

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Doris Bures
Parlament
1017 Wien

GZ: BMGF-11001/0348-I/A/5/2016

Wien, am 13. Jänner 2017

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 10797/J der Abgeordneten Gerald Loacker, Kollegin und Kollegen** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Frage 1:

- *Das BMGF hat in seiner Beantwortung der Anfrage Nr. 6205/J der Abgeordneten Gerald Loacker, Kollegin und Kollegen vom 17.9.2015 eine Diabetes-Strategie für 2016 angekündigt. Wie ist der derzeitige Entwicklungsstand in dieser Sache?*
 - a. *Aus welchen Gründen ist die Fertigstellung der Diabetes-Strategie auf 2017 verschoben worden?*

Die Fertigstellung der österreichischen Diabetes-Strategie wurde nicht verschoben, sie war von Projektbeginn an mit März 2017 festgelegt. Das Entwicklungsprojekt liegt im Projektzeitplan.

Frage 2:

- *Wer wird in die inhaltliche Planung und Umsetzung der Diabetes-Strategie einbezogen?*
 - a. *Wie werden Stakeholder und Interessenvertretungen in den Entwurf der Diabetes-Strategie mit einbezogen?*
 - b. *Wann genau sind hier erste Veröffentlichungen und tatsächliche politische Umsetzungen zu erwarten?*
 - c. *In der Anfragebeantwortung 6010/AB heißt es: "Da die Vorarbeiten zu der genannten Diabetes-Strategie noch nicht so weit fortgeschritten sind, wurde die Landesvertretung der Ärzteschaft derzeit noch nicht eingebunden." Welche Neuigkeiten gibt es diesbezüglich?*

Ad Frage 2a:

Die Inhalte der österreichischen Diabetes-Strategie erarbeiten Stakeholder in einem breit angelegten partizipativen Entwicklungsprozess. Auftakt war die Veranstaltung im März 2016, an der über 100 Entscheidungsträger/innen, Expert/inn/en und Vertreter/innen von Bund, Ländern, Sozialversicherungsträgern, Selbsthilfegruppen und Berufsvertretungen teilnahmen und ihr Interesse an einer Mitarbeit in der Strategieentwicklung melden konnten.

Fünf Arbeitsgruppen entwarfen die Strategie-Inhalte, wobei darauf geachtet wurde, all jene Stakeholder zu involvieren, die zur Definition und Konkretisierung der Wirkungsziele und Handlungsfelder fachlich beitragen können (in den Arbeitsgruppen waren über 100 Einrichtungen vertreten). Eine sechswöchige Konsultationsphase im September/Oktober 2016 ermöglichte weiteren Stakeholdern ein Feedback zum Strategieentwurf.

Ad Frage 2b:

Im Rahmen der Abschlussveranstaltung im März 2017 ist geplant, die Strategie der Öffentlichkeit vorzustellen.

Ad Frage 2c:

Die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) war von Anfang in die Arbeiten der Strategie-Entwicklung eingebunden. Die ÖÄK ist in allen fünf Arbeitsgruppen vertreten.

Frage 3:

- *Wird die Diabetes-Strategie sich auch speziell mit an Diabetes mellitus erkrankten Kindern befassen?*
 - a. *Wie wird sichergestellt, dass nicht nur die medizinische Versorgung von Kindern gewährleistet wird, sondern auch Betreuung und Rechtssicherheit im Kindergarten- und Schulwesen in die Strategie mit einbezogen werden, um Kindern mit Diabetes mellitus eine gleichwertige Bildung zu ermöglichen und vor Diskriminierung im Alltag zu schützen?*
 - b. *Wird eine Risikoerkennung oder ähnliches für den neuen Mutter-Kind-Pass angedacht?*
 - i. *Wenn ja, wie soll diese Risikoerkennung erfolgen?*
 - ii. *Wenn nein, warum nicht?*
 - c. *Wie verläuft die Abstimmung zwischen dem BMGF und dem Bundesministerium für Bildung sowie Sozialministerium in dieser Sache?*

Ad Frage 3:

Die österreichische Diabetes-Strategie schließt alle in Österreich lebenden Menschen ein, unabhängig ob die Person an Diabetes erkrankt ist und unabhängig vom Diabetes mellitus-Typ.

Ad Frage 3a:

In der österreichischen Diabetes-Strategie wird auf das Berücksichtigen von spezifischen Bedürfnissen verschiedener Zielgruppen, wie Kinder und Jugendliche, hingewiesen.

Die Thematik der „Diskriminierung“ wurde bei der Entwicklung der österreichischen Diabetes-Strategie in den Arbeitsgruppen diskutiert und soll Berücksichtigung finden.

Ad Frage 3b:

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes wurden bislang die Gesundheitsbedrohungen während der Schwangerschaft behandelt. Die Ergebnisse der Facharbeitsgruppe sind über die Homepage des BMGF einsehbar.

Ad Frage 3c:

Das Bundesministerium für Bildung war an der Entwicklung beteiligt. Alle Ministerien (daher auch das Sozialministerium) waren zur Mitarbeit an der Diabetesstrategie eingeladen.

Frage 4:

- *In seiner "Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie" setzt das BMGF Maßnahmen und Ziele zur gesundheitlichen Chancengleichheit. Ein Punkt lautet hier: "Thema in relevanten Ausbildungen verstärkt berücksichtigen bzw. explizit machen (Gesundheitsberufe, Psychologinnen/Psychologen, Pädagoginnen/Pädagogen, andere für Kindergesundheit relevante Berufsfelder), z. B. "Child Advocacy" (= Rechte, Bedürfnisse der Kinder/Jugendlichen erkennen und dafür eintreten)". Laut BMGF ist dieser Punkt seit 2014 in Umsetzung. Bezieht sich dieses Ziel auch auf Kinder, welche an Diabetes mellitus erkrankt sind?*
- a. Wenn ja, welche Maßnahmen wurden im Bereich Diabetes mellitus bei Kindern bereits umgesetzt, um insbesondere Pädagoginnen und Pädagogen über Diabetes mellitus bei Kindern aufzuklären?*
 - b. Welche Maßnahmen sind derzeit in Planung und wurden noch nicht umgesetzt?*
 - c. Beinhaltet die bessere Aufklärung von Pädagoginnen und Pädagogen auch den Bereich der Rechtssicherheit im Umgang mit kranken Kindern, speziell bezogen auf Diabetes mellitus?*
 - i. Wenn nein, warum sieht das BMGF das Thema Rechtssicherheit von Pädagoginnen und Pädagogen nicht als Teil der Aufklärung von Pädagoginnen und Pädagogen über den Umgang mit an Diabetes mellitus erkrankten Kindern?*

Das Subziel „Thema in relevanten Ausbildungen verstärkt berücksichtigen“ ist in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie unter Themenfeld 1, Ziel 1 (Bewusstsein für spezielle Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stärken) verankert. Dazu wurden bereits mehrere konkrete Maßnahmen in Form von Lehrgängen gesetzt. Diese sind im Update 2013

<http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/0/4/CH1351/CMS1383576029980>

[/kinder_jugendgesundheitsstrategie_2013.pdf](#) ersichtlich. Diese Maßnahmen sind global zu sehen und zielen auf alle Kinder ab, sind jedoch nicht auf einzelne Erkrankungen wie Diabetes ausgerichtet.

Frage 5:

- *Laut Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2014 ist die "Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen als relevante Zielgruppe bei Strategien, Plänen etc." bereits in der Umsetzung. Ist seitens des BMGF ein Nationaler Aktionsplan für chronisch kranke Kinder bzw. Kinder mit Diabetes mellitus in Umsetzung?*
- Wenn ja, wie ist der aktuelle Stand dieser Planung?*
 - Wenn ja, wann können erste Ergebnisse und tatsächliche Umsetzungen erwartet werden?*
 - Wenn nein, ist solch ein Nationaler Aktionsplan eine sinnvolle Maßnahme, um an Diabetes mellitus erkrankten Kindern Chancengleichheit zu ermöglichen und Diskriminierung in Alltag und Schulwesen zu bekämpfen?*
 - Gerade Schulungen, die explizit Kinder oder Jugendliche ansprechen, werden meist durch die Selbsthilfe wahrgenommen (wie bspw. dem Verein Cuko Care). Wie plant das BMGF, sich hier mit eigenen Maßnahmen und Strategien einzubringen?*

Seitens meines Ressorts ist derzeit kein Nationaler Aktionsplan für chronisch kranke Kinder bzw. Kinder mit Diabetes mellitus geplant, da die österreichische Diabetes-Strategie alle in Österreich lebenden Menschen einschließt. In der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie ist das Themenfeld 4 (Gesundheitliche Chancengleichheit) verankert. Im Ziel 10 (Chancengleichheit für gesundheitlich benachteiligte Kinder und Jugendliche fördern) werden alle gesundheitlich benachteiligten Kinder inkludiert, auch Kinder die an Diabetes mellitus erkrankt sind. Siehe Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie Maßnahmen-Update 2014 http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/7/7/CH1351/CMS1433931290209/kinder_jugendgesundheitsstrategie2014.pdf

Im Sinne von Health in All Policies und um ein gesundes Heranwachsen zu gewährleisten ist es wichtig, dass die Gesellschaft in ihrer Gesamtheit dafür eintritt, Kinder und Jugendliche anzuhören, ihre Bedürfnisse sichtbar zu machen und in allen Politikfeldern sowie in allen Situationen des Alltages zu berücksichtigen. Dies gilt auch für chronisch kranke Kinder.

Frage 6:

- *Im Diabetesbericht 2013 wird ein Tiroler Diabetesregister erwähnt. Gibt es noch weitere Register oder Registervorhaben außer in Tirol?*
 - a. *Wenn ja, wo und von wem können diese eingesehen werden?*
 - b. *Wenn nein, warum nicht und bis wann wird es diese geben?*

Zusätzlich zu dem Diabetesregister aus Tirol gibt es noch das Diabetes-Inzidenz-Register der Medizinischen Universität Wien, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde für Kinder (und Jugendliche). Dieses wird auch im österreichischen Diabetesbericht 2013 erwähnt.

Frage 7:

- *Im Diabetesbericht 2013 wurde eine Erhebung zur Versorgungsqualität von Patienten mit Diabetes angedacht. Gibt es solch eine Erhebung mittlerweile?*
 - a. *Wenn ja, wo kann diese eingesehen werden?*
 - b. *Wenn nein, warum nicht?*

Das Disease Management Programm (DMP) „Therapie-Aktiv“ wurde im Jahr 2015 evaluiert (insgesamt über 215.000 Diabetiker/innen, Interventions- und Kontrollgruppe). Der Bericht ist unter <http://diabetes.therapie-aktiv.at/cdscontent/load?contentid=10008.617678&version=1427975661> veröffentlicht.

Frage 8:

- *Im österreichischen Patientenbericht, der 2008 veröffentlicht wurde, wurden im Rahmen eines Projektes Fragebögen an Diabetespatienten ausgewertet. Ist geplant, eine solche Erhebung methodisch stärker zu wiederholen, beispielsweise im Rahmen eines Nationalen Aktionsplans für Diabetes?*
 - a. *Wenn ja, wann?*
 - b. *Wenn nein, warum nicht?*

Der österreichische Patientenbericht wurde von der Firma Peri Consulting GmbH verfasst. Meinem Ressort ist nicht bekannt, ob weitere Erhebungen geplant sind. Seitens meines Ressorts werden themenrelevante Fragen bzw. Daten beispielsweise im Rahmen der periodisch durchgeführten Gesundheitsbefragung (15.770 befragte Personen) erhoben, etwa zu Übergewicht und Adipositas, die ja als Hauptursache für den Typ-2-Diabetes gelten.

Frage 9:

- *Verschiedentlich bieten Apotheken ihren Kundinnen und Kunden eine Blutzuckeruntersuchung an:*
 - a. *Wie beurteilt das Ministerium dieses Angebot im Hinblick auf die hohe Dunkelziffer an Diabeteskranken?*

- b. *Wie beurteilt das Ministerium die Rechtssicherheit von Apotheker/innen in Bezug auf die Vornahme dieser Untersuchung?*
- i. *Gibt es seitens des Ministeriums Pläne, die Kompetenzen und die Rechtssicherheit von Apotheker/innen zu erhöhen, sodass diese durch Blutzuckermessungen an Freiwilligen niederschwelliges Angebot schaffen und ggf. zur Aufklärung der Dunkelziffer an Diabeteskranken beitragen können?*
- c. *Werden seitens des Ministeriums Planungen angestellt, diese Blutzuckeruntersuchungen bundesweit zu ermöglichen?*
- i. *Wenn ja, wie weit sind diese Pläne und wie sollen sie verwirklicht werden?*
 - ii. *Wenn ja, wie werden Apothekerschaft, Ärzteschaft, Pharmabranche und andere Interessensgruppen in diesen Prozess mit einbezogen, um mehr Expertise zu akkumulieren?*
 - iii. *Wenn nein, warum nicht?*
- d. *Erhalten die Apotheker/innen eine Vergütung für die Durchführung einer Messung des Blutzuckers?*
- i. *Wenn ja, von wem?*
 - ii. *Wenn nein, warum nicht?*
- e. *Werden die Primärversorgungszentren (PHCs) auch in Zukunft so aufgestellt sein, dass sie Diabetes-Behandlungen inkl. Insulineinstellung und Betreuung insulinpflichtiger Patienten übernehmen können?*
- i. *Was muss dafür berücksichtigt werden?*
- f. *Wie können Primärversorgungszentren (PHC) dazu beitragen, die Aufklärungsrate und Primär-Prävention von Diabetes mellitus in der Bevölkerung zu erhöhen?*

Ad Frage 9a:

Mein Ressort hat bereits im Jahr 2014 eine Kurzrecherche zu „Pre-Screening Aktionen in Apotheken zu Diabetes mellitus Typ 2“ durchführen lassen. Dabei wurden Pre-Screening-Aktionen in Apotheken unterschiedlicher Länder (Österreich, Schweiz, Irland, Australien, USA) untersucht, deren primäres Ziel es war, Diabetes mellitus Typ 2 bzw. Risikofaktoren für die Entstehung der Erkrankung bei asymptomatischen Personen zu identifizieren und in der Bevölkerung die Aufmerksamkeit hinsichtlich einer Diabeteserkrankung zu erhöhen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Pre-Screening-Aktionen in Apotheken dazu beitragen, Personen mit vorliegenden Risikofaktoren, die für die Entstehung von Diabetes mellitus Typ 2 sowie anderer Erkrankungen verantwortlich sein können, zu identifizieren. Jedoch zeigen Pre-Screening Aktionen in Apotheken eher einen geringen Einfluss hinsichtlich der Identifizierung von Personen mit bereits vorliegendem, aber noch nicht diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 2.

Zusätzlich sind die Teilnahmezahlen der untersuchten Pre-Screening-Aktionen, gemessen an der zu erreichenden Zielgruppe, gering. In den meisten Studien wird daher eine umfassende mediale Begleitung der Kampagne bzw. eine entsprechende Informationskampagne für Risikopopulationen empfohlen.

Ad Frage 9b:

Grundsätzlich ist die Aufgabe von öffentlichen Apotheken die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der österreichischen Bevölkerung.

Darüber hinaus sind Apotheker/innen berechtigt, besondere Dienstleistungen zu erbringen, u.a. auch die Durchführung von Vorsorgemaßnahmen und deren Überwachung (§ 1 Abs. 4 Apothekenbetriebsordnung). Nach der Judikatur des OGH wird mit solchen Maßnahmen jedenfalls dann nicht in den Arztvorbehalt eingegriffen, wenn es sich um die Bedienung einfacher Geräte oder um Methoden handelt, die keinerlei medizinisches Sachwissen voraussetzen und auch von den Patient/inn/en selbst ausgeübt werden können. In diesem Rahmen wären daher auch Blutzuckermessungen zulässig.

Im Hinblick auf die höchstgerichtliche Judikatur erscheint ausreichend Rechtssicherheit gegeben. Eine Ausweitung der Kompetenzen über den skizzierten Rahmen hinaus bedürfte – als Ausnahme vom Arztvorbehalt – einer ausdrücklichen rechtlichen Regelung.

Ad Frage 9c:

Derzeit gibt es keine derartigen Pläne. Auch bei der Erarbeitung der nationalen Diabetes-Strategie wurden von den Expert/inn/en keine diesbezüglichen Empfehlungen an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) herangetragen.

Ad Frage 9d:

Eine Vergütung seitens der öffentlichen Hand ist von meinem Ressort nicht vorgesehen. Es ist nicht geregelt, aber auch nicht verboten, dass Apotheker/innen für diese Dienstleistungen ein angemessenes Entgelt verlangen können.

Ad Fragen 9e und 9f:

Die Verbesserung der Betreuung von chronisch kranken Personen ist eines der Hauptaugenmerke im Zusammenhang mit der Implementierung von Primärversorgungseinheiten.

Frage 10:

- *Ist es mit der seit dem Berichtsjahr 2015 stattfindenden Pseudonymisierung der Daten mittlerweile möglich, Rückschlüsse über die medizinischen Folgen von Diabeteserkrankungen zu ziehen?*
 - a. *Wenn ja, welche Angaben können inzwischen über die durch Diabetes verursachten Amputationen gemacht werden?*
 - i. *Gibt es bereits eine Schätzung darüber, wie viele der jährlich durchgeführten Amputationen in Österreich auf Diabetes zurück zu führen sind?*

Die Auswertung der Diagnosen- und Leistungsdaten zu dieser Fragestellung führt derzeit noch zu keinen ausreichend validen Ergebnissen, da im bisherigen Leistungskatalog 2015 und 2016 nur Amputationen ab Vorfußamputation, nicht jedoch Zehenamputationen als eigene Leistungsposition erfasst wurden. Im Leistungskatalog 2017 wurde nunmehr auch die Position „Zehenamputation/ Nachkürzung“ als eigene Leistungsposition ergänzt.

Erst aufgrund der vervollständigten Leistungserfassung wird es möglich sein, aussagekräftige Analysen über den Zusammenhang zwischen Diabeteserkrankungen und Amputationen durchzuführen. Dies ist erst nach Vorliegen der Daten des Erhebungsjahres 2017 (Daten 2017 sind voraussichtlich mit Ende 2018 für Analysen verfügbar) zweckmäßig.

Frage 11:

- *Gibt es eine Einschätzung der durch Diabetes verursachten jährlichen Kosten seitens des BMGF?*
 - a. *Kann die Summe der direkten und indirekten Kosten der Joanneum-Studie von 1,94 Milliarden Euro jährlich vom BMGF bestätigt werden?*
 - i. *Wenn nein, wie hoch schätzt das BMGF die durch Diabetes mellitus verursachten jährlichen direkten und indirekten Kosten dann ein?*
 - ii. *Wie schätzt das BMGF die Entwicklung der durch Diabetes mellitus verursachten jährlichen Kosten ein?*
 - b. *Wie plant das BMGF, die Kosten dieser weit verbreiteten Krankheit zu senken?*
 - c. *Sind hier bereits erste konkrete Maßnahmen umgesetzt worden?*
 - i. *Wenn ja, welche?*
 - ii. *Wenn nein, warum nicht?*

Dem BMGF liegen Berechnungen der NÖGKK (SV/LEICON) über die durch Diabetes Typ-2 verursachten Kosten vor. Diese wurden im „Österreichischem Diabetesbericht“ sehr differenziert auch in Form von Grafiken und Tabellen dargestellt. Aus diesem Grund wird auf die Seiten 34 – 36 des österreichischen Diabetesbericht verwiesen, der über die Homepage des BM für Gesundheit und Frauen (unter Gesundheit – Krankheiten – Diabetes) abrufbar ist.

http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/7/2/CH1075/CMS1460386129805/diabetesbericht_20131021.pdf

Das BMGF setzt hier in erster Linie auf Prävention. Die entsprechenden Empfehlungen im Nationalen Aktionsplan Bewegung (NAPb) und im Nationalen Aktionsplan Ernährung (NAPe) sowie in den Rahmengesundheitszielen folgen diesem Ansatz.

Frage 12:

- *Die österreichischen Sozialversicherungen haben bereits ein so genanntes "Disease Management Programm" (DMP) für diabeteskranke Menschen entworfen. Dieser Betreuungsplan könnte zur Vermeidung von Spätkomplikationen beitragen.*
 - a. *Warum sind derzeit nur etwa 50.000 Diabetiker/innen in das Programm eingeschrieben und nicht mehr?*
 - b. *Wird das DMP "Therapie Aktiv - Diabetes im Griff" in allen Bundesländern flächendeckend und zu gleichen Konditionen angeboten?*
 - i. *Wenn nein, warum nicht?*

Die Teilnahme an diesem Programm basiert auf Freiwilligkeit und ist darüber hinaus für alle mit Mehraufwand verbunden. Es wird aber von allen Verantwortlichen versucht, dieses Programm zu attraktivieren.

Mittlerweile wird das DMP in allen Bundesländern angeboten.

Frage 13:

- *Gibt es bei der Anzahl von diagnostizierten Diabetes mellitus Patienten einen Unterschied zwischen Männern und Frauen?*

Die vorhandene Datenlage zeigt, dass etwas mehr Männer als Frauen an Diabetes erkrankt sind. (vgl. österreichischer Diabetesbericht 2013.)

Frage 14:

- *Laut österreichischem Diabetes-Bericht 2013 "wurde im Jahr 2011 in Österreich bei rund 2.900 Verstorbenen Diabetes mellitus als Todesursache dokumentiert; bei Männern häufiger als bei Frauen"*
 - a. *Wie ist dieser Unterschied zwischen Männern und Frauen zu erklären?*

Eine genaue Aussage dazu ist schwer zu treffen. Der Punkt 8 „Genderaspekte“ im österreichischen Diabetesbericht versucht diese Unterschiede zu erklären: „Insgesamt sind Männer weniger insulinempfindlich als Frauen, und sie haben mehr viszerales und mehr Leberfett. Außerdem sind Männer häufiger vom metabolischen Syndrom betroffen.“ Ein möglicher Zusammenhang ist nicht auszuschließen. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass Diabetes mellitus als Todesursache vermutlich unvollständig dokumentiert ist. So ist die Todesursache bei adipösen Patient/inn/en häufig auf ein Versagen des Herz-Kreislaufsystems zurückzuführen. Ob Diabetes oder ein Versagen des Herz-Kreislaufsystems die Todesursache war, ist nicht immer eindeutig feststellbar bzw. könnte letztendlich nur durch eine Obduktion restlos geklärt werden.

Frage 15:

- *Weiters folgt "Die Diabetes-Mortalität [folgt...] zudem einem regionalen Muster, wonach die altersstandardisierte Mortalität in östlichen Bundesländern bzw. in grenznahen Bezirken in Niederösterreich und im Burgenland am höchsten, in westlichen Bundesländern tendenziell am geringsten ausfällt."*
- a. *Gibt es in Österreich eine für alle Bundesländer gleiche Behandlungsmaßnahme?*
- i. *Wenn nein, wer entscheidet über die Behandlung von Diabetes mellitus in den einzelnen Bundesländern?*

Die Ärztin/der Arzt muss nach state of the art behandeln und ist medizinischen Leitlinien verpflichtet (siehe ÖDG Leitlinie vgl. <http://www.oedg.org/pdf/Diabetes-mellitus-Anleitungen-fuer-die-Praxis-2016.pdf>).

Darüber hinaus ist ein Ost-Westgefälle in Österreich bezüglich Gesundheitsverhalten und Lebensstil seit langem bekannt.

Frage 16:

- *Wie viele mit Diabetes mellitus begründete Kuraufenthalte gab es in den einzelnen Krankenversicherungsträgern? (2010 - 2015, bitte getrennt nach Jahren und Krankenversicherungsträger)*

Diese Frage kann nicht beantwortet werden; diagnosebezogene Daten zu Kuraufenthalten stehen in elektronisch auswertbarer Form nicht zur Verfügung. Die Sozialversicherung führt keine rasch auswertbaren Register über die Krankheiten von Menschen. Manuelle Auswertungen sind in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht und auch darüber hinaus nur mit einem nicht vertretbar hohen Aufwand möglich.

Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser

