

15028/AB
vom 05.09.2023 zu 15695/J (XXVII. GP)
Bundesministerium sozialministerium.at
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Johannes Rauch
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2023-0.506.994

Wien, 18.8.2023

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 15695/J des Abgeordneten Mag. Gerhard Kaniak betreffend Ein Drittel der Diabetiker in Österreich bricht Therapie ab** wie folgt:

Einleitend ist anzumerken, dass in meine Anfragebeantwortung auch die Äußerungen des um Stellungnahme ersuchten Dachverbandes sowie der Krankenversicherungsträger eingeflossen sind.

Frage 1:

-
- *Wie bewerten Sie die in der Presseaussendung genannte Studie betreffend Diabetes-Therapien?*

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz nimmt die Studie mit Interesse zur Kenntnis.

Aus Sicht der Krankenversicherungsträger und des Dachverbandes ist Folgendes anzumerken:

Bis vor Kurzem fehlten genaue Daten zur Diabetesprävalenz in Österreich. Es existiert kein nationales Register für Erwachsene mit Diabetes. Aktuelle Informationen stammen aus lokalen Registern und fragmentierten Datensätzen sowie Gesundheitsumfragen, aus Daten von Arzneimittelverordnungen oder präventiven medizinischen Vorsorgeuntersuchungen. Die angeführten Prävalenzzahlen für Erwachsene sind geschätzt oder veraltet. Zuverlässige Zahlen stammen nur aus dem Typ-1-Diabetesregister für Kinder bis 14 Jahre.

Die Arbeit präsentiert einen modellbasierten Ansatz, der sicherstellt, dass die Gruppe der „unbeständigen Patient:innen“ mit abgebrochenen Behandlungen nicht fälschlicherweise mehrmals als neu diagnostizierte Diabetiker:in eingestuft werden, da dies sonst die Inzidenz- und Prävalenzraten erschwert oder verfälscht.

Die Studie ist methodisch einwandfrei durchgeführt und sowohl hinsichtlich interner als auch externer Validität aussagekräftig. Die Schlussfolgerungen der Autor:innen sind gut begründet, erscheinen plausibel und sind durch die erhobenen bzw. geschätzten Daten gestützt.

Sie unterliegen jedoch der Einschränkung, dass Diabetespatient:innen ausschließlich anhand der Abgabe von Blutzuckermedikamenten und Anzahl der HbA1c-Messungen (Blutzuckerwert) identifiziert werden.

Die Daten der Studie stammen aus dem Standardprodukt LEICON (Leistungscontrolling) und weisen die bekannten Limitationen der Daten der Krankenversicherung auf:

- Heilmittel unter der Rezeptgebühr, wie z.B. Metformin oder Gliclazid, sind nicht erfasst. Bezuglich dieser Heilmittel kann keine Auswertung vorgenommen werden. Es kann daher nicht festgestellt werden, ob jemand diese bezieht.
- Auch die Überwachung des HbA1c ist nicht lückenlos auswertbar. Spitalsambulant liegen keine Informationen zu medizinischen Einzelleistungen vor.

Bei den Versorgungen betreffend die Blutzucker-Messung inklusive der Geräte zur Insulintherapie handelt es sich überwiegend um Dauerversorgungen.

Aufgrund der angeführten Limitierungen kann nicht bedingungslos bestätigt werden, dass ein Drittel der Diabetiker:innen die Therapie abbricht.

Weiters fanden auch keine Informationen über sozioökonomischen Status, Body-Mass-Index, Raucherstatus und Lebensstilfaktoren Niederschlag. Eine fehlende standardisierte ICD-Codierung sowie die Einschränkung, dass aufgrund der LEICON-Datensätze nur etwa 80 % der Typ-2-Diabetes Patient:innen identifizierbar sind, könnten ebenso Fehlerquellen darstellen. Die tatsächlichen Inzidenzen könnten womöglich sogar noch unterschätzt werden. Inwiefern spezifische antidiabetische Therapien eine Auswirkung auf Behandlungstreue oder Therapieabbruch aufweisen, wurde nicht untersucht.

Frage 2:

- *Welche Erkenntnisse ziehen Sie daraus?*

Die verbesserte integrierte Versorgung von Menschen mit Diabetes Mellitus ist ein Thema, das bei den Arbeiten im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit (ZS-G) priorisiert wurde und aktuell in den zuständigen Gremien bearbeitet wird. Bei diesen Arbeiten werden auch die Ergebnisse der Studie berücksichtigt.

Seitens der Krankenversicherungsträger und des Dachverbandes wird Folgendes angemerkt:

Die Studie untermauert die Annahme des Einflusses demographischer Variablen (Alter, Geschlecht, Wohnort) auf die Inzidenz. Darüber hinaus scheint sie – abgesehen von den unter Frage 1 angeführten Limitierungen – die aus der klinischen Praxis bekannten hohen Raten an Behandlungsabbrüchen zu bestätigen (mit konsekutiv erhöhter Mortalität). Die exakten Ursachen der Abbrüche sind weiterhin unklar. Das Design der Studie war nicht geeignet, hierzu eine Aussage zu treffen.

Die Hintergründe für die Therapieabbrüche bzw. –unterbrechungen müssen in weiteren Studien erforscht werden, um zielgerichtete Maßnahmen setzen zu können.

So wurde etwa nicht berücksichtigt bzw. untersucht, ob die in die beiden Kohorten (kontinuierliche Gruppe und unregelmäßige Gruppe) eingeschlossenen Patient:innen im Rahmen des Disease Management Programms „Therapie Aktiv“ betreut werden und wie sich „Therapie Aktiv“-Patient:innen auf die beiden Gruppen verteilen bzw. ob die Nicht-„Therapie Aktiv“-Patient:innen eher der Gruppe zuzuordnen sind, die die medikamentöse Behandlung und/oder HbA1c-Überwachung für mindestens ein Jahr unterbrochen haben.

Dies wäre interessant, da das Programm „Therapie Aktiv“ bereits zweimal einer wissenschaftlichen Studie unterzogen wurde und diese positive Effekte zugunsten des Programms gezeigt haben. So sind z.B. die Sterblichkeitsrate nach acht Jahren Teilnahme an „Therapie Aktiv“ und die Gesamtkosten der Patient:innen pro Jahr in der „Therapie Aktiv“- Gruppe signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe. Bei den diabetesspezifischen Folgeerkrankungen (Herzinfarkt und Schlaganfall) zeigten sich ebenfalls Vorteile für „Therapie Aktiv“-Patient:innen. Dass wichtige Untersuchungen, wie etwa die HbA1c- Messung bei „Therapie Aktiv“-Patient:innen häufiger durchgeführt werden, zeigen zudem die Auswertungen der Sozialversicherung. Somit wären weitere Studienanalysen hilfreich, um eventuell einen Einfluss von „Therapie Aktiv“ ableiten zu können.

Auch der Widerspruch, dass die Mortalität in der unregelmäßig betreuten Gruppe höher, jedoch der Gesundheitszustand der Patient:innen besser zu sein scheint, müsste weiteren Analysen unterzogen werden.

Adhärenz bzw. Compliance sind Bereiche, welche nicht unbedingt rezentester Studien bedürfen. Hier kann man auf ältere Daten und Empfehlungen rekurrieren. Auch andere Studien in der Diabetesbehandlung belegen, dass ein Drittel der Verschreibungen nicht eingelöst werden bzw. mehr als die Hälfte aller verschriebenen Medikamente inkorrekt eingenommen werden. (WHO Report 2003, Adherence to long-term therapies: evidence for action)

Höhere Raten in den Inzidenzkarten treten in der Regel in städtischen Gebieten auf, wobei die höchsten Raten in der Metropole Wien und den umliegenden Gebieten zu finden sind. Dieses Ost-West-Gefälle kann auf einen weniger gesunden Lebensstil, eine niedrigere sozioökonomische Situation und einen höheren Migrationshintergrund der Bevölkerung zurückzuführen sein.

Des Weiteren können externe Risikofaktoren – strukturelle Deprivation – eine wichtige Rolle spielen: Dazu zählen ortsspezifische (z.B. hohe Arbeitslosigkeit), psychosoziale (z.B. unsichere Arbeitsverhältnisse) und umweltbedingte (z.B. Lärm, Luftverschmutzung, Klimawechsel etc.) Einflüsse. (<https://www.oedg.at/pdf/OEDG-Leitlinien-2023.pdf>, kein Datum).

Die Tatsache, dass diese Patient:innen mit abgebrochener Überwachung und/oder Medikamententherapie auch eine höhere Sterblichkeit aufweisen, erscheint besorgniserregend. Vor allem, da bei der Gruppe der Unbeständigen auch angenommen

werden könnte, dass diese – nur durch Lifestyle-Änderung und somit ohne Medikation – trotzdem schlechter abschneiden als die Gruppe mit regelmäßiger Medikation.

Frage 3:

- *Welche Daten und Zahlen liegen Ihnen betreffend die Annahme, die Durchführung und den Abbruch von Diabetes-Therapien vor, geordnet nach Bundesländern und Bezirken?*

Das Thema Diabetes mellitus Typ 2 wurde innerhalb der ZS-G im Projekt ambulante Qualitätsmessung (A-OQI) bearbeitet. Wie auch in der genannten Studie wurden hierfür LEICON-Daten der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt. Folgende Kennzahlen wurden auf Bezirksebene ausgewertet (siehe dazu A-OQI Bericht 2021 und 2022):

Regionsprofile:

- Demographie, Epidemiologie und Versorgungsangebote

Prozessqualität:

- Regelmäßige ärztliche Kontakte (Allgemeinmedizin, Augenarzt/Augenärztin)
- Regelmäßige Laborkontrollen (z.B. HbA1c-Bestimmung oder HDL/LDL)

Ergebnisqualität:

- Anteil der Typ 2-Diabetiker:innen mit stationärer Krankenhausaufnahme und Herzinfarkt, Schlaganfall oder Major-Amputationen

Daten zu Therapie-Abbrüchen liegen meinem Ressort aktuell nicht vor.

Aus Sicht der Krankenversicherungsträger und des Dachverbandes ist Folgendes anzumerken:

Die angesprochene Studie basiert auf den Leistungsdaten aller Krankenversicherungsträger die im Rahmen des Standardproduktes LEICON zusammengeführt und aufbereitet wurden.

Aus den abgegebenen Medikamenten und den durchgeführten Messungen des HbA1c-Wertes kann auf eine Diabetes mellitus Typ-2- Erkrankung geschlossen werden.

Eine ausschließliche Analyse von Abrechnungsdaten eines einzelnen Krankenversicherungsträgers wäre dahingehend limitierend, als Aspekte der Mehrfachversicherung (Anspruch auf Leistungen bei mehreren Versicherungsträgern) bzw. der wechselnden Versicherungsansprüche nicht berücksichtigt werden könnten. Wenn beispielsweise ein/eine Patient:in ab einem bestimmten Stichtag keine Diabetesmedikamente mehr auf Kosten beispielsweise der SVS bezieht, würde dies als Therapieabbruch gewertet, obwohl er:sie möglicherweise nach dem Stichtag Diabetesmedikamente beispielsweise über die ÖGK bezieht. Bei einer getrennten Analyse würde diesfalls bei der ÖGK ein neuer Therapiefall gezählt werden. Durch die in der Studie vorgenommene trägerübergreifende Datenanalyse wurde diese Limitierung ausgeschlossen.

Fragen 4 und 5:

- *Sind Ihnen signifikante Unterschiede aus diesen Statistiken bekannt?*
- *Inwiefern decken sich diese mit den nun vorgelegten Daten?*

Statistiken zu Therapie-Abbrüchen liegen meinem Ressort aktuell nicht vor. In A-OQI wurden oben angeführte Kennzahlen zur Versorgung ausgewertet und signifikante Unterschiede 2021/2022 in Qualitätszirkeln thematisiert und Verbesserungspotentiale aufgezeigt (z.B. Erweiterung der Schulungsangebote für Ärzt:innen und Patient:innen oder Erweiterung des Informationsmaterials für Patient:innen).

Darüber hinaus wird auf die Ausführungen zu Frage 3 verwiesen.

Frage 6:

- *Hätte man da auf bundespolitischer Ebene eingreifen und positiv einwirken können?*
 - a. Wenn ja, haben Sie eingegriffen?*
 - b. Wenn ja, mit welchem Erfolg?*
 - c. Wenn nein, warum nicht?*

Dazu verweise ich auf die Beantwortung zu den Fragen 2 bis 5.

Fragen 7 bis 10:

- *Welche Zielsetzungen definieren Sie anhand der vorliegenden Daten betreffend die Annahme, die Durchführung und den Abbruch von Diabetes-Therapien?*
- *Wie wollen Sie diese Zielsetzung erreichen?*
- *Wann werden Sie entsprechende Maßnahmen einleiten?*
- *Welche Maßnahmen sind das konkret?*

Zielsetzungen für einzelne Krankheitstherapien werden nicht vom Bund allein, sondern von allen Partnern der ZS-G in den zuständigen Gremien gemeinsam erarbeitet. Zusätzlich zu den bereits angesprochenen laufenden Arbeiten wird auf das seit vielen Jahren laufende Programm „Therapie Aktiv“ hingewiesen, das seitens der Sozialversicherung für die integrierte Versorgung von Diabetiker:innen mit Diabetes Mellitus Typ 2 angeboten wird und eine intensive und strukturierte Betreuung vorsieht. Dazu verweise ich auf die unten stehenden näheren Ausführungen des Dachverbandes und der Krankenversicherungsträger zu diesem Programm.

Leider wird das Programm von der Ärzteschaft und den Patient:innen nicht in dem Umfang angenommen, der wünschenswert wäre. Als mögliche Verbesserungsmaßnahme arbeitet die ZS-G hier z.B. an der Entwicklung einer Technologieplattform, die die Handhabung der integrierten Versorgung erheblich erleichtern soll. Damit soll in Zukunft nicht nur die Teilnahme an Projekten und Programmen zur integrierten Versorgung verbessert werden, sondern insgesamt die Versorgung von chronisch kranken Menschen. An der Umsetzung dieses Projektes sowie weiteren Verbesserungsmaßnahmen wird derzeit intensiv mit allen Zielsteuerungspartnern in den entsprechenden Gremien gearbeitet.

Aus Sicht der Krankenversicherungsträger und des Dachverbandes ist Folgendes anzumerken:

Die kontinuierliche und strukturierte Betreuung von Patient:innen mit Typ-2-Diabetes ist besonders wichtig, um schwerwiegende Begleit- und Folgeerkrankungen zu vermeiden bzw. hinauszuzögern. Aus diesem Grund wird das Disease Management Programm „Therapie Aktiv“ in ganz Österreich umgesetzt mit dem Ziel, für Patient:innen mit Typ-2- Diabetes im niedergelassenen Bereich eine strukturierte und qualitätsgesicherte medizinische Betreuung zu ermöglichen.

Das Programm unterstützt Ärzt:innen in der kontinuierlichen und strukturierten Langzeitbetreuung – beispielsweise durch die Bereitstellung von Checklisten

(Dokumentationsbogen). Damit wird gewährleistet, dass betreuende „Therapie Aktiv“-Ärzt:innen einen optimalen Überblick zum jeweiligen Krankheitsverlauf der Patienten:innen haben. Wichtige Untersuchungen, wie die der Augen, Füße oder die HbA1c-Messung werden dadurch regelmäßig durchgeführt.

„Therapie Aktiv“ hilft somit bei der Einhaltung von Standards des Diabetesmanagements bzw. bei der Durchführung der „State of the Art“-Behandlung. Diese sehen beispielsweise bei Patient:innen, die die Behandlungsziele erreichen und eine stabile Blutzuckerkontrolle haben, eine halbjährliche HbA1c-Testung vor. Bei Patient:innen, die die Ziele nicht erreichen oder bei denen eine Anpassung der Therapie vorgenommen werden muss, sind vierteljährliche HbA1c-Messungen durchzuführen. Im Programm „Therapie Aktiv“ werden Ärzt:innen an diese „State of the Art Untersuchungen“ erinnert. Dass dies funktioniert, zeigten bereits mehrere Auswertungen/Berichte. So werden notwendige Kontrolluntersuchungen bei „Therapie Aktiv“-Patient:innen häufiger durchgeführt als bei Patient:innen, die außerhalb des Programms betreut werden.

„Therapie Aktiv“-Ärzt:innen erhalten im Programm diagnostische und therapeutische Sicherheit durch medizinische Behandlungspfade (dem „Therapie Aktiv“-Arzthandbuch) und erhalten jährlich ein kostenloses Feedback zur Optimierung ihrer Therapiestrategien.

Das Diabetesmanagement ist neben einer kontinuierlichen und strukturierten Langzeitbetreuung durch den Arzt/die Ärztin von der aktiven Mitarbeit der Patient:innen abhängig. Daher werden im Rahmen von „Therapie Aktiv“ die betroffenen Patient:innen besonders in ihrem Selbstmanagement gestärkt. Durch Patient:innenschulungen (online und in Präsenz) und die Vermittlung von diabetesrelevanten Informationen, beispielsweise in Form eines Patient:innenhandbuchs, Broschüren, Videos, Patient:innenveranstaltungen und auf www.therapie-aktiv.at, werden die Betroffenen im Management ihrer Krankheit fit gemacht.

Das Programm liefert somit für Patient:innen und Ärzt:innen die optimalen Rahmenbedingungen für ein gutes Diabetesmanagement. Die Teilnahme am Programm ist jedoch für Ärzt:innen wie auch für Patient:innen freiwillig. Eine rechtliche Verpflichtung gibt es nicht.

Die Krankenversicherungsträger und der Dachverband setzen sich insbesondere für einen laufenden Betrieb und die laufende Weiterentwicklung von „Therapie Aktiv“ ein, mit dem Ziel einer kontinuierlichen Steigerung der Teilnahmezahlen, begleitet von umfassenden Qualitätsmanagement-Maßnahmen. Am Disease Management Programm „Therapie Aktiv“

der sozialen Krankenversicherung können Ärzt:innen und Patient:innen aus ganz Österreich teilnehmen. An der kontinuierlichen Ausweitung der Teilnahmezahlen wird laufend gearbeitet.

Seitens der Krankenversicherungsträger und des Dachverbandes besteht das Bemühen, die integrierte Versorgung bei Diabetes voranzutreiben (Disease Management Programm „Therapie Aktiv“; gemeinsame Projektarbeiten). Österreichweit ist die Annahme dieser Projekte seitens der niedergelassenen Ärzteschaft und der Patient:innen weiterzuentwickeln. Ein Teil der Erkrankten entscheidet sich auch trotz Bemühungen der Therapierenden die empfohlene Therapie nicht fortzuführen. Angabe zu Gründen dazu liegen selten vor.

Im Rahmen der Umsetzung von „Therapie Aktiv“ erfolgen folgende Maßnahmen:

- Diabetesspezifische Basisschulung sowie Fortbildungen für Ärzt:innen (E-Learning, Literaturstudien, Videos)
- Diabetesschulung für insulinpflichtige und nicht-insulinpflichtige Patient:innen mit Typ 2 Diabetes (in Präsenz und online)
- Aufbereitung und zur Verfügung-Stellung von Informationsmaterialien für Patient:innen (Patient:innenhandbuch, Folder, Broschüren, Videos, Newsletter, „Therapie Aktiv“- Website)
- Ärzt:innennewsletter
- Durchführung von Patient:innenveranstaltungen
- Bewerbung des Programms bei Ärzt:innenkongressen
- Bewerbung und kontinuierliche Einschaltungen in Vertragspartnermagazinen und Fachzeitschriften
- Jährlicher Benchmarkbericht
- Jährliche Feedbackberichte für Ärzt:innen zur Optimierung der Therapiestrategie

Darüber hinaus werden von den Krankenversicherungsträgern Maßnahmen gesetzt wie am Beispiel der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) dargestellt werden kann (sekundäre und tertiäre Prävention):

Leicht durchs Leben – Adipositas-Langzeitprogramm und Diabetespräventionsprogramm

Adipositas ist der Hauptsrisikofaktor für Diabetes mellitus Typ-2. Laut einem aktuellen OECD-Bericht ist jeder Zweite übergewichtig oder sogar adipös (55 % der Männer; 39 % der Frauen).

Für Versicherte mit Übergewicht beziehungsweise Adipositas bietet die BVAEB ihren Versicherten österreichweit das kostenlose Lebensstil-Schulungsprogramm „Leicht durchs Leben“ an. Informationen über eine gesündere, fettärtere Ernährung, mehr Bewegung und den richtigen Umgang mit stressigen Situationen werden in diesem Programm vermittelt. Nach einer sechsmonatigen Phase der Gewichtsreduktion (Leicht durchs Leben – BASIS) wird in einer einjährigen Phase der Nachbetreuung (Leicht durchs Leben – PRO) gemeinsam mit Expert:innen (Medizin, Psychologie, Diätologie, Sportwissenschaft) an Maßnahmen der Gewichtsstabilisierung gearbeitet. Begleitet wird dieses Programm durch aktive Bewegungseinheiten. Die BVAEB setzt Schulungsprogramme zur Vermeidung von Folgeerkrankungen (Prädiabetes, Bluthochdruck, etc.) um.

Telemonitoring/Telegesundheitsdienst: BVAEB - Gesundheitsdialog Diabetes

Die BVAEB bietet ihren Versicherten seit 2010 mit dem Programm „Gesundheitsdialog Diabetes“ die Möglichkeit, ihre Blutzuckerwerte sicher und elektronisch an den Arzt/die Ärztin zu übermitteln. Dies erfolgt durch das elektronische Blutzuckertagebuch „DiabMemory“.

Ein Tele-Arzt/eine Tele-Ärztin sichtet und überwacht die kontinuierlich gesendeten Werte und gibt den Versicherten dazu Feedback bzw. bestellt die Versicherten zur Therapieanpassung in die Ordination. So wird die Therapie optimiert und die Gesundheitskompetenz der Versicherten gestärkt. Menschen mit Diabetes ersparen sich dadurch die Notwendigkeit des persönlichen Erscheinens in der Praxis bzw. Ambulanz. Darüber hinaus werden auch ärztliche Ressourcen geschont. Therapietreue und Adhärenz werden in diesem Zusammenhang gefördert, sowie auch die Arzt/Ärztin-Patient:innenbeziehung gestärkt. Dies soll zu einem nachhaltigen Behandlungserfolg beitragen.

Weitere Vorteile sind die Verbesserung der Versorgungs- und Lebensqualität, Minimierung von Risiken betreffend Folgeerkrankungen sowie eine verbesserte Datenlage. Telemonitoring kann/soll den direkten Arzt/Ärztinkontakt nicht komplett ersetzen, jedoch bei der Behandlung von Diabetes als sinnvolle Unterstützung dienen.

GuB – Gesundheit und Beruf

Internationale Studien zeigen, dass 50 % der Typ-2 Diabetes-Erkrankungen über Jahre unentdeckt bleiben. Oft kommen Patient:innen erst mit Spätfolgen in eine ärztliche Behandlung. Ein vorrangiges Ziel ist es daher, die immer jünger werdenden Betroffenen

mittels Labor (HbA1c, Nüchternblutzuckerwert) zu detektieren und in den Versorgungskreislauf zu bringen.

Mit freundlichen Grüßen

Johannes Rauch