

Dr. ⁱⁿ Sabine Oberhauser, MAS
Bundesministerin

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Doris Bures
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0284-I/A/15/2015

Wien, am 17. September 2015

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische
Anfrage Nr. 6205/J der Abgeordneten Gerald Loacker, Kollegin und Kollegen nach
den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Fragen 1 und 2:

Für den Begriff „Volkskrankheit“ gibt es keine wissenschaftlich anerkannte Definition und keinen verbindlichen Schwellenwert. Im Allgemeinen versteht man darunter nichtepidemische Krankheiten, die aufgrund ihrer Verbreitung und ihrer wirtschaftlichen Auswirkungen von großer Bedeutung für ein Land sind. In erster Linie sind darunter Wohlstands- oder Zivilisationskrankheiten zu verstehen, die teilweise auf einen ungesunden Lebensstil zurückzuführen sind.

Der „Österreichische Diabetesbericht 2013“ unternimmt auf Basis von Befragungs- und Abrechnungsdaten, Vorsorgeuntersuchungsdaten, dem Diabetes-Inzidenz-Register sowie österreichbezogenen Schätzungen der Internationalen Diabetes-Vereinigung (IDF) eine bundesweite Gesamteinschätzung der Diabetes-Situation. (Griebler et al. 2013, s. auch:

http://bmgs.gv.at/cms/home/attachments/9/4/5/CH1075/CMS1423226792330/diabetesbericht_20131021.pdf

Fragen 3, 11, 12, 15, 17 und 19:

Um dem Diabetes mellitus auf breiter Basis, sowohl präventiv als auch in der Versorgung, zu begegnen, wird derzeit im Auftrag meines Ministeriums ein Konzept für eine Diabetesstrategie entwickelt.

Das bis Anfang 2016 vorliegende Konzept wird die Eckpunkte zur Entwicklung einer österreichischen Diabetes-Strategie festlegen. Ein breit angelegter, partizipativer

Strategieentwicklungsprozess, der alle wesentlichen Stakeholder/innen involviert, ist für das Jahr 2016 geplant. Ende 2016 soll der Entwicklungsprozess abgeschlossen sein.

Hinsichtlich der Fragestellungen betreffend Invaliditätspensionen darf ich festhalten, dass diese nicht in den Zuständigkeitsbereich meines Ressorts fallen.

Fragen 4 und 5:

Durch gezielte Intervention kann in der Bevölkerung das Risiko, an Diabetes zu erkranken, reduziert werden. Diese Maßnahmen zielen vor allem auf das Bewegungs- und Ernährungsverhalten ab, um Risikofaktoren wie Übergewicht und Adipositas, Bluthochdruck und erhöhte Blutfettwerte zu vermeiden. Verschiedene nationale Strategien und Aktionspläne wurden erarbeitet, die zum Teil direkt und/oder indirekt auf das Thema Diabetes einwirken:

Rahmen-Gesundheitsziele

Im Jahr 2012 wurden für Österreich zehn Rahmen-Gesundheitsziele vorgestellt. Diese sollen dazu beitragen, die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre in Österreich in den nächsten 20 Jahren um durchschnittlich zwei Jahre zu steigern. Ein Teil der Ziele kann direkt oder indirekt mit Präventionsmaßnahmen und der Behandlung von Diabetes erreicht werden. Die Rahmen-Gesundheitsziele stellen einen Handlungsrahmen für alle relevanten Institutionen dar.

Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit

Die Gesundheitsförderungsstrategie zielt darauf ab, einen Beitrag für ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich zu leisten.

Folgende Ziele wurden formuliert:

- Unterstützung der Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele, der Landesgesundheitsziele sowie der Gesundheitsförderungsthemen in der Zielsteuerung-Gesundheit
- Stärkung und Weiterentwicklung der politikfelderübergreifenden Zusammenarbeit im Sinne von Health in All Policies
- Förderung einer breit abgestimmten Vorgehensweise im Bereich Gesundheitsförderung
- Beitrag zur Qualitätsentwicklung im Bereich Gesundheitsförderung
- Beitrag zum Kapazitätsaufbau im Bereich Gesundheitsförderung
- Verbreitung gut entwickelter Praxisbeispiele

Nationaler Aktionsplan Ernährung (NAP.e)

Die nationale Ernährungsstrategie NAP.e beinhaltet strategische und inhaltliche Ziele, wobei die strategischen Ziele den Rahmen vorgeben und die inhaltlichen Ziele operativen Charakter haben. Folgende inhaltliche Ziele wurden definiert:

- Senkung der Prävalenz ernährungsassozierter Erkrankungen und deren Risikofaktoren
- Verminderung der Zahl übergewichtiger/adipöser Kinder, Jugendlicher und Erwachsener
- Verbesserung der Ernährung der Bevölkerung gemessen an den Ernährungszielen

„Der NAP.e definiert Ernährungsziele und dient der Darstellung der strategischen und strukturellen Rahmenbedingungen, in die entsprechende Maßnahmen und Interventionen ‚eingehängt‘ werden können. Der NAP.e ist ein dynamisches Instrument, das stetig weiterentwickelt wird und damit eine bedarfs- und qualitätsbasierte Vorgehensweise ermöglicht.“ (Lehner et al. 2013, 18)

Nationaler Aktionsplan Bewegung (NAP.b)

Der NAP.b baut auf den Rahmen-Gesundheitszielen auf und hat folgende übergeordnete Zielsetzung: „Der Schritt zur Erstellung eines Nationalen Aktionsplans Bewegung (NAP.b) soll das Bewusstsein für Maßnahmen zur Bewegungsförderung weiter erhöhen. Dieser Aktionsplan soll in der Folge als Leitlinie fungieren, anhand der Maßnahmen entwickelt und umgesetzt werden, die eine Verbesserung des Bewegungsverhaltens zum Ziel haben und eine messbare Veränderung in der Gesellschaft in Richtung einer ganzheitlichen Bewegungs- und Sportkultur bewirken“ (Angel et al. 2013, 8).

Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie

In der vom Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2013 veröffentlichten Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie erhält Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle, entsprechende Maßnahmen sollen ausgebaut werden und so früh wie möglich ansetzen, um so ihr volles Potenzial entfalten zu können. Folgende übergeordnete Ziele wurden der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie zugrunde gelegt:

- Gesundheitliche Chancengleichheit verbessern
- Gesundheitliche Ressourcen stärken und erhalten
- Gesunde Entwicklung so früh wie möglich fördern
- Gesundheitliche Risiken verringern
- Sensibilität für Gesundheit in allen Politikbereichen erhöhen

Frage 6:

Neben einer zentralen (bauchbetonten) Adipositas sind noch mindestens zwei weitere definierte Risikofaktoren, dazu zählen erhöhte Triglyceride, niedriges HDL-Cholesterin, Bluthochdruck und erhöhter Nüchternblutzucker, Voraussetzung für das Vorliegen eines Metabolischen Syndroms (Definition nach International Diabetes

Foundation – IDF). Übergewicht ist wiederum ein wesentlicher Faktor für die verminderte oder fehlende Insulinempfindlichkeit und stellt daher den Hauptrisikofaktor für Diabetes mellitus Typ 2 dar (Griebler et al. 2013). Verschiedene Strategien und Aktionspläne wurden entwickelt, die auf das Bewegungs- und Ernährungsverhalten der Bevölkerung abzielen (zu den Details verweise ich auf die Beantwortung der Fragen 4 und 5).

Frage 7:

In der geplanten österreichischen Diabetes-Strategie ist vorgesehen, dass ein Handlungsfeld dem Thema „Awareness/Bewusstseinsbildung“ gewidmet wird.

Derzeit wird die „Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz“ aufgebaut, die die Umsetzung des Rahmen-Gesundheitsziels 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ langfristig und nachhaltig unterstützen wird.

Frage 8:

Als Hauptursachen des Typ-2-Diabetes gelten Übergewicht und Adipositas, Bluthochdruck und erhöhte Blutfettwerte (metabolisches Syndrom) und damit auch eine hochkalorische, kohlenhydrat- oder fettreiche Ernährung sowie ein Mangel an Bewegung, somit Ursachen, die deutlich sozioökonomisch beeinflusst sind. Entsprechende Strategien wurden dazu entwickelt, ich darf auf die Ausführungen zu den Fragen 4, 5 und 7 verweisen.

Frage 9:

Nach dem vorliegenden Konzept zur Stärkung der Primärversorgung (siehe Link: <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf>) umfasst Primärversorgung nicht nur die Behandlung von Krankheiten, sondern auch die Förderung von Gesundheit und die Prävention von Krankheit. Daher wird Primärversorgung unter anderem als kontinuierliche Versorgung durch ein Team, das als fester Ansprechpartner dauerhaft, langfristig und nachhaltig sowohl die gesunde Bevölkerung (Gesundheitsförderung und Prävention) als auch akut Erkrankte (Kuration) sowie chronisch Kranke und Risikopatient/inn/en (Disease Management) bei der Bewältigung ihrer Gesundheitsanliegen begleitet, definiert. Insofern kommt der Primärversorgung sowohl bei präventiven Maßnahmen als auch bei der Versorgung der Patient/inn/en eine große Rolle zu, die in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen wird.

Frage 10:

Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin mit dem Additivfach Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen sind für die Behandlung und Betreuung von Diabetes Mellitus speziell ausgebildet. In der neuen Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 ist „Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“ als eigenes Sonderfach vorgesehen.

Frage 13:

Dazu teilt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger Folgendes mit:

„In Hinblick auf die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vor dem Hintergrund eines Common Risk Approach stellen Programme und Initiativen zu den Themen Ernährung und Bewegung seitens der Sozialversicherungsträger auch eine wichtige Maßnahme zur Vermeidung, Früherkennung und allenfalls Behandlung von Diabetes Mellitus Typ II dar.

Das Untersuchungsprogramm der Vorsorgeuntersuchung umfasst unter anderem die Früherkennung von Risikofaktoren für Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus. Im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen erfolgt auch ein oraler Glukose-Toleranztest zur Erkennung einer gestörten Glukoseverwertung bzw. eines Diabetes mellitus, um einen Verdacht auf Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) abzuklären.

Darüber hinaus gibt es umfangreiche Angebote, die der Entstehung von Diabetes und der Verschlechterung bereits bestehender ungünstiger Stoffwechsellagen vorbeugen sollen (zielgruppenorientierte Bewusstseins- bzw. Informationskampagnen und Projekte). Weiters gibt es verschiedene Lebensstilprogramme für übergewichtige und adipöse Personen, die ein besonders hohes Risiko tragen, als Folge der Fehl- und Überernährung an Diabetes zu erkranken.

Die Umsetzung dieser Programme erfolgt in Abstimmung mit bestehenden Initiativen im Kontext der Rahmen-Gesundheitsziele sowie der Gesundheitsförderungsstrategie im Kontext der Zielsteuerung Gesundheit.

Neben zum Teil bereits gut funktionierender Systeme einer strukturierten Diabetikerversorgung haben die Sozialversicherungsträger zur Verbesserung der Versorgungssituation bereits erkrankter Personen unter anderem ein strukturiertes Versorgungsmodell (Disease Management Programm [DMP] – „Therapie Aktiv, Diabetes im Griff“) entwickelt. Der „Therapie Aktiv“-Arzt behandelt seine Patienten umfassend und führt regelmäßig Fußuntersuchungen, Augenkontrollen und HbA1c-Bestimmungen durch. Durch gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung und selbstständige Blutzucker-/Harnzuckermessungen kann der Patient „aktiv“ seinen Behandlungserfolg mitbeeinflussen. Somit können Folgeerkrankungen des Diabetes wie z. B: Fußamputationen, Erblindungen, Herzinfarkte und Schlaganfälle vermieden werden.

Betroffene werden im Rahmen des Programms gezielt informiert und durch die Vereinbarung von Zielen gemeinsam mit ihren Ärzten (z. B. Ernährungsumstellung) motiviert „aktiv“ an der Therapie mitzuhelpfen.

Der Erfolg des Programms konnte durch die letzten Patientenbefragungen sowie die wissenschaftliche Evaluierung bestätigt werden. Die Sterblichkeit sowie die Gesamtkosten können signifikant gesenkt werden.

Angemerkt wird, dass seitens der SVA der gewerblichen Wirtschaft bei Inanspruchnahme des Disease Management Programmes [DMP] – „Therapie Aktiv, Diabetes im Griff“ sowie im Rahmen der Gesundenuntersuchung bei Erreichen von Gesundheits-Teilzielen unter anderem die Reduktion des Selbstbehaltes für ärztliche Leistungen von 20 % auf 10 % vorgesehen ist.“

Frage 14:

Da die Vorarbeiten zu der genannten Diabetes-Strategie noch nicht so weit fortgeschritten sind, wurde die Standesvertretung der Ärzteschaft derzeit noch nicht eingebunden. Für den Bereich der fachlichen Expertise erfolgt allerdings sehr wohl eine enge Zusammenarbeit mit der entsprechenden medizinischen Fachgesellschaft. Die Österreichische Ärztekammer ist des weiteren Mitglied im Rahmen-Gesundheitsziel Plenum und war bzw. ist somit direkt an der Erarbeitung sowie Umsetzung der Ziele beteiligt.

Frage 16:

Das Bundesgesetz, mit dem ein Arbeitszeitgesetz für Angehörige von Gesundheitsberufen in Kranken-, Pflegeanstalten und ähnlichen Einrichtungen geschaffen wird (Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz - KA-AZG), bezieht sich auf bestimmte Gesundheitseinrichtungen. Da Diabetes-Patient/inn/en aber vielfach auch im niedergelassenen Bereich betreut werden, sind bei weitem nicht alle Patient/inn/en von allfälligen Auswirkungen des Gesetzes betroffen. „Wohnortnahe“ Betreuung erfolgt insbesondere im niedergelassenen Bereich, weshalb mein Ressort und ich auch an dessen Stärkung und Ausbau arbeiten.

Für den Krankenanstaltensektor ist auf die Zuständigkeit der Länder gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG zu verweisen, wobei ich davon ausgehe, dass durch die derzeitige Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens eine Finanzierung gesichert ist.

Frage 18:

Wie schon in der Beantwortung der Voranfrage Nr. 11314/J XXIV. GP (=11079/AB XXIV. GP) ausgeführt, handelt es sich bei den zu einer Amputation führenden Erkrankungen häufig um ein multifaktorielles Geschehen. Um den kausalen Zusammenhang zwischen der Amputation und einer diabetischen Grunderkrankung korrekt feststellen zu können bzw. Diabetes Mellitus als Ursache einer Amputation festlegen zu können, wäre die Beobachtung des einzelnen Krankheitsfalls über mehrere Jahre hinweg eine unabdingbare Voraussetzung. Bei den meinem Ressort vorliegenden Diagnosen- und Leistungsberichten handelt es sich derzeit um Routinedaten zu einzelnen stationären Krankenhausaufenthalten, die aufgrund der anonymisierten Form keinen Rückschluss auf einzelne Krankheitsfälle und deren Krankheitsverläufe (inkl. Ursachen) ermöglichen.

Allerdings wird es durch die kürzlich erfolgte Umstellung auf eine pseudonymisierte Datenmeldung möglich werden, Behandlungsverläufe von Patient/inn/en zukünftig durchgängiger darzustellen und zu analysieren als bisher (selbstverständlich ohne Kenntnis der Identität der einzelnen Patient/inn/en).

In Bezug auf internationale Vergleiche darf darauf hingewiesen werden, dass Dokumentation und Datenlage im Gesundheitsbereich auch in anderen Staaten zumeist nicht umfassend und in vielen Teilbereichen nicht ausreichend valide sind, insbesondere in Bezug auf aussagekräftige Informationen über Leistungsgeschehen und Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Leistungen. Österreich hat diesbezüglich mit der bundesweit einheitlichen Dokumentation in Krankenanstalten vergleichsweise gute Datengrundlagen, die sich – wie oben ausgeführt – mit der Pseudonymisierung der Daten ab dem Berichtsjahr 2015 noch erheblich verbessern werden.

Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser

Signaturwert	bRqkcZSxEmGB/pE1jiW9GySIDxNa6D2nBjfdPPQr1+UBAuv72HCtzWSqA8TIfQnQE BKFel1q407V90ezKgqJ2u7PrglmLcKh7A4oNDEKQQWAKNL0XG1TO8ruYOP9aUavcU KIT63FOYd4bbp0MkSr0/rExxR/8xQ+AeUuyHPEcps=		
	Unterzeichner	serialNumber=756257306404,CN=Bundesministerium f. Gesundheit,O=Bundesministerium f. Gesundheit,C=AT	
	Datum/Zeit	2015-09-17T08:40:47+02:00	
	Aussteller-Zertifikat	CN=a-sign-corporate-light-02,OU=a-sign-corporate-light-02,O=A-Trust Ges. f. Sicherheitssysteme im elektr. Datenverkehr GmbH,C=AT	
	Serien-Nr.	540369	
	Parameter	etsi-bka-moa-1.0	
Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert.		
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: http://www.signaturpruefung.gv.at		