



Volkskrankheit Diabetes: Wie stellen sich Versorgung und Gesellschaft den komplexen Herausforderungen?

„Volkskrankheit Diabetes – Schicksal oder Herausforderung?“

20. Plattform Gesundheit des IKK e.V.

3. April 2019, Berlin

Dr. Stefanie Gerlach

Wofür wir stehen: Patientenwohl im Mittelpunkt!

Medienwirksame
Events- und
Großveranstaltungen

Aufklärung durch
breite Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit

Breites, kompetentes
Netzwerk garantiert
evidenzbasierte, aber
auch erfahrungsbasierte
Informationen



Kooperationen mit der
Industrie aus den
täglichen Lebenswelten
der Patienten

Interessen der mehr als 7 Mio. Menschen
mit Diabetes, ihrer Angehörigen und der
Risikopersonen an die Gesundheitspolitik
kommunizieren

Agenda

1. Diabetes in Deutschland: Situation & Prognose
2. Versorgungssituation, Hinweise auf Versorgungslücken und zukünftige Versorgungsengpässe
3. Optimierungspotentiale
4. Steigender Informationsbedarf – wer antwortet qualifiziert?
5. Digitalisierung: Das wollen die Patienten
6. Was bringt die Nationale Diabetes-Strategie?
7. 3 Jahre Präventionsgesetz – was hat's gebracht?
8. Vorrang für Verhältnisprävention!
9. diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe – was wir tun (Beispiel)

1. Diabetes in Deutschland: Situation und Prognose: „Diabetes-Tsunami mittelfristig nicht aufhaltbar“

- Derzeit mind. **7,2 Mio Menschen** mit Diabetes in Deutschland
- **Ca. 300.000 Neuerkrankungen pro Jahr**
- Sterberaten etwa doppelt so hoch wie ohne Diabetes
- Prognose Prävalenz, RKI & DDZ, 2019: **2015 - 2040 + 54-77 %**
- = **10,7 - 12,3 Mio. Menschen mit Diabetes im Jahr 2040**
- v.a. ältere Menschen mit Diabetes Typ 2
- Fazit: **Mehrbedarf** an
 - Diabetes-Spezialisten,
 - Spezialisierten Zentren
 - Präventions- und Schulungsmaßnahmen
- Nachwuchsmangel: Wer soll die Menschen mit Diabetes zukünftig behandeln?
- Wann wird die Prävention so effektiv, dass die Inzidenzraten gegen Null gehen? (Polit. Dekl. 2011 vs „alle 55 Sekunden erkrankt ein Mensch an Diabetes“)



www.ddz.de, Abfrage 1.4.2019

2. Versorgungssituation

Derzeit schwer einzuschätzen:

- Teilnehmer im DMP Diabetes Typ 2: 4,14 Mio
- Teilnehmer im DMP Diabetes Typ 1: 193,8 T

60,5% T2
53,4% T1



(KBV-Qualitätsbericht 2017, Stand Febr. 2018, Berichtsjahr 2016),

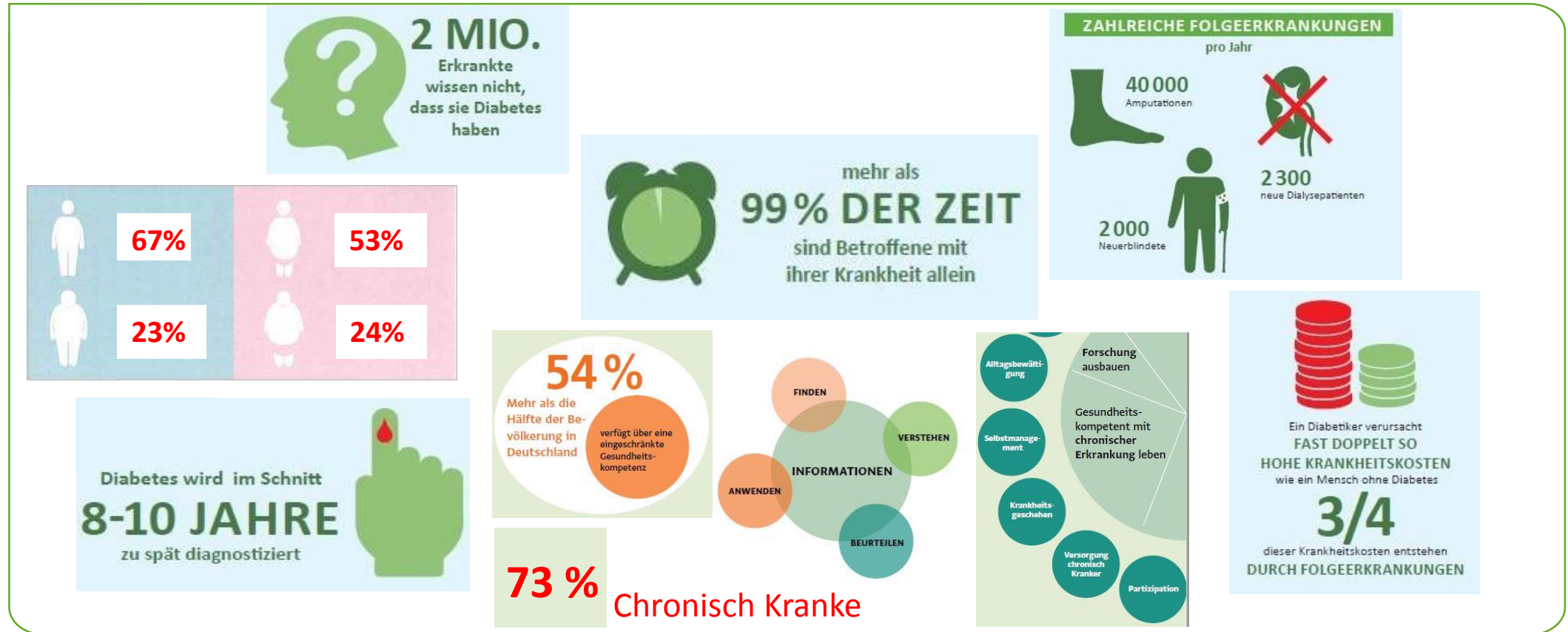
80% der Typ 2er bei angenommener Basis von 7,2 Mio Menschen mit Diabetes, davon 95% Typ 2 (6,84 Mio)

53% der Typ 1 er bei angenommener Basis von 363.000 Menschen mit Typ 1 (GB Diabetes 2019)

- Daten zum DMP sind kaum transparent bzw. verfügbar, regional, unvollständig
- Erfolge, Qualitätszielerreichungen? Schlaglichtartig, nicht nachhaltig nachverfolgbar (KBV-Qualitätsberichte)
- Versorgung nicht eingeschriebener Patienten? Keine Informationen
- Diabetes-Surveillance: erster bundesweiter Bericht zu Diabetes steht noch aus (2019)
- Diabetesregister? Nicht vorhanden. Intendiert? Gefordert.



2. Hinweise auf Versorgungslücken



2. Zukünftige Versorgungsengpässe

Beispiel: Die Diabetologie als medizinisches Fach erodiert:

- im Medizinstudium unterrepräsentiert, Basisinformationen
 - Forderung: Diabetologie muss Querschnittsfach werden
- Lehrstühle für Diabetologie nur noch an 8 der insgesamt 33 Medizinischen Fakultäten in Deutschland vertreten.
 - Forderung: Lehrstuhl für Diabetologie/Endokrinologie an jeder medizinischen Fakultät
- Diabetologische Abteilungen in Krankenhäusern werden geschlossen
- Diabetologie hat große Nachwuchsprobleme
- Anfahrt zum Spezialisten teilweise bis zu 100 km und mehr



3. Optimierungspotentiale in der Versorgung

90 % beim Hausarzt, 10% beim Diabetologen:

- Patienten mit Diabetes haben Redebedarf, aber sprechende Medizin nicht adäquat vergütet
- Hausarzt: oft Unkenntnis im Detail und in Ernährungsfragen, keine Kapazitäten für Coaching, Lebensstilumstellung
- 80% der Menschen mit Diabetes Typ 2 haben Übergewicht/Adipositas, -5-10% Gewichtsabnahme verbessern die metabolische Situation entscheidend

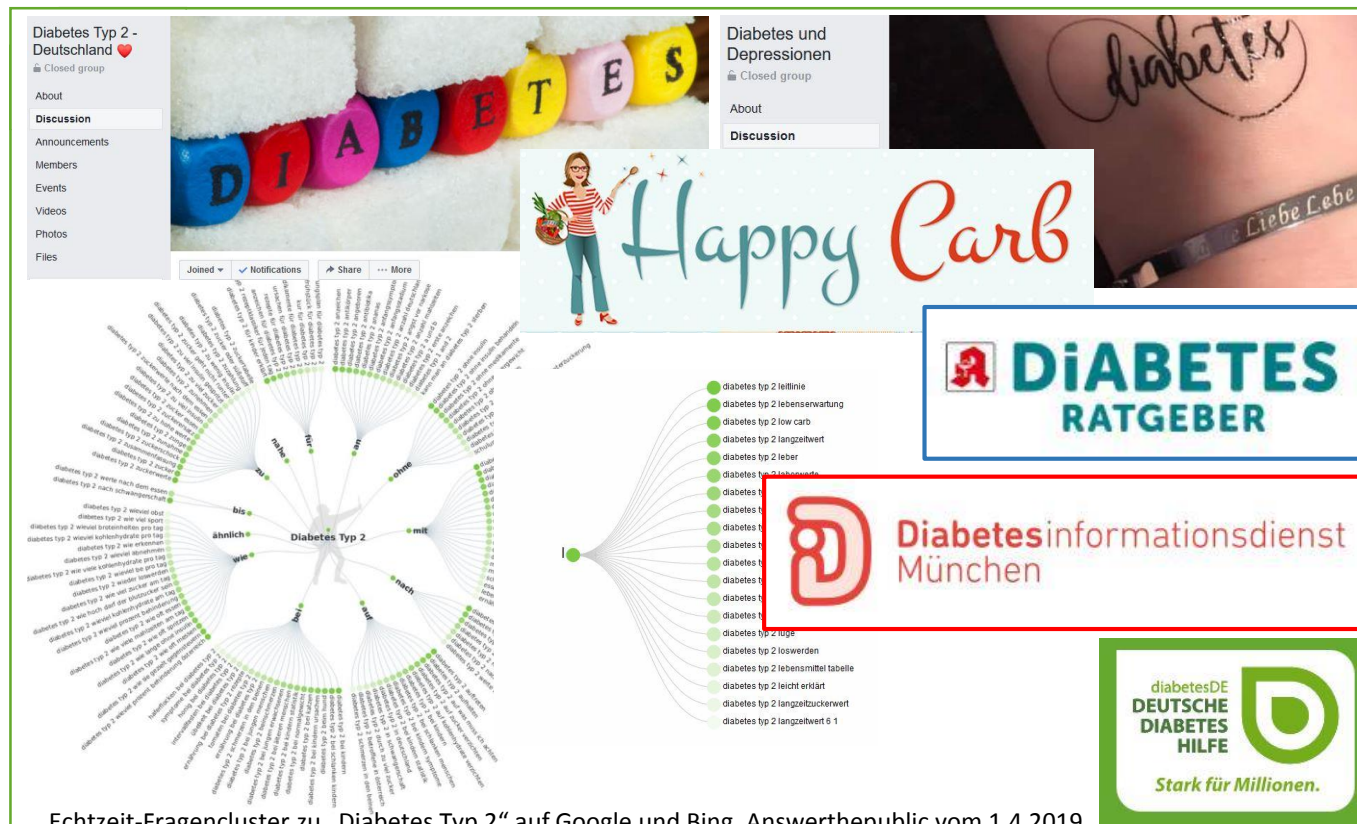
Keine Regelversorgung für Adipositastherapie, trotz Leitlinien-Empfehlung, individuelle Ernährungsberatung und Bewegungstherapie kein Therapiebestandteil, indizierte adipositaschirurgische Maßnahme Einzelfallentscheidung.
- ca. 25% der Neudiagnostizierten könnten durch Lebensstilumstellung eine zeitweilige Remission erreichen
- Programme zur Lebensstiländerung für Hochrisikopersonen (Zielgruppe ca. 1,1 Mio Menschen) können die Progression zum Diabetes um ca. 50% reduzieren; die Adipositasprävalenz senken, Begleit- und Folgekrankheiten um 6-12% reduzieren, Sterbefälle pro Jahr um 3.300 -5.500 senken (DAK-Versorgungsreport Diabetes 2018)
- Zu frühe Insulinisierung, Patienten mit Typ 2 ergeben sich in ihr Schicksal
- Schwer einstellbarer Diabetes: Zu späte/ keine Überweisung an Spezialisten
- Basis für Optimierung? Datengräber statt Nutzbarmachung existierender Daten
- Vereinfachung, Chancen durch Digitalisierung



4. Steigende Informationsbedarfe im Netz ... Wer antwortet qualifiziert?



- Diabeteskampagne BZgA?
- diabetesDE: umfangreiche Webseite, 3 Sondernewsletter:
 - Ernährung
 - Wissenschaft
 - Kinder und Jugendliche
- Positiv: Beschluss der Zusammenlegung der Öffentlichkeitsarbeit von DID/ DZD
- Organisierte Selbsthilfe leidet an Mitgliederschwund, derzeit 40.000 Mitglieder, minus 10% jährlich
- Die neue Selbsthilfe findet im Netz statt! (Facebook, IG, etc.)



Echtzeit-Fragencluster zu „Diabetes Typ 2“ auf Google und Bing, Answerthepublic vom 1.4.2019

5. Digitalisierung – Was wollen Patienten ?

„Weniger Krankheitslast, höhere Lebensqualität, Datensicherheit“

- Erleichterung ihrer Krankheitslast, v.a. der Bewältigung des Alltags mit ihrer Erkrankung.
 - Bundesweiten Netzausbau vorantreiben (Digitalpakt), Interoperabilität, Konnektivität der Systeme i.d. A-P-Kommunikation
 - Praktikablere Dokumentation therapierelevanter Daten auf dem PC oder mit einer App
 - erleichterte, weil automatisierte Insulingaben (künstliche Bauchspeicheldrüse, closed loop)
 - Telemedizinische Sprechstunden: nützlich für Routineterminen, können beschwerliche Wege zum Arzt und unnütze Wartezeiten ersparen, können besonders die Versorgung auf dem Land verbessern vs. Angst vor unpersönlicher werdender Medizin. Der „analoge“ Kontakt zum Arzt wird als nicht ersetzbar beschrieben.
- Erleichterung des Zugangs zu und des Umgangs mit medizinischen Daten (elektronische „Akte“).
- Datenhoheit, Datensicherheit
- Eine verbesserte sektorenübergreifende Kommunikation von Ärzten und Pflegenden auf der Basis vollständigerer Datensätze wird möglich – sofern die Patienten die Daten freigeben. Patienten können so auch besser belastende Doppeluntersuchungen und unnötige Mehrfachmedikation erspart werden.
- Die digitalisierte Diabetologie der Zukunft wird präventiv, personalisiert, prädiktiv und partizipativ sein.

6. Was bringt die Nationale Diabetes-Strategie?

Laut Koalitionsvertrag:

- „Patient im Mittelpunkt aller gesundheitspolitischen Entscheidungen“
- „Zusammenarbeit und Vernetzung ausbauen und stärken“
- „nachhaltige Schritte“ ... zur Erreichung einer sektorenübergreifenden Versorgung“

Derzeit offen: politische Umsetzung, Qualitätskontrolle, Verantwortlichkeiten

- Bundesrahmenplan? (Eckpunkte einheitliche Versorgung, einheitliches Monitoring vs Flickenteppich?)
- Steuerungsgremium? (mit medizinischer und Betroffenenkompetenz?)
- Geregelte Bund-Länder-Koordinierung (klare Zuständigkeiten?)
- Mindestmaß an Verbindlichkeit für die Länder?
- Finanzmittel budgetiert? (Bund, Länder?)



Derzeit offen: Inhalte

- Noch kein abgestimmter Entwurf der Koalitionsparteien verfügbar
- derzeit Konsentierung zwischen Ärzten (DDG), Diabetesberatern (VDBD), Patienten (koordiniert von diabetesDE)
- Basis erster Diabetesbericht 2019?/ „Strategie sollte bis Ende des Jahres stehen“ (PSt Stroppe, Febr. 2019)

7. Drei Jahre Präventionsgesetz – was hat's gebracht?

- Erster Präventionsbericht steht noch aus (Juli 2019)

PrävG: Finanzierung & Ausrichtung



Berichtsjahr 2014

- 4,16 €/ Versichertem
- 0,42 €/ V in Settings
 - ?
 - 3,09 €/V Individualmaßnahmen

267 Mio €/ Jahr insgesamt

neu ab 2016

- 7,-€/ Versichertem
- 2 € Settings
 - 2 € am Arbeitsplatz
 - 3 € Individualmaßnahmen

> 500 Mio €/ Jahr insgesamt

66% für Individualmaßnahmen (193 Mio)
34% für Lebenswelten (68 + 32 Mio €)

57% Lebenswelten
43% Individualmaßnahmen



- Keine Veränderung im individuellen Verhaltensbereich
- Mehr als das Doppelte pro Jahr für Prävention in Lebenswelten
- 30 Mio für Prävention in Lebenswelten durch BZgA (+ Kampagne Diabetes Typ 2)
- Kein „Health-in-all-policies“-Ansatz

Q: GKV: Präventionsbericht 2015; Seibel, 2015

2.3.2016

Dr. Stefanie Gerlach/ DGE-Kongress/ Diabetesprävention

6

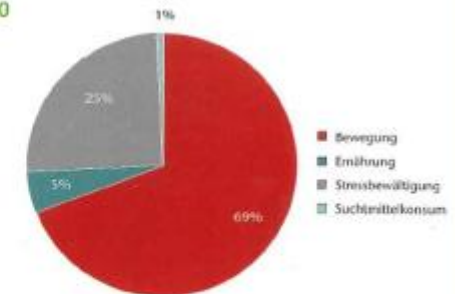
Wen erreichen wir mit Verhaltensprävention?



6-7% der Bevölkerung (5,1 Mio Menschen 2014)

- 2,8 % über Settings (2,2 Mio)
- 1,5 % am Arbeitsplatz (1,2 Mio)
- 2,1 % über Kursangebote (1,7 Mio)
 - davon < 5% zu Ernährung = 75.000
 - davon > 75% weiblich

„Ein Tropfen auf den heißen Stein!“



Q: GKV: Präventionsbericht 2015; Seibel, 2015

2.3.2016

Dr. Stefanie Gerlach/ DGE-Kongress/ Diabetesprävention

5

7. Ärztliche Präventionsempfehlung?

- Zielgruppe Vermeidung und Prävention von Übergewicht:
 - Übergewicht bis < BMI 30, nur nach ärztlicher Rücksprache BMI 30-<35
 - Ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen des Stoffwechsels
- Nützlichkeit zur „Früherkennung, frühen Behandlung und Senkung der Risikofaktoren des Typ 2 Diabetes“ (PrävG) für Hochrisikogruppen des Diabetes Typ 2 fraglich, denn nicht teilnehmen dürfen:
 - Menschen mit Adipositas
 - Menschen mit Übergewicht und bereits einer Stoffwechselkrankheit (z.B. Bluthochdruck, Fettleber, ...)
 - Menschen mit Prädiabetes, die bereits eine Stoffwechselerkrankung haben
- Letztlich keinerlei gezielte Prävention für die wichtigsten Diabetes-Risikogruppen!
- Verbreitung der roten Präventionsempfehlung unter Hausärzten und Internisten?

GKV: Leitfaden Prävention, Stand Oktober 2018

8. Vorrang für Verhältnisprävention!



- **Verhaltensprävention:** Der Versuch, individuelles Verhalten in einer adipogenen Umwelt zu ändern, ist in den letzten Dekaden weltweit gescheitert → Diabetes und Adipositas sind weiter auf dem Vormarsch, Umwelt ist zunehmend adipogen
- Erstmals erwähnt im GKV-Präventionsleitfaden (2018): die Notwendigkeit, die Ernährungsumwelt politisch zu adressieren (Lebensmittelangebot muss gesünder werden).
- **Verhältnisprävention:** Freiwillige Ansätze sind evidenzbasiert nicht wirksam (Moodie et al, 2013), dennoch praktiziert:

Julia Klöckners „wissenschaftliche“ Reduktionsstrategie ist ein Zugeständnis an die Lebensmittelindustrie:

- Reduktion auf freiwilliger Basis (nicht evidenzbasiert!)
- Umsetzungszeitraum von 6 Jahren 2019 - 2025 viel zu lang
- Zielmarken für Zuckerreduktion sind freiwillige Angebote der Lebensmittelindustrie – deshalb zu unambitioniert:
 - in überzuckerten Kindercerealien - 20 %
 - in zuckergesüßten Erfrischungsgetränken -15 %
 - in Kinderjoghurts - 10 %
 - Fett, Salz? Lebensmittel für Erwachsene?
- Proteste der medizinischen Fachgesellschaften
- Beispiel REWE: Verbraucher sind weiter: präferieren 30 % weniger Zucker in Schokopudding und Müsli:



8. Wirksame Verhältnisprävention

1. MW-Steuerbefreiung für Gesundes, Gegenfinanzierung über Verbrauchssteuern auf Ungesundes
2. Verbot von an Kinder gerichteter Werbung für ungesunde Lebensmittel
3. Verbindliche Umsetzung der DGE- Qualitätsstandards für die Kita- und Schulernährung
4. Täglich mindestens eine Stunde in Kita und Schule
5. Leicht verständliche Nährwertkennzeichnung auf der Verpackungsvorderseite („ampelähnlich“)



19 % 29 %	Besteuerung 19 %	Produkte mit viel zugesetztem Zucker, Salz oder Fett wie Fertiggerichte, Chips oder Süßigkeiten Zusätzlich könnte der Steuersatz für die besonders gesundheitsschädlichen Softdrinks wie Limonaden von heute 19 % auf 29 % erhöht werden.
	Besteuerung 29 %	
7 %	Besteuerung 7 %	Normale Lebensmittel wie Nudeln, Milch oder Fleisch (der aktuelle MwSt.-Satz für Lebensmittel allgemein)
0 %	Besteuerung 0 %	Obst und Gemüse

„Gesunde Mehrwertsteuer“

9. Betroffene und ihre Bedürfnisse hörbar werden lassen ...



2018: Videokampagne **Diabetes kostet Lebenszeit** erstellt.

Betroffene erläutern in 10 Kurzvideos unsere gesundheitspolitischen Forderungen

1. Persönlich bei **Dr. Ralf Brauksiepe** (ehem. Patientenbeauftragter der Bundesregierung)
2. An **alle Abgeordneten des Gesundheitsausschusses** per Stick und Anschreiben



