



Österreichische Diabetes Gesellschaft

helfen, heilen, forschen

PRESSEGESPRÄCH

Weltdiabetestag 2024

Was fehlt zur optimalen Versorgung

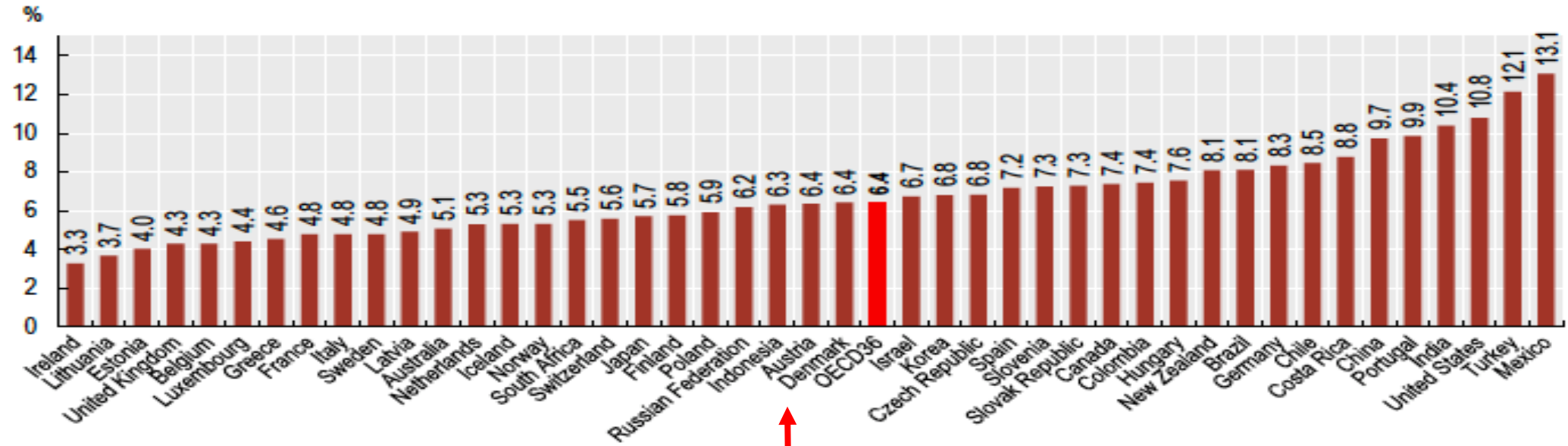
Folien Prof. Fasching

Diabetes-Klassifikation

- I Diabetes mellitus Typ 1 (ca. 50 000 in A)
- II Diabetes mellitus Typ 2 (ca. 700 000 in A)
- III Andere spezifische Formen
(MODY; Pankreoprüver DM) (ca. ? in A)
- IV Gestations-Diabetes (Schwangerschaft) (ca. ? in A)

Diabetesprävalenz

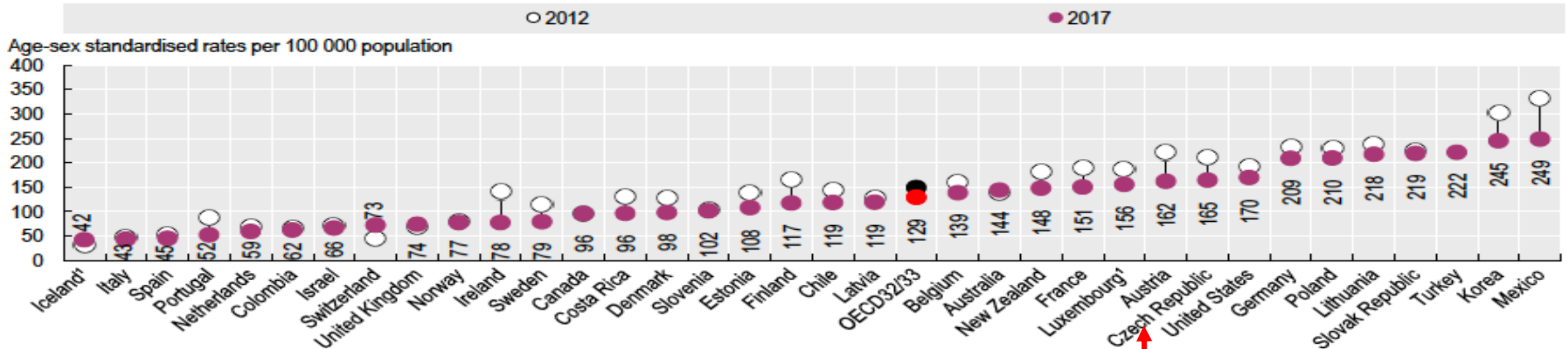
Figure 3.17. Type I and II diabetes prevalence among adults, 2017 (or nearest year)



Source: IDF Diabetes Atlas, 8th Edition, 2017.

Österreich im Vergleich

Figure 6.12. Diabetes hospital admission in adults, 2012 and 2017 (or nearest year)



1. Three-year average.

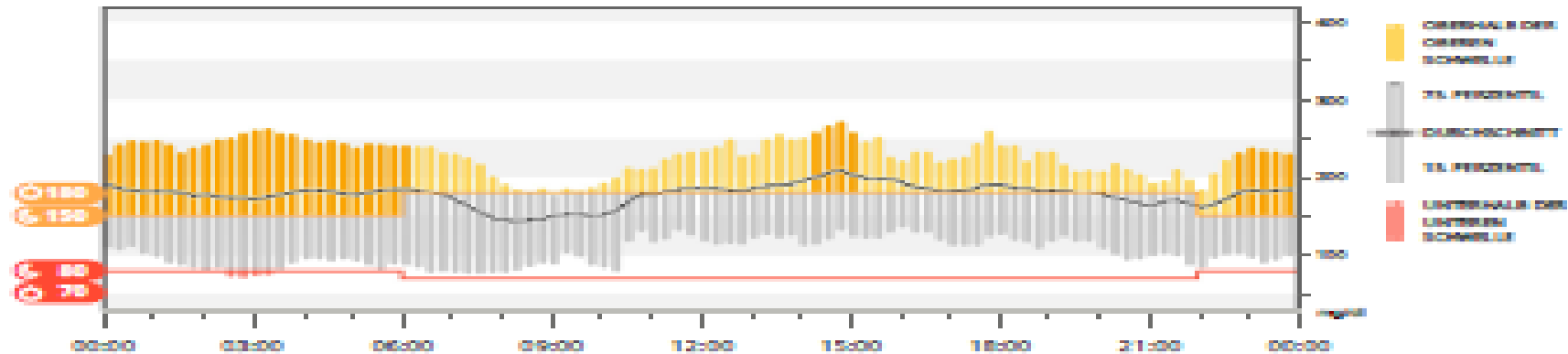
Source: OECD Health Statistics 2019.

Definition: short or long-term complications, admission for hyperglycaemia with a primary diagnosis of diabetes

„Artificial Pancreas“: Closed-loop Systems – Glucose-Sensor/Pump/Algorithms: 100 Jahre danach mit Insulin !!!!



CGM-Profile (Kontinuierliche Gewebszuckermessung)



Überblick für:

Mi. 13. Mrz. 2019 - Do. 11. Apr. 2019

Statistiken für diesen Zeitraum

7,8[™]

Geschätzter HbA1c

178

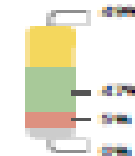
mg/dl
Durchschnittlicher
Glukosewert
(CGM)

75

mg/dl
Standardabweichung
(CGM)

HOCH
MODERAT
NIEDRIG
MINIMAL

Hypoglykämisches
Risiko



Zeit im
Zielbereich

Tage mit
CGM-Daten 97%

Durchschn.
Kalorien pro Tag 0,0

Sensorverwendung

Lebensstil modifizierende Therapie

Lebensstilmodifizierende Therapie - Gewichtsmanagement, körperliche Aktivität

Anamnestisch bekannte kardiovaskuläre Erkrankung, hohes Risiko für atherosklerotische - kardiovaskuläre Erkrankung, bekannte Herzinsuffizienz (HFpEF, HFmrEF, HFrEF) oder chronische Nierenerkrankung - Kombination unabhängig vom HbA1c

Keine bekannte kardiovaskuläre Erkrankung, Herzinsuffizienz oder chronische Niereninsuffizienz

Nachgewiesene atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung
Hohes Risiko für eine atherosklerotisch-kardiovaskuläre Erkrankung (Alter \geq 55 Jahre und eines der folgenden Kriterien)

- linksventrikuläre Hypertrophie
- >50% Stenose der Koronarien, Karotiden oder Beinarterien
- eGFR < 60 ml/min/1,73 m²

GLP-1 Analogon mit kardiovaskulärem Benefit^a

SGLT2 - Hemmer mit kardiovaskulärem Benefit^{a,d}

plus Metformin*

Herzinsuffizienz (HFpEF, HFmrEF, HFrEF)

SGLT2- Hemmer mit nachgewiesenem Benefit in diesem Kollektiv^{b,d}

plus Metformin*

Chronische Nierenerkrankung

Bevorzugt:

SGLT2-Hemmer mit nachgewiesenem Benefit in diesem Kollektiv^{c,d}

plus Metformin*

Wenn SGLT2-Hemmer nicht möglich:

GLP1-Analogon mit kardiovaskulärem Benefit^a

Metformin als Basistherapie (wenn keine Kontraindikation)

Fokus Gewichtsmanagement / Hypoglykämievermeidung

SGLT2-Hemmer *oder* GLP1-Analogon

HbA1c über dem Zielbereich

GLP1-Analogon - Tirzepatide^e *oder* SGLT2-Hemmer

^a Entsprechend der Darstellung in Tab. 2, ^b entsprechend der Darstellung in Tab. 3, ^c entsprechend Darstellung in Tab. 4, ^d laut Zulassung der Medikation, ^e Tirzepatide ist von der EMA bereits zugelassen, aber in Österreich vorerst noch nicht verfügbar; *HFpEF* Heart failure with preserved ejection fraction, *HFmrEF* Heart failure with mildly reduced ejection fraction, *HFrEF* Heart failure with reduced ejection fraction. * Metformin ist neben SGLT-2-Hemmern/GLP-1 Analoga erste Wahl und sollte bestmöglich bereits als initiale Kombinationstherapie gegeben werden



**Klare Forderung der ÖDG
zur Entlastung der Spitäler und Spitalsambulanzen
flächendeckend in Österreich**

**Neben Bereitstellung moderner Pharmaka und
Technologie**

**kassenärztliche Refundierung/Honorierung
Diabetes-spezifischer Leistungen
(auch im extramuralen Bereich)**

(inkl. diätologischer und präventiver Lebensstilberatung)



Für welchen Arzt/Ärztin refundierbar in abgestufter Form ?

Primärversorgung:

DMP „Therapie aktiv“

PVZ (bei Fachvertiefung)

2. Ebene (Fachärzt:innen für ..)

Fachärzt:innen für Innere Medizin (mit Zusatz Diabetesdiplom ÖDG)

Auch in Facharztzentrum

Fachärzt:innen f. Endokrinologie und Diabetologie (=Additiv-FA)

Pädiater:innen mit Spezialisierung



Leistungskatalog zur Verrechnung ärztlicher Tätigkeiten mit Schwerpunkt Diabetologie im niedergelassenen Bereich | TCW, 2.7.2022

- → Ausführliches diagnostisch-therapeutisches Gespräch bei jedem Patientenkontakt
- → Fußscreening 1x/Jahr (arterieller Doppler & Neuropathie)
- → Einleiten einer basalen Injektionstherapie (GLP-1, BOT, etc)
- → Einleiten einer Basis-Bolus-Therapie
- → Einleiten einer Pumpentherapie
- → Kontrolle einer basalen Injektionstherapie
- → Kontrolle einer Basis-Bolus-Therapie
- → Kontrolle einer Pumpentherapie
- → Einleiten eines kontinuierlichen Glukosemonitorings
- → Kontrolle eines kontinuierlichen Glukosemonitorings
- → Penschulung (egal ob von Arzt oder Diabetesberatung durchgeführt)
- → Pumpenschulung (egal ob von Arzt oder Diabetesberatung durchgeführt)
- → Messgeräteschulung blutig (egal ob von Arzt oder Diabetesberatung durchgeführt)
- → CGMS/FGM Schulung (egal ob von Arzt oder Diabetesberatung durchgeführt)



Falls Facharzt:in für Endokrinologie und Diabetologie/Stoffwechsel

auch spezielle Leistungen refundierbar für

Lipidologie (z.B. Erstverordnung von PCSK-9-Inhibitoren bei Hypercholesterinämie)

Osteologie /Osteoporose (DEXA) (z.B. Erstverordnung von osteo-anabolen Medikamente)

Adipositasbetreuung in speziellen Programmen inkl. Refundierung der pharmazeut. Begeleittherapie

Spezifische Endokrinologie

Thyreodologie (exkl. Nuklearmedizin) (US SD)

Internationaler
Diabetestag

14.Nov.2020

Otto-Wagner
Pavillon 24
„Lupuspavillon“

5.Med.Abt.
„Klinik Ottakring“
Wilhelminenspital
Wien

A.Bräuer
G.Regga-Kaun
P.Kheder
(v.l.n.r)



Danke für die Aufmerksamkeit !

Fragen & Diskussion