

# Die Mauern müssen weg!

Der Diabetes mellitus als chronische Stoffwechselerkrankung nimmt immer bedrohlichere Ausmaße an. Dies bezieht sich auf alle Facetten der Erkrankung, Anzahl an Neuerkrankungen, Folgekomplikationen, Todesfälle, Invalidität und vieles mehr.

In Deutschland sterben jedes Jahr sechsmal so viele Menschen an Typ 2 Diabetes und seinen Folgen als bisher angenommen. <sup>1</sup> Die bisherigen Daten beruhen auf Erhebungen des RKI aus dem Jahr 2015 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes) und unterschätzen die Dramatik der Erkrankung erheblich.

Diese neue Erkenntnis aus den Daten von knapp 65 Millionen Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen stand am Beginn der Veranstaltung „Diabetes 2030“ im Februar in der königlich dänischen Botschaft, zu der der dänische Botschafter und die Firma Novo Nordisk bereits zum zweiten Mal eingeladen hatten.

Trotz der immensen sowohl individuellen als auch gesamtgesellschaftlichen und sozialwirtschaftlichen Konsequenzen dieser Erkrankung neigen wir dazu, den Diabetes mellitus zu trivialisieren. Wir befinden uns geradezu in einem gesamtgesellschaftlichen Neglect. Während andere Erkrankungen in uns sofort eine gewisse Emotionalität wie zum Beispiel Angst oder Betroffenheit erwecken, hier sei exemplarisch HIV oder Malaria genannt, erkennen wir nicht im ausreichendem Maße die Bedrohlichkeit der nicht übertragbaren Erkrankungen, die als Hauptverursacher für Morbidität und Mortalität verantwortlich sind, an. Hier nimmt neben den Herz-Kreislauf-Erkrankungen und den Krebserkrankungen der Diabetes mellitus eine zentrale Rolle ein.

Circa 137.950 diabetesassoziierte Todesfälle in Deutschland pro Jahr, sechsmal so viele wie bisher angenommen, <sup>1</sup> und insgesamt rund 5 Millionen weltweite diabetesassoziierte Todesfälle jährlich<sup>2</sup> interessieren die Öffentlichkeit herzlich wenig im Vergleich zu einigen wenigen Malariatodesfällen in Deutschland nach Reiserückkehr aus Endemiegebieten. Wie kann es sein, dass an Diabetes mellitus weltweit mehr Menschen versterben als an HIV, Tuberkulose und

Malaria zusammen<sup>3</sup> und wir als Gesellschaft es nicht begreifen und akzeptieren wollen, dass wir bei einem so weiter im Diabetessektor vor einer Diabeteslawine stehen, die wir in absehbarer Zeit nicht mehr kontrollieren können.

Ein 50-jähriger Mann, der heute an Diabetes mellitus erkrankt, verliert ca. 5,8 Jahre seiner durchschnittlichen Lebenserwartung im Vergleich zu einem Nichtdiabetiker. <sup>4</sup>

Es ist unerträglich und nicht länger hinnehmbar, dass bis zur Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 2 oft Jahre vergehen und die Betroffenen erstmals von ihrer Erkrankung erfahren, wenn Sie sich in Notarztbegleitung aufgrund eines Herzinfarktes auf dem Weg in eine Klinik befinden!

Seit Jahren kämpfen verschiedene Akteure wie DDG, BVND oder auch Patientenorganisationen für die Etablierung eines Nationalen Diabetesplans. 18 von 28 europäischen Ländern haben solch einen Plan zur Bekämpfung einer der größten Volkskrankheiten. Deutschland hat ihn immer noch nicht. Angesichts der stetig steigenden Zahlen von Diabetesfällen ist dies ein Armutszeugnis.

Wir werden vor einem Kollaps der Sozialsysteme stehen und erstarren, wenn sich nicht grundlegende Aspekte der Diabetesversorgung in Deutschland ändern.

### **Woran liegt das?**

Aus meiner Sicht nicht an einer fehlenden Bereitschaft aller Akteure im Diabetessektor in einen konstruktiven Dialog zu kommen.

Sowohl überregionale und regionale Fachgesellschaften (DDG, TGDS, ...), Berufsverbände (BVND, VNNT, VDBD, ...), Patientenorganisationen (DDF, DDH-M, DDB, ...), Wissenschaft, Politik und Kostenträger suchen in exzellenten Veranstaltungen regelmäßig nach Lösungsvorschlägen, die im Konsens aller tragbar sind.

Es liegt auch nicht an fehlender Evidenz der notwendigen Schritte. Ein Nationaler Diabetesplan ist längst ausgearbeitet und kann zügig auch in Deutschland etabliert werden. Zahlreiche EU-Staaten leben uns den Erfolg

nationaler Strategien in puncto nicht übertragbarer Erkrankungen vor. Wir wissen längst um den Erfolg von Früherkennung, Prävention und Etablierung von verhältnispräventiven Maßnahmen im Sinne von strukturellen Lösungen. Die Tabakkampagne des BMG, in der redundante Aufklärungskampagnen auf Zigarettenschachteln mit Strukturänderungen (Erhöhung der Tabaksteuer) einhergehen, ist ein erfolgreiches Beispiel für das Zusammenspiel aus Information/Aufklärung und Verhältnisprävention.

Auch herrscht intersektoral unisono Konsens darüber, dass die Patientenvertreter mehr in die Entscheidungsprozesse integriert werden müssen. Der Betroffene steht im Mittelpunkt und benötigt via Patientenorganisation(en) ein Stimmrecht in den einzelnen Gremien wie zum Beispiel dem G-BA.

Ebenso ist allen bekannt, dass die methodische Fehlausrichtung der Nutzenbewertung des G-BA von Antidiabetika korrigiert werden muss. Gerademal 12% aller Medikamente erhalten einen Zusatznutzen. Im onkologischen Sektor liegen wir bei 51%.<sup>5</sup>

Die eigentlichen Probleme der Umsetzung längst überfälliger Maßnahmen sind viel komplizierter und vielschichtiger als die Betrachtung der Fakten und der evaluierten Programme, die zur Verbesserung der Diabetesversorgung in Deutschland beitragen könnten.

Einige Lösungsvorschläge sowie Kritik am System seien exemplarisch folgend genannt.

Zu aller erst fehlt es an der nötigen politischen Umsetzungskraft, d. h. Mehrheiten im Bundestag. Nur hier können die strukturellen Weichen gesetzt werden. Solange sich entscheidende Bundespolitiker allerdings mit Themen wie Pkw-Maut und vermeintlich wichtigerer Interessenwahrung in ihren Wahlbezirken beschäftigen, fehlt mir hier der Glaube an eine Umsetzung.

Wesentliche Aspekte des Nationalen Diabetesplans müssen aber im Koalitionsvertrag der nächsten Bundesregierung ratifiziert werden. Die schrittweise Etablierung des Nationalen Diabetesplans muss umgehend nach Beginn der Regierungstätigkeit der neuen Koalition beginnen:

1. Wiedereinführung eines Nationalen Diabetesregisters unter Leitung des RKI
2. Verbindliche Standards in der vorschulischen und schulischen Bildung und Erziehung
  - a. Mindestens 1 Stunde pro Tag Bewegung/Sport an Kitas und Schulen
  - b. Verbindliche Standards der Verpflegung (kostenlos Wasser, Verbot von Fastfood in Kitas und Schulen, ...)
  - c. Verbot von an Kinder gerichtete Werbung und Marketing für adipogene Lebensmittel
3. Einrichtung einer Fett- und Zuckersteuer bei gleichzeitiger steuerlicher Vergünstigung (7% Mehrwertsteuer) für gesunde Ernährung wie Obst, Gemüse, kalorienfreie Getränke
4. Einheitliche Ampelkennzeichnung auf jeder Verpackung
5. Ausweisung von Broteinheiten (BE) auf jeder Verpackung
6. Nährwertkennzeichnung in Restaurants neben der Preisauszeichnung

Alle weiteren Schritte des Nationalen Diabetesplans müssen während der neuen Legislaturperiode folgen.

Auch die Landespolitik setzt teilweise falsche Schwerpunkte.

Am 16. März 2017 unterzeichneten die Ministerpräsidenten der Länder den Entwurf zum Zweiten Glücksspieländerungsstaatsvertrag in Berlin. Hierbei wurde den bisherigen 20 Lizenzinhabern sowie 15 weiteren Sportwetten-Anbietern, die sich um eine Glücksspiellizenz beworben hatten, die die Mindestanforderungen erfüllen sowie eine Sicherheitsleistung in Höhe von 2,5 Mio. Euro hinterlegen, eine vorläufige Erlaubnis erteilt. <sup>6</sup>

Bei viel wichtigeren Themen scheitern die Bemühungen oft schon im Ansatz. Zwar sind Landesregierungen bemüht, die Vorgaben des Präventionsgesetzes vom 10. Juli 2015 umzusetzen, die Entscheidungsträger scheuen sich jedoch darüber hinaus, wirklich reformativ und innovativ weitere gesundheitspolitische Themen rasch umzusetzen. Allein die Thüringer Landesregierung hatte auf eine weiter gefasste Auslegung des Präventionsgesetzes mit mehr

Kompetenzen in der Umsetzung vor der Ratifizierung plädiert, ist aber mit dem Vorschlag letztlich gescheitert. So können und wollen die gesetzlichen Krankenkassen nach aktueller Gesetzeslage nur im Rahmen des Präventionsleitfadens finanzielle Mittel bereitstellen. Auch ist der Einfluss der Politik auf die Umsetzung der Präventionskampagnen entsprechend dem Gesetz sehr begrenzt.

Darüber hinaus versanden wichtige Beschlüsse oftmals in kleinen Arbeitsgruppen, Gremien - die teilweise mit zu vielen u./o. den falschen Interessensgruppen besetzt werden und zum Beispiel Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen ausschließen - und Konferenzen bis von Ihnen nichts mehr übrigbleibt. In gewisser Weise sind daher landespolitische Tagungen auch ein Spiegelbild der Bundespolitik.

Oder Beschlüsse drohen an den Gräben und Mauern zwischen den einzelnen Organisationen zu scheitern. Obwohl im kinderdiabetologischen Sektor offenkundig Konsens herrscht (siehe auch Maßnahmen des Nationalen Diabetesplans) drohen Austausch, Beschlussfassung und Gesetzgebung an Mauern zwischen Sozial- und Kultusministerien zu scheitern.

Die unterschiedlichen Kompetenzebenen zwischen Bundes- und Landespolitik zum Beispiel im Kultusbereich (Erziehung, Schulbildung, ...) machen ein einheitliches Vorgehen im Sinne eines Nationalen Diabetesplans unnötig schwer. Dies ist neben der Gesundheitspolitik im Allgemeinen ein Ausdruck föderalistischer Schwäche in Themengebieten, die unser nationales Interesse darstellen. Hier muss eine Neuausrichtung und Gewichtung zwischen Bund und Ländern unter Beteiligung aller Akteure erfolgen. Effizientere Wege im Sinne einer eher zentralistischen Ausrichtung wären wünschenswert, um Themen mit hohem nationalem Stellenwert wie Gesundheitsförderung, die Einführung von Nationalen Strategien für nicht übertragbare Erkrankungen, die Etablierung einer allgemeinen Impfpflicht für bestimmte Krankheitserreger oder Standards in der schulischen Erziehung zu etablieren.

Föderalismus und Pluralität sind enorm positive Errungenschaften der Nachkriegsepoche und ein wichtiger Eckpfeiler unserer Gesellschaft. Aber ein kritisches Reflektieren und Nachjustieren muss Teil einer handlungsfähigen Demokratie sein.

Lebensbereiche, die gesamtgesellschaftlich von herausragender Bedeutung sind, wie zum Beispiel Gesundheit oder Bildung, sollten aus meiner Sicht im Konsens aller Akteure (Bundes- und Landespolitik, BMG, BÄK, KBV, ...) länderübergreifend standardisiert bzw. neu ausgerichtet werden, damit für den Einzelnen gleiche Bedingungen und möglichst keine Nachteile entstehen.

Ein weiterer entscheidender Punkt stellt die Selbsthilfe als Säule unserer Gesellschaft dar. Ein Großteil der Aufgaben und Herausforderungen werden hierzulande durch ehrenamtlich tätige Menschen bewältigt, die sich für andere engagieren. Dieser Einsatz kann nicht hoch genug geschätzt werden.

Im Diabetessektor hat sich leider historisch eine Diversität eingestellt, die zu Recht die Patientenorganisation(en) in der Öffentlichkeit als schwach bzw. nicht durchsetzungsfähig erkennen lässt. Leider wird dies oft auch für kleinkarierte politische Interesse missbraucht.

Am 01.04.2017 hat unter der Initiierung der DDF (Deutsche Diabetes Föderation e.V.) ein Runder Tisch in Frankfurt (Main) stattgefunden, an dem alle Akteure (DDF, DDH-M, DDB) beteiligt waren. Dieses Treffen kann als neue Epoche betrachtet werden, in dem Dialog, Austausch und das Ziel gemeinsame Projekte zu etablieren, im Mittelpunkt stand. Dies ist ein erster Schritt auf dem Weg, die Diabetesselbsthilfe wieder zu vereinen und als Partner von Politik und Kostenträger neu aufzustellen.

Liebe Leserinnen und Leser,

Das Bundestagswahljahr 2017 ist unsere Chance, dem Diabetes mellitus mehr politische Geltung in diesem Lande zu verschaffen. Wir als Betroffene haben ein unglaubliches Potenzial unsere (gesundheitspolitischen) Interessen wahrzunehmen und durchzusetzen. Wir müssen allerdings geeint und gemeinsam dafür metaphorisch gesprochen auf die Straßen gehen und uns im Einklang mit den Fachgesellschaften und Berufsverbänden Gehör verschaffen. Als einzelnes Individuum oder zersplitterte Gruppen laufen wir allerdings seit Jahren den Geschehnissen hinterher und protestieren immer erst, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist (siehe auch Protestbrief eines Betroffenen an die gesetzliche Krankenkasse).

Wenn wir es schaffen unsere eigenen Gräben und Mauern zu überwinden, dann können wir als Vorbild dienen, um alle Mauern einzureißen.

Es ist Zeit, die Dinge zu ändern!

Herzlichst Ihr

Dr. med. Sven Becker

## Quellenangaben

<sup>1</sup> = Dr. Rathmann, Deutsches Diabetes Zentrum Düsseldorf

<sup>2</sup> = IDF Atlas 2015

<sup>3</sup> = IDF Atlas 2015, modifiziert nach Diabetes 2030 Nr. 3 vom 29. März 2017 (27657)

<sup>4</sup> = Emerging Risk Factors Collaboration, NEJM 2011; 373: 1720–1732

<sup>5</sup> = mod. nach: IGES AMNOG Result Analyzer (ARA), Stand 1. Februar 2017

<sup>6</sup> = Wikipedia

## Abkürzungsverzeichnis

BÄK	= Bundesärztekammer
BMG	= Bundesministerium für Gesundheit
BVND	= Bundesverband Niedergelassener Diabetologen
DDB	= Deutscher Diabetiker Bund e. V.
DDF	= Deutsche Diabetes Föderation e.V.
DDG	= Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V.
DDH-M	= Deutsche Diabetes Hilfe – Menschen mit Diabetes e.V.
G-BA	= Gemeinsamer Bundesausschuss
HIV	= Humanes Immundefizienz-Virus
IDF	= International Diabetes Federation
KBV	= Kassenärztliche Bundesvereinigung
RKI	= Robert Koch Institut
VDBD	= Verband der Diabetesberatungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V.
VNDT	= Verband der niedergelassenen Diabetologen Thüringen e. V.

## Erläuterungen

Endemie = örtlich begrenztes Auftreten von Infektionskrankheiten

Neglect = lat. nicht wissen, vernachlässigen

metaphorisch = altgriechisch bildlich

Morbidität = lat. krank

Mortalität = lat. Sterblichkeit



redundante = wiederkehrend

unisono = ital. Einklang

### Anhang

„Protestbrief eines Patienten an seine Krankenkasse“