



**Gemeinsam
Diabetes begegnen**

Eine Strategie im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen



**MINISTERIUM
FRAUEN
GESUNDHEIT**

Österreichische Diabetes-Strategie

Gemeinsam Diabetes begegnen.





Gesundheit Österreich
GmbH



Zitiervorschlag:

BMGF (2017): *Österreichische Diabetes-Strategie*, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen & Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Alle Rechte vorbehalten. Jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe im Fernsehen und Hörfunk sowie der Verarbeitung und Einspeicherung in elektronischen Medien, wie zum Beispiel Internet oder CD-Rom. Irrtümer, Druck- und Satzfehler vorbehalten.

Impressum

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Radetzkystraße 2, 1030 Wien
Tel. +43 71100-0

Für den Inhalt verantwortlich:

Steuerungsgruppe:

Magdalena Arrouas, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Thomas Dorner, Medizinische Universität Wien
Andreas Friedrich, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (ab Mai 2016)
Claudia Francesconi, Österreichische Diabetes Gesellschaft
Eva-Maria Kernstock, Gesundheit Österreich GmbH
Andreas Kolm, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (bis Mai 2016)
Eva Luger, Medizinische Universität Wien (Vertretung Thomas Dorner)
Thomas C. Wascher, Österreichische Diabetes Gesellschaft
Raimund Weitgasser, Österreichische Diabetes Gesellschaft

Inhaltliche Entwicklung:

Arbeitsgruppen der Handlungsfelder 1–5 (Mitglieder der Arbeitsgruppen siehe Anhang)

Feedback der Expertinnen und Experten:

Andrea Arz de Falco, Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Bundesamt für Gesundheit BAG,
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
Michael Roden, Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf, Deutschen
Diabetes-Zentrums (DDZ, Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf)

Redaktionsteam der Gesundheit Österreich GmbH

Brigitte Domittner (Projektleitung)
Wolfgang Geißler
Elisabeth Rappold
Friederike Stewig
Sabine Weißenhofer

Projektassistenz

Manuela Hauptmann

Internet

www.bmgf.gv.at

Titelbild

© macgyverhh - Fotolia.com

Erscheinung

März 2017

ISBN 987-3-903099-19-7

Inhalt

Vorwort	7
Kurzfassung	8
Erarbeitungsprozess	8
Executive Summary	9
Background.....	9
Development.....	9
Präambel	11
Übergeordnete Ziele der österreichischen Diabetes-Strategie.....	11
Health in all Policies und gesundheitliche Chancengerechtigkeit.....	11
Nationale Strategien und Aktionspläne	12
Umsetzungsplanung.....	12
Erarbeitungsprozess	14
Entwicklung und Umsetzung der österreichischen Diabetes-Strategie	14
Wirkungsziele übergreifende Handlungsempfehlung	16
Handlungsempfehlung 0a: Bekanntheit und Verbindlichkeit von Gesundheitszielen, Gesundheitsförderungsstrategie, NAP.b und NAP.e fördern und stärken	16
Handlungsempfehlung 0b: Aktiven nationalen und internationalen Austausch fördern.....	17
Wirkungsziel 1: Steigern der diabetesbezogenen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung	18
Herausforderungen und angestrebte Wirkungen.....	18
Handlungsempfehlungen	19
Wirkungsziel 2: Diabetesreduzierende Umwelt-/Umfeldfaktoren fördern	21
Herausforderungen und angestrebte Wirkungen.....	21
Handlungsempfehlungen	22
Wirkungsziel 3: Erkrankte zum eigenständigen und kompetenten Umgang mit Diabetes befähigen	25
Herausforderung und angestrebte Wirkung.....	25
Handlungsempfehlungen	26
Wirkungsziel 4: Integrierte Versorgung konzipieren, implementieren und sicherstellen	29
Herausforderungen und angestrebte Wirkungen.....	29
Handlungsempfehlungen	30
Wirkungsziel 5: Wissen und Kompetenz der Gesundheitsberufe ausbauen, vernetzen und transparent machen	33
Herausforderungen und angestrebte Wirkungen.....	33
Handlungsempfehlungen	34
Wirkungsziel 6: Wissen generieren und evidenzbasiertes, qualitätsgesichertes Handeln unterstützen	36
Herausforderungen und angestrebte Wirkungen.....	36
Handlungsempfehlungen	37

Glossar	40
Literatur	43
Anhang	45
Anhang 1: Mitglieder der Steuerungsgruppe und der erweiterten Steuerungsgruppe	46
Anhang 2: Arbeitsgruppen	47
Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe Handlungsfeld 1: Awareness/Bewusstseinsbildung für Diabetes in der Bevölkerung, Primärprävention, Gesundheitskompetenz, inkl. Diabetes Literacy.....	47
Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe Handlungsfeld 2: Akzeptanz, Selbstmanagement, Patientenempowerment, Krankheitsbewältigung, Gesundheitsförderung für Erkrankte, inkl. Sekundär- und Tertiärprävention	48
Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe Handlungsfeld 3: Versorgungsstruktur und –prozesse, Rahmenbedingungen, inkl. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.....	49
Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe Handlungsfeld 4: Wissen und Kompetenz der Gesundheitsdiensteanbieter.....	50
Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe Handlungsfeld 5: Angewandte Forschung, Entwicklung und Vernetzung, Information, Dokumentation und Evaluation, Qualitätssicherung	51
Anhang 3: An der Konsultation teilgenommenen Einrichtungen	52

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren!

Diabetes Typ 2 zählt schon heute zu den häufigsten Volkskrankheiten und wird sich ohne Gegensteuerung in den kommenden Jahren voraussichtlich noch stärker ausbreiten. Schätzungen zufolge gibt es in Österreich 600.000 Menschen mit Diabetes, Tendenz stark steigend. Dabei wissen etwa 20 % nichts von ihrer Erkrankung und deren schwerwiegenden Folgekrankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Amputationen, Nieren- und Augenschädigungen, Sexualstörungen, Depressionen.

Die Risikofaktoren für Diabetes Typ 2 hängen mit unterschiedlichen sozioökonomischen Faktoren zusammen. So sind Menschen mit geringer Bildung, geringerem Einkommen sowie mit Migrationshintergrund deutlich häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen und damit einem höheren Risiko ausgesetzt.

Daher ist der Health-in-all-Policies-Ansatz ein wichtiges Grundprinzip der österreichischen Diabetes-Strategie, die darüber hinaus auch einen Fokus auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit setzt, bei der Prävention ebenso wie bei der Versorgung.

Sie orientiert sich an den Menschen, betont die Verantwortung der Gesellschaft und jedes Einzelnen, steht für Chancengerechtigkeit und verhindert Diskriminierung und Schuldzuweisung.

Die beiden übergeordneten Ziele der Diabetes-Strategie streben an, die Wahrscheinlichkeit an Diabetes mellitus zu erkranken zu verringern bzw. eine hohe Lebensqualität bereits erkrankter Menschen möglichst lange zu erhalten.

Ich bin daher zuversichtlich, dass es durch Umsetzung der formulierten Handlungsempfehlungen gelingen wird, das weitere Ansteigen der Zahl an Diabetikerinnen und Diabetikern einzudämmen bzw. die Lebensqualität der bereits Erkrankten zu verbessern.

Ihre



Dr.ⁱⁿ Pamela Rendi-Wagner, MSc
Bundesministerin für Gesundheit und Frauen



© BMGF/Thomas Jantzen

Kurzfassung

Diabetes mellitus Typ 2 wird zu einer immer größeren Herausforderung für Politik und Gesellschaft. Hohe Prävalenz an Diabetikerinnen und Diabetikern, aber auch an übergewichtigen und adipösen Personen, erfordert ein gezieltes und abgestimmtes Handeln sowohl in der Prävention als auch in der Versorgung.

Um dieser enormen gesundheitspolitischen Aufgabe zu begegnen, wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) eine Diabetes-Strategie erarbeitet, die nicht nur einen Rahmen für alle Aktivitäten zum Thema Diabetes darstellen sondern ein zukunftsorientiertes, strategisches Handeln ermöglichen soll.

Die **Diabetes-Strategie setzt sich folgende übergeordnete Ziele:**

Ziel 1: Für alle in Österreich lebenden Menschen soll die Wahrscheinlichkeit an Diabetes zu erkranken, verringert werden.

Ziel 2: Alle in Österreich lebenden und an Diabetes erkrankten Menschen sollen möglichst lange mit hoher Lebensqualität leben können.

Erarbeitungsprozess

Am 7. März 2016 fand eine Auftaktveranstaltung zur Entwicklung der Diabetes-Strategie statt. In einem breit angelegten, partizipativen Entwicklungsprozess wurden – im Sinne des Health-in-all-Policies-Ansatz – mehr als 100 Stakeholder aus allen Bereichen zur Mitarbeit an der Diabetes-Strategie eingeladen.

Die Diabetes-Strategie soll als strategisches Expertenpapier verstanden werden, das der Gesundheitspolitik einen Überblick über die wichtigsten Handlungsfelder rund um das Thema Diabetes liefert.

Für jedes Handlungsfeld wurde eine Arbeitsgruppe mit der Formulierung von Wirkungszielen betraut, die in darauffolgenden Abstimmungsrunden innerhalb der Steuerungsgruppe bzw. auch in einem breit angelegten Konsultationsverfahren akkordiert wurden. Darüber hinaus erfolgte ein Peer-review Prozess durch zwei internationale Expert/Innen.

Die Gesamtstrategie orientiert sich jedenfalls an bestehenden nationalen Initiativen, wie den nationalen Aktionsplänen Ernährung und Bewegung, der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie und den österreichischen Gesundheitszielen.

Der darin vorgegebene Rahmen umspannt die Themen Prävention, Diagnose, Therapie, Forschung etc. und gibt in 6 Wirkungszielen vor, wie sich Österreich in Bezug auf den Umgang mit Diabetes in den nächsten 5–10 Jahren weiterentwickeln soll.

Als nächster Schritt wird, basierend auf die vorliegende Strategie, ein konkreter Umsetzungsplan, wieder unter Beiziehung aller relevanten Partner, ausgearbeitet werden.

Die Diabetes-Strategie ist auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen veröffentlicht.

Executive Summary

Background

Diabetes presents a major challenge worldwide. In 2016 the Austrian Ministry of Health and Women's Affairs initiated the development of an Austrian Diabetes Strategy. The present strategic framework states objectives and recommendations aiming to achieve the following main goals:

- to reduce the probability of people living in Austria to develop Diabetes
- to enable people living in Austria and suffering from Diabetes to maintain the highest possible quality of life for as long as possible

Development

The Austrian Diabetes Strategy was developed by means of a broad participatory process. More than 100 decision makers – experts and representatives of the national government, federal states, the social insurance institutions, self-help groups as well as professional representatives – attended the kick-off meeting and were invited to participate.

Five working groups, consisting of the above mentioned representatives were in charge of defining the strategy's objectives and recommendations. Afterwards, during a six week consultation period, an even broader range of stakeholders had the opportunity to provide additional feedback on the draft strategy. Furthermore two international experts peer reviewed the final version.

A broad participatory development process was chosen to support the successful and sustainable implementation of the Austrian Diabetes Strategy. Based on the strategy an Action Plan, that includes measurable outcomes, will be developed with all relevant partners.

The Austrian Diabetes Strategy is available on the website of the Austrian Ministry of Health and Woman's Affairs (in German).

Tabelle 1. Objectives and recommendations

Strengthen and promote knowledge on and commitment of the Austrian health targets, the national health promotion strategy, the National Action Plan Physical Activity (NAP.b) and the Austrian Nutrition Action Plan (NAP.e)	Encourage active national and international exchange	Objective 1: Increase Diabetes-related health literacy in the general population	
		Recommendations	1a: Develop and implement information and communication concepts for risk and other target groups
			1 b: Support social integration of people with Diabetes
		Objective 2: Promote environmental factors and settings that reduce Diabetes	
		Recommendations	2a: Develop a concept for health impact assessments in the public sector – especially concerning a framework to support health promoting exercise and nutrition
			2b: Strengthen setting- and life stage-specific approach
			2c: Develop a concept for a national catalogue of criteria on corporate health responsibility
		Objective 3: Empower patients to handle Diabetes independently and competently	
		Recommendations	3a: Ensure continuous support through integrated care at all stages of the disease
			3b: Large-scale expansion of easily accessible, target group specific, continuous and structured services for training and consultation
		Objective 4: Design, implement and ensure integrated care	
		Recommendations	4a: Define processes to identify people at high risk or people with Diabetes at an early stage and to refer them to integrated care services
			4b: Establish coordinated and integrated care
			4c: Expansion and further development of the disease management programme Therapie Aktiv
			4d: Target-oriented use of consultation concerning physical activity and nutrition to achieve a health promoting level of physical activity and balanced diet for prevention and therapy
		Objective 5: Expand, link and make knowledge and expertise of healthcare professionals transparent	
		Recommendations	5a: Integrate Diabetes-related content into education and training
			5b: Expand interprofessional collaboration of health care professionals providing care for Diabetes, as foundation for integrated care
			5c: Make knowledge and expertise as well as availability of integrated care visible
		Objective 6: Generate knowledge and support evidence based and quality assured action	
		Recommendations	6a: Create a national data network on Diabetes epidemiology and quality of Diabetes care
			6b: Fast and comprehensive transfer and exchange of knowledge between research and practice
			6c: Advance research on Diabetes related topics
			6d: Establish and extend quality management within the provision of support and care for people with Diabetes

GÖG/BIQG

Präambel

Nach Schätzungen (für 2011) sind rund acht bis neun Prozent der Menschen in Österreich von Diabetes betroffen; sechs Prozent oder rund 430.000 Menschen wissen von ihrer Diabetes-Erkrankung aufgrund der ärztlichen Diagnose, zwei bis drei Prozent der Bevölkerung, das sind etwa 143.000 bis 215.000 Menschen, wissen nicht, dass sie erkrankt sind¹. Diabetes ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die gravierende Folge- und Begleiterkrankungen verursachen kann und im Alter häufig mit Multimorbidität einhergeht (Griebler et al. 2013). Die Versorgung der an Diabetes erkrankten Menschen stellt eine strukturelle und strategische Herausforderung für das öffentliche Gesundheitswesen dar. Um dieser Herausforderung zu begegnen und durch eine umfassende nationale Strategie Mittel zielgerichtet und effizient einsetzen zu können, initiierte das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) im Jänner 2016 die Entwicklung einer österreichischen Diabetes-Strategie. Diese Entscheidung folgt den Empfehlungen internationaler Einrichtungen, wie Weltgesundheitsorganisation (WHO), Europäisches Parlament, Europäische Kommission, Vereinte Nationen (UN), die die Mitgliedstaaten bestärken, nationale Diabetespläne/-strategien zu entwickeln.

Übergeordnete Ziele der österreichischen Diabetes-Strategie

Die österreichische Diabetes-Strategie identifiziert und antizipiert auf breiter Ebene Ziele und Wirkungen, die zum Erreichen folgender zwei übergeordneter Ziele beitragen:

Ziel 1: Für alle in Österreich lebenden Menschen soll die Wahrscheinlichkeit an Diabetes zu erkranken, verringert werden.

Ziel 2: Alle in Österreich lebenden und an Diabetes erkrankten Menschen sollen möglichst lange mit hoher Lebensqualität leben können.

Somit schließt die österreichische Diabetes-Strategie alle in Österreich lebenden Menschen ein, unabhängig, ob die Person an Diabetes erkrankt ist und unabhängig vom Diabetes mellitus Typ. Einzelne in der Strategie genannten Wirkungsziele und Handlungsempfehlungen fokussieren in unterschiedlichem Ausmaß die verschiedenen Personengruppen.

Die österreichische Diabetes-Strategie leitet die effiziente, abgestimmte und zielgerichtete Planung sowie Umsetzung von Maßnahmen richtungsweisend an, um der Herausforderung Diabetes zu begegnen.

Health in all Policies und gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Die Gesundheit der Bevölkerung wird durch eine Vielzahl von individuellen, sozialen, sozioökonomischen wie gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst. Nur durch gemeinsame Anstrengungen aller Politikfelder können gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen geschaffen werden. Der **Health-in-all-Policies (Gesundheit in allen Politikfeldern)** -Ansatz verfolgt genau diesen Grundgedanken, indem verstärkt das Thema Gesundheit in alle politischen Sektoren eingebracht und damit zu einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik beigetragen wird. Health in All Policies (HiAP) ist nicht nur eines der wichtigsten Grundprinzipien der Rahmen-Gesundheitsziele (BMG 2012), sondern auch für die österreichische Diabetes-Strategie von zentraler Bedeutung.

¹ Summenbildung auf Basis ermittelter Prozentsätze, umgelegt auf die Bevölkerung 2011 und auf Tausend gerundet.

In Österreich leben nicht alle Menschen mit denselben Chancen, ein gesundes Leben führen zu können, da verschiedene Faktoren, wie sozioökonomische Rahmenbedingungen, Bildungsstand, Alter oder Geschlecht darauf Einfluss nehmen. Für alle in Österreich lebenden Menschen gleiche Chancen zu schaffen, gesund zu sein und gesund zu bleiben, ist Querschnittsthematik über alle Arbeits- und Politikfelder und Teil von Health in all Policies. Die Rahmen-Gesundheitsziele greifen die Bedeutung der **gesundheitlichen Chancengerechtigkeit** in einem eigens definierten Ziel auf. Für die österreichische Diabetes-Strategie ist dieses Ziel ebenfalls wesentliche Devise.

Nationale Strategien und Aktionspläne

In Österreich wurden in den letzten Jahren – zum Teil Politik- und Gesellschaftsbereiche übergreifend – verschiedene nationale Strategien und Aktionspläne mit Themen erarbeitet, die das Entstehen von Diabetes wie auch die Betreuung und/oder Versorgung von Betroffenen direkt oder indirekt beeinflussen. Aufgegriffen wird diese Materie beispielsweise in den *Österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen* (BMG 2012), der *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* (BMG 2013a), dem *Nationalen Aktionsplan Bewegung* (NAP.b 2013), dem *Forschungs-, Technologie und Innovationsförderprogramm für Mobilität 2012–2020* (Bundesministerium für Verkehr 2011), dem *Nationalen Aktionsplan Ernährung* (NAP.e) (NAP.e 2013) und der *Gesundheitsförderungsstrategie* (B-ZK 2014).

Bestehende Strategien und Aktionspläne sind grundsätzlich mit allen relevanten Stakeholdern zu realisieren; dazu zählen Umsetzerinnen und Umsetzer ebenso wie die jeweiligen Zielgruppen (z. B. alle Bürgerinnen und Bürger oder Kinder und Jugendliche, etc.). Wissen um Inhalte und Verbindlichkeit der strategischen Dokumente sind daher für die realisierenden Institutionen und Interessenpartnerinnen bzw. Interessenspartner von eminenter Bedeutung. Dafür braucht es wirksame und zielgerichtete, insbesondere auch eine an Entscheidungsträgerinnen bzw. Entscheidungsträger und Akteurinnen und Akteure adressierte Öffentlichkeitsarbeit ebenso wie Mechanismen, die das verbindliche Realisieren durch Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sowie Interessenpartnerinnen und Interessenspartner fördern.

Die österreichische Diabetes-Strategie berücksichtigt relevante Strategien und Aktionspläne, die inhaltlich aufgegriffen, diabetesspezifisch formuliert und mit Querverweisen ausgewiesen sind.

Umsetzungsplanung

Das Erreichen der in der österreichischen Diabetes-Strategie definierten Wirkungsziele und das Umsetzen von Handlungsempfehlungen erfordern realisierbare Maßnahmen, die wiederum entsprechender Rahmenbedingungen und Finanzierung bedürfen. Nach der erfolgreichen Entwicklung der österreichischen Diabetes-Strategie ist der nächste Schritt die Umsetzungsplanung, die gemeinsam mit allen zuständigen Umsetzungspartnerinnen und Umsetzungspartnern gestaltet werden muss. Die Umsetzungspartnerinnen und Umsetzungspartner können je nach Handlungsfeld unterschiedlich sein, werden sich aber häufig aus folgenden Bereichen zusammensetzen:

- Bund, Länder, Gemeinden
- Sozialversicherungen
- Vertretungen von Patientinnen und Patienten
- Anbieterinnen und Anbieter von Gesundheit- und Sozialdienstleistungen
- Öffentliche, nicht-staatliche oder private Einrichtungen/Organisationen
- Öffentlich-rechtliche und private Medien
- Bildung, Wissenschaft und Forschung

Es ist essentiell auch Zielgruppen, an die sich die jeweiligen Handlungsempfehlungen richten – d. h. Bürgerinnen und Bürger, Risikogruppen, an Diabetes erkrankte Menschen und/oder Gesundheitsberufe –, in die Planung der Umsetzung einzubinden. Erster Schritt der Umsetzungsplanung soll daher sein, diese Zielgruppen und Umsetzungspartner zu identifizieren und für die Mitarbeit zu gewinnen.

Auf die Planung folgt die Umsetzung der österreichischen Diabetes-Strategie, die regelmäßig auf ihre nachhaltige Wirkung zu evaluieren ist.

Erarbeitungsprozess

Stakeholder erarbeiteten die Inhalte zur österreichischen Diabetes-Strategie in einem breit angelegten partizipativen Entwicklungsprozess, den die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) konzeptionell, organisatorisch und inhaltlich begleitete. Auftakt war die Veranstaltung im März 2016, an der über 100 Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, Expertinnen und Experten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Bund, Ländern, Sozialversicherungsträgern, Selbsthilfegruppen und Berufsvertretungen teilnahmen und zur Mitarbeit an der Entwicklung der Strategie eingeladen wurden.

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 können². Eine sechswöchige Konsultationsphase im September/Oktober 2016 ermöglichte weiteren Stakeholdern Feedback zum Strategieentwurf³. Abschließend wurden zwei internationale Expertenfeedbacks eingeholt⁴.

Der breit angelegte partizipative Strategieentwicklungsprozess zielt darauf ab, eine erfolgreiche und nachhaltige Umsetzung der österreichischen Diabetes-Strategie zu unterstützen.

Entwicklung und Umsetzung der österreichischen Diabetes-Strategie

Strategieentwicklung und -umsetzung bedeuten einen langfristigen Prozess. Ausgangspunkt war der *Österreichische Diabetesbericht 2013* mit seiner epidemiologisch gesicherten Gesamteinschätzung zur Diabetes-Situation in Österreich (Österreichischer Diabetesbericht, BMG 2013b). Im Jahr 2015 legten die wesentlichen Stakeholder einen abgestimmten *Plan für die Entwicklung und Ausrichtung der Österreichischen Diabetes-Strategie* (Konzept zur Entwicklung einer österreichischen Diabetes-Strategie, BMG 2015, unveröffentlicht) vor, welcher Basis der nun vorliegenden österreichischen Diabetes-Strategie mit insgesamt sechs Wirkungszielen und 21 Handlungsempfehlungen war (siehe nachfolgende Tabelle). Nunmehr stehen Umsetzung und damit auch die Konkretisierung von Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Finanzierung auf dem Plan.

Für das allgemeine Verständnis von im Bericht verwendeten Ausdrücken bietet das Glossar am Ende des Berichts Erläuterungen und Definitionen.

² Im Anhang: Liste der Arbeitsgruppen-Mitglieder

³ Im Anhang: Liste der an der Konsultation teilgenommenen Einrichtungen

⁴ Das Feedback der Expertinnen und Experten erfolgte durch Andrea **Arz de Falco**, Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Bundesamt für Gesundheit BAG, Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit und Michael **Roden**, Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf, Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ, Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf).

Tabelle 2. Wirkungsziele und Handlungsempfehlungen

0a: Bekanntheit und Verbindlichkeit von Gesundheitszielen, Gesundheitsförderungsstrategie, NAP.b und NAP.e fördern und stärken 0b: Aktiven nationalen und internationalen Austausch fördern	Wirkungsziel 1: Steigern der diabetesbezogenen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung	
	Handlungs-empfehlungen	1a: Ziel- bzw. risikogruppengerechte Informations- und Kommunikationskonzepte entwickeln und implementieren
		1b: Die soziale Integration von Menschen mit Diabetes fördern
	Wirkungsziel 2: Diabetesreduzierende Umwelt-/Umfeldfaktoren fördern	
	Handlungs-empfehlungen	2a: Konzept zur Durchführung von Gesundheitsfolgenabschätzungen im öffentlichen Sektor entwickeln - insbesondere im Hinblick auf Rahmenbedingungen für gesundheitsförderliche Bewegung und Ernährung
		2b: Setting- und Lebensphasen-spezifischen Ansatz stärken
		2c: Konzept für einen nationalen Kriterienkatalog <i>Corporate Health Responsibility</i> entwickeln
	Wirkungsziel 3: Erkrankte zum eigenständigen und kompetenten Umgang mit Diabetes befähigen	
	Handlungs-empfehlungen	3a: Kontinuierlich begleitende Unterstützung in allen Krankheitsphasen mit Integrierter Versorgung gewährleisten
		3b: Flächendeckender Ausbau niederschwelliger, zielgruppenspezifischer, kontinuierlicher und strukturierter Schulungs- und Beratungsangebote
	Wirkungsziel 4: Integrierte Versorgung konzipieren, implementieren und sicherstellen	
	Handlungs-empfehlungen	4a: Prozesse definieren, um Menschen mit erhöhtem Risiko wie auch Menschen mit Diabetes frühzeitig zu identifizieren und zur Integrierten Versorgung weiterzuleiten
		4b: Schaffen einer abgestimmten Integrierten Versorgung
		4c: Ausweitung und Weiterentwicklung des Disease-Management-Programms <i>Therapie Aktiv</i>
		4d: Zielgerichteter Einsatz von Bewegungsberatung, Ernährungsberatung und ggf. diätologischer Betreuung, um gesundheitswirksame körperliche Aktivität und ausgewogene Ernährung in Prävention und Therapie zu erreichen
	Wirkungsziel 5: Wissen und Kompetenz der Gesundheitsberufe ausbauen, vernetzen und transparent machen	
	Handlungs-empfehlungen	5a: Diabetesrelevante Inhalte in die Aus-, Weiter- und Fortbildung integrieren
		5b: Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen diabetesrelevanten Gesundheitsberufen als Basis der Integrierten Versorgung ausbauen
		5c: Wissen, Kompetenz und Verfügbarkeit der Integrierten Versorgung sichtbar machen
	Wirkungsziel 6: Wissen generieren und evidenzbasiertes, qualitätsgesichertes Handeln unterstützen	
Handlungs-empfehlungen	6a: Aufbau eines bundesweiten Datennetzwerkes zu Diabetes-Epidemiologie und Versorgungsqualität	
	6b: Schneller und umfassender Transfer und Austausch von Wissen zwischen Forschung und Praxis	
	6c: Weiterentwickeln der Forschung zu diabetesbezogenen Themen	
	6d: Etablieren und Ausbauen von Qualitätsmanagement im Rahmen der Betreuung und Versorgung von Menschen mit Diabetes	

Darstellung GÖG/BIQG

Wirkungsziele übergreifende Handlungsempfehlung

Handlungsempfehlung 0a: Bekanntheit und Verbindlichkeit von Gesundheitszielen, Gesundheitsförderungsstrategie, NAP.b und NAP.e fördern und stärken

Neben dem entscheidenden Faktor der genetischen Veranlagung ist Diabetes mellitus Typ 2 eine Erkrankung, deren Ursachen häufig im Lebensstil einer Person zu suchen sind – vorrangig in übermäßiger bzw. unausgewogener Ernährung sowie im Bewegungsmangel. Um Folge- und Begleiterkrankungen – unabhängig vom Diabetes Typ – zu verhindern, sind ebenfalls ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung sowie ausreichende Alltagsbewegung auch mit systematischem körperlichem Training in Therapie und Rehabilitation von großer Bedeutung. Gesunder Lebensstil kann zum einen durch Informations- und Schulungsmaßnahmen (vgl. dazu Wirkungsziel 1, Steigern der diabetesbezogenen Gesundheitskompetenz), zum anderen durch das Gestalten von Lebensbedingungen, die einen gesunden Lebensstil begünstigen, unterstützt werden (vgl. dazu Wirkungsziel 2, diabetesreduzierende Umwelt-/Umfeldfaktoren fördern).

Bekanntheitsgrad und Verbindlichkeit der Gesundheitsziele wie auch jener der beiden Aktionspläne Ernährung und Bewegung sollen im Rahmen von Informationsveranstaltungen, Verträgen und Gesetzen gestärkt und gesteigert werden. Diese strategischen Dokumente greifen wesentliche Aspekte auf, die im Kontext der Entstehung von Diabetes mellitus Typ 2 und aller anderen Diabetes Typen inklusive Folge- und Begleiterkrankungen von Bedeutung sind:

- **Gesundheitsziele:** Die im Jahr 2012 vorgestellten zehn Gesundheitsziele für Österreich sollen dazu beitragen, in den nächsten 20 Jahren die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre zu steigern. Ein Teil der Ziele kann direkt oder indirekt durch Präventionsmaßnahmen und die Behandlung von Diabetes mellitus unterstützt werden (BMG, Bundesministerium für Gesundheit 2012).
- **Gesundheitsförderungsstrategie:** Diese Strategie setzt für die nächsten zehn Jahre den gültigen Rahmen für ein breit abgestimmtes, ziel- und wirkungsorientiertes, qualitätsgesichertes sowie partnerschaftliches Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung in Österreich (Zielsteuerung-Gesundheit 2014).
- **Nationaler Aktionsplan Ernährung (NAP.e):** Oberste Ziele des NAP.e sind ein Verringern von Fehl-, Über- und Mangelernährung sowie eine Trendumkehr in den steigenden Übergewichts- und Adipositas-Zahlen bis zum Jahr 2020. Der NAP.e fokussiert auf Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, Schwangere und Stillende sowie auf das Weiterentwickeln von Informationsvermittlung und Empowerment. Außerdem greift der Aktionsplan die Bereiche ältere Menschen, Gemeinschafts- sowie Schulverpflegung verstärkt auf (NAP.e 2013).
- **Nationaler Aktionsplan Bewegung (NAP.b):** Der Nationale Aktionsplans Bewegung (NAP.b) soll das Bewusstsein für Maßnahmen zur Bewegungsförderung erhöhen und das Bewegungsverhalten der österreichischen Bevölkerung verbessern (NAP.b 2013). Bewegung trägt zur Prävention von Diabetes mellitus Typ 2 bei und ist als Therapiemaßnahme verstärkt in der Behandlung von Menschen mit Diabetes einzusetzen.

Handlungsempfehlung 0b: Aktiven nationalen und internationalen Austausch fördern

Diabetes stellt ein gesellschaftliches Problem dar, nicht nur in Österreich, sondern weltweit. Diabetes-begünstigende Faktoren können nur begrenzt national bearbeitet werden. Austausch, Vernetzung und Zusammenarbeit auf nationaler und internationaler Ebene sind daher unbedingt erforderlich und sollen gefördert werden. Wichtig ist, dass diese Handlungsempfehlung nicht nur Expertinnen und Experten des Gesundheitsbereichs befasst, sondern auch politische und gesellschaftliche Ebenen in anderen relevanten Gesellschafts- und Politikbereichen, wie Ministerien, Wirtschaft, Bildung oder Forschung.

Wirkungsziel 1: Steigern der diabetesbezogenen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung

Steigern des Bewusstseins und Wissens hinsichtlich

- **Risikofaktoren für Diabetes,**
- **Auswirkungen von Diabetes,**
- **kompetenten Umgangs mit Menschen, die an Diabetes erkrankt sind.**

Herausforderungen und angestrebte Wirkungen

Herausforderungen

Diabetes mellitus – speziell Typ 2 – ist eine Krankheit, die häufig spät diagnostiziert wird. Dies liegt daran, dass sich die Erkrankung in der Regel schleichend entwickelt und häufig zunächst keine akuten Beschwerden verursacht, aber auch daran, dass Risikofaktoren vom Einzelnen unterschätzt und/oder erste Anzeichen von Diabetes nicht erkannt oder als nicht gefährlich eingeschätzt werden. Geringe Bekanntheit der Risikofaktoren in der Bevölkerung und zu wenig Berücksichtigung im Krankenversorgungssystem tragen ebenfalls zur späten Diagnosestellung bei.

Breit angelegte Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit sind daher von großer Bedeutung und sollen verstärkt betrieben werden. Es fehlt insbesondere an zielgruppengerechter Information, Kommunikation und Aufklärung, um so spezifische Bevölkerungsgruppen wie z. B. Kinder, Jugendliche oder fremdsprachige Bürgerinnen und Bürger zu erreichen.

Diabetesbezogene Informationen, die beispielsweise im Internet angeboten werden, unterliegen oftmals keiner Qualitätssicherung hinsichtlich Zuverlässigkeit oder Aktualität. Zudem mangelt es am zeitnahen Wissenstransfer zwischen Wissenschaft/Forschung und der praktischen Informationsvermittlung. Auch in Routine-Kontakten mit dem Krankenversorgungssystem kommt das Thema Diabetes kaum vor, Patientinnen und Patienten werden nicht systematisch über Risikofaktoren aufgeklärt.

Neben der genetischen Erkrankungsdisposition gelten als Risikofaktoren des Diabetes mellitus Typ 2 der Mangel an gesundheitswirksamer Bewegung und eine hochkalorische, zucker- und/oder fettreiche Ernährung begleitet von Übergewicht und Adipositas häufig in engem Zusammenhang mit Bluthochdruck und erhöhten Blutfettwerten (metabolisches Syndrom). Auch psychosoziale Faktoren wie Stress oder psychische Erkrankungen wie Depressionen stellen Einflussfaktoren dar. Zusätzlich werden die benannten Risikofaktoren von sozio-ökonomische Faktoren beeinflusst. Jene noch näher zu definierenden Gruppen in der Bevölkerung, die von den beschriebenen Risikofaktoren besonders betroffen sind, haben ein vergleichsweise erhöhtes Diabetes-Risiko. Auch hier mangelt es an eigens konzipierten, den Risikogruppen gerechten Kommunikations- und Informationsstrategien.

An Diabetes erkrankte Kinder und Jugendliche oder Arbeitssuchende, deren Teilnahme an Aktivitäten oder deren Zugang zum Arbeitsmarkt aufgrund ihrer Erkrankung erschwert oder unmöglich ist (beispielsweise durch Beeinträchtigungen der Planbarkeit des Tagesablaufes bei insulinpflichtigen Diabetikerinnen/Diabetikern und eine damit verbundene Selbstkontrolle des Stoffwechsels), können Ablehnung erfahren, ausgegrenzt oder diskriminiert werden. Menschen, die sich ausgrenzend verhalten (beispielsweise Lehrkräfte oder Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber), agieren oft aus Unwissenheit, Unerfahrenheit und Unsicherheit. Die Gründe sind vielfältig, erwachsen aus

Vorurteilen, z. B. ein an Diabetes erkrankter Mensch sei weniger leistungsfähig, und nicht zuletzt auch aus Angst vor etwaigen Haftungen, z. B. bei Insulin- oder Medikamentengabe durch eine Lehrkraft.

Angestrebte Wirkungen

Diabetesbezogene Gesundheitskompetenz wird aktiv vorangetrieben, und zwar durch ein gemeinsames politik- und gesellschaftsübergreifendes *Ziehen an einem Strang* (u. a. Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen, Wirtschaft).

Die Bevölkerung weiß über die Erkrankung Diabetes, ihre Folge- und Begleiterkrankungen, Risikofaktoren wie auch Vorbeugemöglichkeiten Bescheid. Die Gesundheitskompetenz Einzelner wird gezielt gefördert, Menschen können ihr eigenes Diabetes-Risiko selbst richtig einschätzen und verringern ein mögliches Risiko mit praktiziertem gesundem Lebensstil. Moderne Konzepte, die beispielsweise neue Technologien und Medien berücksichtigen, sind in diesem Zusammenhang wichtige Instrumente, mit deren Hilfe diabetesbezogene Gesundheitskompetenz gesteigert werden kann. Es existieren nachweislich erfolgreiche ziel- und risikogruppengerecht zugeschnittene Informationsinitiativen. Durch kontinuierliche enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Forschung sind Informationen evidenzbasiert, qualitätsgesichert und leicht verständlich verfügbar.

Schwangere wissen, wie sie durch gesunden Lebensstil ihrem Kind einen guten Start ins Leben ermöglichen. Eltern wissen, wie sie bei ihren Kindern bewusst gesunde Vorlieben in den ersten Lebensjahren ausbilden. Pädagoginnen und Pädagogen sowie Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger wissen, wie sie Lern- und Lebensumgebungen schaffen und gestalten können, damit alle Akteurinnen und Akteure in diesen Settings gesunden Lebensstil umsetzen und selbstbestimmt agieren können. Kinder erfahren und erlernen Ernährungswissen, Warenkunde und Kochkenntnisse in den Familien und auch in Bildungseinrichtungen.

Inklusion von Menschen mit Diabetes ist in allen gesellschaftlichen Bereichen gelebte Wirklichkeit. Berufsgruppen aus nicht medizinischen Bereichen, die mit Betroffenen beruflich interagieren, beispielsweise Lehrkräfte oder Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, erhalten Schulungen im Umgang mit erkrankten Personen und erlangen so das Wissen und die Kompetenz Betroffene zu unterstützen.

Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlung 1a: Ziel- bzw. risikogruppengerechte Informations- und Kommunikationskonzepte entwickeln und implementieren

Es wird empfohlen, die zu vermittelnden Inhalte zu definieren und darauf aufbauend Informations- und Kommunikationskonzepte zu entwickeln, die aufzeigen, wie ziel- bzw. risikogruppengerechte Informationen aufbereitet, vermittelt und verteilt werden sollen. Dabei gilt es die spezifischen Settings, Bedürfnisse und Merkmale der ausgewählten Ziel- bzw. Risikogruppen herauszuarbeiten, z. B. hinsichtlich ihres Geschlechts, ihres Alters, ihrer Sprache, ihrer Normen und kulturellen Werte und ihres Kommunikationsverhaltens. Neben Vertreterinnen und Vertretern der jeweiligen Zielgruppe bzw. Risikogruppen sollen geeignete Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. Pädagoginnen bzw. Pädagogen, Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgeber, Einrichtungen der Erwachsenenbildung, Medien) identifiziert und in die Entwicklung und Implementierung der Informations- und Kommunikationskonzepte einbezogen werden.

Außerdem sollen Wege zwischen Wissenschaft und Forschung und „Informationsentwicklerinnen bzw. Informationsentwicklern“ etabliert werden, die sicherstellen, dass die verbreitete Information evidenzbasiert und qualitätsgesichert ist.

Es soll ein *Code of good practice* entwickelt werden, der die respektvolle, nicht diskriminierende Medienberichterstattung zu Diabetes, Risikofaktoren und Folge- wie Begleiterkrankungen unterstützt.

Handlungsempfehlung 1b: Die soziale Integration von Menschen mit Diabetes fördern

Es gilt spezifische Gruppen im Lebensumfeld der von Diabetes betroffenen Menschen zu identifizieren und über Diabetes zu informieren und aufzuklären, wie beispielsweise Betreuungspersonen, Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen, Lehrerinnen und Lehrer oder Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, damit sie gegen Diskriminierung und Stigmatisierung der an Diabetes erkrankten Menschen auftreten können. Durch Informations- und Schulungsprogramme, die gemeinsam mit den an Diabetes erkrankten Personen erarbeitet werden, sollen die Gruppen aus dem Lebensumfeld sensibilisiert werden: Wahrnehmung und Wissen hinsichtlich Diabetes sind zu steigern, der geschulte Umgang mit den Betroffenen und deren Kompetenz sollen aktiv gestärkt werden, z. B. durch das Anpassen von Haftungsregelungen. Außerdem sollen über eine zentrale Informationsplattform, beispielsweise über eine Webseite, qualitätsgesicherte Informationen zur Verfügung gestellt und häufige Fragen, wie etwa Rechts- und Haftungsfragen (z. B. bei einer fehlerhaften Insulin-Injektion) beantwortet werden.

Querverweise Strategien und Aktionspläne für das Wirkungsziel 1

Dieses Wirkungsziel berücksichtigt Inhalte aus folgenden Strategien und Aktionsplänen:

- Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Zielsteuerung-Gesundheit, strategisches Ziel 8.3.: Patientensicherheit und Gesundheitskompetenz insbesondere in Bezug auf Informationen und Kommunikation stärken und routinemäßig messen (B-ZV 2013)
- Aktionsplan Frauengesundheit (dzt. unveröffentlicht)
- Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMG 2013a)
- Nationaler Aktionsplan Bewegung (NAP.b 2013)
- Nationaler Aktionsplan Ernährung (NAP.e 2013)
- R-GZ 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken (BMG 2014a)
- R-GZ 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen (BMG 2014b)
- R-GZ 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen (BMG 2012)

Wirkungsziel 2: Diabetesreduzierende Umwelt-/Umfeldfaktoren fördern

Ziel ist es, Lebensbedingungen so zu gestalten, dass Risiken für das Entstehen von Diabetes wie auch seiner Folge- und Begleiterkrankungen einerseits für alle Bürgerinnen und Bürger reduziert werden, und andererseits die einzelne Person gesundheitsförderliche Entscheidungen trifft, im Sinne des WHO-Slogan "Die gesündere Wahl zur leichteren Wahl machen."

Herausforderungen und angestrebte Wirkungen

Herausforderungen

Konsumorientierung und alltägliche Lebensbedingungen beeinflussen das persönliche Gesundheitsverhalten und die eigenen Gesundheitsentscheidungen, werden aber oftmals für das Entstehen von Diabetes unterschätzt. Demgegenüber wird die individuelle Verantwortung für eine gesunde Lebensführung in den Vordergrund gestellt. Zudem verfügen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger häufig nicht über ausreichendes Wissen und es mangelt an Bewusstsein.

Lebens- und Umweltbedingungen unserer Gesellschaft verstärken das gehäufte Auftreten von Übergewicht, Adipositas und Diabetes. So wird immer häufiger auf zucker- und/oder fettreiche Lebensmittel zurückgegriffen, enthalten verarbeitete Nahrungsmittel viele Inhaltsstoffe, die sich auf den Stoffwechsel auswirken, tritt Bewegung im täglichen Leben weiter in den Hintergrund, ist der Lebensstil der Bevölkerung gekennzeichnet von kaum manueller Arbeit und sitzender Freizeitgestaltung, z. B. durch häufiges Nutzen elektronischer Medien.

Die Settings Kindergarten und Schule nehmen entscheidend Einfluss auf die Entwicklung von Gesundheitskompetenz, speziell hinsichtlich gesundheitsförderlicher Ernährungs- und Bewegungsstile. Maßnahmen, die das Gesundheitsverhalten der Menschen in ihren Settings (z. B. der Arbeitsplatz, die Gemeinde/Nachbarschaft, Konsum- und Freizeitwelten) positiv beeinflussen können, sind theoretisch wenig aufbereitet und praktisch kaum erprobt.

Produktangebot, Marketing- und Werbestrategien der Lebensmittelhersteller beeinflussen das Essverhalten von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. Beispielsweise werden stark zucker- und/oder fetthaltige Speisen und Getränken, wie Süßigkeiten, Limonaden oder bestimmte Formen von Fastfood forciert angepriesen, zudem ist die an Kinder gerichtete Werbung, z. B. mit Comicfiguren oder den Produkten beigefügtem Spielzeug, allgegenwärtig.

Die Verantwortung, die Handels- und Herstellungsunternehmen in diesem Zusammenhang tragen, wird derzeit noch zu wenig thematisiert und eingefordert. So ist – obwohl etliche Unternehmen im Rahmen des *EU-Pledge* freiwillig auf an Kinder gerichtete Werbung verzichten – eine branchenweite Umsetzung wünschenswert.

Empfehlungen internationaler Organisationen, wie jene der WHO, legen politische Regulierung und Steuerung nahe, etwa durch gesetzliche Verordnungen (z. B. hinsichtlich des zulässigen Anteils an Salz oder Zucker in Nahrungsmitteln und der Bewerbung derartiger Produkte), Produktkennzeichnungen oder aber auch finanzielle Regulierungen, wie Preisgestaltung oder Steuern. Im Sinne eines sozialpartnerschaftlichen Zusammenarbeitens sind jedenfalls Selbstverpflichtungen noch vor gesetzlichen Maßnahmen auszuloten.

Jeden Tag werden in verschiedenen Politik- und Gesellschaftsbereichen, wie beispielsweise in den Sektoren Verkehr, Umwelt, Bildung und Arbeitsmarkt, Entscheidungen getroffen, die die Gesundheit von Menschen beeinflussen. Mit Hilfe der Gesundheitsfolgeabschätzung können (politische) Vorhaben wie Gesetze, Strategien und Projekte hinsichtlich ihrer voraussichtlichen gesundheitlichen Konsequenzen analysiert und bewertet werden. Das Instrument der Gesundheitsfolgeabschätzung trägt so zur gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik wie auch zur Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit bei und ist als wichtiger Pfeiler im Rahmen einer Health-in-all-Policies-Strategie zu sehen.

Angestrebte Wirkungen

Alle Politik- und Gesellschaftsbereiche berücksichtigen die Grundsätze von Gesundheitsförderung und Prävention und unterstützen gesunde Lebensweisen und die Reduktion von diabetesfördernden Faktoren strukturell, im Sinne eines Setting- und System-Ansatzes.

Der Lebensraum ist so gestaltet, dass gesündere Entscheidungen zu präferierten Entscheidungen werden. Beispielsweise werden Gehen, Radfahren (Transportaktivitäten) und andere körperliche Aktivitäten im Alltag nicht nur ermöglicht, sondern durch die motivierende Gestaltung des Lebensraums auch aktiv gefördert; Bewegungsprogramme in der Schule und am Arbeitsplatz sind eingerichtet und werden nachhaltig angeboten, gesunde Angebote in der Gemeinschaftsverpflegung sind etabliert und werden durch entsprechende Kommunikationsstrategien begleitet. In Ausschreibungen und Vergaben von öffentlichen Aufträgen wird der gesundheitliche Einfluss der geplanten Initiative analysiert und bewertet.

Regeln und Kriterien für Unternehmen hinsichtlich der Weiterentwicklung bzw. Wahrung der gesundheitlichen Verantwortung für die Gesellschaft sind entwickelt, ausformuliert und werden eingehalten. Unternehmen agieren ihrer sozialen Verantwortung entsprechend und beeinflussen ganz gezielt mit der Produktion hoch qualitativer Lebensmittel und den zugehörigen Marketing- und Werbestrategien gesundes Kaufverhalten von Konsumentinnen und Konsumenten.

Durch intensive Zusammenarbeit und Austausch zwischen Wissenschaft und Wirtschaft wird die Reformulierung von Produkten, d. h. eine Änderung der Rezepturen entsprechend aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse forciert, sodass die *gesündere Wahl beim Essen und Trinken die leichtere* wird.

Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlung 2a: Konzept zur Durchführung von Gesundheitsfolgenabschätzungen im öffentlichen Sektor entwickeln – insbesondere im Hinblick auf Rahmenbedingungen für gesundheitsförderliche Bewegung und Ernährung

Mit Entscheidungen in verschiedenen Politik- und Gesellschaftsbereichen werden Lebensstil beeinflussende Fakten geschaffen, wie beispielsweise in den Bereichen Verkehr, Umwelt, Bildung und Arbeitsmarkt. Die angewandte Gesundheitsfolgeabschätzung (GFA) liefert Hinweise auf voraussichtliche gesundheitliche Konsequenzen (politischer) Vorhaben, wie Gesetze, Strategien und Projekte. Umgekehrt kann der durch eine Gesundheitsfolgenabschätzung nachgewiesene Gesundheitsnutzen von Maßnahmen auch anderen Sektoren helfen, breite Akzeptanz für seine Maßnahme zu finden. In diesem Sinne ist die Gesundheitsfolgenabschätzung ein Instrument, das gesundheitliche Chancengerechtigkeit in der Bevölkerung fördert.

Um diesen Aspekt zu stärken, wird empfohlen bei Vorhaben und Projekten in und außerhalb des Gesundheitssektors, die mit öffentlichen Geldern finanziert werden, vorab eine Gesundheitsfolgenabschätzung zu machen. Dabei soll der Fokus vor allem auf die Rahmenbedingungen für Bewegung und Ernährung gerichtet werden.

Als erster Schritt soll mit Expertinnen und Experten und Stakeholdern ein Konzept entwickelt werden, das Prozesse, evidenzbasierte Entscheidungskriterien und weitere noch zu bestimmende/ermittelnde relevante Punkte für die Durchführung einer GFA mit Hinblick auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten öffentlich finanzierter Maßnahmen und Projekte enthält. In weiterer Folge soll die öffentliche Finanzierung von Maßnahmen wie beispielsweise aus den Nationalen Aktionsplänen Ernährung und Bewegung an die Berücksichtigung von GFA-Empfehlungen geknüpft werden.

Handlungsempfehlung 2b: Setting- und Lebensphasen-spezifischen Ansatz stärken

Die physische, psychische und soziale Entwicklung der Menschen ist während des gesamten Lebensverlaufs einer Vielzahl sich stetig verändernder gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Einflüsse ausgesetzt. Einige dieser Einflüsse können – unabhängig vom Verhalten der Menschen – die Entstehung von Diabetes begünstigen. Daher ist es wichtig, an der Eindämmung dieser schädlichen Einflüsse dort anzusetzen, wo die Menschen in ihrer jeweiligen Lebensphase von ihnen am meisten betroffen sind – nämlich in ihren Lebenswelten oder Settings. Bereits bestehende Strukturen der setting-bezogenen Gesundheitsförderung sollen dafür genutzt und auf nationaler/regionaler/kommunaler Ebene vernetzt werden.

Handlungsempfehlung 2c: Konzept für einen nationalen Kriterienkatalog Corporate Health Responsibility entwickeln

Industrie, Unternehmen und normsetzende öffentliche Institutionen sollen ihre Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung wahrnehmen und ihren Einfluss auf diabetesreduzierende Umwelt-/Umfeldfaktoren geltend machen. Um dies voranzutreiben, soll – gemeinsam mit allen Interessenpartnerinnen und Interessenspartnern – ein nationaler Kriterienkatalog erarbeitet werden, der Instrumente für ein gesundheitlich verantwortungsvolles unternehmerisches Handeln im Sinne von *Corporate Health Responsibility* (CHR) identifiziert, wie etwa:

- Gesundheitlich verantwortungsvolle Unternehmensführung, wie das Verankern von *Corporate Health Responsibility* im Leitbild
- Marketing- und Werbestrategien mit gesundheitsförderlicher Zielsetzung
- Gesundheitsrelevante Hinweise auf Produkte
- Berücksichtigung von Gesundheitsförderungskriterien in der Besteuerung von Lebensmitteln
- CHR-Zertifikate und CHR-Awards

Der erarbeitete nationale CHR-Kriterienkatalog soll den Unternehmen bekannt gemacht und seine Realisierung durch ethische (wie Reputation eines Unternehmens) und legitistische Hebel (wie verbindliche Kriterien und Standards) unterstützt werden. Im Rahmen des CHR-Kriterienkatalogs soll zwischen nationalen und internationalen Regelungen unterschieden werden.

Der erste Schritt zur Realisierung der Handlungsempfehlung ist das Konzipieren eines CHR-Kriterienkatalog gemeinsam mit allen Interessenpartnerinnen und Interessenspartnern, wozu Themenbereiche und Erarbeitungsprozess für einen Kriterienkatalog skizziert werden.

Querverweis Strategien und Aktionspläne für das Wirkungsziel 2

Dieses Wirkungsziel berücksichtigt Inhalte aus folgenden Strategien und Aktionsplänen:

- Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016), Absatz 51-52 (B-ZV 2013)
- Aktionsplan Frauengesundheit (unveröffentlicht)
- Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMG 2013a)
- R-GZ 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen (BMG 2015)
- R-GZ 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen (BMG 2014b)
- R-GZ 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen (BMG 2014b)
- Vienna Declaration on Nutrition and Non-communicable Diseases in the Context of Health 2020 (WHO Europe 2013)
- European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. World Health Organization, Regional Office for Europe EUR/RC64/14 im Kontext von Gesundheit 2020 (WHO 2014)

Wirkungsziel 3: Erkrankte zum eigenständigen und kompetenten Umgang mit Diabetes befähigen

Ziel ist es, Menschen mit Diabetes den kompetenten Umgang mit der Erkrankung zu ermöglichen, damit sie ihre Lebensqualität und Alltagsfunktionen erhalten, verbessern bzw. wieder erlangen und diabetesspezifischen (chronischen) Folge- und Begleiterkrankungen vorbeugen bzw. diese reduzieren.

Herausforderung und angestrebte Wirkung

Herausforderung

Menschen mit Diabetes erleben zwischen erstem Auftreten von Symptomen und Diagnosestellung Unsicherheiten bis hin zu massiven Beeinträchtigungen ihrer Lebensqualität – Störungen, die in weiterer Folge über den gesamten Krankheitsverlauf auftreten können. Nach der Diagnose muss der Zugang zu umfassenden, niederschweligen und adäquaten Versorgungsangeboten je nach individuellem medizinischem und psychosozialen Bedarf für Betroffene und deren Zu- und Angehörige gewährleistet sein, um eigenständig und kompetent mit Diabetes umgehen zu können. Diese Befähigung ist kein punktuell Ereignis, sondern ein Prozess, der multiprofessionell begleitet werden muss.

Diabetes ist, wie andere chronische Erkrankungen auch, durch einen Phasenverlauf gekennzeichnet, d. h. stabile Phasen können sich mit instabilen Phasen oder lebensbedrohlichen Situationen abwechseln. Augenmerk ist auch auf psychische Komorbiditäten (z. B. Depressionen) zu legen.

Derzeit fehlt eine flächendeckende und kontinuierliche Verlaufsbegleitung, die sicherstellt, dass Menschen im Umgang mit der Erkrankung in allen Phasen unterstützt werden.

Damit die Person, die an Diabetes erkrankt ist oder auch einer Risikogruppe angehört, präventive und/oder therapeutische Empfehlungen umsetzen kann, ist es für sie nötig, ihren Versorgungsprozess aktiv mitzugestalten. Das Prinzip dieser partnerschaftlichen oder auch partizipativen Entscheidungsfindung mit dem diabetesspezifischen Betreuungsteam findet jedoch in der Praxis noch zu wenig Beachtung.

Betroffene beschäftigen zumeist aktuelle, den Alltag betreffende Herausforderungen, während Angehörige der Gesundheitsberufe eher diabetesspezifische Folge- und Begleiterkrankungen im Fokus haben. Individuelle und bedarfsorientierte Angebote, die sich an den subjektiven Gesundheitswerten, den Bedarfen sowie sozialen Rahmenbedingungen der Betroffenen und den vorhandenen Ressourcen orientieren, schaffen für Betroffene die Voraussetzung, um kompetent und eigenständig mit Diabetes leben zu können.

Der Alltag wirft allerdings immer wieder Fragen auf und weist auf Grenzen hin. Für die Überwindung von Hindernissen und Widerständen und die praktische Umsetzung der zu leistenden Unterstützung fehlen derzeit entsprechend niederschwellige, kontinuierlich begleitende und zielgruppenspezifische Angebote insbesondere der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung.

Angestrebte Wirkungen

Menschen mit Diabetes sowie deren Zu- und Angehörige werden über den gesamten Krankheitsverlauf begleitet. Das diabetesspezifische Betreuungsteam legt den Versorgungs- und Betreuungsprozess gemeinsam mit der betroffenen Person sowie deren Zu- und Angehörigen fest. Insbesondere Menschen mit bestehenden diabetesspezifischen physischen und psychischen Folge- und Begleiterkrankungen erhalten speziell angepasste multiprofessionelle Therapie, Begleitung und Unterstützung. Für Menschen mit Nebendiagnose Diabetes soll das Angebot der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)-Einrichtungen vermehrt genutzt werden. Fachliche Unterstützung bietet Hilfestellungen hinsichtlich alltagsrelevanter Fragen, Belastungen, Familienplanung, Sexualität, Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit, Lebensstil, Selbstbestimmung über die Gesundheit, Umgang mit Hindernissen und Rückschlägen. Bundesweit werden die entsprechenden Leistungen alters-, krankheits-, entwicklungsentsprechend angeboten. Maßnahmen sind niederschwellig, multiprofessionell eingerichtet und versorgen die Erkrankten kontinuierlich und strukturiert. Vielfältige Kommunikationsmittel transportieren die Informationen zu Betroffenen wie auch Zu- und Angehörigen. Die Angebote werden in berufsgruppen- und sektorenübergreifender Zusammenarbeit erstellt.

Die Betroffenen werden innerhalb ihres Umfeldes und der bestehenden Strukturen in ihren Ressourcen gestärkt, um mit der Erkrankung bestmöglich zu leben. Dabei soll sowohl die Lebensqualität verbessert als auch diabetesspezifischen Folge- und Begleiterkrankungen vorgebeugt werden.

Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlung 3a: Kontinuierlich begleitende Unterstützung in allen Krankheitsphasen mit Integrierter Versorgung gewährleisten

Kontinuierlich begleitende Unterstützung für Menschen mit Diabetes und für deren Zu- und Angehörige umfasst verschiedene Leistungen in allen Versorgungsebenen, die nach Bedarf möglichst niederschwellig und wohnortnah anzubieten sind. Dazu zählen u. a. Gesundheitsförderung, Rehabilitation, aber auch Palliativversorgung. Um dieses breite Spektrum abdecken zu können, werden Gesundheitsberufe und andere relevante Berufsgruppen ebenso wie Selbsthilfegruppen einbezogen und moderne Kommunikationsmedien genutzt.

Insbesondere nach Diagnosestellung sind Maßnahmen zur Motivationsförderung, Krankheitsakzeptanz, Krankheitsbewältigung, Therapieakzeptanz, Adhärenz wie auch individuelle Beratung und Schulung sowie ambulante/stationäre Rehabilitation und Frührehabilitation gezielt auszubauen und/oder zielgruppenspezifisch/individuell zu adaptieren. Wesentlich ist, dass die betroffene Person sowie ggf. ihre Zu- und Angehörigen den Versorgungs- und Betreuungsprozess aktiv mitgestalten.

In stabilen Krankheitsphasen soll der kontinuierliche Kontakt der erkrankten Person zum diabetesbezogenen Betreuungsteam gefördert werden.

Insbesondere durch:

- Unterstützung im Selbstmanagement und der Motivationsförderung
- Fachlich kompetentes Begleiten in der Umsetzung der persönlichen Gesundheitsziele
- Psychosoziale Unterstützung
- Einbindung von Selbsthilfegruppen

- Telemonitoring
- Erinnerungssysteme
- Auffrischungsschulungen

In instabilen Phasen muss die sofortige Kontaktaufnahme zum diabetesbezogenen Betreuungsteam möglich sein, damit die Therapie entsprechend rasch angepasst und bedarfsgerecht beraten werden kann, um jede weitere Verschlechterung zu vermeiden. Folgende Inhalte sollen zumindest ausgebaut werden:

- Spezielle Angebote für die besonderen Bedürfnisse der verschiedenen Zielgruppen, insbesondere jener von Kindern und Jugendlichen, vulnerablen Gruppen, vor allem von multimorbiden, geriatrischen, oder psychisch belasteten Menschen mit Diabetes
- Maßnahmen, die die Akzeptanz der Krankheit und die Anpassung an die neue Lebenssituation erleichtern

Handlungsempfehlung 3b: Flächendeckender Ausbau niederschwelliger, zielgruppen-spezifischer, kontinuierlicher und strukturierter Schulungs- und Beratungsangebote

Menschen mit Diabetes sollen in allen Lebenslagen bestmöglich mit der Erkrankung zurechtkommen können und zum eigenständigen Leben und gesundheitsförderlichen Aktivitäten befähigt werden (Empowerment). Mit einer Kombination aus verschiedenen Maßnahmenbündeln wird die schrittweise Kompetenzentwicklung über den gesamten Krankheitsverlauf sichergestellt.

Ausgehend von der individuellen Lebenssituation wird eine mehrphasige Zielvereinbarung angestrebt. Es folgt eine Initialschulung in Bezug auf Basiskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung. Daran anschließend müssen weiterführende Beratungen und strukturierte zielgruppenorientierte Besprechungen, Schulungen bzw. Behandlungen kontinuierlich und in regelmäßigen Abständen angeboten werden. Auf Bundesebene soll es dazu Empfehlungen für strukturierte Behandlungs-, Schulungs- und Betreuungsangebote geben.

Die Schulungen werden strukturiert angeboten, sind modular aufgebaut, werden in Einzel- und Gruppenbetreuung abgehalten und bei Bedarf durch aufsuchende und weiterführende Angebote ergänzt. Dabei werden Medien und Methoden der modernen Informations- und Kommunikationstechnologie genutzt.

Folgende Prinzipien sollen in der Konzeption bzw. Überarbeitung bestehender Angebote und Prozesse unter anderem berücksichtigt werden:

- Evidenzbasierung
- Orientieren an der Krankheitsphase und Anpassen der Inhalte an die Person (insb. an Alter und Entwicklungsstand, Muttersprache)
- Einbeziehen und Teilhabe der betroffenen Person, der Zu- und Angehörigen
- Orientieren an der Lebenswelt der Betroffenen
- Niederschwellige, wohnortnahe Angebote
- Ausbau von (mobilen) multiprofessionellen Angeboten
- Nützen von Telegesundheitsdiensten/Telegesundheitsmonitoring
- Kombinationen aus Gruppen- und Einzelschulungen/-beratungen

Darüber hinaus bedarf es der Entwicklung und des Ausbaues neuer qualitätsgesicherter Behandlungs-, Schulungs- und Betreuungsangebote, wie z. B.: Pflegepraxen oder systematisches Einbinden verschiedener therapeutischer und/oder sozialer Berufe. Niederschwellige Angebote

sollen zum Beispiel auch von Seite der Gemeinden, in Grätzeln und/oder in Vereinen und Gemeinschaften ergänzend geschaffen werden.

Wirkungsziel 4: Integrierte Versorgung konzipieren, implementieren und sicherstellen

Ziel ist es, die bedarfsgerechte Integrierte Versorgung – von der Prävention, Diagnostik, Therapie inklusive Gesundheitsförderung bis hin zur Langzeitversorgung und -betreuung – für an Diabetes erkrankte Menschen sicherzustellen.

Herausforderungen und angestrebte Wirkungen

Herausforderungen

Maßgeblich ist, Risikogruppen oder Personen mit noch nicht diagnostiziertem Diabetes zu erkennen. Gesundheitsrelevante Informationen zu bestimmten Bevölkerungsgruppen werden im Rahmen standardisierter ärztlicher Untersuchungen erhoben, wie z. B. in der Stellungsuntersuchung, der schulärztlichen Untersuchung oder der Vorsorgeuntersuchung-NEU, in denen Menschen mit einem Diabetes-Risiko identifiziert werden können. Diese Daten und Informationen bleiben derzeit weitgehend ungenützt, es fehlen Anknüpfungspunkte bzw. Routinen zu vorhandenen Strukturen für Diagnostik und Therapie.

Nach wie vor fehlt eine im Gesundheitssystem verankerte Integrierte Versorgung, mit der Menschen kontinuierlich, bedarfsgerecht, interdisziplinär und multiprofessionell betreut werden. Daher übernehmen in manchen Regionen ambulante spezialisierte Versorgungseinrichtungen die Rollen und Aufgaben der Primärversorgung. Im Rahmen einer leitliniengerechten *Integrierten Versorgung*, in der unterschiedliche Berufsgruppen und Einrichtungen vernetzt und koordiniert zusammenspielen, müssen strukturierte Prozesse und Abläufe definiert werden. Diese müssen an Nahtstellen, in Prävention und Therapie sichergestellt werden.

Weder steht allen an Diabetes erkrankten Personen koordiniertes Versorgungsmanagement zur Verfügung, noch ist derzeit die Inanspruchnahme des bestehenden Disease-Management-Programms strukturiert betreut bzw. zufriedenstellend.

Angestrebte Wirkungen

Integrierte Versorgung von Personen mit Erkrankungsrisiko und Patientinnen und Patienten mit diagnostiziertem Diabetes mellitus ist etabliert. Die notwendige Aufmerksamkeit für Diabetes ist den Gesundheitsberufen bewusst, um Menschen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko bestmöglich identifizieren zu können.

Primärpräventive Maßnahmen wie auch therapeutische Versorgung von Menschen mit erhöhtem Diabetes-Risiko und Menschen mit diagnostiziertem Diabetes sind auf die individuellen Bedürfnisse der Personen ausgerichtet. Auf Gruppen mit speziellen Bedürfnissen, wie z. B. Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, Menschen mit Behinderung oder nicht Deutsch sprechende Personen wird Rücksicht genommen. So existiert beispielsweise zielgruppenspezifisches Informationsmaterial und Schulungen werden mehrsprachig angeboten.

Auf Basis qualitätsgesicherter Standards – mit einfach zu erhebenden Routinedaten, Informationen und Untersuchungen – werden Personen mit möglicher Diabetes-Erkrankung identifiziert: Dazu werden BMI, Familienanamnese, viszerale Fettverteilung, Daten aus dem Mutter-Kind-Pass (z. B. Untersuchung auf Gestationsdiabetes) und Laborparameter (falls vorhanden Lipidstatus, Blutzucker)

herangezogen. Einrichtungen, die gesundheitsbezogene Informationen sammeln (siehe Handlungsempfehlung 4a), sind mit Versorgungsstrukturen vernetzt (vgl. Wirkungsziel 6).

Sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen und -prozesse sind definiert und etabliert. Menschen mit diagnostiziertem Diabetes werden österreichweit flächendeckend, qualitätsgesichert – in der jeweils für sie adäquaten Versorgungsstufe – integriert betreut. Die Betreuung leisten diabetesbezogene Betreuungsteams. Der Zugang zur Versorgung ist niederschwellig. Barrieren zwischen einzelnen Nahtstellen sind abgebaut. Alle für die adäquate Diabetesbetreuung erforderlichen Leistungen der beteiligten Berufsgruppen sind in den Leistungskatalogen des Gesundheits- und Sozialsystems abgebildet.

Menschen mit Diabetes werden – z. B. durch Anreize – unterstützt Behandlungseinrichtungen in Anspruch zu nehmen und gesundheitsförderliche Lebensstilmaßnahmen umzusetzen. In Schulungsmaßnahmen liegt der Schwerpunkt auf der Eigenmotivation von Menschen mit Diabetes, den gesunden Lebensstil selbst zu fördern und zu stärken.

Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlung 4a: Prozesse definieren, um Menschen mit erhöhtem Risiko wie auch Menschen mit Diabetes frühzeitig zu identifizieren und zur Integrierten Versorgung weiterzuleiten
Menschen mit erhöhtem Diabetes-Risiko sowie Menschen mit bereits bestehendem, aber noch nicht bekanntem Diabetes sollen frühzeitig identifiziert werden.

Es sind Prozesse zu definieren, die sicherstellen, dass Menschen mit möglichem Diabetes-Risiko an Einrichtungen des Gesundheitswesens zur weiteren Diagnostik verwiesen und angenommen werden (Nahtstellen).

Es sind jene Personen mit bereits diagnostiziertem Diabetes zu identifizieren, deren Risiko Folgeschäden zu erleiden oder vorzeitig zu versterben erhöht ist.

Empfohlen wird diabetesrelevante Informationen einzuholen, die im Rahmen von allgemeinen ärztlichen Untersuchungen erfasst werden und zur Identifizierung von Risikogruppen beitragen können.

Dazu zählen unter anderem folgende Untersuchungen:

- Schulärztliche Untersuchungen
- Militärärztliche Untersuchungen
- Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen
- Jugendlichen-Untersuchung
- Sportärztliche Untersuchungen (z. B.: tauchärztliche Untersuchung)
- Betriebsärztliche Untersuchungen
- Ärztliche Gutachten im Rahmen der Führerscheinausstellung
- Vorsorgeuntersuchungen
- Augenärztliche Untersuchungen
- Zahnärztliche Untersuchungen

Handlungsempfehlung 4b: Schaffen einer abgestimmten Integrierten Versorgung

Abgestimmte Integrierte Versorgung soll für Risikogruppen und Menschen mit Diabetes geschaffen werden. Mit *Integrierter Versorgung* wird eine an standardisierten Diabetes-Präventions-, Behandlungs- und Betreuungskonzepten ausgerichtete Versorgung patientenorientiert,

kontinuierlich, sektorenübergreifend und/oder interdisziplinär gewährleistet. Der zur Vernetzung erforderliche Informationstransfer mit Unterstützung von E-Health-Instrumenten, wie beispielsweise der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA), ist zwischen den verschiedenen gesetzlich definierten Gesundheitsberufen und Betroffenen sowie innerhalb des diabetesbezogenen Betreuungsteams sichergestellt (vgl. Wirkungsziel 6). Die Integrierte Versorgung auf mehreren Ebenen setzt zudem voraus, dass Rollen und Aufgaben der jeweiligen Ebene definiert, kommuniziert und verbindlich eingehalten werden.

Bestehende Konzepte der Diabetes-Versorgung bzw. regionale Versorgungsstrukturen sollen berücksichtigt oder weiterentwickelt werden. Empfohlen wird die Versorgung im niedergelassenen Bereich zu optimieren sowie Abläufe an den Nahtstellen zwischen und innerhalb des diabetesbezogenen Betreuungsteams zu koordinieren. Bundesweite Qualitätsvorgaben, (z. B. Bundesqualitätsleitlinien, Bundesqualitätsstandards nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz) sowie evidenzbasierte medizinische Leitlinien sind allen Gesundheitsberufen bekannt und dienen als Grundlage für die Arbeit mit an Diabetes erkrankten Menschen. Diese Vorgaben sollen auf ihre Einhaltung hin regelmäßig überprüft, evaluiert und gegebenenfalls angepasst werden.

Bei Bedarf sollen psychosoziale Versorgerinnen und Versorger für Betroffene begleitend hinzugezogen werden, über z. B. Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen oder Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter. Organisationen außerhalb des Sozial- und Gesundheitswesens, wie beispielsweise Sportvereine, Bildungseinrichtungen und Selbsthilfegruppen können in der Versorgung von Risikogruppen und Menschen mit Diabetes ebenso unterstützend mitwirken. Diese Einrichtungen und Initiativen sollen verstärkt begleitend eingebunden und in ihren Tätigkeiten unterstützt werden.

Angebote für frühzeitige Beratung und Bewusstseinsbildung hinsichtlich des individuellen Diabetes-Risikos sollen verstärkt bzw. etabliert werden. Anreize zur Lebensstilmodifikation für Risikogruppen und Menschen mit Diabetes sollen geschaffen und evidenzbasierte und geschlechtergerechte Informationen über unterstützende (qualitätsgesicherte) Angebote (Bewegung, Ernährung, psychosoziale Unterstützung, etc.) zur Verfügung gestellt werden. Hauptfokus der Schulungsinhalte und Beratungsleistungen soll sein, die Eigenverantwortung von Risikogruppen und Menschen mit Diabetes zu stärken um Lebensstilmodifikationen herbeizuführen.

Handlungsempfehlung 4c: Ausweitung und Weiterentwicklung des Disease-Management-Programms *Therapie Aktiv*

Das bestehende Disease-Management-Programm (DMP) *Therapie Aktiv* soll flächendeckend österreichweit angeboten und weiterentwickelt werden. Bestehende Schwierigkeiten in der Umsetzung sollen identifiziert, analysiert und Verbesserungspotenziale abgeleitet werden.

Im Rahmen dessen sollen u. a. folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Optimierung und Neudefinition der medizinischen Fort- und Weiterbildungsinhalte durch die Fachgesellschaft (ÖDG) für Ärztinnen und Ärzte, die im DMP *Therapie Aktiv* eingeschrieben sind.
- Optimierung und Neudefinition der Fort- und Weiterbildungsinhalte für im Rahmen des Disease-Management-Programms eingebundene Gesundheitsberufe durch den jeweiligen Berufsverband
- Kontinuierliche Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte und eingebundene Gesundheitsberufe
- Verstärkte Einbindung von Gesundheitsberufen oder von im Themenfeld tätigen Personen, insbesondere jene mit Fokus auf Lebensstilmodifikation, Bewegung und Ernährung, und Definition von bundesweit einheitlichen Schulungsstandards

- Schaffen von Rahmenbedingungen und Ausbau neuer Technologien (e-Health, Telemedizin, Datennetzwerk zu Diabetes-Epidemiologie und Versorgungsqualität), insbesondere zur Abstimmung, Vernetzung und Kooperation aller am Versorgungsprozess beteiligten Gesundheitsberufe und im Themenfeld tätigen Personen
- Der Zugang zu den eigenen – vom diabetesspezifischen Betreuungsteam erhobenen – Daten soll Diabetikerinnen und Diabetikern, die am DMP teilnehmen, ermöglicht werden. Über die kontinuierliche Information zu Behandlungsergebnissen soll die Therapietreue der Betroffenen gefördert werden
- Erweitern von Anreizen zum Einschreiben in das Disease-Management-Programm für Menschen mit Diabetes und Ärztinnen und Ärzte
- Das DMP soll in regelmäßigen Abständen im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätssicherung evaluiert, verbessert und weiterentwickelt werden.
- Intensiviertes Werben des DMP-Programms *Therapie Aktiv* bei Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2

Handlungsempfehlung 4d: Zielgerichteter Einsatz von Bewegungsberatung, Ernährungsberatung und ggf. diätologischer Betreuung, um gesundheitswirksame körperliche Aktivität und ausgewogene Ernährung in Prävention und Therapie zu erreichen

Risikogruppen und Menschen mit Diabetes sollen in allen Versorgungsbereichen – insbesondere aber im niedergelassenen Bereich – Beratung zu Ernährung und gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität erhalten und darin angeleitet werden. Beratungsmöglichkeiten hierfür sollen etabliert und flächendeckend angeboten werden.

Berufsgruppen, die Bewegungsberatung anbieten könnten (z. B. Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftler, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Sportmedizinerinnen und Sportmediziner), müssen jedenfalls folgende Kompetenzen erfüllen:

- Trainingsberatung und -planung, Evaluierung der Zielerreichung in enger Abstimmung mit dem diabetesbezogenen Betreuungsteam
- Instrumente wie Motivational Interviewing, etc. sollen zum Einsatz kommen.
- Bündeln aller vorhandenen Informationen zu möglichen und wohnortnahen Bewegungsangeboten (z. B.: Sportvereine)

Gesundheitsberufe, die Ernährungsberatung für Menschen mit Diabetes nach geltenden Leitlinien und Standards durchführen dürfen, sollen verstärkt genutzt werden.

Der zielgerichtete leitlinienkonforme Einsatz von Ernährungs- und Bewegungsberatung in der Versorgung soll Bestandteil von Disease-Management-Programmen werden.

Wirkungsziel 5: Wissen und Kompetenz der Gesundheitsberufe ausbauen, vernetzen und transparent machen

Ziel ist die Integration von berufs- und disziplinspezifischem Wissen, um mit übergreifenden Ansätzen sowohl präventiv die Betreuung von noch nicht an Diabetes erkrankten Menschen wie auch die Versorgung von Menschen mit Diabetes bestmöglich zu gewährleisten.

Herausforderungen und angestrebte Wirkungen

Herausforderungen

Gesellschaftliche Veränderungen, medizin-technische Erkenntnisse oder Public-Health-Probleme (Global Report on Diabetes, WHO 2016) erfordern das kontinuierliche Anpassen von Wissen und Kompetenzen aller am Versorgungsprozess beteiligten Gesundheitsberufe. Dies umfasst Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten zur Förderung von Gesundheit, zum Vorbeugen von Diabetes und für die Begleitung über den gesamten Krankheitsverlauf. Diabetesspezifisches Wissen und umfangreiche Kompetenzen zur Prävention und zur Krankheitsbegleitung von Menschen mit Diabetes sind für die verschiedenen Gesundheitsberufe auszubauen, zu vernetzen und für alle Zielgruppen transparent zu machen.

Diabetesrelevante Kompetenzen und Inhalte sind bisher nicht ausreichend in die Ausbildung der Gesundheitsberufe integriert. Zu den Themen, die in die Ausbildung aller diabetesrelevanten Gesundheitsberufe integriert werden sollen, gehören u. a. Wissen über die Lebenswelten (Setting) der an Diabetes erkrankten Menschen sowie krankheits- und zielgruppenspezifische Kommunikation, die sich an der diabetesbezogenen Gesundheitskompetenz orientiert. Das betrifft z. B. Themen wie Ernährung, Bewegung, Therapie und Risikoverhalten.

Die diabetesspezifischen, weiterführenden Ausbildungsangebote für Gesundheitsberufe müssen an den steigenden Bedarf angepasst und inhaltlich fortlaufend aktualisiert werden. Da vielfach unzureichende Kenntnis über Wissen und Kompetenzen anderer am Versorgungsprozess beteiligter Gesundheitsberufe besteht und zumeist die sektorenübergreifende Abstimmung innerhalb der diabetesrelevanten Gesundheitsberufe fehlt, ist zentraler Bedarf an Vernetzung und Kooperation gegeben. Deren Implementierung kann der Konkurrenz unter den Berufsgruppen entgegenwirken, da diese oft der Delegation von Aufgaben/Tätigkeiten entgegensteht.

Angestrebte Wirkungen

Diabetesspezifisches Wissen und Kompetenzen sind in der Ausbildung aller relevanten Gesundheitsberufe inhaltlich zu aktualisieren und auszubauen. In der Fort- und Weiterbildung sind diabetesspezifische Inhalte vertieft anzubieten. Um in der ambulanten und stationären Betreuung fachkompetent abgestimmt agieren zu können, sollen bereits in der Ausbildung interprofessionelles und interdisziplinäres Denken und Handeln durch gemeinsame Ausbildungselemente geschult werden.

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation der Gesundheitsberufe sollen strukturell verankert und ausgebaut werden, um allen ein vernetztes Betreuen und Versorgen zu ermöglichen.

In allen Gesundheitsberufen sollen zeitnah Standards der interprofessionellen Zusammenarbeit implementiert sein.

Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlung 5a: Diabetesrelevante Inhalte in die Aus-, Weiter- und Fortbildung integrieren

Die Prävention von Diabetes wie auch Behandlung und Unterstützung von Menschen mit Diabetes und deren Umfeld (z. B. Zu- und Angehörige) sind zu verbessern. Diabetesrelevante Gesundheitsberufe erwerben in ihrer Ausbildung Wissen und Kompetenzen, um gezielt abgestimmte Maßnahmenprogramme zu erstellen. Ermöglicht wird dies v. a. durch folgende Punkte:

- Inhalte zur Vermittlung von diabetesrelevantem Wissen und Kompetenzen in Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Fortbildungscurricula aller relevanten Gesundheitsberufe werden ausgebaut und regelmäßig aktualisiert.
- Ausbildungscurricula beinhalten gemeinsame multiprofessionelle und interdisziplinäre Elemente zur Förderung der Teamkompetenz.
- Inhalte zur Entwicklung von individuellen bedarfsgerechten Strategien für Risikogruppen und Menschen mit Diabetes werden erarbeitet und vermittelt.
- Standardisierte, akkreditierte diabetesspezifische Weiterbildungs- und Fortbildungscurricula, die, wenn nicht existent, zu schaffen sind.
- Kompetenzen, die an Diabetes erkrankte Personen sowie jene, die sie gegebenenfalls mitbetreuen, befähigen Verantwortung für ihren Gesundheitszustand zu übernehmen und die Behandlung ihrer Erkrankung aktiv mitzugestalten, werden festgelegt und vermittelt.

Handlungsempfehlung 5b: Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen diabetesrelevanten Gesundheitsberufen als Basis der Integrierten Versorgung ausbauen

Interprofessionelle Zusammenarbeit beschreibt einen komplexen Kooperationsprozess verschiedener Disziplinen und Gesundheitsprofessionen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe soll ausgebaut werden, um Wissen und Kompetenzen der Gesundheitsberufe zu vernetzen und damit bestmögliche Patientenversorgung zu erreichen.

- Foren zur intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe sind zu schaffen (z. B. Plattformen für Berufsverbände).
- Gemeinsam zu absolvierende Module für Fort- und Weiterbildungen sind zu entwickeln (berufsgruppenübergreifende, akkreditierte Fort- und Weiterbildungsangebote).
- Inter- und multiprofessionell entwickelte Konzepte zur bedarfs- und situationsbasierten Versorgung sind zu erstellen.
- Einrichten von internetbasierten Plattformen

Handlungsempfehlung 5c: Wissen, Kompetenz und Verfügbarkeit der Integrierten Versorgung sichtbar machen

Um Wissen und Kompetenz der unterschiedlichen Gesundheitsberufe für Risikogruppen und für Menschen mit Diabetes sichtbar zu machen, sollen ihre Aufgaben und Leistungen in der Integrierten Versorgung umfassend kommuniziert werden. Zudem sollen die interprofessionelle Zusammenarbeit und der patientenorientierte Informationstransfer innerhalb der diabetesrelevanten Gesundheitsberufe im Rahmen der Integrierten Versorgung transparent werden. Dargestellt werden sollen:

- Leistungen der diabetesrelevanten Gesundheitsberufe, insbesondere an den Nahtstellen
- Vorteile der Integrierten Versorgung
- Bestehende Zusammenhänge zwischen verschiedenen Maßnahmen unterschiedlicher Gesundheitsberufe, die von Risikogruppen und Menschen mit Diabetes möglichst verstanden werden sollen
- Zugang zu zielgruppenspezifischer Information (unterschiedliche Medien und sprachliche Gestaltung)
- Gesicherter Informationstransfer zwischen Gesundheitsberufen
- Gesicherter Informationstransfer zwischen Gesundheitsberufen und Betroffenen
- Diabetesspezifische internetbasierte Plattformen mit Informationen für Diabetikerinnen und Diabetiker
- Vergleichbare Diagnosen- und Leistungsdokumentation der Leistungsanbieterinnen bzw. Leistungserbringer zu erbrachten Leistungen

Wirkungsziel 6: Wissen generieren und evidenzbasiertes, qualitätsgesichertes Handeln unterstützen

Qualitätsgesichertes Handeln in der Diabetesprävention und -versorgung stützt sich auf Wissen. Dieses wird aus Versorgungsforschung und -evaluation sowie vernetzten und sektorenübergreifend verfügbaren Daten generiert. Den handelnden Akteurinnen und Akteuren stehen diese Informationen und dieses Wissen zeitnah, qualitätsgesichert und strukturiert zur Verfügung.

Herausforderungen und angestrebte Wirkungen

Herausforderungen

Das teilweise Fehlen von Prävalenz- und Inzidenzdaten (z. B. Diabetesprävalenz, aber auch Prävalenz hinsichtlich Komplikationen) und anderen Datengrundlagen für Qualitätsmessung und Evaluation führt dazu, dass die grundlegende Voraussetzung für informiertem gesundheitspolitisches Handeln in diesen Bereichen nicht besteht. Vorhandene Daten (z. B. Daten, die von Personen im Kindesalter erhoben wurden) werden bisher nicht ausreichend mit anderen Daten (z. B. im Erwachsenenalter erhobene Routinedaten) zusammengeführt. Zentrale Herausforderung ist daher, vorhandene und gegebenenfalls zusätzlich benötigte Daten zu identifizieren, strukturiert zusammenzuführen und besser nutzbar zu machen.

Bisher sind Voraussetzungen (strukturell, datenschutzrechtlich, technisch, ethisch) für ein Zusammenführen unterschiedlicher Datenquellen oft nicht gegeben. Zudem fehlt ein standardisierter Minimaldatensatz, der das Minimum der zu erhebenden diabetesbezogenen Daten definiert, damit die Versorgung von Menschen mit Diabetes qualitätsgesichert über Institutionen und Sektoren hinweg regelmäßig beobachtet und beschrieben werden kann. Dies ist auch Grundlage für die prospektive Planung von Versorgungsstrukturen für Menschen mit Diabetes.

In einigen Versorgungsbereichen und für bestimmte Patientengruppen sind datenbasierte Feedbackberichte und daran gekoppelte Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung bereits vorhanden. Passende Lösungen, die alle Gruppen von Patientinnen und Patienten sowie alle Versorgungsbereiche umfassen, fehlen.

Bislang wird nicht ausreichend Präventions- und Versorgungsforschung betrieben, die Mittel für klinische Forschung sind limitiert. Insbesondere benachteiligte Gruppen sind noch nicht ausreichend berücksichtigt. Nicht ausreichendes Vernetzen zwischen Disziplinen, Professionen und Institutionen in der Forschung wie auch mangelnder Transfer evidenzbasierten Wissens von der Forschung in die Praxis und zwischen den Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister zeigen Verbesserungsbedarf an.

Angestrebte Wirkungen

Diabetesbezogene Daten (insbesondere routinemäßig dokumentierte Abrechnungs- und Versorgungs-/Behandlungsdaten) werden sektorenübergreifend und ressourcenschonend (keine Mehrfacherhebungen) erfasst und für Forschung, Evaluation, Kommunikation und als Grundlage für Qualitätsverbesserung zugänglich gemacht. Die Krankenversorgung von Patientinnen und Patienten

mit Diabetes wird über Sektorengrenzen hinweg abbildbar. Darauf basierende Outcome-Messungen ermöglichen Aussagen zur Versorgungsqualität, unterstützen strukturierte datenbasierte Feedbacksysteme und ermöglichen es konkrete Verbesserungsmaßnahmen zu setzen. Der definierte Minimaldatensatz wird als Grundanforderung angesehen.

Forschungsthemen, insbesondere Präventions-, Versorgungsforschung und klinische Forschung, werden multiprofessionell und nach aktuellen Standards aufgegriffen und bearbeitet. Die Beteiligung des niedergelassenen Bereichs ist für diese Bestrebungen essentiell und wird als integraler Bestandteil dieser Forschungsaktivitäten etabliert. Benachteiligte Gruppen werden entsprechend berücksichtigt.

Der Transfer von Wissen aus der Forschung in die Praxis passiert zeitnah, kommunizierte Inhalte sind evidenzbasiert, qualitätsgesichert und verständlich. Forschende und Leistungserbringer erstellen gemeinsam Empfehlungen für die Prävention von Diabetes und die Versorgung von Betroffenen und kommunizieren diese Inhalte.

Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlung 6a: Aufbau eines bundesweiten Datennetzwerkes zu Diabetes-Epidemiologie und Versorgungsqualität

Grundlage für angewandte Forschung, Qualitätsarbeit und Wissensgewinn ist das Vorhandensein von Daten. Als Handlungsempfehlung wird daher das systematische Erfassen und Vernetzen vorhandener Daten wie auch die Definition und das anschließende systematische Erfassen eines sektorenübergreifenden Minimaldatensatzes angestrebt. Für die Umsetzung sind jedenfalls folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Konzeption des Nutzbarmachens/Vernetzens von vorhandenen diabetesbezogenen Daten:
 - Bestehende Datensätze/Datenquellen identifizieren
 - Berücksichtigen von Aspekten der Studienplanung und der regionalen Abbildbarkeit
 - Werkzeuge definieren und geeignete (idealerweise bestehende) E-Health-Infrastruktur zur Datenvernetzung nutzen
 - Festlegen der Verantwortlichkeit und Zuständigkeit
 - Regelwerk definieren (Patientinnenkollektiv bzw. Patientenkollektiv, Nutzung der Daten, Datenschutz, Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten, Zugriff, Auswertungen, Klären der Notwendigkeit einer Personalisierung, Sanktionen bei Missbrauch)
- Minimaldatensatz definieren und implementieren
 - Bestehende komprimierte Datensätze sollen als Ausgangspunkt dienen, bestehende Vorarbeiten genutzt werden.
 - Die Daten sollen sich nach Möglichkeit überwiegend aus Routinedaten und vorhandenen Datensätzen speisen.
 - Ein aktives Zurverfügungstellen der definierten Minimaldaten aus der Praxis/Einrichtung muss einfach und unkompliziert vonstattengehen.
 - Maßnahmen zur Sicherung der Datenqualität definieren
 - In der Konzeption muss in allen Bereichen der Datenschutz berücksichtigt werden.

Handlungsempfehlung 6b: Schneller und umfassender Transfer und Austausch von Wissen zwischen Forschung und Praxis

Für die Kommunikation und den Transfer von Wissen sind geeignete Mittel und Wege zu definieren (Publikationsformen für Anwenderinnen und Anwender, Plattform/Website, multiprofessionelle und interdisziplinäre Qualitätszirkel). Die in der vorangegangenen Handlungsempfehlung beschriebene E-Health-Infrastruktur zur Vernetzung der Daten soll nach Möglichkeit auch für den Transfer von qualitätsgesichertem Wissen zwischen Forschung und Praxis und zwischen den einzelnen Gesundheitsberufen in der Praxis eingesetzt werden.

Wissen aus der Forschung in die Praxis muss zeitnah und zielgruppengerecht transferiert werden. Gleichzeitig soll der Transfer von Wissen nicht nur in eine Richtung gerichtet sein. Vielmehr müssen auch Wissen und Kompetenz aus der Praxis und von Betroffenen (z. B. für das Identifizieren relevanter Forschungsfragen) in die Forschung einfließen und auch zwischen Wissensträgern der Praxis vermittelt werden. Beispielhaft seien hier Empfehlungen genannt, die unter Einbezug aktuell verfügbarer Evidenz inter- bzw. multiprofessionell erstellt und verbreitet werden.

Handlungsempfehlung 6c: Weiterentwicklung der Forschung zu diabetesbezogenen Themen

Sowohl gesundheitspolitische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger als auch Handelnde in der Betreuung von Menschen mit Diabetes benötigen qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Informationen als Basis für ihre Tätigkeit. Fundierte Informationen sind auch grundlegende Voraussetzung zur Steigerung der diabetesbezogenen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung (siehe Wirkungsziel 1). Forschungsergebnisse sind Teil dieser Informationen. Im Vorantreiben der diabetesbezogenen Forschung sollen jedenfalls folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Generieren von Hypothesen und Initiieren von Forschungsvorhaben zu praxisbezogenen Themen, die gesundheitspolitisch relevant sind.
- Angewandte Aktivitäten, wie beispielsweise Health Technology Assessment (HTA) oder Evaluationen intensivieren
- Angewandte Forschung Professionen- und Institutionen-übergreifend aufstellen und koordinieren. Hierzu sind insbesondere die Herausforderungen hinsichtlich Organisation und Zeit im Zusammenhang mit der angewandten Forschung im niedergelassenen Bereich zu thematisieren und eine Beteiligung der Gesundheitsberufe an den Forschungsvorhaben zu unterstützen.

Handlungsempfehlung 6d: Etablieren und Ausbauen von Qualitätsmanagement im Rahmen der Betreuung und Versorgung von Menschen mit Diabetes

Um langfristig die Qualität in allen diabetesbezogenen Versorgungsbereichen und für alle Personengruppen kontinuierlich zu verbessern, soll Qualitätsmanagement für alle relevanten Versorgungsbereiche etabliert werden. Für ein kontinuierliches Qualitätsmanagement sollen jedenfalls folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Definieren von Qualitätsindikatoren, die als Grundlage für Feedbackprozesse/-berichte und Evaluation dienen und zudem (internationale) Vergleichbarkeit ermöglichen.
- Prüfen, Weiterentwickeln und Umsetzen von bundesweiten Empfehlungen und Vorgaben (z. B. Empfehlungen für strukturierte am Menschen und seinen Lebenssituationen orientierte Behandlungs-, Schulungs- und Betreuungsangebote; Qualitätsstandards; Evaluationskennzahlen) anhand von geeigneten, wissenschaftlich fundierten und patientenorientierten Kriterien. Damit

soll sichergestellt sein, dass im gesamten Bundesgebiet Leistungen mit gleicher Qualität zur Verfügung stehen.

- Evaluation der Versorgungsqualität

Glossar

Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R): Abteilungen und Departments für

Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) sind eigenständige, fächerübergreifende Organisationseinheiten. Sie behandeln direkt aufgenommene geriatrische Patientinnen und Patienten und führen die Behandlung akut kranker geriatrischer Patientinnen und Patienten aus anderen Abteilungen (Fachbereichen) weiter. AG/R-Einrichtungen zeichnen sich durch ein geriatrisch qualifiziertes, interdisziplinäres Team und durch ein multi-dimensionales Behandlungs- und Betreuungsangebot aus, das medizinische, funktionelle, psychische, kognitive und soziale Aspekte der Erkrankungen geriatrischer Patientinnen und Patienten gleichermaßen berücksichtigt. (Pochbradsky/Nemeth 2013)

Diabetesbezogenes Betreuungsteam: Im Kontext der österreichischen Diabetes-Strategie: Dient als Überbegriff für die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen (mit und ohne medizinischen Hintergrund), die für die Begleitung, Betreuung und Versorgung von Menschen mit Diabetes erforderlich sind.

Gesundheitsberuf: „Unter einem Gesundheitsberuf ist ein auf Grundlage des Kompetenztatbestandes ‚Gesundheitswesen‘ (Art. 10 Abs. 1 Z 12 Bundes-Verfassungsgesetz) gesetzlich geregelter Beruf zu verstehen, dessen Berufsbild die Umsetzung von Maßnahmen zur Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung umfasst. Darunter sind Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu verstehen, die unmittelbar am bzw. unmittelbar oder mittelbar für den Menschen zum Zwecke der Förderung, Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens erbracht werden.“ (Weiss et al. 2016)

Gesundheitsfolgen-abschätzung (GFA): „Gesundheitsfolgenabschätzung ist ein systematischer Prozess zur Analyse und Bewertung geplanter politischer Vorhaben hinsichtlich der möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit sowie deren Verteilung innerhalb der Bevölkerung. Gesundheitsfolgenabschätzung dient dazu, politische Entscheidungen im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik informierter zu gestalten.“ (Vgl. GÖG, <http://gfa.goeg.at/About/Definition>)

Gesundheitsförderung: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Ausmaß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Sie definiert sich durch das Zusammenführen von zwei strategischen Ansätzen: der Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz verbunden mit der Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit abzielt.“ (B-ZK 2014, zit. n. Wiener Gesundheitsförderung (WiG))

Gesundheitskompetenz (engl. Health Literacy): „Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Kompetenz und beinhaltet Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissen und Motivation, um im Alltag relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Entscheidungen zu treffen und zu handeln, mit dem Ziel, gute Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs zu erhalten und zu verbessern.“ (B-ZK 2014, zit. n. Sörensen et al. 2012)

Health in All Policies (HiAP): „Gesundheit in allen Politikfeldern; Strategie zur Integration von Gesundheitsüberlegungen in andere [alle] politische Sektoren mit dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (engl.: healthy public policies).“ (B-ZK 2014, zit. n. BZgA – Leitbegriffe der Gesundheitsförderung)

Interdisziplinär: „Verschiedene Disziplinen innerhalb einer Berufsgruppe umfassend (z. B. verschiedene Fachrichtungen oder Spezialisierungen)“ (B-ZV 2013)

Integrierte Versorgung: Integrierte Versorgung (IV) ist eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre und an standardisierten Behandlungskonzepten (Guidelines, Behandlungspfade, ...) ausgerichtete Versorgung. Sie umfasst Prozess- und Organisationsintegration. (BMG 2015 nach: Eger et al. 2012 und Gesundheitsreformgesetz 2013, . Abschnitt § 3 Punkt 5). Im Kontext der österreichischen Diabetes-Strategie wird unter Integrierter Versorgung der Versorgungs- und Betreuungsprozess verstanden, der von der Prävention, Diagnostik, Therapie, Gesundheitsförderung für an Diabetes erkrankte Menschen, Langzeitversorgung und -betreuung bis hin zur Palliativ-Versorgung reicht.

Instabile Krankheitsphasen: Chronische Krankheiten bringen Krankheitsschübe mit sich. Diese Situationen, die als instabile Krankheitsphasen verstanden werden, verlangen eine Neubeurteilung und Anpassung von Maßnahmen, um die Veränderung zu bewältigen und zu stabilisieren.

Interprofessionelle Kooperation/Zusammenarbeit: Interprofessionelle Kooperation bedeutet, „dass Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung unmittelbar zusammenarbeiten, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für die Patientin bzw. den Patienten nutzbar gemacht werden“. (Vgl. Mahler, C., et al. 2014: nach Kälble, K., 2004: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2014-31/zma000932.shtml>)

Multiprofessionell: „Mehrere Berufsgruppen umfassend“ (B-ZV 2013)

Nahtstelle: Nahtstellen sind Übergangsbereiche „(...) zwischen allen Sektoren, Ebenen und Teilbereichen der Gesundheitsversorgung, also dem akutstationären Bereich (Akutkrankenanstalten), dem ambulanten Bereich (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien), dem Rehabilitationsbereich (stationäre und ambulante Rehabilitation) sowie dem Pflegebereich (Alten- und Pflegeheime, mobile Dienste).“ (BGK 2012). Im Kontext der österreichischen Diabetes-Strategie inkludiert der Begriff „Nahtstelle“ nicht nur die oben genannten ambulanten Bereiche (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien), sondern den gesamten niedergelassenen Bereich.

Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention: „Während die Gesundheitsförderung alle der Gesundheit dienlichen Maßnahmen im Rahmen einer Gesellschaft umfasst, ist die Prävention auf ein bestimmtes Ziel gerichtet, nämlich auf die Bewahrung der Gesundheit sowie die Verhütung und Früherkennung von Krankheiten. Es wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. *Primärprävention* setzt an, noch bevor es zur Krankheit kommt. Sie trägt dazu bei, gesundheitschädigende Faktoren zu vermeiden, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. *Sekundärprävention* soll das

Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums durch Frühdiagnostik und -behandlung verhindern. Sie greift also in bestehende Risikosituationen ein und versucht, diese abzuwenden. *Tertiärprävention* konzentriert sich nach einem Krankheitsereignis auf die Wiederherstellung der Gesundheit. Folgeschäden soll somit vorgebeugt und Rehabilitation ermöglicht werden.“

(Vgl. http://bmg.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung)

Risikogruppe: Im Kontext der österreichischen Diabetes-Strategie: Personengruppen, die ein erhöhtes Risiko (auch im Hinblick auf beeinflussende Gesundheitsdeterminanten) für die Entwicklung eines Diabetes mellitus Typ 2 haben.

Selbstmanagement (engl. Self-management): Selbstmanagement umfasst Aktivitäten, die eine Person setzt, um die eigene chronische Erkrankung zu managen. Selbstmanagement erkennt an, dass der Gesundheitszustand und die Lebensqualität einer Person von ihren individuellen Verhaltensweisen, Einstellungen und emotionalen Verfassung beeinflusst werden und dass die Person für Änderungen in ihren Verhaltensweisen mit der Unterstützung von Gesundheitsdienstleistern verantwortlich ist. Aktivitäten können inkludieren: Ändern der Ernährung und des Bewegungsausmaßes, Lernen mit Angst und Depression umzugehen, Änderungen im Rahmen der Beschäftigung/Arbeit, Aktives Überwachen von Symptomen und das Melden von Auffälligkeiten an das Betreuungsteam (ENOPE 2012, Übersetzung GÖG).

Stakeholder: „Interessengruppen, Anspruchsgruppen; Personen oder Organisationen, die aus unterschiedlichsten Motiven ein Interesse am Verlauf oder an den Ergebnissen eines Prozesses/eines Projekts/eines Unternehmens haben.“ (B-ZK 2014, basierend auf: <http://www.sonah.at/glossar>).

Setting: „Setting“ bezeichnet im Sinne der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO) einen Lebensbereich, in dem die Menschen einen Großteil ihrer Lebenszeit verbringen (z. B.: Schule, Arbeitsplatz, soziales Wohnumfeld, etc.). Die Arbeit in Settings stellt eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung dar und bedeutet, dass sowohl strukturelle Maßnahmen der Organisationsentwicklung, der physischen und sozialen Umweltgestaltung als auch klassische Prävention und Gesundheitserziehung systematisch und miteinander verbunden dort zum Einsatz kommen, wo Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt leben. (B-ZK 2014, basierend auf: Glossar aus dem Handbuch Öffentlicher Gesundheitsdienst)

Zielgruppen: Im Kontext der österreichischen Diabetes-Strategie: Ausgewählte Gruppen der Bevölkerung

Literatur

- B-ZK (2014): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission am 21. März 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- B-ZV (2013): Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit
- BGK (2012): ÖSG 2012: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012. Bundesministerium für Gesundheit und Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMG (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2013a): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2013b): Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen – Lösungsansätze – Herausforderungen. Bundesministerium für Gesundheit,
- BMG (2014a): Rahmen-Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit, Wien, veröffentlicht
- BMG (2014b): Rahmen-Gesundheitsziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit, Wien, veröffentlicht
- BMG (2015): Rahmen-Gesundheitsziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit, Wien, veröffentlicht
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (2011): Programmbroschüre - Mobilität der Zukunft. Das Forschungs-, Technologie und Innovationsförderprogramm für Mobilität 2012–2020. Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie, Wien
- ENOPE (2012): Patient Empowerment – Living with Chronic Disease. A series of short discussion topics on different aspects of self management and patient empowerment for the 1st European conference on patient empowerment. The European Network on Patient Empowerment
- Gesundheitsreformgesetz 2013: Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuergesetz – G-ZG) erlassen wird sowie das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Sonderunterstützungsgesetz, Kriegspopferversorgungsgesetz 1957, das Familienlastenausgleichsgesetz 1967, das Gesundheitsqualitätsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, das Privatkrankenanstalten-

Finanzierungsfondsgesetz und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert werden, Bundesgesetzblatt 81/2013, Fassung vom 23.5.2013

NAP.b (2013): Nationaler Aktionsplan Bewegung. Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport, Haus des Sports, Bundesministerium für Gesundheit, Fonds Gesundes Österreich, Wien

NAP.e (2013): Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2013. BMG. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Pochbradsky, Elisabeth; Nemeth, Claudia (2013): Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Weiss, Susanne; Füszi, Sylvia; Lanske, Paula; Lust, Alexandra; oberleitner-Tschan, Christine; Wenda, Sandra (2016): Gesundheitsberufe in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit Sektion II, Wien

WHO (2014): European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. In: WHO (Hg.): Regional Committee for Europe, Copenhagen. 15. - 18.09.2014, WHO

WHO Europe (2013): Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. Deklaration. WHO Europe, Wien

Zielsteuerung-Gesundheit (2014): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. 2014, Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission am 21. März. Bundesgesundheitsagentur, Bundesministerium für Gesundheit Wien

Anhang

- Anhang 1: Mitglieder der Steuerungsgruppe und der erweiterten Steuerungsgruppe
- Anhang 2: Mitglieder der Arbeitsgruppen
- Anhang 3: An der Konsultation teilgenommenen Einrichtungen

Anhang 1: Mitglieder der Steuerungsgruppe und der erweiterten Steuerungsgruppe

Mitglieder der Steuerungsgruppe

Arrouas Magdalena, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Dorner Thomas, Medizinische Universität Wien

Friedrich Andreas, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (ab Mai 2016)

Francesconi Claudia, Österreichische Diabetes Gesellschaft

Kernstock Eva-Maria, Gesundheit Österreich GmbH

Kolm Andreas, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (bis Mai 2016)

Luger Eva, Medizinische Universität Wien (Vertretung Thomas Dorner)

Wascher Thomas C., Österreichische Diabetes Gesellschaft

Weitgasser Raimund, Österreichische Diabetes Gesellschaft

Mitglieder der erweiterten Steuerungsgruppe (setzt sich aus der Steuerungsgruppe und den Arbeitsgruppenleitungen zusammen)

Arrouas Magdalena, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Dorner Thomas, Medizinische Universität Wien

Dietscher Christina, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Friedrich Andreas, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (ab Mai 2016)

Francesconi Claudia, Österreichische Diabetes Gesellschaft

Guld Susanne, Ländervertretung, Magistrat der Stadt Wien

Grusch Bernhard, Diabetes- und Fettstoffwechselambulanz – Gesundheitszentrum Wien-Nord der Wiener Gebietskrankenkasse (bis Mai 2016)

Kernstock Eva-Maria, Gesundheit Österreich GmbH

Kolm Andreas, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (bis Mai 2016)

Luger Eva, Medizinische Universität Wien (Vertretung Andreas Dorner)

Pongratz Reinhold, Steiermärkischen Gebietskrankenkasse

Ruda Romana, Competence Center Integrierte Versorgung

Schindler Karin, Medizinische Universität Wien/Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Semlitsch Barbara, Universitätsklinik für Innere Medizin – LKH-Univ. Klinikum Graz

Sourij Harald, Universitätsklinik für Innere Medizin – LKH-Univ. Klinikum Graz

Wascher Thomas C., Österreichische Diabetes Gesellschaft

Weitgasser Raimund, Österreichische Diabetes Gesellschaft

Winklehner Sigrid, Verband Österreichischer DiabetesberaterInnen

Anhang 2: Arbeitsgruppen

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe Handlungsfeld 1: Awareness/Bewusstseinsbildung für Diabetes in der Bevölkerung, Primärprävention, Gesundheitskompetenz, inkl. Diabetes Literacy

Arbeitsgruppenleiterinnen:

Dietscher Christina, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Schindler Karin, Medizinische Universität Wien / Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Koordination:

Domittner Brigitte, Gesundheit Österreich GmbH

Dachs Petra, Volkshilfe Österreich

Gneisz Lilli, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Gruber Marlies, Forum Ernährung

Halbwachs Christian, Bundes-Sportförderungsfonds

Hitthaller Ariane, Verband der Ernährungswissenschaftler Österreichs

Jürs Jacqueline, Bundesministerium für Bildung

Kichler Rita, Gesundheit Österreich GmbH, Fonds Gesundes Österreich

Krebs Michael, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Medizinischen Universität Wien

Langer Sophie, Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH

Lehner Petra, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Michalek Susanna, Österreichische Ärztekammer

Maierhofer Katharina, Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft

Müller Sascha, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Perneckzy Elsa, Österreichische Diabetikervereinigung

Rust Petra, Verband der Ernährungswissenschaftler Österreichs

Wilkens Elisabeth, Bundesministerium für Bildung

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe Handlungsfeld 2: Akzeptanz, Selbstmanagement, Patientenempowerment, Krankheitsbewältigung, Gesundheitsförderung für Erkrankte, inkl. Sekundär- und Tertiärprävention

Arbeitsgruppenleiterinnen:

Semlitsch Barbara, Universitätsklinik für Innere Medizin. LKH-Univ. Klinikum Graz

Winklehner Sigrid, Verband Österreichischer DiabetesberaterInnen

Koordination:

Rappold Elisabeth, Gesundheit Österreich GmbH

Arrouas Magdalena, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Baumgartner Theresa, Aktive Diabetiker Austria

Bayer-Balint Veronika, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Degn Barbara, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Draxler Sonja, Burgenländischer Gesundheitsfonds

Frohner Ursula, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

Hackl Marion, MTD-Austria

Harb Birgit, Berufsverband Österreichischer PsychologInnen

Hasenhüdl Martina, Österreichische Ärztekammer

Haubenberger Peter, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

Hofer Alexandra, Österreichische Gesellschaft für Ernährung

Mrak Peter, Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. & Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie

Rheinfrank Ines, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

Sadovnik Tatjana, Competence Center Integrierte Versorgung

Wagner Karl-Heinz, Österreichische Gesellschaft für Ernährung

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe Handlungsfeld 3: Versorgungsstruktur und –prozesse, Rahmenbedingungen, inkl. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Arbeitsgruppenleiterin und Arbeitsgruppenleiter:

Francesconi Claudia, Österreichische Diabetes Gesellschaft

Grusch Bernhard, Diabetes- und Fettstoffwechselambulanz – Gesundheitszentrum Wien-Nord, der Wiener Gebietskrankenkasse (bis Mai 2016)

Koordination:

Geißler Wolfgang, Gesundheit Österreich GmbH

Badjura Helmuth, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

Benedics Judith, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Bolz Matthias, Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft

Bruckmann Corinna, Österreichische Gesellschaft für Parodontologie

Dachs Christoph, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Fiedler Lothar, Österreichische Ärztekammer

Ham-Rubisch Margot, Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft

Hantke Christine, Aktive Diabetiker Austria

Jaksch Gabriele, MTD-Austria

Kadak-Güngör Selen, Land Wien

Lackinger Christian, Sportunion Österreich

Lechleitner Monika, Land Tirol

Moschitz Robert, Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport

Pilz Sigrid, Patientenanwaltschaft

Rheinfrank Iris, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

Saria Daniela, Salzburger Gebietskrankenkasse

Seiwald Gudrun, Tiroler Gebietskrankenkasse

Wohlfahrtstätter Petra, Verband der Diätologen Österreichs

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe Handlungsfeld 4: Wissen und Kompetenz der Gesundheitsdiensteanbieter

Arbeitsgruppenleiter:

Wascher Thomas C., Österreichische Diabetes Gesellschaft

Reinhold Pongratz, Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Koordination:

Stewig Friederike, Gesundheit Österreich GmbH

Badjura Helmuth, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

Dachs Christoph, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Domnanovich Lydia, Verband der OrthoptistInnen Österreichs

Draxler Sonja, Burgenländischer Gesundheitsfonds

Einböck Marina, Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt

Hasenhündl Martina, Österreichische Ärztekammer

Hofbauer Andrea, Verband der Diätologen Österreichs

Hopfinger Peter, Aktive Diabetiker Austria

Krischka Claudia, Burgenländischer Gesundheitsfonds

Maringer Bettina, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Nagel Roland, Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt

Reischl Jakob, Physio Austria

Rabady Susanne, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Resetarics Paul, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Schernthaler Gerit, Österreichische Gesellschaft für Internistische Angiologie

Sorge Martina, Physio Austria

Theil Birgit, Berufsförderungsinstitut Oberösterreich, Linz & Verband Österreichischer
DiabetesberaterInnen

Toplak Hermann, Österreichische Diabetes Gesellschaft

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe Handlungsfeld 5: Angewandte Forschung, Entwicklung und Vernetzung, Information, Dokumentation und Evaluation, Qualitätssicherung

Arbeitsgruppenleiter:

Sourij Harald, Universitätsklinik für Innere Medizin – LKH-Univ. Klinikum Graz

Weitgasser Raimund, Österreichische Diabetes Gesellschaft

Koordination:

Weißenhofer Sabine, Gesundheit Österreich GmbH

Cvach Sarah, Verband Österreichischer DiabetesberaterInnen

Frohner Ursula, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

Herbek Susanne, ELGA GmbH

Hofer Sabine, Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde

Kamenski Gustav, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Kautzky-Willer Alexandra, Medizinische Universität Wien

Kopp Wolfgang, Österreichische Zahnärztekammer

Luxbacher Birgit, MTD-Austria

Michalek Susanna, Österreichische Ärztekammer

Oberaigner Willi, Institut für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken GmbH

Rheinfrank Ines, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

Robausch Martin, Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

Sabutsch Stefan, ELGA GmbH

Theurer Patrizia, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Warmuth Eva, Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft

Anhang 3: An der Konsultation teilgenommenen Einrichtungen

Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildung, Bildungseinrichtung des Wiener Krankenanstaltenverbundes

Aktive Diabetiker Austria

Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel der Univ. Klinik für Innere Medizin III an der Medizinischen Universität Wien

Berufsförderungsinstitut Oberösterreich, Linz

Berufsverband Österreichischer PsychologInnen

Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe

Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt

Bundesarbeitskammer

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft

Bundes-Sportförderungsfonds

Forum Ernährung

Frauengesundheitszentrum Graz

Groth Sylvia

Kärntner Gebietskrankenkasse

Kärntner Gesundheitsfonds

Kepler Universitätsklinikum GmbH

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz Betriebsgesellschaft mbH

Krankenhaus St. Vinzenz Betriebsgesellschaft mbH

Land Oberösterreich

Land Steiermark

Land Wien

Medizinische Universität Graz, Postgraduate School, Diabetes Care Lehrgang

Medizinische Universität Wien, Abteilung für Gendermedizin

Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health

MTD-Austria

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG
Österreichische Ärztekammer
Österreichische Diabetikervereinigung
Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie
Österreichische Gesellschaft für Hypertensiologie
Österreichische Gesellschaft für internistische Angiologie
Österreichische Gesellschaft für Parodontologie
Österreichische Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention
Österreichische Sportwissenschaftliche Gesellschaft
Österreichischer Apothekerverband
Patientenanwaltschaft
PHARMIG – Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs
Physio Austria
Privatklinik der Kreuzschwestern Gesellschaft mbH
Salzburger Gebietskrankenkasse
SIPCAN – Special Institute for Preventive Cardiology and Nutrition
Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft mbH
Tirol Kliniken Gesellschaft mbH
Tiroler Gebietskrankenkasse
Universität Innsbruck, Department für medizinische Statistik, Informatik und Gesundheits-
ökonomie
Universität Wien, Institut für Sprachwissenschaft
Universität Wien, Institut für Sportwissenschaft
Verband der Ernährungswissenschaftler Österreichs
Verband der Diätologen Österreichs
Verband der Orthoptistinnen und Orthoptisten Österreichs
Verband Österreichischer DiabetesberaterInnen
Verein für Diabetiker der Universitätskinderklinik Graz
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
Wiener Gebietskrankenkasse
Wirtschaftskammer Österreich

www.bmgf.gv.at

