



Nationale Diabetes-Strategie – Kernpunkte aus Sicht der Patienten

Gemäß Koalitionsvertrag muss die dort beauftragte und von der Koalition umzusetzende Nationale Diabetes-Strategie den Patienten mit Diabetes in den Mittelpunkt der Strategie rücken¹. Dabei „[müssen]“ ... „die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen ... ausgebaut und verstärkt werden. Zur Erreichung einer sektorenübergreifenden Versorgung [will die Koalition] nachhaltige Schritte einleiten“.

Zur politischen Umsetzung einer Nationalen Diabetesstrategie sind erforderlich:

- Ein **Bundesrahmenplan mit** Eckpunkten für eine einheitliche Versorgung und ein einheitliches Monitoring
- ein **Steuerungsgremium** unter Einbeziehung der medizinischen Fachkompetenz (DDG, VDBD) und der Betroffenenkompetenz (Patientenvertreter)
- eine **geregelt Bund-Länder-Koordinierung** mit klaren Zuständigkeiten.
- **Finanzmittel**, die in den Haushalten von Bund und Ländern budgetiert sein müssen.

1. Versorgung von Menschen mit Diabetes

Im Zentrum der Nationalen Diabetesstrategie muss die Versorgung von Menschen mit Diabetes in Deutschland stehen. Die Versorgung muss **patientenzentriert, qualitativ hochwertig, bundesweit einheitlich, sektorenübergreifend, flächendeckend, leitliniengerecht, evidenzbasiert, nachhaltig und zukunftsrobust** gesichert werden:

- **patientenzentriert:** Diabetestherapie erfordert eine individualisiert angepasste Therapie, die ein hohes Maß an Befähigung zu eigenverantwortlichem Handeln vonseiten der Patienten und Unterstützung des sozialen Umfelds verlangt. Dies erfordert eine Versorgung, die der sprechenden Medizin Vorrang gibt, Lebensstiländerungen aktiv unterstützt, regelmäßige ärztliche/ fachärztliche Kontrolltermine und eine inhaltlich begründete Verzahnung verschiedener Versorgungsebenen vorsieht.
 - Die sprechende Medizin muss aufgewertet und angemessen vergütet werden,
 - Schulungen für Patienten und Angehörige müssen bedarfsgerecht und barrierefrei angeboten und vergütet werden,
 - Ernährungsberatung und Bewegung müssen als Therapiebausteine der Regelversorgung integriert werden,
 - Beschleunigte Zulassung technischer Hilfsmittel und moderne Medizinprodukte, die barrierefrei sind und die Therapieadhärenz erleichtern (CGM für alle Menschen mit Diabetes und Risikopatienten ermöglichen, künstliche Bauchspeicheldrüse)
 - Keine Fehlanreize („Hausarzt vor Facharzt“) für Chroniker mit schwer einstellbarem Diabetes und/oder schweren Folgekrankheiten
 - Keine Benachteiligung von Chronikern bei Terminvergaben (TSVG),
 - Patientenberichtete Endpunkte (Patient Reported Outcomes) müssen entwickelt und therapierelevant werden.
- **qualitativ hochwertig, bundesweit einheitlich, sektorenübergreifend:**
 Es liegt im Interesse der Patienten, die Verzahnung von hausärztlicher und diabetologischer Betreuung inhaltlich zu begründen, regelhaft zu vernetzen und die Ergebnisqualität der sektorenübergreifenden Kooperation zu monitoren. Eine Vergleichbarkeit der Ergebnisqualität in verschiedenen Regionen ist derzeit nicht gegeben. DMPs müssen anhand der Therapiezielerreichung evaluiert werden, Indikatorensets für effiziente Versorgung und DMP-Daten aller Bundesländer müssen einheitlich erhoben, ausgewertet, nutzbar gemacht und gebenchmarkt werden. Wir fordern eine optimierte



Versorgung anhand messbarer Qualitätskriterien/Indikatorensets über alle Sektoren und einen Wettbewerb um transparente Ergebnisqualitäten, nicht um für Patienten überwiegend intransparente Versorgungsangebote (Selektivverträge). Ein regelmäßiges Monitoring auf Landes- und Bundesebene (regionale und nationale Diabetesberichte) muss Fortschritte und Handlungsbedarfe sichtbar machen und die Datenbasis für Optimierungsprozesse liefern. Darüberhinaus ist eine Vereinheitlichung der Musterweiterbildungsordnung der BÄK „Zusatzweiterbildung Diabetologie“ auf LÄK-Ebene Voraussetzung für eine vereinheitlichte Versorgungsqualität.

- **flächendeckend:** Schnellstmögliche Umsetzung des Digitalpaktes gemäß Koalitionsvertrag und damit der flächendeckende Netzausbau und eine zügige Umsetzung des E-Health-Gesetzes zur Nutzung telemedizinischer Versorgungs-, Beratungs- und Coachingmodelle sowie eine adäquate Vergütung telemedizinischer Versorgungsangebote unter Berücksichtigung von Datenschutz und Datensicherheit, Barrierefreiheit sowie des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung der Patienten für die Erhebung und Verwendung von Big Data.
- **leitliniengerecht, evidenzbasiert:** Bei mindestens 80% der Diabetespatienten ist der Typ 2 Diabetes durch Adipositas bedingt³. Eine Verbesserung der Gewichtssituation kann zur zeitweiligen Remission des Diabetes Typ 2 führen, verbessert das Glucosemanagement und reduziert das Risiko für Folgekrankheiten. Evidenzbasierte, konservative und metabolisch-chirurgische Therapiekonzepte zur Gewichtsreduktion und/oder zum metabolischen Glucosemanagement müssen daher gemäß wissenschaftlicher Leitlinien^{3,4} in die Regelversorgung überführt werden.
- **nachhaltig, zukunftsrobust:**
 Laut Prognose von DDZ und RKI wird die Diabetesprävalenz in den kommenden Jahren weiter zunehmen und bis 2040 (in ca. 20 Jahren) auf bis zu 12 Mio Menschen ansteigen (Steigerung um 55-72% von 2015-2040)². Darauf muss die Versorgung auf allen Ebenen eingestellt sein, auch im Bereich Pflege, d.h. sie muss nachhaltig und bedarfsgerecht ausgebaut werden. Bei Kindern und Jugendlichen steigen Inzidenzraten des Typ 1 anhaltend. Derzeit erodieren diabetesspezifische/r Nachwuchs, Ausbildung und Versorgungsstandorte. Wir unterstützen deshalb die Forderung der Fachgesellschaft DDG nach

- einer stärkeren Verankerung der Diabetologie im Medizinstudium und in der Ausbildung von Alten- und Krankenpflegeberufen
- Sicherung und Ausbau diabetologisch-endokrinologischer Lehrstühle
- Sicherung eigenständiger diabetologisch geführter Fachabteilungen in Kliniken
- Sicherung einer wohnortnahen, flächendeckenden und adäquaten personellen Ausstattung für die Diabetesversorgung an Kinderkliniken (ambulant, stationär)

Wissensgenerierende Versorgung ist die Zukunft, deshalb muss der Aufbau eines Diabetes-Registers (Bundesweite Zusammenführung von Patientendaten, vernetzte Evaluation von DMP- und KV-Daten) und der Ausbau von Versorgungsforschung (Zugriff auf diese Daten seitens der Wissenschaft) vorangetrieben werden.

Zur Zukunftssicherung gehören auch die Vermeidung von Folgekrankheiten, die Forschungsförderung sowie die Eindämmung fördernder Faktoren, d.h. die Implementierung effektiverer Präventionsmaßnahmen.

2. Früherkennung und frühe Behandlung von Menschen mit Diabetes

Geschätzte 2 Mio Menschen in Deutschland haben Diabetes und wissen es nicht.

Notwendig sind:



- Ausbau von Maßnahmen zur Früherkennung von Diabetes Typ 1 und 2
- Verbindliche Integration von Screeningmaßnahmen in bestehende Vorsorgeuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
- Effektivere Früherkennung und frühe Behandlung sowie Aufklärungskampagnen und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz

3. Prävention des Diabetes und der Adipositas

- Gezielte Präventionsangebote für Menschen mit einem hohen Risiko für Typ-2-Diabetes, d.h. derzeitige Lücke im Präventionsgesetz schließen
- Effizientere Prävention durch Paradigmenwechsel von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention:
 - Gesunde Mehrwertsteuer: Erhöhung der Verfügbarkeit gesunder Nahrungsmittel für die breite Bevölkerung durch Mehrwertsteuerbefreiung; Gegenfinanzierung durch Verbrauchssteuern auf ungesunde Lebensmittel
 - Klare und verständliche, handlungsrelevante Nährwertkennzeichnung von Lebensmitteln und Speisen
 - Verbindliche Umsetzung der DGE-Qualitätsstandards für Kita- und Schulessen
 - Jeden Tag für jedes Kind/ jeden Schüler eine Stunde Bewegung in Schulen und Kitas
 - Verbot von an Kinder und Jugendliche gerichtete Werbung für übergewichtsfördernde Lebensmittel.

4. Forschungsförderung im Bereich Diabetologie

Fortsetzung der Forschungsförderung mit dem langfristigen Ziel, Diabetes eines Tages heilen (künstliche Bauchspeicheldrüse) und verhindern zu können (Impfung gegen Diabetes Typ 1) und den mittelfristigen Zielen, die Bedingungsbeziehungen der Erkrankung besser zu verstehen (Grundlagenforschung) sowie die Versorgungsqualität zu verbessern (Versorgungsforschung). Ziel aller Forschungsaktivitäten muss es letztlich sein, die Lebensqualität der Menschen mit Diabetes zu verbessern und das Selbstmanagement für die Patienten zu erleichtern, indem die Therapien unter Berücksichtigung der Patientensicht und erlebter Lebenswirklichkeit (Patient reported outcomes) noch besser an den Alltag der Patienten angepasst werden.

Quellen:

1. Koalitionsvertrag 2018; Zeilen 4547-4549, 4420-4422, 4422-4424
2. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Diabetes_Surveillance/Kooperationsprojekte/Diab_Poster_typ2-fallzahlen_prognose.pdf?blob=publicationFile
<https://diabetesinformationsdienst.de/anzahl-der-menschen-mit-typ-2-diabetes-steigt-bis-2040-auf-bis-zu-12-millionen/?fbclid=IwAR3FJVUt-VbPQrcLETueJgYLqpv6-WbQ32t1fALZ8xY40mS7WfMVSSx1ui4>
3. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-001I_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11.pdf
4. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-001I_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf (S. 39)