

Forderungspapier zur Gesundheitsförderung, Primär- und Sekundärprävention



Dieses Forderungspapier wurde von den Arbeitskreisen der Diabetes Initiative Österreich (DIÖ) entworfen. Ziel ist es, dass Österreich mittelfristig eine Vorreiterrolle in der Prävention von Diabetes mellitus in Europa einnimmt. Bei manifesten Diabetes mellitus sollen Rahmenbedingungen für die Optimierung einer ganzheitlichen, intradisziplinären Betreuung geschaffen werden.

Die Arbeitskreise der DIÖ beschäftigen sich mit den Themen Bewegung, Ernährung, Public Health und Therapie. Neben Forderungen an die EntscheidungsträgerInnen im Gesundheitssystem beinhaltet dieses Papier auch konkrete Umsetzungsschritte.

1. Therapie

Hauptforderungen

Zugang aller Diabetes-Patienten zu einer leitliniengerechten Behandlung durch

- Förderung der Information von Patienten und Ausbildung der betreuenden Personen (Ärzte, Diabetesberater, Diätologen, Psychologen, Bewegungstrainer) in Hinblick auf Lebensstilmaßnahmen und Wirkungen und Nebeneffekten von Medikamenten
- Adäquate österreichweite Versorgung mit innovativen Medikamenten und technischen Hilfsmitteln (Blutzuckermessgeräte, Glukosesensoren, Insulinpumpen, ...)
- Unterstützung der niedergelassenen Ärzte durch Diabetesberater, Diätologen, Psychologen, und Bewegungstrainer in den Praxen

Einleitung

Eine möglichst optimale Betreuung von Personen mit Diabetes bedarf neben der regelmäßigen Fortbildung von Ärzten, Diabetesberatern, Diätologen, Psychologen, etc. zum Thema eine Grundinformation (-schulung) und fortlaufende Motivation der Patienten. Dazu ist neben der Erstellung von Diagnose- und Behandlungs-Leitlinien deren möglichst ubiquitäre Umsetzung nötig.

Der Großteil der Betreuung von Diabetes-Patienten erfolgt durch den Hausarzt, sodass insbesondere dorthin der Fokus einer verbesserten Betreuung zu richten ist. Das Disease Management Programm (DMP) Typ 2 Diabetes „Therapie aktiv“ bietet dazu derzeit die beste Möglichkeit. Allerdings ist dieses Programm nur für Patienten mit Typ 2 Diabetes vorgesehen. Die Betreuungsstruktur von Patienten mit Typ 1 Diabetes, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, bedarf aber ebenfalls einer Verbesserung.

Status Quo

Derzeit erfolgt die Betreuung von Diabetes-Patienten vorwiegend durch niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin. Nur ca. 1.000 Ärzte und 26.000 Patienten sind aktuell österreichweit im DMP tätig bzw. eingeschrieben. Das sind ca. 5% der Diabetes-Patienten in Österreich. Inwieweit die Versorgung dieser und aller anderen Diabetes-Patienten leitliniengerecht erfolgt ist unklar. Neben der Information der betreuenden Ärzte ist in Hinblick auf die Therapie der Einsatz von Diabetesberatern, Diätologen, Psychologen, Bewegungstrainer, etc. nötig. Dies einerseits um Lebensstilmaßnahmen besser und nachhaltig umsetzen zu können, andererseits die Compliance zur medikamentösen Therapie und Selbstkontrolle zu fördern und zu verbessern.

Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Typ 1 Diabetes bedarf neben personellen und strukturellen Verbesserungen in den dafür vorgesehenen Zentren einer Unterstützung durch eine Regelfinanzierung von Diabetes-Camps, Rehab.-Möglichkeiten und einer individuellen Betreuung durch Diabetesberater („Diabetes Nanny“).

Abgeschlossene Umsetzungsschritte

Initiierung „Diabetes Nanny“-Projekt in Wien und Salzburg

Laufende/ mittelfristig geplante Umsetzungsschritte

- Unterstützung von niedergelassenen Ärzten für Allgemeinmedizin und Innere Medizin zur Umsetzung von Lebensstilmaßnahmen und zur medikamentösen Therapie gemeinsam mit Diabetesberatern, Diätologen, Psychologen, Bewegungstrainern vor Ort.
- Ausweitung „Diabetes Nanny“-Projekt auf ganz Österreich.
- Sicherstellung der Erstattung innovativer Medikamente und technischer Hilfsmittel durch die Sozialversicherungen

Langfristige Umsetzungsschritte

- Ausweitung der Unterstützung der niedergelassenen Ärzte auf die direkte Unterstützung der Patienten in Form von „Peer Groups“.
- Vereinfachung und raschere Umsetzung des Einsatzes innovativer Medikamente und technischer Hilfsmittel entsprechend den Leitlinien der ÖDG
- Regelfinanzierung von Diabetes-Camps und Rehab.-Aufenthalten von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes

2. Bewegung

Hauptforderungen

- Empowerment und Bewusstseinsbildung zur körperlichen Aktivität muss in der Primär- und Sekundärprävention strukturiert verankert werden.
- Qualitätsgesicherte und zielgruppenspezifische Bewegungsangebote müssen als Leistungen der Sozialversicherungsanstalten anerkannt werden.

- Wichtig ist hierbei die Etablierung eines eigenen Berufsbildes und Tätigkeitsbereiches
- Die gezielte Förderung der Alltagsaktivität soll ein anerkannter Teil in der ganzheitlichen Betreuung bei Diabetes sein.

Einleitung

Die Förderung der körperlichen Aktivität in der Primär- und Sekundärprävention ist auf professionelle Strukturen und entsprechende Berufsgruppen angewiesen. Sowohl die Information/Schulung über die praktische Ausübung als auch der gesundheitliche Nutzen von körperlicher Aktivität sollen flächendeckend und strukturiert ermöglicht werden.

Neben dem Empowerment und der Bewusstseinsbildung unterschiedlicher Zielgruppen (Betroffene, Ärzte, Diätologen) müssen auch geeignete, qualitätsgesicherte und zielgruppenspezifische jahresbegleitende Bewegungsangebote regionale verfügbar sein. Die Bewegungsprogramme müssen den gängigen Leitlinien entsprechen und finanziell leistbar sein. Für einkommensschwache Gruppen müssen Staffelungen der Selbstkostenbeiträge angedacht werden.

Konkrete Hilfestellungen zur Förderung der Alltagsaktivität.

Hauptforderungen

- Empowerment und Bewusstseinsbildung bei den Zielgruppen
- Aufbau Zielgruppenspezifische Bewegungsangebote
- Ausbau allgemeine Bewegungsangebote mit Qualitätssicherung
- Motivation zur Etablierung von selbstorganisierte Bewegungsprogramme (z.B. in Folge von Schulungsprogrammen)
- Gezielte Förderung der Alltagsaktivität
- Etablierung eines einfachen Assesments zur Bestimmung der körperlichen Fitness

Notwendige Umsetzungsschritte - Forderungen

- CapacityBuilding (personell, räumlich, und auf Institutioneller Ebene)
- Qualitätssicherung von bestehenden Angeboten
- Aufbau neuer zielgruppenspezifischen Bewegungsangeboten
- Aufbau eines Berufsfeldes zur Förderung der körperlichen Aktivität. Integration in- und teilweise Finanzierung durch den Gesundheitssektor.
- Ermöglichung von Pilotprojekten und bei erfolgreicher Durchführung auch Umsetzung und Finanzierung im Routinebetrieb

Abgeschlossene Umsetzungsschritte

Pilotprojekt „Aktiv Bewegt“:

- Machbarkeitsstudie für zielgruppenspezifische Bewegungsangebote
- Zusammenarbeit zwischen Sport- und Medizinischen Sektor wurde gezeigt
- Bedarfsanalyse – Berechnung der Teilnehmerzahlen in Diabetesambulanzen
- Kalkulation der Kosten
- Limitierung: Selbstberichtete Daten

Bewegungsbox

- Bewegungspass und einfaches SelfAssessment, Zielvereinbarung. Pedometer (2-D Schrittzähler) und ein Theraband
- unterschiedliche Übungen, Videos, Musterpläne und Kontaktdaten zu Bewegungsangeboten runden die Box ab.

Laufende/ mittelfristig geplante Umsetzungsschritte

- GEHE Adipositas
 - o Randomisierte kontrollierte Studie des „Aktiv Bewegt“ Bewegungsprogramms
- Kooperation Pilotregion mit einer Sozialversicherungsanstalt
 - o Integration eines zielgruppenspezifischen Bewegungsangebot in das Spektrum der SVA
- PASEO Qualitätssicherung
 - o Für herkömmliche Bewegungsangebote solle ein Qualitätsmanagement für die Struktur-, Programm- und Ergebnisqualität entwickelt werden.
- PRÄDIAS
 - o Das Schulungsprogramm PRÄDIAS soll um ein zielgruppenspezifisches Bewegungsprogramm ergänzt werden. Eine randomisierte kontrollierte Studie soll Effekte auf die Gesundheit prüfen.
- Bewegungsbox
 - o Für inaktive Personen wird eine Bewegungsbox erstellt. Die Box besteht aus einem Pedometer, einem Theraband, einem Handbuch, Bewegungspläne und Dokumentationsbögen. Die Box wird über Ärzte und Gesundheitsberufe zu inaktiven Personen transportiert.
 - SelfAssessment und Zielvereinbarung: Soll vor allem dort eingesetzt werden, wo keine Bewegungsangebote oder Beratungen zur Förderung der körperlichen Aktivität regional verfügbar sind.
- Ausbildungscurriculum
 - o Ausbildungen sollen erfasst werden und nach den Richtlinien des NQR / EQF beschrieben werden.
- MASS: Alters und Geschlechtsspezifische Referenze für gesundheitsbezogene Maximalkraft

Forderung an die Politik / Entscheidungsträger

- Partnerschaften und Teilfinanzierung für Machbarkeitsstudien
- Vernetzung mit strukturierter Gesundheitsversorgung
 - o Bewegungsprogramme sollen mit dem DMP kompatibel sein
 - Arbeitsgruppe Bewegung der DIÖ
 - o PRÄDIAS + Bewegung
 - Machbarkeitsstudie,
 - o Zielgruppenspezifische Bewegungsangebote
- Zielgruppenspezifische Bewegungsangebote
 - o Ressourcenaufbau in allen Bundesländern
 - o Einsparungen müssen zum Teil an Bewegungsprogramme zurück fließen, da diese kostendeckend abzuwickeln sind.

- Bereitstellung von räumlichen Ressourcen (muss keine Turnhalle sein, aber ein adäquater Bewegungsraum) in den regionalen Settings
- Personelle Ressourcen und Expertisen: Schaffung des Berufsbildes zur „Förderung Körperlicher Aktivität und Bewegung in der Gesundheitsförderung und Primärprävention“
- Räumliche Ressourcen