

Basispapier zum Nationalen Diabetesplan (Kurzfassung)

1. Warum wird ein nationaler Diabetesplan benötigt?

Diabetes ist mit mind. 6 Millionen betroffenen Menschen und einer Dunkelziffer von weiteren 2 bis 3 Millionen Betroffenen eine der häufigsten Volkskrankheiten in Deutschland. Menschen mit Diabetes haben ein erhöhtes Risiko für Akut- und Folgeerkrankungen, wie Herzinfarkte und Schlaganfälle, Nieren- und Augenerkrankungen, Durchblutungs- und Wundheilungsstörungen bis hin zu Amputationen. Die Lebenserwartung und Lebensqualität von Menschen mit Diabetes ist reduziert, soziale Einschränkungen aufgrund der Erkrankung treten häufig auf und das Gesundheitssystem wie auch die Volkswirtschaft werden extrem belastet.

1

1.1 Fortschritte der Diabetestherapie

Unbestritten hat es in den letzten Jahren große Fortschritte bei der Diagnostik und Therapie von Menschen mit Diabetes gegeben. Beispiele hierfür sind innovative Arzneimittel und Diagnostika, wie auch die Weiterentwicklung der Diabetesschulung und –beratung sowie strukturierte Verbesserungen der Versorgungsqualität durch die Einführung von evidenzbasierten Leitlinien, Strukturverträgen und Disease-Management-Programmen (DMP). Schwerwiegende gesundheitliche Ereignisse wie Amputationen, Erblindungen, terminale Niereninsuffizienz mit Nierenersatztherapie (Dialyse und/oder Transplantation), Schlaganfälle, Herzinfarkte und Schwangerschaftskomplikationen treten in den letzten Jahren – im Verhältnis zur Krankheitshäufigkeit – eher etwas reduzierter auf, obgleich die Anzahl unverändert deutlich höher liegt als bei Menschen ohne Diabetes. Auch die nationale Forschung hat in den letzten Jahren durch die Etablierung des „Kompetenznetz Diabetes“ und des „Kompetenznetz Adipositas“ und auch durch die Gründung des „Deutschen Zentrums für Diabetesforschung e.V.“ durch das Bundesforschungsministerium (BMBF) weitere Impulse bekommen.

1.2 Ungelöste Probleme

Dennoch stehen wir vor großen Herausforderungen, für die es bisher noch keine Lösungen gibt. Die Zahl der Neuerkrankungen steigt, pro Jahr nimmt die Zahl der Menschen mit Typ-2-Diabetes um ca. 300.000 zu. Bereits heute ist in Deutschland fast jeder dritte über 70-Jährige Diabetiker. Zudem beginnt der Typ-2-Diabetes immer früher, immer häufiger sind auch Kinder und Jugendliche durch Übergewicht/Adipositas von Typ-2-Diabetes bedroht. Dies gilt ebenso für Frauen mit Gestationsdiabetes. Ebenso nimmt die Zahl der Kinder und Jugendlichen sowie die der Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes kontinuierlich zu. Durch steigende Neuerkrankungsraten sind somit zunehmend mehr Personen und auch jüngere Personen und deren Angehörige von individuellem Leid betroffen. Diabetes stellt für das

Gesundheitssystem – und damit auch unsere Volkswirtschaft - eine große Herausforderung dar, denn die Behandlung des Diabetes und seiner Begleiterkrankungen und Komplikationen ist sehr kostenintensiv. Sie belastet das System mit jährlich 42 Mrd. € direkten Kosten im Bereich der Kranken- und Rentenversicherung (KoDiM-Studie). Die auf die Grundkrankheit Diabetes bezogenen Krankheitskosten stiegen allein von 2000-2007 um knapp 50% auf 19 Mrd. € (KODiM-Studie), insbesondere durch eine steigende Zahl diagnostizierter Patienten. Diese hat im selben Zeitraum um rund 37% zugenommen und liegt heute bei rund 9% der Bevölkerung. Die Behandlung des Diabetes und der Folgekomplikationen ist schon bald ohne Leistungsbegrenzungen und Qualitätseinbußen nicht mehr finanzierbar. Bisher gibt es nur unzureichende Strategien, wie die Pandemie Diabetes aufgehalten werden kann. Zudem fehlen verlässliche Daten zu Prävalenz und Inzidenz der verschiedenen Diabetesformen, ebenso wie ein nationales Diabetesregister. Dies wäre zur Planung und Steuerung von gezielten Maßnahmen zur Prävention und besseren Versorgung von Diabetespatienten jedoch eine wesentliche Voraussetzung. Trotz erster guter Ansätze gibt es zudem massive Defizite der Versorgungsforschung, einer wichtigen Voraussetzung für die Verbesserung der Versorgung und die Etablierung von effektiven und effizienten Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Die Stärkung der Rolle und Verantwortung der Patienten ist ein weiteres wichtiges Handlungsfeld für eine Verbesserung der Versorgungssituation, da der Betroffene im Rahmen der Therapie die überwiegenden Aufgaben übernehmen kann und muss, damit Therapietreue und -zufriedenheit steigen können. Noch immer ist die Lebensqualität von Menschen mit Diabetes reduziert, psychische Erkrankungen wie Depressionen treten im Zusammenhang mit Diabetes etwa doppelt so häufig auf wie in der Normalbevölkerung und die Diskriminierung ist hoch: In der Öffentlichkeit wird häufig dem Patienten selbst die Schuld an der Diabeteserkrankung gegeben, da sie fälschlicherweise ausschließlich auf Verhalten und Lebensstil des Betroffenen zurückgeführt wird. Auch die zunehmende Einschränkung der Erstattung der Therapiekosten des Diabetes wird von vielen Betroffenen als diskriminierend empfunden.

1.3 Empfehlungen der WHO und EU

Bereits 1989 wurde im Rahmen der St. Vincent Declaration und dann erneut 2002 von der WHO gemeinsam mit der Internationalen Diabetes Federation (IDF) ein „Call for Action Statement“ verabschiedet, in dem die Regierungen aufgefordert wurden, nationale Programme zur Primärprävention des Diabetes zu entwickeln. Am 22.12.2006 verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen eine UN-Resolution „unite for diabetes“ (UN-Resolution 61/225), die vor einer weltweiten Bedrohung durch eine Diabetes-Pandemie warnt und alle Mitgliedstaaten auffordert, nationale Maßnahmen zur Prävention, Behandlung und Versorgung von Diabetes zu entwickeln („*Encourages Member States to develop national policies for the prevention, treatment and care of diabetes in line with the sustainable development of their healthcare systems, taking into account the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals*“). Auch die EU fordert in der „Declaration of Diabetes“ (EU-Resolution P6_TA(2006)0185) nachdrücklich alle Mitgliedsländer auf, nationale Diabetespläne zu entwickeln. Diese

Empfehlung wurde bereits in zahlreichen Mitgliedsländern der EU umgesetzt. Wie der UN-Gipfel am 19./20. 09. 2011 gezeigt hat, ist die internationale Politik der deutschen bereits weit voraus. Die Vereinten Nationen und die WHO haben das epidemieartige Ausmaß der chronischen Lebensstilkrankheiten (Diabetes, Herz-Kreislauf-, Krebs- und Lungenerkrankungen) anerkannt und zugestimmt, koordinierte Aktionen auf globaler Ebene vorzunehmen. Mitte September 2011 hat das Regionalbüro Europa der WHO einen Europäischen Aktionsplan zur Kontrolle und Bekämpfung der nichtübertragbaren Krankheiten veröffentlicht. Die Mitgliedstaaten der UN - und darunter auch Deutschland - sind aufgefordert, bis 2013 Nationale Aktionspläne gegen nichtübertragbare Krankheiten aufzustellen.

1.4 Aufgaben und Ziele

Angesichts der großen Zahl von Menschen, die in Deutschland bereits an Diabetes erkrankt sind oder künftig Diabetes entwickeln werden sowie der bisher fehlenden Möglichkeit einer Heilung, sind strukturierte Maßnahmen dringend notwendig, um

- besser über Ursache und Therapie des Diabetes mellitus aufzuklären,
- den Ausbruch der Erkrankung zu verhindern bzw. zu verzögern,
- die frühe Diagnose des Diabetes zu verbessern,
- verstärkt Maßnahmen zu entwickeln, um erfolgreich Folgekomplikationen zu verhindern,
- die Lebensqualität von Menschen mit Diabetes und deren Angehörigen zu verbessern,
- soziale Diskriminierung durch Diabetes und seine Folgen zu vermeiden oder abzubauen.

Um diese Ziele zu erreichen, sollte von der Bundesregierung baldmöglichst ein „Nationaler Diabetesplan“ ins Leben gerufen werden. In ihn sollten die wichtigsten Organisationen, Institutionen und Patientenverbände eingebunden werden, die für die Prävention, Versorgung und Forschung in Deutschland verantwortlich sind. Damit sollte die Koordination und Kooperation dieser Organisationen, Institutionen und Verbände optimiert werden, um gemeinsam die Versorgung von Menschen mit Diabetes in Deutschland zu verbessern. Die Empfehlungen der UN, WHO und EU sollten und könnten damit auch in Deutschland umgesetzt werden.

2. Initiierung, Entwicklung und Umsetzung des „Nationalen Diabetesplan“

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungs-Berufe (VDBD) und diabetesDE hatten diese Forderungen 2010 Bundesgesundheitsminister Dr. Rösler vorgetragen. Dieser regte an, eine Handlungsempfehlung für einen möglichen „Nationalen Diabetesplan“ nach dem Vorbild des „Nationalen Krebsplans“ zu verfassen.

Dieser Vorschlag fand Zustimmung und in einem ersten Schritt werden nun die wichtigsten Handlungsfelder und Ziele dafür definiert. Der „Nationale Diabetesplan“ sollte den struk-

turellen Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems Rechnung tragen, welches durch seine föderale Vielfalt und eine starke Selbstverwaltung mit weitgehend eigenständigen Versorgungsaufgaben geprägt ist. Er sollte daher als ein Koordinierungs- und Kooperationsprogramm konzipiert werden, welches vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) unter Einbeziehung aller relevanten Organisationen und Akteure entwickelt und umgesetzt werden sollte.

3. Primäre Handlungsfelder

Als wichtigste Handlungsfelder, die vorrangig in der ersten Phase eines Nationalen Diabetesplans bearbeitet werden sollten, werden vorgeschlagen:

- Primäre Prävention des Diabetes
- Früherkennung des Typ-2-Diabetes
- Epidemiologie, Aufbau eines nationalen Diabetesregisters
- Versorgungsforschung, Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung
- Patienteninformation, –schulung- und -empowerment

3.1 Handlungsfeld 1: Primäre Prävention des Diabetes

Typ-2-Diabetes entsteht als Ergebnis einer Interaktion genetischer Veranlagung, einer Lebensweise, die durch Über- bzw. Fehlernährung und Bewegungsmangel gekennzeichnet ist sowie einer adipogenen/diabetogenen Lebensumwelt, die gesundheitsförderliche Verhaltensweisen eher erschwert als fördert. Durch die fortschreitende Zunahme von Übergewicht, Adipositas und Bewegungsmangel und die demographisch bedingte Alterung der Bevölkerung ist mit einem weiteren Anstieg der Menschen mit Typ-2-Diabetes zu rechnen. Für die Prävention des Typ-2-Diabetes sind sowohl ein „Populationsansatz“ (nichtmedizinische Primärprävention) als auch ein „Risikoansatz“ (gezielte und individuelle Prävention von Hochrisikopersonen) gleichermaßen wichtig. Ebenso sollte Verhaltensprävention mit Verhältnisprävention eng verzahnt werden. Ferner sollte Personen, die auf herkömmliche Präventionsmaßnahmen ungenügend ansprechen (non-responder) effizienter geholfen werden. Trotz einer großen Anzahl empirischer Daten zu Effektivität und Effizienz von Maßnahmen zur Prävention des Typ-2-Diabetes, gibt es bisher keine systematischen und nachhaltigen Ansätze, wie diese in Deutschland umgesetzt werden können: Dies gilt es unbedingt zu verbessern.

3.2 Handlungsfeld 2: Früherkennung des Typ-2-Diabetes

Der symptomlose bzw. –arme Beginn der Erkrankung stellt eine wesentliche Barriere für die Früherkennung dar. Die Zahl unentdeckter Diabetiker in Deutschland ist hoch. Bevölkerungsbasierte Daten (KORA-Studien) weisen darauf hin, dass bei Personen der Altersgruppe 35-74 Jahre auf einen diagnostizierten Diabetesfall nahezu ein unentdeckter Fall kommt. Zusätzlich haben 11% (35-59 Jahre) bzw. 16% (55-74 Jahre) der Studienpopulation eine gestörte Glukosetoleranz - eine Vorstufe des Diabetes. Personen mit einem unentdeckten Diabetes haben ein deutlich erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Es sollte

daher ein wichtiges Ziel des „Nationalen Diabetesplans“ sein, die Früherkennung von Typ-2-Diabetikern zu verbessern, da eine gute Diabeteseinstellung schon zu Beginn der Erkrankung deutliche Vorteile erbringt und weil in der Frühphase des Diabetes schon mit Sekundärkomplikationen gerechnet werden muss.

3.3 Handlungsfeld 3: Epidemiologie, Aufbau eines Diabetesregisters

Trotz der hohen individuellen und gesellschaftlichen Belastung durch die Erkrankung Diabetes liegen für die deutsche Bevölkerung nur wenige, verlässliche Daten zur Häufigkeit des Diabetes und Praediabetes vor. Diese wären jedoch zur Planung und Steuerung von gezielten Maßnahmen zur Prävention und besseren Versorgung von Menschen mit Diabetes eine unabdingbare Voraussetzung. Auch fehlen systematische Daten zur Behandlung des Diabetes in Deutschland und deren Ergebnisse. Erforderlich wäre daher der Aufbau eines epidemiologisch-klinischen Diabetesregisters. Durch die verlaufs begleitende, sektorenübergreifende Dokumentation sollen diese Register auch zur Darstellung der diabetologischen Versorgungsqualität, zur Qualitätsberichterstattung sowie zur Schaffung von Qualitätstransparenz in der diabetologischen Versorgung beitragen.

5

3.4 Handlungsfeld 4: Versorgungsforschung, Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung

Trotz erster guter Ansätze gibt es in Deutschland massive Defizite der diabetologischen Versorgungsforschung. Diese stellt jedoch eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der Versorgung und Etablierung von effektiven und effizienten Qualitätssicherungsmaßnahmen dar. Für die Sicherstellung einer effektiven wie auch effizienten diabetologischen Versorgung für Menschen mit Diabetes sind zudem neue, sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen zwischen den unterschiedlichen ambulanten und stationären Leistungsanbietern zu entwickeln und zu erproben. Der Aufbau von Maßnahmen zur vergleichenden Qualitätssicherung erlaubt es Patienten, Ärzten und Krankenkassen zudem, Unterschiede in der Qualität der Versorgung zu erkennen, zu analysieren und Verbesserungen einzuleiten.

3.5 Handlungsfeld 5: Patienteninformation, -schulung und -empowerment

Die Stärkung der Rolle der Patienten ist ein weiteres wichtiges Handlungsfeld für eine Verbesserung der Versorgungssituation, da der Patient im Rahmen der Therapie eine Schlüsselrolle einnimmt. Hierbei spielt das Angebot einer strukturierten Schulung von Patienten eine wichtige Rolle. Allerdings ist der Anteil nicht geschulter Patienten trotz verbesserter Rahmenbedingungen durch die DMP-Programme noch immer hoch, die Lebensqualität von Menschen mit Diabetes reduziert, psychische Erkrankungen wie Depressionen treten im Zusammenhang mit Diabetes etwa doppelt so häufig auf wie in der Normalbevölkerung. Im Rahmen des nationalen Diabetesplans sollten daher Maßnahmen entwickelt werden, um Patienten eine gezielte Unterstützung zu geben, auf der Basis selbstbestimmter Entscheidungen besser mit dem Diabetes und dessen Folgen umzugehen sowie soziale und ökonomische Folgen der Erkrankung zu vermeiden.