

## **Positionspapier der SPD-Bundestagsfraktion**

### **Diabetes mellitus: Prävention stärken, Versorgung und Forschung verbessern, Surveillance ausbauen, eine Nationale Diabetesstrategie entwickeln**

#### **Zusammenfassung**

Diabetes mellitus ist eine der häufigsten Erkrankungen, die mit großer individueller Belastung und mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden sind.

Wir wollen gegensteuern, indem wir

- **Prävention und Gesundheitsförderung stärken: gesunde Lebenswelten und individuelle Gesundheitskompetenz fördern**
- **Versorgung verbessern: Aufklärung über Risikofaktoren und Früherkennung von Risikopatienten und -patientinnen**
- **Forschung stärken: Behandlungsprogramme evaluieren, Lehrstühle für Diabetes, interdisziplinäre Forschung**
- **Patientenorientierung, Patientenwissen und Patientenkompetenz ausbauen**
- **Zusammenarbeit mit den Bundesländern ausbauen: verpflichtende Qualitäts-Standards für Schulverpflegung, mehr Sport in Kindertagesstätten und Schulen**
- **die beschlossene Nationale Strategie zur Reduktion von Zucker, Salz und Fetten in Fertigprodukten umsetzen**
- **eine Nationale Diabetesstrategie entwickeln, die alle wissenschaftlichen Erkenntnisse, Maßnahmen und Aktivitäten bündelt.**

#### **Zur Erkrankung**

- Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die durch erhöhte Blutzucker-Konzentration charakterisiert ist. Ursache ist ein absoluter oder relativer Mangel an Insulin, einem in der Bauchspeicheldrüse produzierten Hormon, das den Blutzuckerspiegel senkt.

- Ein absoluter Insulinmangel kennzeichnet den Typ-1-Diabetes, der sich überwiegend im Kindes- und Jugendalter manifestiert. Zugrunde liegt eine vom Immunsystem gegen körpereigenes Gewebe gerichtete (autoimmune) Zerstörung der insulinproduzierenden Zellen der Bauchspeicheldrüse.
- Ein relativer Insulinmangel charakterisiert den Typ-2-Diabetes, der vorwiegend im Erwachsenenalter auftritt. Der gestörte Blutzuckerwechsel resultiert dabei aus einer verminderten Insulinwirkung beziehungsweise einer unzureichenden Insulinausschüttung. Neben einer genetischen Veranlagung gehören eine ungünstige Ernährungsweise, Bewegungsmangel und damit zusammenhängendes Übergewicht zu den wesentlichen Risikofaktoren des Typ-2-Diabetes.

### **Epidemiologie**

- Diabetes mellitus gehört zu den häufigsten nicht übertragbaren Krankheiten in Deutschland. Bis zu 6,7 Millionen Menschen sind in Deutschland von einem manifesten oder nicht erkannten, das heißt, bisher ärztlich noch nicht diagnostizierten, Diabetes mellitus betroffen, wie aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert-Koch-Instituts (RKI) hervorgeht. Die Zahl steigt jährlich um fast 300.000. Die Dunkelziffer ist mit geschätzt über eine Million Menschen sehr hoch (RKI). Aufgrund der Häufigkeit und teilweise schwerer Folgeerkrankungen stehen die Gesundheitssysteme der Industrie- und Schwellenländer vor großen Herausforderungen.
- Ein bekannter Diabetes mellitus besteht (nach Daten der DEGS1-Studie, einer Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) bei 7,2% (rund 4,6 Millionen) der Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren – 7,4% der Frauen und 7,0% der Männer sind von der Erkrankung betroffen.
- Ein unerkannter Diabetes mellitus besteht bei 2,0% (rund 1,3 Millionen) der Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren.
- Analysen der DEGS1-Daten zeigen weiterhin, dass 0,1% der Erwachsenen von einem Typ-1-Diabetes betroffen sind.
- Betrachtet man die Prävalenz des bekannten Diabetes nach Altersgruppen, findet sich mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern ein deutlicher Anstieg der Häufigkeit.
- Die DEGS1-Ergebnisse zeigen, dass im Alter von 40 bis 49 Jahren bei 4,5% der Frauen, aber nur 2,0% der Männer ein Diabetes im bisherigen Lebensverlauf di-

agnostiziert wurde. Dass bei Frauen dieser Altersgruppe häufiger Diabetes festgestellt wird, lässt sich durch die zurückliegende Diagnose eines Schwangerschaftsdiabetes erklären. Im späteren Alter spielt dieser Geschlechterunterschied keine Rolle mehr, weil die Erkrankung dann insgesamt viel häufiger auftritt. In der Altersgruppe von 70 bis 79 Jahren hat etwa jede fünfte Frau (21,8%) und jeder fünfte Mann (22,0%) eine Diabetesdiagnose im Lebensverlauf erhalten.

### **Armut und Gesundheit**

- Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus haben ein deutlich erhöhtes Risiko, an Diabetes mellitus zu erkranken.
  - Nach statistischer Bereinigung um Alterseffekte haben Frauen mit niedrigem Sozialstatus ein durchschnittlich 3,1-fach und Männer ein 1,8-fach erhöhtes Risiko an Diabetes zu erkranken.
  - Bei Frauen zeigen sich zudem Unterschiede zuungunsten der mittleren gegenüber der hohen Statusgruppe. Bei Männern sind in dieser Hinsicht keine Unterschiede zu beobachten.
- Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben 2- bis 3-mal häufiger einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand, sie sind häufiger übergewichtig oder sogar adipös, sie treiben weniger Sport und ernähren sich ungesünder.

### **Folgeerkrankungen**

- Langfristig kann ein unzureichend behandelter oder unentdeckter Diabetes mellitus durch anhaltend erhöhte Blutzuckerkonzentration zu Schädigungen der Blutgefäße und der sogenannten peripheren Nerven führen, die außerhalb des Gehirns und Rückenmarks liegen. Daraus resultiert ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenfunktionsstörungen (diabetische Nephropathie) sowie Schädigungen der Netzhaut (diabetische Retinopathie).
- Die Auswertung der GEDA-Daten (Gesundheit in Deutschland aktuell) aus dem Jahr 2009 verdeutlichen, dass nur 10,2% der Diabetikerinnen und Diabetiker ab 50 Jahren keine mit dem Diabetes assoziierten Begleit- und Folgeerkrankungen haben.
- Analysen von Krankenkassen- und Registerdaten zeigen in den vergangenen Jahren die Tendenz einer Abnahme von Amputationen, Erblindungen und

Schwangerschaftskomplikationen. Eine Abnahme in der Häufigkeit von Herzerkrankungen fand sich dagegen nur bei Frauen mit Diabetes, während sie bei Männern mit Diabetes zunahm.

### **Diabetes bei Kindern und Jugendlichen**

- Den Daten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zufolge (KiGGS-Basiserhebung, 2003-2006; KiGGS Welle 1, 2009-2012) liegt die Diabetesprävalenz für den bekannten Diabetes (Typ 1 und Typ 2) bei 0,2% der 7-bis 17-jährigen.
- Daten regionaler Diabetesregister belegen, dass unter Kindern und Jugendlichen der Typ-1-Diabetes im Vergleich zum Typ-2-Diabetes weit überwiegt.
- Die Inzidenz des Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren kann auf Grund verschiedener regionaler Diabetesregister mit etwa 2.800 Neuerkrankten in Deutschland pro Jahr beziffert werden.

### **Krankheitskosten**

- Im Jahr 2009 ergaben sich für das Gesundheitssystem in Deutschland durch die Behandlung und Versorgung von Personen mit einem diagnostizierten Diabetes mellitus Schätzungen zufolge Kosten von rund 35 Milliarden Euro, 2/3 davon für die Behandlung von Komplikationen.
- Die Kosten für die Gesundheitsversorgung von Personen mit Diabetes mellitus liegen damit im Vergleich zu Personen ohne Diabetes 1,8-mal so hoch.
- Zusätzliche Kosten entstehen durch Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung. Dabei wird die Bedeutung des Diabetes in den amtlichen Statistiken vermutlich erheblich unterschätzt, weil eher Begleiterkrankungen oder Folgeschäden wie Herz-Kreislauf-Krankheiten oder Nierenerkrankungen als Begründung für Arbeitsunfähigkeit oder Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erfasst werden.

### **Internationale Perspektive**

- Im Jahr 2014 waren weltweit 422 Millionen Menschen von Diabetes betroffen.
- Im Jahr 2012 verursachte die Erkrankung 1,5 Millionen Todesfälle – 80 Prozent davon entfielen auf Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen.
- Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass Diabetes bis zum Jahr 2030 zu den sieben weltweit führenden Todesursachen zählen wird.

## Prävention und Gesundheitsförderung

- Essenziell für die Senkung des Erkrankungsrisikos ist Gesundheitsförderung und die Primärprävention, denn das Auftreten von Typ-2-Diabetes ist wesentlich durch ungünstige Lebensstilfaktoren mitbedingt und kann durch ausgewogene Ernährung, Vermeidung von Übergewicht und regelmäßiger körperlicher Aktivität verzögert oder sogar verhindert werden. Die Schaffung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen über die gesamte Lebensspanne hinweg ist vor allem auch wichtig, um Menschen zu erreichen, die arm oder von Armut bedroht sind und die sich auf Grund der für sie sehr schwierigen Lebensumstände um ihre eigene Gesundheit oder um die Gesundheit ihrer Kinder nicht ausreichend kümmern können. Neue Studien (unter anderem die Tübinger Studie) zeigen aber auch, dass trotz Lebensstilveränderung bei 25 % bis 35% der Betroffenen keine positiven Effekte eintreten – hier besteht Forschungsbedarf.

## Was wurde bisher erreicht?

- Bereits 1989 wurde die sogenannte **St. Vincent-Deklaration** (Ziel: Reduktion von Amputationen, von Niereninsuffizienz, Erblindung und kardiovaskulären Ereignissen) von Deutschland mitgezeichnet. Sie fand aber in den Folgejahren wenig konsequente Umsetzung.
- Erst die Einführung **der Disease-Managementprogramme** (DMP) im Jahre 2002 hat eine qualitätsgestützte interdisziplinäre Behandlung in Gang gesetzt. Die bisher erfassten Daten deuten auf positive Entwicklungen, müssen aber weiterhin erfasst und bewertet werden. Zu begrüßen ist, dass der gemeinsame Bundesausschuss (GBA) das DMP für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 im Januar 2016 in allen wesentlichen Punkten aktualisiert hat. 2016 waren laut kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) 4,1 Millionen Menschen in ein DMP „Diabetes mellitus Typ 2“ eingeschrieben.
- Die **Gesundheitsziele** im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention haben einen deutlichen Schwerpunkt beim Diabetes. Das Gesundheitsziel „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“ wurde 2003 verabschiedet. Daneben sind auch andere Gesundheitsziele in der Prävention von Diabetes hoch relevant: Gesund aufwachsen, gesund älter werden, gesundheitliche Kompetenz erhöhen und das im Februar 2017 verabschiedete Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“.

- Durch das im Jahr 2016 in Kraft getretene **Präventionsgesetz** wird Gesundheitsförderung überall dort, wo Menschen wohnen, arbeiten und lernen (in Kindergärten, Schulen, Kommunen, Betrieben und Pflegeheimen) gestärkt. Auch die im Präventionsgesetz angelegte Förderung der Selbsthilfe (nahezu eine Verdoppelung der Mittel) gibt den Selbsthilfeorganisationen die Möglichkeit, auch im Bereich „Diabetes mellitus“ Menschen zu informieren und zu unterstützen.
- Das Präventionsgesetz nimmt ausdrücklich Bezug auf die Bekämpfung von Diabetes Typ 2. Es regelt die Entwicklung einer „**Nationalen Präventionsstrategie**“ durch die Nationale Präventionskonferenz unter Beteiligung aller maßgeblichen Organisationen und Verbände im Präventionsforum. Die regelmäßige Erstellung eines Präventionsberichtes einschließlich eines Diabetesberichtes wird Bestandteil dieser gesetzlich vorgeschriebenen Instrumente sein.
- Der **Nationale Aktionsplan** der Bundesregierung „INFORM“ setzt bei der Information und der Verbesserung des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens an.
- Die vom Bundesministerium für Gesundheit geplante „**Allianz für Gesundheitskompetenz**“ soll dazu beitragen, unabhängige, wissenschaftlich belegte Gesundheitsinformationen für die Bürgerinnen und Bürger leicht verständlich zu vermitteln. Eine allgemeine Verbesserung der Gesundheitskompetenz wird dabei auch Menschen mit einem Diabetes mellitus oder einem Risiko für diese Erkrankung helfen.
- Die Errichtung der **Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung und Gründung des Deutschen Zentrums für Diabetes-Forschung** fördert die koordinierte und interdisziplinäre Grundlagenforschung, um neue Strategien zur Früherkennung und Therapie des Diabetes und seiner Komplikationen zu entwickeln.
- **Instrumentenmix** des BMEL im Rahmen von INFORM gibt Bausteine für die Ernährungsbildung von der Kita über die Grundschule bis zur weiterführenden Schule.
- Das **nationale Qualitätszentrum** für gesunde Ernährung in Kita und Schule koordiniert bereits bestehende Maßnahmen und Initiativen rund um gutes Schul- und Kitaessen, entwickelt Qualitätsstandards und Konzepte zu Qualitätsnachweisen bei Caterern und trägt zur Ernährungsbildung bei. Der Ausbau des **EU-Schulobst-Programms** und die Zusammenführung mit dem EU-Schulgemüse-Programm fördern die gesunde Ernährung der Schulkinder.

- Das im Aufbau befindliche „**Nationale Diabetes Surveillance**“ beim RKI wird in Deutschland bereits verfügbare Daten zusammenführen. Dadurch werden in Zukunft verlässliche und über die Zeit vergleichbare Aussagen zum Krankheitsgeschehen und zu Fortschritten bzw. verbleibenden Herausforderungen in der Prävention und Versorgung von Diabetes mellitus in Deutschland getroffen werden können.
- **Die bestehenden Maßnahmen werden unterstützt durch geförderte Projekte des Bundesgesundheitsministeriums**, beispielsweise
  - Qualitätsstandards der Prävention von Übergewicht bei Kindern – Eine Bestandsaufnahme
  - Systematisierung konzeptioneller Ansätze zur Prävention von Kinderübergewicht in Lebenswelten
  - Qualitätsentwicklung am Beispiel der Adipositasprävention in Kitas unter Nutzung der Kooperationsstruktur des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“
  - Bevölkerungsweites Monitoring Adipositas-relevanter Einflussfaktoren im Kindesalter. Aufbau, Ergebnisse und Entwicklungsmöglichkeiten
  - Wirksamkeit des Einsatzes elektronischer Medien zur Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen – Erstellung eines Konzeptpapieres
  - Entwicklung eines Online-Tools für Pädiater zur Beurteilung des Risikos eines Metabolischen Syndroms bei Kindern
  - Therapie der Adipositas – Aktualisierung des Konsensuspapiers „Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“

**Weitergehender Handlungsbedarf – Die gesundheitspolitischen Ziele der SPD beim Schwerpunkt „Diabetes“:**

1. Alle **Möglichkeiten des Gesetzes zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention nutzen**, auch hinsichtlich des Schwerpunktes „Diabetes“: Setting-Maßnahmen (von der Kita, Schule, Betrieb, Einrichtungen der Behinderten-

hilfe und Pflegeheime) bis hin zu nationalen Strategien. (Nationale Präventionskonferenz, Nationales Präventionsforum) Die Umsetzung des Gesetzes muss forciert und der Prozess begleitet werden.

2. Den im Präventionsgesetz neu geschaffenen Anspruch für Kinder, Jugendliche bis 18 Jahren (früher 6 bzw. 10 Jahre) und Erwachsene ab 18 Jahren (früher 35 Jahre) auf Früherkennungsuntersuchungen einschließlich **Präventionsberatung und Präventionsempfehlung** konsequent umsetzen mit dem Schwerpunkt Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung.
3. Den **schulischen Bereich** stärken:
  - täglich eine Stunde Bewegung in Kita und Schule
  - verbindliche Qualitätsstandards für Kita- und Schulverpflegung
  - Nahrungskunde im Unterricht
4. Das an **Kinder gerichtete Marketing für ungesunde Lebensmittel verbieten**
5. **Ampelkennzeichnung** für Nährwerte bei Lebensmitteln einführen
6. **Steuerliche Fehlanreize** für ungesunde Lebensmittel prüfen und gegebenenfalls abbauen
7. Die **Nationale Strategie zur Reduktion von Zucker, Salz und Fetten in Fertigprodukten** konsequent umsetzen. Diese ist zunächst als freiwillige Reduktionsstrategie angelegt. Das neu gegründete Institut für Kinderernährung am Max-Rubner-Institut kann dabei wichtige Unterstützung leisten.
8. **Patientenorientierung** im Rahmen dieser und anderer Programme stärken: Mehr Informationen, mehr Transparenz, Entwicklung von Fragebögen zur Patientenzufriedenheit
9. **Gesundheitskompetenz** stärken und Risikopatienten und Erkrankte früher identifizieren, über Früherkennung und Versorgungsangebote besser informieren
10. **Disease-Management-Programme** fortführen und weiterentwickeln: Evaluation mit Blick auf nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapie, auf die Effektivität der Maßnahmen, auf Wirksamkeit der Maßnahmen in der Routineversorgung
11. Mehr **integrierte und sektorenübergreifende Versorgung** schaffen: Diabetespatientinnen und -patienten müssen in das Zentrum der Versorgungsstrukturen gestellt und diese entsprechend dem konkreten Versorgungsbedarf interdisziplinär aufeinander abgestimmt werden
12. **Wissenstransfer** auch in die **kleinen und mittleren Unternehmen** fördern



13. Die erhöhten Projektmittel der gesundheitlichen **Selbsthilfe** auch für den Schwerpunkt „Diabetes“ nutzen
14. **Interdisziplinäre Forschung** stärken
15. **Ressortübergreifende Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention** aller zuständigen Ministerien auf Bundes- und auf Länderebene schaffen
16. Daten in einem **nationalen Diabetes-Bericht** (RKI) zusammenführen
17. Dazu insgesamt eine **Nationale Diabetesstrategie** entwickeln, die alle wissenschaftlichen Erkenntnisse, Maßnahmen und Aktivitäten ressortübergreifend bündelt.

## Quellen

- Heidemann C et al. (2013): Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1).
- Heidemann C et al. (2011): Diabetes mellitus in Deutschland. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 2(3).
- Rhoden, Michael: Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibnitz-Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf .
- Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland 2015.
- WHO 2016: World Health Day 2016: Diabetes.
- Thaiss, H.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Icks A, Dintsios CM: Mögliche Steigerung der Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen am Beispiel von Diabetes mellitus. Gesundheitsökonomica 2014. S. 23-46.