zielgerichtete Präventionsprogramme ableitbar. Das Ministerium habe einen derartigen Verordnungsentwurf erarbeitet und plane, demnächst ein Begutachtungsverfahren einzuleiten.

Das Bundesministerium für Finanzen habe in Umsetzung einer RH-Empfehlung²³ im Herbst 2017 einen Spending-Review-Prozess zum Thema „Schulgesundheit“ initiiert. Dabei würden mit allen relevanten Stakeholdern Empfehlungen für ein durchlässiges

²³ siehe RH-Bericht „Gesundheit der Schülerinnen und Schüler: Schulärztlicher Dienst und Schulpsychologischer Dienst“ (Reihe Bund 2013/1)

System, bei dem der schulärztliche Dienst auch Aufgaben des Gesundheitswesens wahrnimmt, erarbeitet werden.

(2) Der Hauptverband teilte in seiner Stellungnahme zur Empfehlung betreffend die Erfassung und Übermittlung der Daten der Jugendlichenuntersuchung aller Berufsschulen mit, dass er die Vorgangsweise der Schulverwaltung nicht steuern könne. Die Übermittlung der Daten der Jugendlichenuntersuchung sei in einer Richtlinie des Hauptverbands geregelt. Ihre Umsetzung evaluiere der Hauptverband regelmäßig. Er sagte zu, zukünftig entsprechende Maßnahmen zur Einhaltung der Richtlinie laufend zu setzen und zukünftig die Daten der Jugendlichenuntersuchung generell und speziell im Bereich Diabetes für gesundheitspolitische Analysen und Maßnahmen nützen zu wollen.

(3) Die NÖGKK wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass aufgrund einer Vereinbarung alle niederösterreichischen gewerblichen und kaufmännischen Landesberufsschulen an der Jugendlichenuntersuchung teilnehmen würden. Im Schuljahr 2017/18 habe die NÖGKK dadurch rd. 82 % der Zielgruppe erreicht. Die restlichen 18 % der Zielgruppe für die Jugendlichenuntersuchungen würden land- und forstwirtschaftliche Berufsschulen, Bundesberufsschulen oder eine private Berufsschule besuchen. Die NÖGKK hielt den administrativen Aufwand zur Abdeckung der verbleibenden 18 % der Zielgruppe für unverhältnismäßig hoch und beurteilte diesen Aufwand ressourcenbedingt für nicht leistbar. Die bereits teilnehmenden Landesberufsschulen würden aus Datenschutzgründen keine Daten an die NÖGKK übermitteln.

(4) Die TGKK teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass ab 2020 auch in Tirol eine Unterscheidung zwischen Berufsschülern und anderen pflichtversicherten 15- bis 17-Jährigen erfolgen könne. Sie könne dann auch Letztere zur Untersuchung in der nächstgelegenen Servicestelle einladen. Die fehlende Datenübermittlung einer Berufsschule sei auf das Fehlen eines durchführenden Arztes zurückzuführen gewesen; diese Angebotslücke sei inzwischen behoben. Für das Jahr 2018 analysiere das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH die Daten aus der Jugendlichenuntersuchung zentral. Außerdem plane die TGKK eigene Auswertungen.

- 8.4 Der RH entgegnete der NÖGKK, dass er eine Einbeziehung der noch nicht an der Jugendlichenuntersuchung teilnehmenden Berufsschulen nicht nur aus Sicht der Datenvollständigkeit befürwortete. Vielmehr sollte die mit einer Jugendlichenuntersuchung verbundene positive präventive Wirkung allen Berufsschülerinnen und -schülern offen stehen. Er verblieb bei seiner Empfehlung, auf eine Teilnahme aller Berufsschulen an der Jugendlichenuntersuchung hinzuwirken.

Datenerfassung und -verwaltung

- 9.1 Die Österreichische Diabetes-Strategie 2017 empfahl das Nutzbarmachen und Vernetzen von vorhandenen diabetesbezogenen Daten.

In Österreich erfasste eine Vielzahl von unterschiedlichen Akteuren, u.a. Bund, Länder, Sozialversicherung, Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenanstalten gesundheitsbezogene Daten. Diese (anonymisierten) Daten standen oft nicht zentral zur Verfügung.

Beispielsweise wurden Gewicht und Größe in verschiedenen Untersuchungen, nicht aber nach standardisierten Kriterien gemessen; die Daten waren weder vollständig elektronisch erfasst noch anonymisiert zentral gespeichert. Sie waren damit insbesondere für eine sparsame und wirtschaftliche Steuerung und Planung im Gesundheitsbereich nicht verfügbar.

Die nachstehende Tabelle zeigt fünf österreichweit und gesetzlich vorgesehene ärztliche Untersuchungen betreffend Datenerfassung und Datenverwaltung:

Tabelle 1: Datenerfassung und Datenverwaltung von fünf gesetzlich vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen

Untersuchung	Datenhalter	Archivierung der Daten	Weitergabe der anonymisierten Daten an eine zentrale Bundesstelle
Mutter-Kind-Pass Untersuchung	versicherte Person	Papier	nein
schulärztliche Untersuchung	Schulärztin bzw. -arzt, mit Unterschieden je Land	teils Papier, teils digital	nein
Jugendlichenuntersuchung	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	digital	nein
Stellungsuntersuchung	Bundesministerium für Landesverteidigung	digital	Gesundheit Österreich GmbH und Statistik Austria
Vorsorgeuntersuchung	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	digital	nein

Quellen: BMASGK; BMLV; Hauptverband

- 9.2 Der RH hielt fest, dass eine Vielzahl von Behandlungsdaten aus österreichweit und gesetzlich vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen vorhanden war. Er kritisierte aber, dass diese bei unterschiedlichen Akteuren vorgehalten wurden und weder vollständig digital noch standardisiert erfasst vorlagen. Er bemängelte, dass diese Daten bei keiner Stelle anonymisiert und zentral verfügbar waren.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der TGKK und der NÖGKK, auf eine einheitliche und elektronische Erfassung von gesundheitsbezogenen Daten aus ärztlichen Untersuchungen, wie z.B. Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, schulärztliche Untersuchungen, Jugendlichenuntersuchungen, Stellungsuntersuchungen oder Vorsorgeuntersuchungen hinzuwirken. In der Folge wären – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Vorgaben – eine zentrale Zusammenführung, Nutzung und Archivierung dieser Daten für gesundheitspolitische Analysen zu veranlassen.

- 9.3 (1) Das Ministerium wies in seiner Stellungnahme nochmals darauf hin, dass mangels Diabetesregisters die Datenlage zu Diabetes nur auf Basis von fragmentierten Datenbeständen ermittelbar sei. Die Forcierung von Telegesundheitsdienstleistungen sei seit dem Jahr 2018 im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz enthalten, womit der Grundstein zur Verbesserung der Datenzusammenführung im Bereich Diabetes gelegt sei.

Derzeit bestünden auch Überlegungen für eine elektronische Erfassung von Mutter-Kind-Pass-Daten und für eine Einbindung in die elektronischen Gesundheitsakte (**ELGA**). Im Rahmen des Bildungsreformgesetzes 2017 und einer damit verbundenen Novelle des Schulunterrichtsgesetzes hätten Schulärztinnen und -ärzte auch Aufgaben der Gesundheitsvorsorge für die schulbesuchende Jugend wahrzunehmen (u.a. Durchführung von Schutzimpfungen, Erhebung und elektronische Dokumentation von epidemiologisch relevanten Gesundheitsdaten). Ein entsprechender Verordnungsentwurf sei in Ausarbeitung und gehe in Kürze in Begutachtung. Demnach sollen Schulärztinnen und -ärzte mit einem einheitlichen elektronischen Dokumentationssystem ausgestattet werden, um die Daten der jährlichen schulärztlichen Untersuchung in anonymisierter Form auswerten zu können.

(2) Der Hauptverband teilte dem RH mit, dass die Daten der Jugendlichenuntersuchung gemäß der Richtlinie für die Durchführung und Auswertung der Jugendlichenuntersuchung 2016 ausgewertet und die Ergebnisse Ende 2019 vorliegen würden. Für eine Zusammenführung und gemeinsame Verwendung der genannten Datenbestände habe der Gesetzgeber einschlägige Rechtsgrundlagen zu schaffen. Zur Vermeidung datenschutzrechtlicher Schwierigkeiten bestehe beim Hauptverband bereits jetzt die Pseudonymisierungsstelle.

(3) Die NÖGKK anerkannte die Empfehlung und hielt fest, dass sie mit ihrem System LEICON die vom RH empfohlene Stelle sein könnte. Für eine Zusammenführung der Gesundheitsdaten aus verschiedenen Quellen fehle derzeit noch die dafür notwendige gesetzliche Grundlage. Die NÖGKK verwies auf die Bemühungen des Ministeriums zur Weiterentwicklung und Digitalisierung des Mutter-Kind-Passes und auf die im Herbst 2019 erwarteten Evaluierungsergebnisse der Jugendlichenuntersuchung. Eine Zusammenführung der Daten der Jugendlichenuntersuchung mit anderen gesundheitsbezogenen Daten aus ärztlichen Untersuchungen erscheine der NÖGKK nicht sinnvoll, da die Jugendlichenuntersuchung vor allem Daten zum Gesundheitsverhalten (z.B. Rauchen, Alkohol, Bewegung) erfasse.

- 9.4 Der RH verwies gegenüber der NÖGKK nochmals auf die in der Österreichischen Diabetes-Strategie 2017 empfohlene Vernetzung von Daten. Er entgegnete der NÖGKK, dass die Nutzung von Daten aus gesetzlich vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen ihre Zusammenführung an einer zentralen Stelle voraussetze. Dies unabhängig davon, welche Datenauswertungen in der Folge zweckmäßig und schlüssig waren. Insofern war für den RH die abgelehnte Zusammenführung von Daten der Jugendlichenuntersuchung, aber die angebotene Funktion als Datenzentrale nicht nachvollziehbar.

Diabetes-Versorgung

Ergebnisindikatoren im internationalen Vergleich

- 10.1 Eine Studie²⁴ der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (**OECD**) zeigte, dass Österreich im internationalen Vergleich von mehr als 30 OECD-Staaten sowohl im Jahr 2010 als auch im Jahr 2015 die dritthöchste Rate bei der Spitalsaufnahme von Diabetikerinnen und Diabetikern²⁵ aufwies. Die Rate für das Jahr 2015 sank zwar gegenüber dem Jahr 2010, war jedoch weiterhin fast doppelt so hoch wie der Durchschnitt der untersuchten Staaten.

Laut dieser Studie wies Österreich im Jahr 2015 auch bei der Amputationsrate den dritthöchsten Wert auf. Dieser Wert war mit rd. 14 Amputationen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner mehr als doppelt so hoch wie der Durchschnitt der untersuchten OECD-Staaten mit rund sechs Amputationen. Eine Auswertung, bei wie vielen Personen aufgrund von Diabetes Amputationen erfolgten, war für Österreich mangels Datengrundlagen nicht möglich. Insgesamt waren in Österreich

²⁴ OECD Health Statistics 2017

²⁵ gemessen an der Zahl der Spitalsaufnahmen von Diabetikerinnen und Diabetikern (definiert als ins Spital eingelieferte Personen über 15 Jahren mit der Hauptdiagnose Diabetes) je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner

gemäß empirischer Daten²⁶ rd. 20 % der Diabetikerinnen und Diabetiker von schwerwiegenden Folgeerkrankungen (wie z.B. Amputationen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Blindheit oder Dialyse) betroffen.

- 10.2 Nach Ansicht des RH könnten die laut einer OECD-Studie für Österreich sowohl bei der Anzahl der Spitalsaufnahmen von Diabetikerinnen und Diabetikern als auch bei der Amputationsrate festgestellten dritthöchsten Werte aller untersuchten Staaten auf wesentliche Unterschiede in der Diabetes-Versorgung hinweisen. Der RH analysierte daher in der Folge die Struktur und wesentliche Faktoren der Diabetes-Versorgung.
- 10.3 Die NÖGKK teilte in ihrer Stellungnahme die Ansicht des RH, wonach Adressaten von Qualitätszirkeln Ärztinnen und Ärzte des niedergelassenen und stationären Bereichs sein sollten. Die NÖGKK habe ein Konzept zur Messung der Versorgungsqualität bei Diabetes Typ 2 auf Basis von Routinedaten erarbeitet, das auch Indikatoren zur Ergebnisqualität beinhalte. Ab dem Jahr 2020 plane das System LEICON derartige Auswertungen für alle österreichischen Bezirke.

Zu den dargestellten Amputationsraten merkte die NÖGKK an, dass ein Bezug der Anzahl der diabetesbedingten Amputationen zur Anzahl der Diabetikerinnen und Diabetiker aussagekräftiger sei als ein Bezug zur Einwohnerzahl. Diese Auswertungen würde das System LEICON ab dem Jahr 2020 für alle österreichischen Bezirke anbieten.

- 10.4 Der RH teilte die Ansicht der NÖGKK, dass eine Darstellung der Anzahl der diabetesbedingten Amputationen bezogen auf Diabetikerinnen und Diabetiker aussagekräftiger wäre. Dies war jedoch – wie im Bericht angeführt – mangels Datengrundlagen nicht möglich.

Qualitätsstandards

- 11.1 (1) Zahlreiche EU-Mitgliedstaaten verfügten über etablierte Richtlinien für Prävention und Management von chronischen Erkrankungen. In Österreich sah das im Jahr 2005 in Kraft getretene Gesundheitsqualitätsgesetz²⁷ die Schaffung von Qualitätsstandards²⁸ vor. Die zuständige Bundesministerin bzw. der zuständige Bundesminister konnte im Zusammenhang mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen Qualitätsstandards entweder als Bundesqualitätsleitlinien mit Empfehlungscharakter oder als verbindliche Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung erlassen. Übergeordnetes Ziel von Qualitätsstandards war es, eine qualitativ hochwertige

²⁶ Die Daten stammten von 189 österreichischen Zentren (Spitäler und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte), die über die freiwillige Initiative „Forum für Qualitätssicherung in der Diabetologie“ verbunden waren.

²⁷ BGBl. I 179/2004

²⁸ Die Qualitätsstandards waren definiert als „beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten“ (§ 2 Z 12 Gesundheitsqualitätsgesetz).

Gesundheitsversorgung sicherzustellen und damit die Patientensicherheit kontinuierlich zu verbessern.

(2) Im Jahr 2009 erließ das Ministerium im Rahmen einer Bundesqualitätsleitlinie Empfehlungen für das DMP-Diabetes im niedergelassenen Bereich. Diese Leitlinie regelte die Qualität der Betreuung und des Behandlungsablaufs und richtete sich u.a. an die Krankenversicherungsträger, die Österreichische Ärztekammer sowie an die Landesgesundheitsfonds. Diese Leitlinie sollte eine bundesweit einheitliche Behandlung von teilnehmenden Patientinnen und Patienten sicherstellen.

Das Ministerium beauftragte im Jahr 2009 die Gesundheit Österreich GmbH mit der Erweiterung der Bundesqualitätsleitlinie für die ambulante spezialisierte Diabetes-Versorgung (Fachärztinnen bzw. Fachärzte mit der spezifischen Ausbildung und Diabetesambulanzen). Diese kam jedoch mangels Einigung in der Leitliniengruppe²⁹ nicht zustande. Stattdessen veröffentlichte das Ministerium ein unverbindliches Arbeitspapier mit den wesentlichen Empfehlungen.

(3) Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021³⁰ sah bundesweit einheitliche Qualitätsstandards für den Bereich Diabetes und die Erarbeitung eines Qualitätsstandards für Diabetes Typ 2 über alle Versorgungsebenen vor. Eine Veröffentlichung war für Dezember 2017 vorgesehen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung lag dafür ein Erstentwurf vor.

(4) Die im Jahr 2009 erlassene Bundesqualitätsleitlinie lief im Jahr 2013 aus. Somit bestand zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine gültige Bundesqualitätsleitlinie.

11.2 Der RH kritisierte, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung weder eine gültige Bundesqualitätsleitlinie noch -richtlinie für Diabetes Typ 2 bestanden. Dadurch fehlten insbesondere sektorenübergreifende, standardisierte Vorgaben für die effiziente Gestaltung von Behandlungsprozessen, die Ausgestaltung der Therapie und die Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen, wodurch das Risiko einer nachteiligen Versorgung und zusätzlicher Kosten für das österreichische Gesundheitssystem bestand.

Der RH empfahl dem Ministerium, die im Gesundheitsqualitätsgesetz vorgesehenen Möglichkeiten für bundesweite bzw. für verbindliche Qualitätsleit- oder -richtlinien im Bereich Diabetes zu nutzen, um eine einheitliche Vorgehensweise für Prävention und Behandlung von Diabetes Typ 2 über alle Versorgungsebenen sicherzustellen.

²⁹ bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern insbesondere des Ministeriums, des Hauptverbands, der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer, der Österreichischen Diabetes Gesellschaft und von Krankenversicherungsträgern

³⁰ Strategisches Ziel 2, Operatives Ziel 6, Messgröße 16

11.3 (1) Das Ministerium sagte dies zu.

(2) Die NÖGKK befürwortete in ihrer Stellungnahme die Erstellung einer Qualitätsrichtlinie für Diabetes Typ 2, da sie dadurch auch positive Auswirkungen auf die Regelversorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern außerhalb des DMP-Diabetes erwarte.

Disease Management Programm Diabetes

Entstehung und Zielsetzung

12.1 (1) Disease Management Programme (**DMP**) waren zentral organisierte und strukturierte Behandlungsprogramme für Menschen mit chronischen Krankheiten. DMP zielten vor allem auf eine intensivere Betreuung der Erkrankten durch eine Ärztin bzw. einen Arzt sowie durch andere Gesundheitsberufe, auf eine stärkere Einbindung der Patientinnen und Patienten in den Behandlungsprozess, auf die Vereinbarung von individuellen Zielen und eine regelmäßige Dokumentation sowie darauf ab, den Umgang mit der Erkrankung zu erlernen. Durch die Teilnahme der Patientinnen und Patienten an solchen Programmen sollten die im Verlauf der Erkrankung typischen Folgeschäden und -krankheiten vermieden oder zumindest hinausgezögert werden, um den Patientinnen und Patienten ein längeres Leben in guter Gesundheit zu ermöglichen. DMP waren bereits in vielen Ländern, wie z.B. Deutschland, implementiert.

(2) Bereits im Jahr 2005 bekannte sich die österreichische Sozialversicherung zur flächendeckenden Umsetzung von DMP bei der Behandlung chronischer Krankheiten. Durch solche strukturierten und evidenzbasierten Behandlungsprogramme sollten der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten nachhaltig verbessert und spätere Begleit- und Folgekomplikationen weitgehend verhindert werden. Dies sollte langfristig auch mit Kosteneinsparungen für das Gesundheitssystem verbunden sein.

Seit dem Jahr 2007 bestand in Österreich das DMP-Diabetes „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ zur strukturierten Versorgung von diagnostizierten Diabetikerinnen und Diabetikern. Ab Anfang 2017 boten die Krankenversicherungsträger das Programm in allen Bundesländern an. Die Organisation und Abwicklung erfolgten über die Krankenversicherungsträger. Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sowie Internistinnen und Internisten konnten an dem Programm freiwillig teilnehmen und geeignete Patientinnen und Patienten im Falle ihrer Zustimmung einschreiben. Bestimmte Zielgruppen waren aus medizinischen Gründen nicht für die Teilnahme am DMP-Diabetes geeignet (z.B. demente Personen). Im DMP-Diabetes waren regelmäßige Arztbesuche, eine auswertbare Dokumentation und Patientenschulungen vorgesehen.

(3) Die am DMP-Diabetes teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erhielten pro Teilnehmerin bzw. Teilnehmer eine Pauschalabgeltung, mit der die Einhaltung der Strukturqualitätskriterien und der Verwaltungsaufwand abgegolten waren.

(4) In Niederösterreich startete das DMP-Diabetes im Jahr 2007 zunächst in einer Modellregion und wurde danach schrittweise auf das ganze Land ausgedehnt. Nach der Kündigung durch die Ärztekammer für Niederösterreich folgte ab April 2010 eine neue Vereinbarung. Mit Jahresende 2012 kündigte die Ärztekammer für Niederösterreich neuerlich. Zur Weiterführung des Programms gründeten Ärztinnen und Ärzte einen Verein. Dieser Verein und die NÖGKK schlossen im Oktober 2013 eine Vereinbarung zur weiteren Versorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern. Somit konnte ein Großteil der mehr als 6.000 eingeschriebenen Patientinnen und Patienten (Stand Jahresende 2012) weiterhin nach den qualitativen Vorgaben des DMP-Diabetes betreut werden. Ab Jänner 2016 bestand wieder eine Vereinbarung zwischen der NÖGKK und der Ärztekammer für Niederösterreich zur Anwendung des DMP-Diabetes.

(5) In Tirol beschloss der Tiroler Gesundheitsfonds im Jahr 2007, neben einer bereits bestehenden, auf Vereinsbasis durchgeführten Betreuungsinitiative für Diabetes³¹ das DMP-Diabetes einzuführen. Ab April 2008 nahmen 14 Ärztinnen und Ärzte (Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sowie Internistinnen und Internisten) und insgesamt rd. 500 Patientinnen und Patienten an einem entsprechenden Pilotprojekt teil. Dieses Pilotprojekt lief mit Jahresende 2010 aus, nachdem sich der Tiroler Gesundheitsfonds und die Tiroler Ärztekammer über die finanzielle Abgeltung der ärztlichen Teilnahme nicht einigen konnten, obwohl die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte das Projekt positiv bewerteten, bei den Patientinnen und Patienten eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlung vorlag und eine Evaluierung erste Verbesserungen in der Versorgung nachwies. Das von einem Verein getragene „Tiroler Diabeteskonzept“ bestand weiterhin. Im Jahr 2017 begann eine neuerliche Pilotierung des DMP-Diabetes. Bis Ende 2017 waren zwölf Ärztinnen und Ärzte im Programm eingeschrieben. Im April 2018 unterzeichneten die TGKK und die Ärztekammer für Tirol die vertragliche Vereinbarung³² zur Ausrollung des DMP-Diabetes in Tirol.

12.2 Der RH wertete das seit dem Jahr 2007 österreichweit für Diabetes angebotene strukturierte Behandlungsprogramm DMP-Diabetes durch die Krankenversicherungsträger positiv. Er bemängelte jedoch, dass bis zur bundesweiten Umsetzung des DMP-Diabetes mehr als zehn Jahre vergingen, und dass in Tirol die TGKK als Voraussetzung für eine landesweite Ausrollung des DMP-Diabetes erst im April 2018 eine gesamtvertragliche Einigung mit der Ärztekammer für Tirol erzielen konnte.

³¹ Das sogenannte „Tiroler Diabeteskonzept“ war ein strukturiertes Versorgungsprogramm mit Diabetesschulungen sowohl für Diabetikerinnen und Diabetiker als auch für Behandelnde.

³² in Kraft getreten mit 1. Jänner 2018

Teilnahme von Patientinnen und Patienten

- 13.1 (1) Der Hauptverband setzte in einem Bericht aus dem Jahr 2012 seinen Zielwert der am DMP-Diabetes eingeschriebenen Patientinnen und Patienten bis zum Jahr 2015 mit 67 % fest³³. In seiner Balanced Scorecard 2013 bis 2016 reduzierte er das Ziel für die Einschreiberate auf rd. 30 %. Aktuell waren in den Balanced Scorecard des Hauptverbands keine Zielwerte vorgesehen.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung setzte die NÖGKK in ihrer Balanced Scorecard diesen Zielwert mit rd. 20 % bis zum Jahr 2020 an. Die TGKK sah keine Zielvorgaben vor.

(2) Mit Jahresende 2017 waren österreichweit rd. 66.000 Personen im DMP-Diabetes eingeschrieben. Allerdings wurden nur bei rd. 46.000 Personen der eingeschriebenen Personen (rd. 70 %) Leistungen des DMP-Diabetes abgerechnet. Bei einer angenommenen Krankheitshäufigkeit von rd. 507.000³⁴ behandelten Diabetikerinnen und Diabetikern waren österreichweit damit rd. 13 % im DMP-Diabetes eingeschrieben, für rd. 9 % lagen Dokumentationsbögen vor. Im Unterschied dazu waren in Deutschland über 50 % der Diabetikerinnen und Diabetiker in einem DMP für Diabetes eingeschrieben.

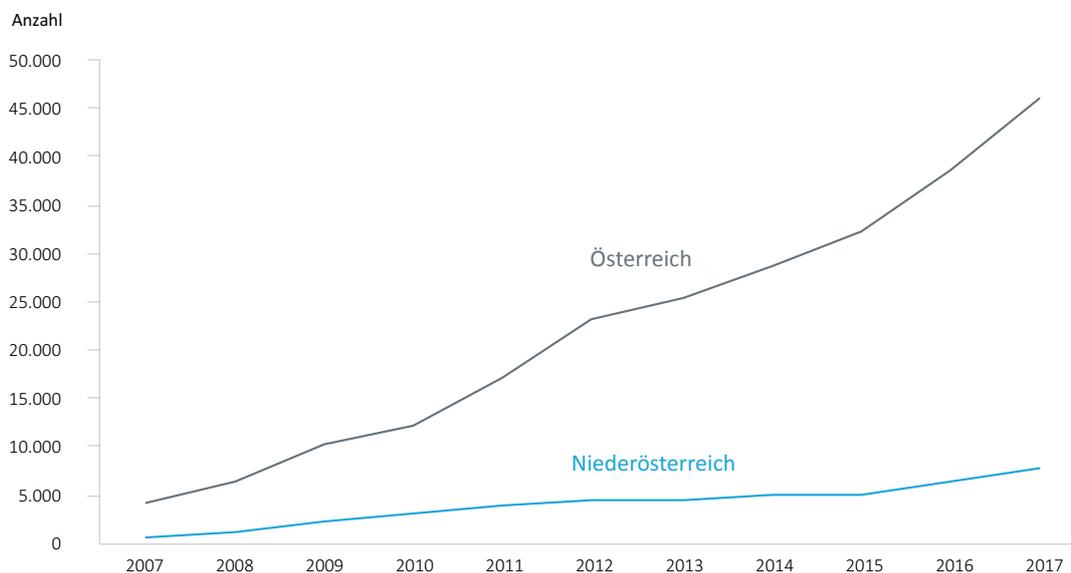
Die Anzahl der Dokumentationen – die Steiermärkische Gebietskrankenkasse wertete die übermittelten zentral aus – entwickelte sich österreichweit und in Niederösterreich³⁵ seit Beginn des DMP-Diabetes wie folgt:

³³ Die Zielwerte des Hauptverbands bezogen sich auf die Gruppe der medikamentös behandelten Diabetikerinnen und Diabetiker.

³⁴ Mangels Zahlen zur Krankheitshäufigkeit aus 2017 wurden die Zahlen zur Krankheitshäufigkeit des Jahres 2016 fortgeschrieben.

³⁵ Da das DMP-Diabetes in Tirol erst im Jahr 2017 in einem Pilotprojekt gestartet hatte, verzichtete der RH auf eine Darstellung.

Abbildung 5: Entwicklung der Dokumentationen des Disease Management Programm Diabetes



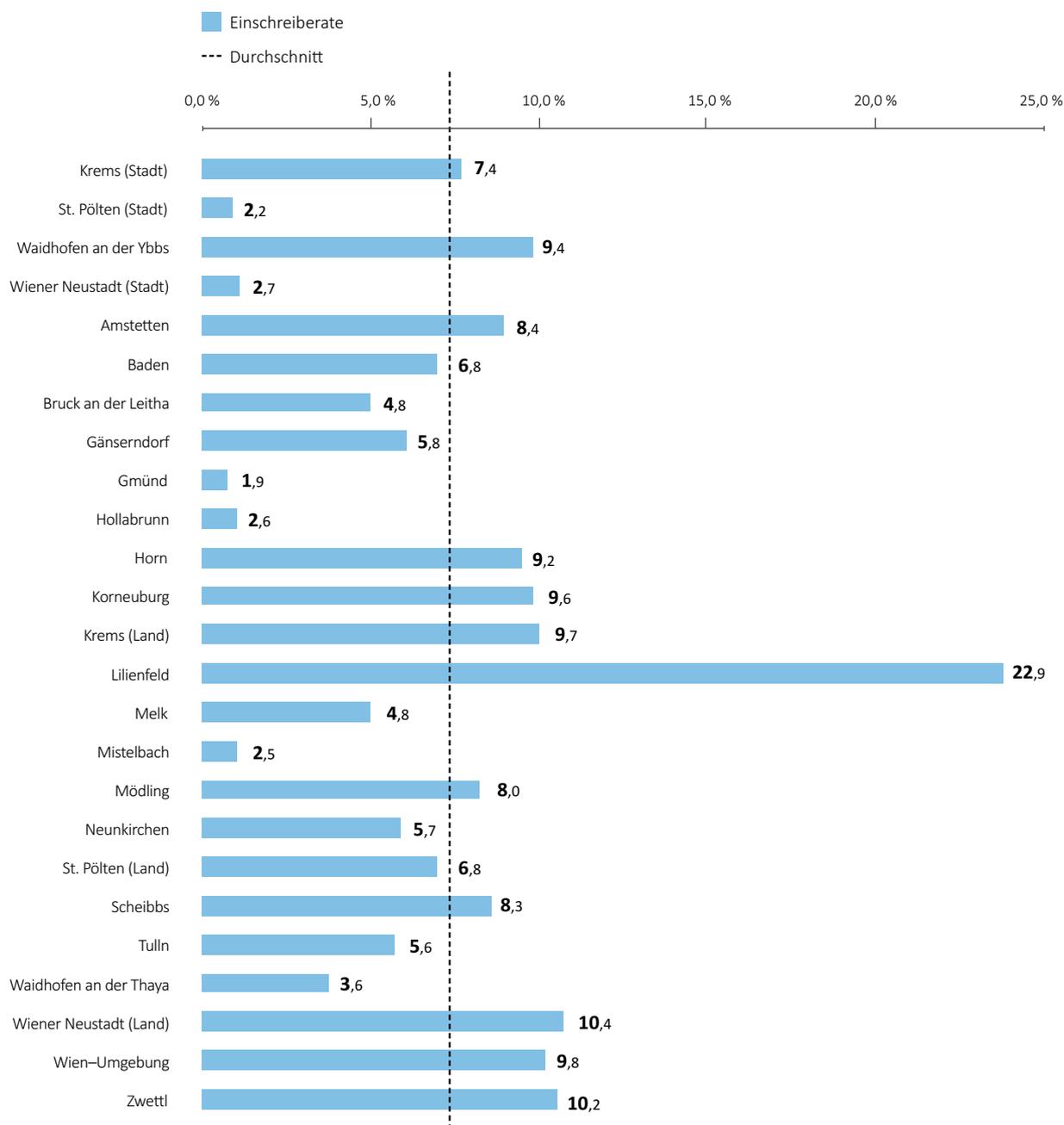
Quellen: Steiermärkische Gebietskrankenkasse; Darstellung: RH

Österreichweit stieg die Anzahl der Dokumentationen von rd. 4.100 im Jahr 2007 um rund das 10-Fache auf rd. 46.000 im Jahr 2017 an. Diese Erhöhung war durch stetige Neueinschreibungen, durch eine laufende Ausrollung und durch die Einbindung weiterer Krankenversicherungsträger in das DMP-Diabetes begründet.

Niederösterreich übermittelte im Jahr 2017 rd. 7.700 Dokumentationen (bei rd. 10.600 eingeschriebenen Personen), wobei infolge der ab Jahresanfang 2016 geltenden Vereinbarung sowohl die Anzahl der am DMP-Diabetes teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte als auch die Anzahl der übermittelten Dokumentationen anstiegen.

(3) In Niederösterreich wies die Teilnahme am DMP-Diabetes deutliche regionale Unterschiede auf, wie nachfolgende Auswertung von Daten des Jahres 2015 auf Bezirksebene zeigt:

Abbildung 6: Disease Management Programm Diabetes-Einschreiberate in Niederösterreich im Jahr 2015



Quellen: NÖGKK; Darstellung: RH

Während in St. Pölten (Stadt) und Gmünd nur rd. 2,2 % bzw. 1,9 % der Diabetikerinnen und Diabetiker im DMP-Diabetes eingeschrieben waren, lag dieser Wert im Bezirk Lilienfeld bei rd. 22,9 %.

- 13.2 Der RH kritisierte, dass österreichweit im Jahr 2017 nur 13 % der Diabetikerinnen und Diabetiker Typ 2 im DMP-Diabetes eingeschrieben waren und nur 9 % aktiv teilnahmen. Er hielt diesen Wert angesichts internationaler Vergleichswerte und der bereits zehnjährigen Laufzeit des Programms für gering. Der RH sah daher österreichweit noch ein deutliches Potenzial zur Ausweitung und Inanspruchnahme von DMP-Diabetes: So bestanden bei der Einschreiberate in Niederösterreich in das DMP-Diabetes deutliche regionale Unterschiede, was in der unterschiedlichen Verteilung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte begründet sein konnte (TZ 14).

Der RH bemängelte, dass der Hauptverband und die NÖGKK ihre Patientenzielvorgaben für das DMP-Diabetes nicht erreichten. Er kritisierte, dass der Hauptverband und die TGKK aktuell keine Zielvorgaben für die Einschreiberate ins DMP-Diabetes vorsahen.

Der RH empfahl dem Hauptverband und der TGKK, in ihren [Balanced Scorecard Zielwerte für die Teilnahme von Diabetikerinnen und Diabetikern am DMP-Diabetes festzulegen](#).

Im Hinblick auf eine Erhöhung der Patiententeilnahme am DMP-Diabetes verwies er auf seine diesbezügliche Empfehlung in TZ 14.

- 13.3 (1) Der Hauptverband sagte in seiner Stellungnahme zu, entsprechende Zielwerte erneut auf seine Vorschlagsliste für gemeinsame Ziele der Sozialversicherung setzen zu wollen. Eine verbindliche Umsetzungszusage könne er im Lichte der derzeit nicht bestimmbareren Auswirkungen des Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes nicht machen.

(2) Die NÖGKK wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass sie den vorgegebenen Balanced Scorecard-Zielwert von 20 % eingeschriebener Patientinnen und Patienten mit Stand 31. März 2019 erreicht habe. Sie setze weitere Maßnahmen, um das Programm bei den Betroffenen bekannt zu machen. So habe sie bspw. im Rahmen der Aussendung der Leistungsinformation für Versicherte im Jahr 2018 im Begleitschreiben auf DMP-Diabetes aufmerksam gemacht. Auch bei diversen Gesundheitsveranstaltungen und in den eigenen Einrichtungen informiere sie regelmäßig über DMP-Diabetes.

Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten

- 14.1 (1) Im Jahr 2017 gab es in Niederösterreich insgesamt 808³⁶ Vertragsärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin (752) und für Innere Medizin (56). Von diesen waren 217 (202 für Allgemeinmedizin und 15 für Innere Medizin) im DMP-Diabetes einge-

³⁶ Die Anzahl der Verträge musste nicht ident mit der Anzahl an Ärztinnen und Ärzten sein, da z.B. Gruppenpraxen nur einen Vertrag hatten, jedoch auch aus mehreren Ärztinnen und Ärzten bestehen konnten.

schrieben. Dies entsprach einer Teilnahmequote von rd. 27 %. Darüber hinaus nahmen auch 18 Wahlärztinnen und Wahlärzte am DMP-Diabetes teil. Im Jahr 2016 hatten 40 der 196 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte (rd. 20 %) keine und weitere 38 Ärztinnen und Ärzte (rd. 19 %) nur bis zu zehn Patientinnen und Patienten im DMP-Diabetes eingeschrieben. Die regionale Verteilung der DMP-Ärztinnen und DMP-Ärzte (inklusive der Wahlärzte) in Niederösterreich war sehr unterschiedlich. So waren im Bezirk Horn für rd. 2.400 Personen sowie im Bezirk Lilienfeld für rd. 2.600 Personen eine DMP-Ärztin bzw. ein DMP-Arzt verfügbar. Im Unterschied dazu entfiel im Bezirk Mistelbach auf rd. 19.000 Personen nur eine DMP-Ärztin oder ein DMP-Arzt.

Obwohl ein großer Teil der Vertragsärztinnen und -ärzte (rd. 18 %) über eine DMP-Fortbildung verfügte, nahmen diese Ärztinnen und Ärzte nicht am DMP-Diabetes teil. Es bestand somit Potenzial, die im Jahr 2017 festgestellte ärztliche Teilnahmequote von 27 % zeitnah um bis zu weitere 18 Prozentpunkte zu erhöhen.

(2) In Tirol hatte das DMP-Diabetes im Jahr 2017 als Pilotprojekt mit zwölf Ärztinnen und Ärzten begonnen. Bis zum Abschluss der neuen Vereinbarung mit der Ärztekammer für Tirol im April 2018³⁷ wurden keine weiteren Ärztinnen und Ärzte ins DMP-Diabetes aufgenommen.

(3) Der Hauptverband ging in einem Bericht aus dem Jahr 2012 von einer Teilnahme aller Vertragsärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin und Innere Medizin am DMP-Diabetes bis zum Jahr 2015 aus, um den Diabetikerinnen und Diabetikern ein flächendeckendes Angebot bieten zu können. Zur Zeit der Gebarungüberprüfung sahen weder die Balanced Scorecard des Hauptverbands noch jene der TGKK Zielwerte für eine ärztliche Teilnahmequote vor.

Die NÖGKK setzte in ihrer Balanced Scorecard eine ärztliche Teilnahmequote von rd. 33 % als Zielwert bis zum Jahr 2020 an, die TGKK keinen.

- 14.2 Der RH hielt kritisch fest, dass in Niederösterreich 73 % der Vertragsärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin nicht am DMP-Diabetes teilnahmen. Er wies darauf hin, dass in Niederösterreich im Jahr 2016 rd. 39 % der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte keine oder nur bis zu zehn Patientinnen und Patienten eingeschrieben hatten und 18 % der Vertragsärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin zwar über eine DMP-Fortbildung verfügten, aber am freiwilligen DMP-Diabetes nicht teilnahmen. In Tirol war eine vergleichbare Analyse aufgrund des erst seit Jahresanfang 2018 laufenden DMP-Diabetes nicht möglich.

³⁷ in Kraft getreten am 1. Jänner 2018

Der RH empfahl der NÖGKK und der TGKK, jene Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten, die trotz Einschreibung ins DMP-Diabetes keine Aktivitäten vorwiesen, zu kontaktieren und zur aktiven Teilnahme zu motivieren.

Der RH kritisierte, dass der Hauptverband und die TGKK aktuell keine Zielvorgaben für die ärztliche Teilnahme am DMP-Diabetes vorsahen.

Der RH empfahl dem Hauptverband und der TGKK, in ihren Balanced Scorecard Zielwerte für die ärztliche Teilnahme am DMP-Diabetes festzulegen.

14.3 (1) Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme auf TZ 13 und hielt fest, dass es in der Balanced Scorecard bereits Zielwerte für die ärztliche Teilnahme gebe. Derzeit strebe er statt einer 100-prozentigen ärztlichen Teilnahme eine maximale Erhöhung an.

(2) Laut Stellungnahme der NÖGKK habe die ärztliche Teilnahmequote am 31. März 2019 32,5 % betragen, womit sie den Balanced Scorecard-Zielwert von 33 % fast erreicht habe.

Sie wies darauf hin, dass Ärztinnen und Ärzte an der DMP-Fortbildung ausschließlich wegen des damit verbundenen Erwerbs von Diplomfortbildungspunkten teilnehmen würden, aber an einer Teilnahme am DMP-Diabetes nicht interessiert seien. Daraus resultiere jedoch zumindest ein positiver Effekt in der Regelversorgung.

14.4 Der RH stimmte der NÖGKK zu, dass eine Teilnahme an der DMP-Fortbildung auch in der ärztlichen Regelversorgung von Nutzen sein konnte. Er vertrat jedoch die Ansicht, dass die entsprechend ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte auch am DMP-Diabetes teilnehmen sollten und verblieb bei seiner Empfehlung, jene Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten, die trotz Einschreibung ins DMP-Diabetes keine Aktivitäten vorwiesen, zu kontaktieren und zur aktiven Teilnahme zu motivieren.

Anreize für eine höhere Teilnahme

15.1 Wie unter TZ 13 und TZ 14 ersichtlich, waren bei der NÖGKK und bei der TGKK sowohl bei der Einschreibung der Diabetikerinnen und Diabetiker wie auch bei der Teilnahme der Ärztinnen und Ärzte noch Potenzial vorhanden, weil sich die NÖGKK und die TGKK mit der jeweils zuständigen Ärztekammer erst relativ spät (in Niederösterreich im Jahr 2016 und in Tirol im Jahr 2018) über das DMP-Diabetes einigen konnten.

Die NÖGKK und die TGKK sahen eine Information über das Bestehen des DMP-Diabetes durch Ärztinnen und Ärzte vor, nicht jedoch eine direkte Information an die Versicherten. Die beiden Krankenversicherungsträger legten den Fokus ihrer Informationsmaßnahmen überwiegend auf die Gewinnung neuer DMP-Ärztinnen und DMP-Ärzte.

- 15.2 Angesichts der in Niederösterreich und Tirol mittlerweile vorliegenden Gesamtverträge hielt es der RH für eine vorrangige Aufgabe der beiden Krankenversicherungsträger, die Teilnahmequote der Ärztinnen und Ärzte sowie der Erkrankten am DMP-Diabetes zu steigern.

Für eine höhere Einschreibequote der Diabetikerinnen und Diabetiker hielt es der RH für nicht ausreichend, dass die Patienteninformation über das Bestehen des DMP-Diabetes alleine durch die Ärztin bzw. den Arzt erfolgen sollte. Er hielt eine zusätzliche und direkte Information der Versicherten durch die Sozialversicherung für zielführend.

Der RH empfahl dem Hauptverband, der NÖGKK und der TGKK, Maßnahmen für die Erhöhung der Einschreibungen von Diabetikerinnen und Diabetikern zu setzen sowie die Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten im DMP-Diabetes zu forcieren.

Der RH empfahl der NÖGKK und der TGKK, ihre Versicherten – z.B. im Rahmen der Zusendung anderer Informationen – auch über das Bestehen des DMP-Diabetes zu informieren.

- 15.3 (1) Laut Stellungnahme des Hauptverbands habe das Competence Center Integrierte Versorgung fortwährend Maßnahmen zur Erhöhung der Einschreibequoten von Patientinnen und Patienten und der Anzahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten gesetzt, sodass die Raten kontinuierlich ansteigen würden. Im Primärversorgungs-Gesamtvertrag sei außerdem die verpflichtende Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten am DMP-Diabetes festgeschrieben.

(2) Die NÖGKK teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie in den letzten Jahren laufend Anstrengungen unternommen habe, mehr Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme am DMP-Diabetes zu bewegen. Diese Maßnahmen habe die Niederösterreichische Ärztekammer durch die zweimalige Vereinbarungskündigung erschwert. Die NÖGKK habe die Teilnehmerzahlen zwar über die Jahre kontinuierlich steigern können. Allerdings sei eine Unterstützung des Gesetzgebers zur Steigerung der Anzahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte hilfreich, um das Programm flächendeckend anbieten zu können. Der Primärversorgungs-Gesamtvertrag sehe eine verpflichtende Teilnahme am DMP-Diabetes und eine verpflichtende Codierung vor.

Die NÖGKK habe den Fokus der Teilnahmeerhöhung auf die Ärzteschaft gerichtet, über die Patientinnen und Patienten Druck auf die Ärztinnen und Ärzte auszuüben habe nicht funktioniert. Eine Identifikation der Diabetikerinnen und Diabetiker sei nur über eine Auswertung der Heilmittelbezüge möglich; Diabetikerinnen und Diabetiker mit Heilmitteln unterhalb der Rezeptgebühr seien davon jedoch nicht umfasst.

Derzeit arbeite die NÖGKK an einem neuen Konzept zur „Steigerung der Teilnahmezahlen mit Fokus Ärzte“. Demnach sei vorgesehen, Ärzte zielgruppenspezifisch anzuschreiben sowie erneut Ordinationsbesuche durchzuführen. Alle Maßnahmen würden mit der Veröffentlichung der Ergebnisse des zweiten Evaluierungsberichts koordiniert, um hier positive Ergebnisse nutzen zu können.

(3) Die TGKK erachtete in ihrer Stellungnahme eine zusätzliche und direkte Information der Versicherten über das DMP-Diabetes zwar als wünschenswert, aufgrund der fehlenden Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich bzw. anhand der Abrechnungsdaten sei jedoch keine treffsichere Identifikation von Typ 2-Diabetikerinnen und -Diabetikern möglich. Das Anschreiben von Versicherten sehe die TGKK auch deshalb kritisch, weil aufgrund der erst einjährigen Laufzeit in Tirol noch kein flächendeckendes ärztliches Angebot im Bereich DMP-Diabetes gegeben sei.

Vorgaben für die Diabetesbehandlung

16.1 (1) Für die Versorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern im Rahmen des DMP-Diabetes bestanden einheitliche, nicht verpflichtende Behandlungsempfehlungen, die sich an den evidenzbasierten, medizinischen Leitlinien der Österreichischen Diabetesgesellschaft orientierten.³⁸ Detailliert beschriebene Behandlungspfade sollten die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bei der Diabetesbehandlung anleiten und eine einheitliche und strukturierte Vorgehensweise gewährleisten. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erhielten diese Behandlungsempfehlungen in Form eines laufend aktualisierten Arzthandbuchs.

(2) Die im DMP-Diabetes vorgesehene jährliche Augenhintergrunduntersuchung war von einer Fachärztin oder einem Facharzt durchzuführen. Im DMP-Diabetes eingeschriebene Ärztinnen und Ärzte waren angehalten, Patientinnen und Patienten auf die Notwendigkeit dieser Untersuchung hinzuweisen und diese einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie zuzuweisen. Statistische Auswertungen der Dokumentationsbögen zeigten, dass etwa ein Drittel der eingeschriebenen Diabetikerinnen und Diabetiker keine Fachärztin bzw. keinen Facharzt aufsuchte. Gemäß den Daten der Krankenversicherungsträger auf Basis von LEICON war die Inanspruchnahme von augenärztlichen Untersuchungen im DMP-Diabetes damit höher als in der Regelversorgung.

16.2 (1) Der RH anerkannte, dass im DMP-Diabetes strukturierte Behandlungsempfehlungen als Hilfestellung für Ärztinnen und Ärzte bestanden und in den Gesamtverträgen zum DMP-Diabetes jedenfalls durchzuführende Untersuchungen festgeschrieben waren. Damit war aus Sicht des RH die Voraussetzung für eine bundesweit einheitliche und bedarfsgerechte Behandlung von im DMP-Diabetes eingeschriebe-

³⁸ Die Behandlungsvorgaben dienten als Entscheidungshilfe für Ärztinnen und Ärzte. Abweichungen von den Vorgaben waren in begründeten Fällen möglich.

nen Diabetikerinnen und Diabetikern gegeben. Der RH wies darauf hin, dass in der Regelversorgung vergleichbare Vorgaben fehlten und verwies neuerlich auf seine Empfehlung zur Erlassung von bundesweiten bzw. verbindlichen Qualitätsleit- oder -richtlinien (TZ 11).

(2) Der RH wies kritisch darauf hin, dass etwa ein Drittel der im DMP-Diabetes eingeschriebenen Diabetikerinnen und Diabetiker die jährlich vorgesehene augenärztliche Untersuchung nicht durchführten.

Der RH empfahl dem Hauptverband, der NÖGKK und der TGKK, Diabetikerinnen und Diabetiker verstärkt über die Bedeutung regelmäßiger augenärztlicher Kontrolluntersuchungen aufzuklären.

16.3 (1) Das Ministerium verwies in seiner Stellungnahme auf die von ihm sowie Expertinnen und Experten erarbeitete Broschüre „Augengesundheit und Diabetes“. Sie mache auf diabetesbedingte Augenerkrankungen und mögliche Erblindungen als Folge von Diabetes aufmerksam.

(2) Der Hauptverband sagte zu, sich um die Umsetzung der Empfehlung zu bemühen.

(3) Die NÖGKK teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die im DMP-Diabetes eingeschriebenen Patientinnen und Patienten im Zuge der Einschreibung umfangreiches Informationsmaterial zur Erkrankung und zu den notwendigen Kontrolluntersuchungen u.a. der Augen erhalten würden. Auch die Patientenschulung würde derartige Informationen vermitteln. Die Aufklärung über die Notwendigkeit einer jährlichen Augenuntersuchung und die Zuweisung würden der DMP-Ärztin bzw. dem DMP-Arzt obliegen. Die tatsächliche Inanspruchnahme der Augenuntersuchung falle jedoch in die Verantwortung der Patientinnen und Patienten. Die teilnehmenden DMP-Ärztinnen und -ärzte würden in den jährlichen Feedbackberichten entsprechende Kennzahlen zu den Patientinnen und Patienten erhalten.

16.4 Der RH anerkannte gegenüber der NÖGKK die anlässlich der Einschreibung und von Patientenschulungen erfolgten Hinweise zur augenärztlichen Untersuchung. Angesichts der eingeschränkten Wirkung dieser Maßnahmen – bei rund einem Drittel der eingeschriebenen Diabetikerinnen und Diabetiker unterblieb die Augenuntersuchung – verblieb der RH bei seiner Empfehlung.

Evaluierung

- 17.1 Die medizinische Universität Graz führte im Auftrag der Krankenversicherungsträger eine Evaluierungsstudie zum DMP-Diabetes durch und veröffentlichte die Ergebnisse im Jänner 2015.³⁹ Die Studie betrachtete sowohl medizinische als auch ökonomische Auswirkungen des DMP-Diabetes und verglich dazu im DMP-Diabetes eingeschriebene mit nicht-eingeschriebenen Patientinnen und Patienten. Die Studienergebnisse lieferten Indizien, dass die Versorgung von Menschen mit Diabetes Typ 2 im DMP-Diabetes besser als jene in der Regelversorgung war. So hatten bspw. Teilnehmerinnen und Teilnehmer des DMP-Diabetes tendenziell seltenere und kürzere Krankenhausaufenthalte und die Mortalität war verringert. Laut Studie waren die jährlichen Gesamtkosten⁴⁰ für das Gesundheitssystem bei eingeschriebenen Diabetikerinnen und Diabetikern um rd. 1.000 EUR niedriger als bei nicht-eingeschriebenen Diabetikerinnen und Diabetikern. Auswertungen der Krankenversicherungsträger auf Basis von LEICON-Daten und eine weitere Studie zeigten ebenfalls eine im Vergleich zur Regelversorgung höhere Versorgungsqualität im DMP-Diabetes. Auch diverse wissenschaftliche Studien zu DMP-Diabetes in anderen Ländern bestätigten ihre positiven Effekte speziell in Bezug auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands, Reduktion von Folgeerkrankungen und regelmäßige Kontrolluntersuchungen.
- 17.2 Der RH hielt fest, dass Evaluierungen des DMP-Diabetes in Österreich und in anderen Ländern sowohl positive medizinische als auch finanzielle Effekte bestätigten und eine Verbesserung der Versorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern im Vergleich zur Regelversorgung wissenschaftlich belegten. Aus Sicht des RH zeigten die Studienergebnisse Verbesserungspotenziale für die Regelversorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern auf, die durch eine Implementierung von Standards des DMP-Diabetes in der Regelversorgung gehoben werden könnten. Der RH verwies auf seine Empfehlung in TZ 11.

³⁹ Eine zweite Evaluierung des DMP-Diabetes war für das Jahr 2017 konzipiert, die Veröffentlichung der Ergebnisse für 2019 geplant.

⁴⁰ bestehend aus stationären Kosten, Heilmittelkosten, Arzneigenkosten (beinhalten Ausgaben der Sozialversicherungsträger für Vertragspartner) und Transportkosten

Probleme im Behandlungsprozess

Zusammenwirken der Gesundheitsberufe

18.1 (1) Im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz war zur Krankenbehandlung grundsätzlich ärztliche Hilfe vorgesehen. Nichtärztliche Leistungen waren nur in einzelnen Fällen den ärztlichen Leistungen gleichgestellt⁴¹ (z.B. für Physiotherapie oder Psychotherapie, nicht aber für Ernährungsberatung oder Wundbehandlung). Dementsprechend fehlten überwiegend Vereinbarungen zwischen diesen Berufsgruppen und den Krankenversicherungsträgern. Die NÖGKK bot bspw. an zwei Standorten Ernährungsberatung an. Die TGKK vergütete durch andere Gesundheitsberufe erbrachte Leistungen in der Regelversorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern nicht. In der Praxis erfolgte die Regelversorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern im niedergelassenen Bereich daher überwiegend durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin.

(2) Das Versorgungskonzept des DMP-Diabetes sah grundsätzlich die Betreuung durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner oder durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin vor, die Einbindung anderer Gesundheitsberufe in die Behandlung war nicht vorgesehen. Patientenschulungen wurden teilweise in Teams aus Ärztinnen und Ärzten, Diabetesberaterinnen und -beratern und/oder Diätologinnen und Diätologen abgehalten (TZ 20).

(3) Die Österreichische Diabetes-Strategie 2017 empfahl die verstärkte Einbindung von anderen Gesundheitsberufen in das DMP-Diabetes, insbesondere von jenen mit Fokus auf Lebensstilmodifikation, Bewegung und Ernährung. Das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz sah zur Verbesserung der Versorgung bei chronischen Krankheiten den Ausbau multiprofessioneller Zusammenarbeitsformen vor. Damit sollte eine kontinuierliche Behandlung durch mehrere Gesundheitsberufe gewährleistet werden.

Ergänzend dazu bestanden bereits erste Primärversorgungszentren⁴² (Primary Health Care Center), in denen in einem interdisziplinären Team neben Medizinerinnen und Medizinern u.a. auch Pflegekräfte, Ernährungsberaterinnen und -berater, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Sozialarbeiterinnen und -arbeiter tätig sein konnten.

⁴¹ Ärztlichen Hilfen gleichgestellt waren gemäß § 135 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz aus ärztlicher Sicht notwendige physiotherapeutische, logopädisch-phoniatriisch-audiologische, ergotherapeutische und psychotherapeutische Behandlungen sowie diagnostische Leistungen einer klinischen Psychologin oder eines klinischen Psychologen und Leistungen einer Heilmasseurin oder eines Heilmasseurs.

⁴² In einem Primärversorgungszentrum versorgen Ärztinnen und Ärzte mit Vertreterinnen und Vertretern mehrerer Gesundheitsberufe die Patientin bzw. den Patienten. Die Errichtung von Primärversorgungszentren war im Gesundheitsreformgesetz 2013 festgeschrieben. Bis 2021 waren österreichweit 75 Primärversorgungszentren vorgesehen.

- 18.2 Der RH verwies auf die österreichische Diabetes-Strategie 2017, die als effiziente Betreuung von Diabetikerinnen und Diabetikern eine enge Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe mit diabetesrelevanten Qualifikationen und speziellen Erfahrungen vorschlug. Im Unterschied dazu sah das Versorgungskonzept des DMP-Diabetes die ausschließliche Betreuung durch Ärztinnen und Ärzte vor. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Gesundheitsberufen nur im Rahmen von Primärversorgungszentren vorgesehen.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der TGKK zu erheben, welche Gesundheitsberufe im niedergelassenen Bereich für eine adäquate Diabetes-Versorgung erforderlich sind. Diese wären zeitnah in das bestehende Versorgungsangebot zu integrieren.

- 18.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es für eine allfällige Gleichstellung von Leistungen der Ernährungsberaterinnen und -berater sowie Diätologinnen und Diätologen zuständig sei. Die Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe in das DMP-Diabetes sei auch bei gegebener Rechtslage möglich und werde bspw. bei Schulungen auch praktiziert. Eine eigenständige Leistungserbringung durch die in Betracht kommenden Gesundheitsberufe durch ihre Gleichstellung mit der ärztlichen Hilfe sei trotz entsprechender Forderungen mehrfach als nicht zweckmäßig erachtet und abgelehnt worden. Die Behandlung von Diabetikerinnen und Diabetikern sei Ärztinnen und Ärzten vorbehalten, während die anderen Gesundheitsberufe jeweils nur Teilaspekte der Leistungen mit eher beratendem als behandelndem Charakter abdecken könnten.

(2) Der Hauptverband verwies auf das Projekt Integrierte Versorgung Diabetes.

(3) Die NÖGKK teilte mit, dass es jeder niedergelassenen Ärztin und jedem niedergelassenen Arzt offen stehe, diplomierte Pflegekräfte in seiner Ordination anzustellen. Auf Bundesebene werde derzeit das Projekt Integrierte Versorgung Diabetes entwickelt, bei dem die multiprofessionelle Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen ebenfalls berücksichtigt werden soll.

- 18.4 Der RH teilte die Ansicht des Ministeriums, dass die Verantwortung der Behandlung von Diabetikerinnen und Diabetikern den Ärztinnen und Ärzten vorbehalten bleiben müsse. Insbesondere bei chronischen Krankheiten sollten jedoch ergänzend dazu und verstärkt auch andere Gesundheitsberufe die Erkrankten mitbetreuen. Damit wäre auch eine Entlastung der Ärzteschaft bei Routinetätigkeiten wie z.B. der Ernährungs- und Bewegungsberatung verbunden. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Unterstützung beim Selbstmanagement

19.1 (1) Für eine erfolgreiche Behandlung von Diabetes Typ 2 war die aktive Mitwirkung der Erkrankten erforderlich. Wesentliche Erfolgsfaktoren stellten das Wissen über die Erkrankung und Behandlung sowie die Bereitschaft der Patientin bzw. des Patienten zur Änderung ihrer bzw. seiner Lebensgewohnheiten in Bezug auf Bewegung und Ernährung dar. Studien belegten, dass entsprechende Lebensstiländerungen der Betroffenen dazu beitrugen, die Lebensqualität zu verbessern und Folgeerkrankungen zu vermeiden bzw. hinauszuzögern. Gemäß dem Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes wäre bei rd. 50 % der Erkrankten eine Behandlung ohne Medikamente allein durch eine Änderung des Lebensstils und der Ernährung möglich. Die Anzahl der in Österreich nicht-medikamentös behandelten Diabetikerinnen und Diabetiker war aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht ermittelbar. Schätzungen auf Basis von LEICON-Daten gingen von rd. 30 % aus.

(2) Fachlich qualifiziertes Personal konnte die aktive Mitwirkung der Erkrankten an der Behandlung durch die entsprechende Anleitung und die Festlegung individueller Therapieziele wesentlich und positiv unterstützen. Die für die Lebensstiländerung notwendige kontinuierliche, umfassende Betreuung von Diabetikerinnen und Diabetikern war zeitaufwendig. Die Österreichische Diabetes-Strategie und die Deutschen Versorgungsleitlinien empfahlen, die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen diabetesrelevanten Gesundheitsberufen auszubauen.⁴³ In der Praxis erfolgte die Unterstützung zum Selbstmanagement von Erkrankten im niedergelassenen Bereich meist ausschließlich durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie Internistinnen und Internisten. Außerhalb von Primärversorgungszentren kam es nur aufgrund von Einzelinitiativen zu Kooperationen; in den regulären Versorgungsstrukturen waren sie nicht implementiert.

(3) Das DMP-Diabetes sah die aktive Mitwirkung der Erkrankten an der Behandlung vor. Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt legte gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten erreichbare Therapieziele fest, die mindestens einmal im Jahr gemeinsam zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren waren. Vereinbarte Ziele konnten u.a. eine Senkung des Blutzuckerwerts, vermehrte Bewegung oder eine Ernährungsumstellung sein.

19.2 Der RH hielt kritisch fest, dass die reguläre Diabetes-Versorgung die aktive Mitwirkung der Erkrankten nicht ausreichend förderte (z.B. durch individuelle Vereinbarung von Therapiezielen), obwohl es durch rechtzeitige Lebensstiländerungen möglich war, medikamentöse Behandlungen und Folgeerkrankungen sowie damit verbundene Kosten zu vermeiden bzw. hinauszuzögern. Der RH vertrat die Ansicht, dass die verstärkte Bereitstellung eines interprofessionellen Betreuungs- und Infor-

⁴³ Wissenschaftliche Studien zeigen, dass lebenslang eingeübte Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten allein durch ärztliche Aufklärung und Therapieempfehlungen oft nur schwer veränderbar sind.

mationsangebots nicht nur die aktive Mitwirkung der Erkrankten und eine verbesserte Versorgungsqualität sicherstellen, sondern auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte entlasten könnte.

Der RH beurteilte die im DMP-Diabetes durchgeführte Einbindung der Erkrankten in die Behandlung durch den Abschluss individueller Therapieziele als zweckmäßig, um die Selbstverantwortung zu stärken und die Motivation, Lebensstilmodifikationen durchzuführen, zu erhöhen.

Der RH empfahl dem Ministerium, in den zu erlassenden Qualitätsleitlinien oder -richtlinien eine verpflichtende Festlegung und Evaluierung individueller Therapieziele vorzusehen.

- 19.3 Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es die Fachgruppe Versorgungsprozesse auf die Empfehlung hinweisen werde.

Patientenschulungen und Gesundheitskompetenz

- 20.1 (1) Patientenschulungen sind ein wichtiger Bestandteil der Diabetes-Versorgung. Durch das dabei vermittelte Wissen sollte es den Diabetikerinnen und Diabetikern möglich sein, die negativen körperlichen, psychischen oder sozialen Folgen der Erkrankung zu vermeiden.

(2) Anbieter, Form, Ablauf und Inhalte der Schulungen waren sehr unterschiedlich: Es fanden sowohl mehrtägige Gruppenveranstaltungen als auch individuelle Schulungen im Rahmen des Therapiegesprächs durch betreuende Ärztinnen und Ärzte statt. Wissenschaftliche Studien zeigten, dass strukturierte Schulungsprogramme, welche die Patientinnen und Patienten durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen beim Einüben der Verhaltensänderungen unterstützten, am effektivsten waren.

Bundesweit einheitliche Standards für die Lehrinhalte, wie Schulungsdauer, Organisationsform oder Ausbildung der Lehrenden, bestanden in der Regelversorgung nicht. Das DMP-Diabetes bot evaluierte Schulungsprogramme an, die sich über mehrere Termine erstreckten, umfassende Inhalte behandelten und Mindestgruppengrößen vorsahen. Die Schulung konnten Ärztinnen und Ärzte alleine oder zusammen mit Diabetesberaterinnen und -beratern und/oder Diätologinnen und Diätologen durchführen. Die konkrete Ausgestaltung der Schulungen wurde in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer entschieden. Die Ärztinnen und Ärzte hatten für die Schulungen spezielle Fortbildungen zu absolvieren. Beispielsweise bot die NÖGKK ein eigenes Bewegungsmodul an, die TGKK nicht.

(3) Die NÖGKK honorierte Gruppenschulungen ausschließlich über das DMP-Diabetes, Schulungen für nicht eingeschriebene Diabetikerinnen und Diabetiker (rd. 93 % der diagnostizierten Diabetikerinnen und Diabetiker Typ 2) galt sie nicht ab. Die Organisation der Schulungen oblag laut DMP-Vereinbarung den ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung organisierte sie als Pilotprojekt in zwei Bezirken Patientenschulungen selbst.

In Tirol kooperierte die TGKK mit einem Verein, der für die zentrale Organisation und Abhaltung von Gruppenschulungen für alle Diabetikerinnen und Diabetiker unabhängig von einer Teilnahme am DMP-Diabetes verantwortlich war. Die vom Land Tirol finanzierten Gruppenschulungen führten Ärztinnen und Ärzte, Diätologinnen und Diätologen sowie Diabetesberaterinnen und -berater gemeinsam durch, wobei jeder Gesundheitsberuf seinen Schulungsteil verantwortete. Im Jahr 2016 fanden 27 Schulungen mit insgesamt 222 Diabetikerinnen und Diabetikern⁴⁴ statt.

(4) Gemäß den Dokumentationsbögen hatte nur etwa die Hälfte der im DMP-Diabetes eingeschriebenen Patientinnen und Patienten an einer strukturierten Patientenschulung teilgenommen. Im Durchschnitt lag die letzte Patientenschulung der Diabetikerinnen und Diabetiker 6,2 Jahre zurück. Die Österreichische Diabetes-Strategie 2017 empfahl den flächendeckenden Ausbau niederschwelliger, strukturierter Schulungsangebote.

20.2 Der RH hielt kritisch fest, dass österreichweit nur die Hälfte der am DMP-Diabetes teilnehmenden Diabetikerinnen und Diabetiker ein strukturiertes Schulungsprogramm absolvierten, dass keine flächendeckenden Schulungen für alle Diabetikerinnen und Diabetiker bestanden und dass keine Standards dafür vorhanden waren.

Aus Sicht des RH waren strukturierte, mehrtägige Schulungsprogramme zweckmäßig, um Erkrankten dienliche Kenntnisse und Fertigkeiten für die im Alltag selbst zu setzenden Therapieschritte zu vermitteln. Eine standardisierte Abdeckung aller notwendigen Wissensgebiete (z.B. Diätologie, Bewegungsberatung) war daher nicht durchgehend sichergestellt.

Der RH empfahl dem Ministerium und dem Hauptverband, der NÖGKK und der TGKK, ein flächendeckendes, strukturiertes, niederschwelliges Schulungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker anzubieten und Erkrankte zur Teilnahme daran zu motivieren.

⁴⁴ auch Bezugspersonen durften teilnehmen

Dem Ministerium und dem Hauptverband empfahl der RH, österreichweit verpflichtende Standards für Patientenschulungen festzusetzen, jedenfalls Diätologinnen und Diätologen sowie Diabetesberaterinnen und -berater in die Wissensvermittlung einzubeziehen und dabei Ernährung und Bewegung zu thematisieren.

Der RH beurteilte die von der TGKK – im Unterschied zur NÖGKK – angebotenen Patientenschulungen unabhängig von einer Teilnahme am DMP-Diabetes als positiv.

Der RH empfahl dem Hauptverband und der NÖGKK, allen Diabetikerinnen und Diabetikern, die Teilnahme an Patientenschulungen zu ermöglichen.

20.3 (1) Das Ministerium sagte dies zu und verwies auf das Projekt Integrierte Versorgung Diabetes.

(2) Der Hauptverband teilte mit, dass die empfohlenen Schulungsangebote und -standards Teil des laufenden Projekts Integrierte Versorgung Diabetes seien. Eine strukturierte Patientenschulung gemäß DMP-Diabetes umfasse auch die Themen Ernährung und Bewegung.

(3) Die NÖGKK teilte mit, dass zwischenzeitlich nicht mehr die DMP-Ärztinnen und -Ärzte, sondern die NÖGKK die Patientenschulungen organisiere. In einem Pilotprojekt in zwei niederösterreichischen Bezirken habe sie im Jahr 2018 lediglich zwei Ärzte für Schulungen finden können. Da sie vier von sieben Schulungen mangels Teilnehmerinnen und Teilnehmern abgesagt habe, plane sie für das Jahr 2019 ein Maßnahmenpaket zur Steigerung der Teilnehmerzahlen.

Weiters verwies die NÖGKK auf den mit der Oberösterreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin erstellten Online-Kurs zur Patientenschulung auf der Internetseite www.therapie-aktiv.at und auf die Arbeiten zum Projekt Integrierte Versorgung Diabetes.

Mangelnde Beratung bei Prädiabetikern

21.1 (1) Neben an Diabetes Erkrankten existierte eine große Gruppe von Personen mit erhöhtem Risiko, an Diabetes Typ 2 zu erkranken. Diese als Prädiabetikerinnen und Prädiabetiker bezeichneten Personen hatten z.B. bereits erhöhte Blutzuckerwerte, Übergewicht oder eine genetische Veranlagung für Diabetes. Schätzungen gingen davon aus, dass 2017 neben den bereits diagnostizierten Diabetikerinnen und Diabetikern weitere 5,5 % der europäischen Bevölkerung zwischen 20 und 79 Jahren erhöhte Blutzuckerwerte aufwiesen.

(2) Wissenschaftliche Studien zeigten, dass Lebensstiländerungen bei Risikogruppen die Gefahr, an Diabetes Typ 2 zu erkranken, nachhaltig senkten.⁴⁵ In Österreich existierten bereits erste strukturierte Beratungs- und Schulungskonzepte für die Betreuung der Diabetes-Risikogruppe.⁴⁶ Flächendeckende Betreuungsangebote bestanden jedoch nicht.

- 21.2 Der RH hielt fest, dass die positive Wirkung durch Lebensstilveränderungen (gesunde Ernährung, ausreichende Bewegung) nicht nur bei bereits diagnostizierten Diabetikerinnen und Diabetikern, sondern auch bei Personen mit bereits erhöhtem Diabetes-Risiko wissenschaftlich belegt war. Dadurch konnte der Ausbruch der Erkrankung verzögert bzw. teilweise sogar vermieden werden.

Der RH hielt kritisch fest, dass in Österreich kein flächendeckendes Beratungs- und Schulungskonzept für diese Diabetes-gefährdeten Personen bestand, obwohl die Risikogruppe aufgrund der Daten der Vorsorgeuntersuchung teilweise bekannt war.

Der RH empfahl dem Hauptverband, der NÖGKK und der TGKK, zielgruppenspezifische, präventive Beratungs- und Schulungskonzepte für Personen mit erhöhtem Diabetes-Risiko zu entwickeln, flächendeckend zu implementieren und deren Wirksamkeit regelmäßig zu evaluieren.

- 21.3 (1) Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme neuerlich auf das laufende Projekt Integrierte Versorgung Diabetes.

(2) Die NÖGKK verwies neuerlich auf den Online-Kurs und teilte mit, dass die zahlreichen Angebote der NÖGKK im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention allen Versicherten und somit auch Diabetes-gefährdeten Personen zur Verfügung stehen würden. Grundsätzlich liege es in der Verantwortung der betreuenden Ärztin oder des betreuenden Arztes, auf das Risikopotenzial Diabetes hinzuweisen und geeignete lebensstilverändernde Maßnahmen mit der Patientin oder dem Patienten zu vereinbaren. Der Sozialversicherung sei es nicht möglich, anhand der derzeit vorliegenden Daten eine eindeutige Identifikation von Prädiabetikerinnen und Prädiabetikern vorzunehmen.

Die NÖGKK vertrat die Ansicht, dass nicht die Erkrankung an Diabetes Typ 2 das Problem sei, sondern das damit verbundene Risiko für Komplikationen (Herzinfarkt, Schlaganfall etc.). Sie verwies auf eine wissenschaftliche Abhandlung, wonach die Schwellenwerte laufend verringert würden und kein gesicherter Zusammenhang

⁴⁵ Finnische und amerikanische Diabetes-Präventionsstudien zeigten nach vier bzw. drei Jahren eine Reduktion des Diabetes-Risikos um 58 % in den jeweiligen Interventionsgruppen im Vergleich zu den Kontrollgruppen. Auch 13 bzw. 15 Jahre später war die kumulative Diabetesinzidenz in den jeweils ursprünglichen Interventionsgruppen deutlich niedriger als in den entsprechenden Kontrollgruppen.

⁴⁶ z.B. bei der TGKK und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

zwischen Prädiabetes und Diabetes bestehe. Das Thema Prädiabetes werde von der NÖGKK daher nicht vorrangig behandelt.

- 21.4 Der RH entgegnete der NÖGKK, dass er die von ihr vertretene Ansicht zu Prädiabetes nicht nachvollziehen konnte. Dies insofern, als die Österreichische Diabetes–Strategie 2017 u.a. auf die Verringerung der Wahrscheinlichkeit, an Diabetes zu erkranken, abzielte. Angesichts der hohen Folgekosten von Diabetes verwies er nochmals auf die positive Wirkung von Lebensstilveränderungen, gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung sowohl für bereits erkrankte als auch Diabetes–gefährdete Personen und verblieb bei seiner Empfehlung.

Schulung und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte

- 22.1 (1) Die verpflichtende Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten fiel in den Wirkungsbereich der Österreichischen Ärztekammer. Ärztinnen und Ärzte hatten ihre absolvierte Fortbildung zumindest alle drei Jahre gegenüber der Österreichischen Ärztekammer zu bestätigen.⁴⁷ Vorgaben zu den zu absolvierenden Inhalten der Fortbildungen insbesondere im Bereich Diabetes oder anderer häufiger chronischer Krankheiten bestanden zwar nicht, diabetesrelevante Fortbildungsangebote waren aber verfügbar. Die Österreichische Diabetes–Strategie 2017 empfahl, diabetesrelevante Inhalte in die Aus–, Weiter– und Fortbildung von Gesundheitsberufen mit Diabetesbezug zu integrieren, um spezifisches Wissen sowie umfangreiche Kompetenzen zur Prävention und zur Krankheitsbegleitung von Menschen mit Diabetes aufzubauen. Im Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2013 bis 2016 war bereits festgeschrieben, dass die Aus– und Fortbildung aller relevanten Berufsgruppen systematisch über das gesamte Berufsleben an den Versorgungserfordernissen zu orientieren sei.

(2) Zur Teilnahme am DMP–Diabetes hatten Ärztinnen und Ärzte diabetesspezifische Aus– und Weiterbildungen verpflichtend zu absolvieren. Diese waren in das Diplomfortbildungsprogramm der Österreichischen Ärztekammer integriert. Die Grundausbildung beinhaltete einen zweistündigen, auch als E–Learning Modul angebotenen Kurs über die Grundlagen des DMP–Diabetes. Weitere Elemente der Aus– und Weiterbildungen im Rahmen des DMP–Diabetes unterschieden sich zwischen den Krankenversicherungsträgern. Die NÖGKK verlangte alle zwei Jahre diabetesspezifische Weiterbildungen im Ausmaß von mindestens zwei Stunden. Die TGKK verpflichtete Ärztinnen und Ärzte zu keinen regelmäßigen Weiterbildungen.

⁴⁷ Ärztinnen und Ärzte mussten mindestens 150 Fortbildungspunkte innerhalb von drei Jahren nachweisen. Ein Fortbildungspunkt entsprach einer Fortbildungsdauer von 45 Minuten. Fortbildungspunkte konnten u.a. im Rahmen von Veranstaltungen, wissenschaftlichen Arbeiten, Supervisionen, Hospitationen oder E–Learning erworben werden.

- 22.2 Der RH hielt fest, dass eine hohe Fachkompetenz aller an der Diabetes-Versorgung beteiligten Berufsgruppen entscheidend für die Versorgungsqualität war. Speziell Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sollten in ihrer Funktion als Regelversorger über ausreichendes und aktuelles Wissen verfügen. Der RH stellte jedoch kritisch fest, dass Ärztinnen und Ärzte nicht verpflichtet waren, sich im Bereich Diabetes oder anderer häufiger chronischer Krankheiten fortzubilden, obwohl – aufgrund der hohen Krankheitshäufigkeit – viele Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner an Diabetes Erkrankte medizinisch betreuten. Der RH wies nochmals darauf hin, dass ausreichend behandelte Diabetes zu geringeren Folgeerkrankungen und zu vermeidbaren Kosten für das Gesundheitssystem führen konnte.

Der RH empfahl dem Ministerium, bei den von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner zu absolvierenden Fortbildungen jedenfalls diabetesbezogene Angebote vorzusehen.

Der RH bewertete die – im Unterschied zur Regelversorgung bestehende – verpflichtende Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen des DMP-Diabetes als positiv. Damit konnte für die Behandlung benötigtes diabetesspezifisches Fachwissen vermittelt werden. Der RH hielt jedoch kritisch fest, dass regelmäßige Weiterbildungen bei der NÖGKK vorgesehen waren, nicht aber bei der TGKK.

Der RH empfahl dem Ministerium, auf bundesweit einheitliche Mindeststandards für die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten, die am DMP-Diabetes teilnehmen, hinzuwirken.

- 22.3 Das Ministerium sagte dies zu und verwies auf geplante qualitative Vorgaben für Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten im Projekt Integrierte Versorgung Diabetes.

Telegesundheitsdienste

- 23.1 Der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 sah die Konzeption und Umsetzung von Telegesundheitsdiensten vor. Auch die nach dem Bundesministeriengesetz eingerichtete Telegesundheitsdienste-Kommission hatte bereits im Jahr 2013 die Implementierung von Telemonitoring-Anwendungen⁴⁸ in den Bereichen Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen zur Unterstützung einer vertieften Arzt-Patient-Kommunikation empfohlen. Gemäß der Telegesundheitsdienste-Kommission waren die in Österreich bestehenden Tarifkataloge der Krankenversicherungsträger nicht zur Verrechnung telemedizinischer Leistungen geeignet, da keine entsprechenden Positionen bestanden.

⁴⁸ Telemonitoring bezeichnet die Überwachung von Patientinnen und Patienten bzw. von deren Vitalfunktionen durch den Gesundheitsdienstleister über eine räumliche Distanz hinweg.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestand in Österreich kein flächendeckendes Telemonitoring-Angebot. Auch im DMP-Diabetes war kein Telemonitoring-Angebot integriert. Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse erstellte dafür im Jahr 2017 ein erstes Implementierungskonzept. Pilotprojekte der TGKK⁴⁹ und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau waren umgesetzt, Evaluierungen zeigten positive Ergebnisse.

Laut Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau ermögliche Telemonitoring die laufende digitale und standardisierte Dokumentation von Messwerten sowie ein nachhaltiges Controlling wichtiger Vitalparameter, wie z.B. bei Diabetes Blutzucker, Blutdruck und Körpergewicht, durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt ohne Ordinationsbesuche der Erkrankten. Daraus resultiere eine höhere Patientensicherheit und eine Verbesserung der Versorgungs- und Lebensqualität sowie die Reduzierung des Risikos von Folgeerkrankungen. Weitere Vorteile von Telemonitoring-Anwendungen wären die Verbesserung der Datenlage und -qualität.

- 23.2 Der RH hielt fest, dass Telemonitoring den direkten Arztkontakt nicht gänzlich ersetzen, aber im Bereich Diabetes eine sinnvolle und notwendige Ergänzung des bestehenden Behandlungsangebots darstellen konnte, weil Patientenwege wegfielen, sich Wartezeiten in Ordinationen verringerten und eine orts- und zeitunabhängige Kommunikation zwischen Erkrankten sowie Ärztinnen und Ärzten möglich war.

Der RH verwies auf die gemäß Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 vorgesehene Einführung von Telegesundheitsdiensten und die Überlegungen, in das DMP-Diabetes ein Telemonitoring-Angebot zu integrieren.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der TGKK, auf eine zeitnahe Einrichtung der im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 vorgesehenen Telegesundheitsdienste hinzuwirken und darin die Ergebnisse von Pilotprojekten aus dem Bereich Diabetes einfließen zu lassen.

- 23.3 (1) Das Ministerium vertrat in seiner Stellungnahme die Ansicht, dass die Empfehlung des RH auf die technologische Unterstützung im Bereich der Versorgung abziele, da in den erwähnten Pilotprojekten das Telemonitoring als zum Teil optionale Erweiterung bzw. Ergänzung von DMP geplant sei. Die von der Bundes-Zielsteuerungskommission empfohlene Richtlinie würde Rahmenbedingungen für Telemonitoring wie etwa Standards oder Schnittstellen zu ELGA festlegen. Die bisherigen Pilotprojekte hätten die Praxistauglichkeit und Machbarkeit solcher Lösungen bestätigt. Einem flächendeckenden Einsatz würden nach wie vor Hürden in der

⁴⁹ u.a. für den Bereich Diabetes, wobei die Projektleitung durch Tirol Kliniken GmbH erfolgte

Finanzierung (Honorierung) und rechtliche Vorbehalte von Anbietern von Gesundheitsdiensten entgegenstehen.

(2) Der Hauptverband und die NÖGKK verwiesen neuerlich auf das Projekt Integrierte Versorgung Diabetes. Laut NÖGKK gebe es in diesem Projekt eine Arbeitsgruppe Digitalisierung, die sich mit den Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der Telemedizin auseinandersetze.

Schlussempfehlungen

- 24 Zusammenfassend empfahl der RH auch den Rechtsnachfolgern (Dachverband der Sozialversicherungsträger und Österreichische Gesundheitskasse):

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Niederösterreichische Gebietskrankenkasse; Tiroler Gebietskrankenkasse

- (1) Es wären valide und vollständige Datengrundlagen (Epidemiologie, Diagnosen, beanspruchte Leistungen, Wirkung der Behandlung) zu Diabetes zu schaffen. Weiters wäre eine Stelle festzulegen, die verfügbare Daten sektorenübergreifend zusammenfasst und daraus Handlungsempfehlungen ableitet. **(TZ 3)**
- (2) Gemeinsam mit den anderen Krankenversicherungsträgern und den Ländern wäre die Umsetzung der Österreichischen Diabetes-Strategie 2017 und ihrer Handlungsempfehlungen sicherzustellen. Dazu wäre vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz unter Einbindung der Bundes-Zielsteuerungskommission zeitnah ein Umsetzungsplan mit konkreten Maßnahmen, Verantwortlichkeiten und messbaren Ergebnisindikatoren vorzuschlagen. **(TZ 5)**
- (3) Es wären evidenzbasierte österreichweite Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte im Bereich Diabetes zu priorisieren und zu forcieren. **(TZ 6)**
- (4) Auf eine einheitliche und elektronische Erfassung von gesundheitsbezogenen Daten aus ärztlichen Untersuchungen, wie z.B. Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, schulärztliche Untersuchungen, Jugendlichenuntersuchungen, Stellungsuntersuchungen oder Vorsorgeuntersuchungen, wäre hinzuwirken. In der Folge wären – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Vorgaben – eine zentrale Zusammenführung, Nutzung und Archivierung dieser Daten für gesundheitspolitische Analysen zu veranlassen. **(TZ 9)**
- (5) Es wäre zu erheben, welche Gesundheitsberufe im niedergelassenen Bereich für eine adäquate Diabetes-Versorgung erforderlich sind, und diese wären zeitnah in das bestehende Versorgungsangebot zu integrieren. **(TZ 18)**

- (6) Ein flächendeckendes, strukturiertes, niederschwelliges Schulungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker wäre anzubieten, und Erkrankte wären zur Teilnahme daran zu motivieren. (TZ 20)
- (7) Auf eine zeitnahe Einrichtung der im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 vorgesehenen Telegesundheitsdienste wäre hinzuwirken und darin wären die Ergebnisse von Pilotprojekten aus dem Bereich Diabetes einfließen zu lassen. (TZ 23)

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Niederösterreichische Gebietskrankenkasse; Tiroler Gebietskrankenkasse

- (8) Die Qualitätszirkel mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wären als Instrument für die Analyse der Versorgungsqualität von Diabetes auszubauen und flächendeckend anzubieten. (TZ 3)
- (9) Geeignete Maßnahmen (z.B. Anreizsysteme) zur Steigerung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung vor allem bei Personen ohne regelmäßige Arztkontakte und mit erhöhtem Diabetes-Risiko wären zu setzen. (TZ 7)
- (10) Über die Vorsorgeuntersuchung hinausgehende Initiativen zur Früherkennung von Diabetes wären zu verfolgen. (TZ 7)
- (11) Es wäre darauf hinzuwirken, dass zukünftig alle Berufsschulen die Daten der Jugendlichenuntersuchung erfassen und übermitteln. (TZ 8)
- (12) Maßnahmen für die Erhöhung der Einschreibungen von Diabetikerinnen und Diabetikern wären zu setzen sowie die Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten im Disease Management Programm Diabetes zu forcieren. (TZ 15)
- (13) Diabetikerinnen und Diabetiker wären verstärkt über die Bedeutung regelmäßiger augenärztlicher Kontrolluntersuchungen aufzuklären. (TZ 16)
- (14) Zielgruppenspezifische, präventive Beratungs- und Schulungskonzepte für Personen mit erhöhtem Diabetes-Risiko wären zu entwickeln, flächendeckend zu implementieren, und deren Wirksamkeit wäre regelmäßig zu evaluieren. (TZ 21)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

- (15) Bei der empfohlenen Verbesserung der Datengrundlagen wären auch die regionalen und geschlechtsspezifischen Besonderheiten von Diabetes Typ 2-Erkrankungen zu analysieren und in Zukunft bei Prävention und Versorgung zu berücksichtigen. (TZ 4)
- (16) Die Daten der Jugendlichenuntersuchung wären für gesundheitspolitische Analysen und Maßnahmen generell und speziell im Bereich Diabetes zu nutzen, um frühzeitig (sozial)medizinische Risikofaktoren dieser Altersgruppe erkennen und gegensteuern zu können. (TZ 8)
- (17) Es wären österreichweit verpflichtende Standards für Patientenschulungen festzusetzen, jedenfalls Diätologinnen und Diätologen sowie Diabetesberaterinnen und -berater in die Wissensvermittlung einzubeziehen und dabei Ernährungs- und Bewegungsthemen zu thematisieren. (TZ 20)

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

- (18) Es wäre allen Diabetikerinnen und Diabetikern die Teilnahme an Patientenschulungen zu ermöglichen. (TZ 20)

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Tiroler Gebietskrankenkasse

- (19) In den Balanced Scorecard wären Zielwerte für die Teilnahme von Diabetikerinnen und Diabetikern am Disease Management Programm Diabetes festzulegen. (TZ 13)
- (20) In den Balanced Scorecard wären Zielwerte für die ärztliche Teilnahme am Disease Management Programm Diabetes festzulegen. (TZ 14)

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse; Tiroler Gebietskrankenkasse

- (21) Jene Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten, die trotz Einschreibung im Disease Management Programm Diabetes keine Aktivitäten vorwiesen, wären zu kontaktieren und zur aktiven Teilnahme zu motivieren. (TZ 14)

- (22) Die Versicherten wären – z.B. im Rahmen der Zusendung anderer Informationen – auch über das Bestehen des Disease Management Programm Diabetes zu informieren. (TZ 15)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

- (23) Der Abschluss von Vereinbarungen über die freiwillige Verringerung des Zuckeranteils in Lebensmitteln wäre anzustreben. (TZ 6)
- (24) Im Gesundheitsqualitätsgesetz vorgesehene Möglichkeiten für bundesweite bzw. für verbindliche Qualitätsleit- oder -richtlinien im Bereich Diabetes wären zu nutzen, um eine einheitliche Vorgehensweise für Prävention und Behandlung von Diabetes Typ 2 über alle Versorgungsebenen sicherzustellen. (TZ 11)
- (25) In dem zu erlassenden Qualitätsstandard wären eine verpflichtende Festlegung und Evaluierung individueller Therapieziele vorzusehen. (TZ 19)
- (26) Bei den von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern zu absolvierenden Fortbildungen wären jedenfalls diabetesbezogene Angebote vorzusehen. (TZ 22)
- (27) Auf bundesweit einheitliche Mindeststandards für die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten, die am Disease Management Programm Diabetes teilnehmen, wäre hinzuwirken. (TZ 22)

Tiroler Gebietskrankenkasse

- (28) Für alle berufstätigen Jugendlichen wäre – unabhängig von einem Besuch einer Berufsschule – eine Jugendlichenuntersuchung anzubieten. (TZ 8)

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

- (29) Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse sollte auf eine Teilnahme aller Berufsschulen an der Jugendlichenuntersuchung hinwirken. (TZ 8)



**Rechnungshof
Österreich**

Wien, im Oktober 2019

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

Anhang

Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger

Anmerkung: Im Amt befindliche Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in **Fettdruck**

Gesundheit Österreich GmbH

Geschäftsführung

Mag. Georg Ziniel

Dr. Herwig Ostermann

(1. August 2011 bis 31. Juli 2016)

(seit 1. August 2016)

R
—
H

