

Düsseldorfer Resolution 2025

Was muss getan werden für die Zukunft der Angewandten Diabetologie?

Auf der Herbsttagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) in Düsseldorf legt eine Gruppe von Diabetologen und Diabetesexperten eine Resolution vor. Warum?

Obwohl Diabetes sich neben dem Leid für die Betroffenen zu einer zunehmenden gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Herausforderung entwickelt, fehlen in den nächsten zehn Jahren Hunderte von spezialisierten Ärzten aus der Angewandten Diabetologie.

Die Diabetikerversorgung gerät in Gefahr

Das Querschnittsfach Diabetologie ist in den universitären Curricula unzureichend repräsentiert. Es gibt kaum noch klinisch orientierte Lehrstühle für Diabetologie, diese wurden in den letzten Jahren Fächern wie Gastroenterologie oder Kardiologie zugeschlagen oder ganz abgeschafft. Die Ausbildungsstrukturen in den Kliniken sind in den vergangenen Jahrzehnten aufgelöst worden. Bis heute gibt es keinen Facharzt für Diabetologie. Doch der demografische Wandel macht vor den Praxen nicht Halt: Innerhalb der nächsten zehn Jahren wird ein großer Teil der heute tätigen Diabetologen aus Altersgründen die Praxis aufgeben und schwer einen Nachfolger finden.

Wie sieht die Zukunft aus?

Die Zukunft der Medizin – und damit auch der aller Ärzte aus Praxen und Krankenhäusern, die unmittelbar in der Patientenversorgung aktiv sind, wird wesentlich von der Digitalisierung bestimmt sein. Damit sind viele Chancen verbunden, für die Patienten wie für die Ärzte gleichermaßen. Neue Technologien verändern die Diagnostik und die Therapie in teilweise spektakulärer Art und Weise. Allerdings darf dies nicht das Arzt-Patientenverhältnis beeinträchtigen oder gar zerstören. Diabetesbehandlung lebt von der Kommunikation zwischen Arzt und Patient unter Einbeziehung des ärztlichen Teams. Die Versorgung muss in Zukunft alle erreichen, auch die, die sich nicht mit der neuen Technik zurechtfinden können oder wollen, weil sie zu alt oder zu krank sind oder weil sie für sich entschieden haben, weiter nur analog zu leben, ohne Smartphone und Apps.

Düsseldorfer Resolution weist den Weg in die Zukunft!

Die Sorge um den ausbleibenden diabetologischen Nachwuchs und die differenzierte Einschätzung der möglichen Folgen der Digitalisierung prägen die Düsseldorfer Resolution 2025. Die Unterzeichner wollen die sich abzeichnende negative Entwicklung stoppen und fordern deshalb konkret:

1. Einführung neuer Ausbildungsrichtlinien für Medizinstudenten mit angemessener Berücksichtigung der Diabetologie
2. Einrichtung eines Lehrstuhls für Angewandte Diabetologie
3. Einführung des Facharztes für Diabetologie
4. Etablierung von Versorgungsforschung als wissenschaftliches Element der Diabetologie zum Nachweis der Ergebnisqualität
5. Konsequente Umsetzung und Kontrolle klar definierter Schnittstellen zu Hausärzten und Kliniken und anderen Fachärzten
6. Systematische Analysen neuer und vorhandener Daten
7. eine größere Bedeutung der „Sprechenden Medizin“ in der Diabetologie, die sich auch in der ärztlichen Gebührenordnung widerspiegelt
8. Anspruch auf regelmäßige Nachschulungen, Onlineschulungen und Patientencoaching, Schulungen zum Erlernen und Trainieren neuer Technologien für die Diabetes-Therapie
9. Datenschutz für die Patienten; die eigenen Gesundheitsdaten gehören den Patienten, niemand sonst!

10. Bündelung der Aktivitäten aller Akteure in der Angewandten Diabetologie.

Die Düsseldorfer Resolution wendet sich an alle Akteure in der „Diabetesszene“ sowie an die Politik (Gesundheitsministerium, Verbraucherschutz, Justiz, Ernährung, Inneres), an die Deutsche Diabetesgesellschaft als Fachgesellschaft und an die Patientenorganisationen, aber auch an die gemeinsame Selbstverwaltung aus Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen und deren Organisationen. Die Unterzeichner initiieren direkt nach der Herbsttagung einen Runden Tisch. Dort soll mit allen, die angesprochen sind, gemeinsame Aktivitäten verabredet werden, um die Diabetikerversorgung in Deutschland bis 2025 zukunftsfest zu machen.

Dr. Matthias Kaltheuner, niedergelassener Diabetologe und Sprecher der Gesellschafter bei winDiab

Dr. Hansjörg Mühlen, niedergelassener Diabetologe und BVND - Vorstandsmitglied

Dr. Niklaus Scheper, niedergelassener Diabetologe, winDiab – Gesellschafter und BVND-Vorstandsmitglied

Antje Weichard, niedergelassene Diabetologin, BVND – Vorstandsmitglied und Mitglied im Arbeitskreis mitteldeutscher niedergelassener Diabetologen

Dr. Cornelia Woitek, niedergelassene Diabetologin, Mitglied im Arbeitskreis mitteldeutscher niedergelassener Diabetologen und Vorstands-Vorsitzende des BVNDS

Gabriele Faber-Heinemann, winDiab Geschäftsführerin

Prof. Dr. Lutz Heinemann, winDiab - Leiter wissenschaftlicher Beirat

Manuel Ickrath, winDiab - Berater

Erläuterungen zu den Forderungen der Resolution

Einleitung

Diabetes mellitus ist die große Volkskrankheit mit einer kontinuierlich zunehmenden Anzahl an Betroffenen. Der Sammelbegriff Diabetes steht für ganz unterschiedliche Ausprägungen eines gestörten Glukosestoffwechsel:

- Diabetes Typ-1 ist eine Autoimmunkrankheit, die einen absoluten Mangel an körpereigenem Insulin zur Folge hat und im eher jugendlichen Alter auftritt
- Diabetes Typ-2 beruht vorrangig auf einer mangelnden Wirkung des Insulins im Körper und tritt meistens erst im mittleren oder fortgeschrittenen Lebensalter auf.
- Gestationsdiabetes, der erstmals während einer Schwangerschaft auftritt und anschließend bei fast allen Frauen wieder „verschwindet“.

Daneben gibt es eine Reihe von Diabetes-Sonderformen, z.B. genetische, entzündlich- oder hormonell-bedingte Defekte der Bauchspeicheldrüsenfunktion. Die verschiedenen Diabetesformen bedürfen individueller Behandlungs- und Betreuungskonzepte durch geeignet ausgebildete Ärzte und Fachpersonal.

Die meisten Patienten mit Typ-1 Diabetes werden von einem spezialisierten Diabetologen in einer **Diabetesschwerpunktpraxis** (DSP) behandelt (Versorgungsebene 2). Schwangere Frauen mit einem Gestationsdiabetes werden bis zur Entbindung in den DSPs mitbetreut. Patienten mit Typ-2 Diabetes werden grundsätzlich von ihrem Hausarzt behandelt (Versorgungsebene 1), nur bei Komplikationen wie akuten Stoffwechselentgleisungen (z.B. durch schlechte Stoffwechsellage oder diabetisches Fußsyndrom) werden sie in eine DSP überwiesen und dort temporär mitbetreut.

Diese Versorgungsstrukturen wurden im Jahr 2002 durch die Anlage 1 zur 4. Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung vom Gesetzgeber vorgegeben und haben sich in Deutschland im Rahmen der „Disease Management Programme“ etabliert. Mit den DSPs wurde eine flächendeckende spezialisierte Versorgung von Diabetespatienten eingeführt und dadurch die punktuelle Versorgung durch Spezialkliniken weitgehend abgelöst.

Nach wie vor gibt es Kliniken, die sich auf die Behandlung von Diabeteskomplikationen spezialisiert haben. Dies ist die **Stationäre Diabetesbehandlung**

Die strukturierte stationäre Diabetesbehandlung in qualifizierten diabetologischen Fachabteilungen in den Akut- und Rehakliniken muss aufgrund der demographischen Entwicklung nicht nur erhalten, sondern ausgebaut werden. Prinzipiell hat sich die Zertifizierung der Einrichtungen der DDG nach dem Stufenmodell in 1) "Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement", 2) "Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG" und 3) "Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG)" bewährt. Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dieser Einrichtungen sind in einem evaluierten Qualitätsmanagementprozess sichergestellt und weiterentwickelbar. Es fehlen vielen Kliniken jedoch bislang die wirtschaftlichen Anreize, in diese Qualifizierungen zu investieren. Es sollte daher unbedingt eine kontinuierliche Optimierung des DRG Systems hinsichtlich einer kostendeckenden Abrechnung der stationären diabetischen Behandlung erfolgen. Die DDG hat diesbezüglich eine Arbeitsgemeinschaft kürzlich gegründet. Besonders sollte die Zahl der Krankenhäuser mit der Zertifizierung "Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG)" weiter gesteigert werden, da bei dieser Qualifizierung besonders Wert auf Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen in den Kliniken gelegt wird, um Patienten mit Diabetes optimal zu versorgen und vor allem bei Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes die Diabetesbehandlung mit zu optimieren, Liegezeiten zu verkürzen und die Anschlussbehandlung des Diabetes zu verbessern. Ist/Soll-Analysen auf regionaler bzw. Länderebene sollten die Bedarfsplanung stationärer Einrichtungen unterstützen helfen.

Stationäre Einrichtungen müssen nicht nur für die Behandlung von Notfällen vorgehalten werden, sondern für Typ 1 Diabetes auch besonders für Ketoazidotische Erstmanifestationen, für Abklärungen nach wiederholten schweren Hypoglykämien oder Ketoazidosen, bei V.a. infizierten diabetischen Fuß sowie bei akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation, bei Nichterreichen eines definierten HbA1c-Wertes nach i.d.R. sechs (max. neun) Monaten Behandlungsdauer, sowie bei Kindern und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 1 bzw. bei schwerwiegenden Behandlungsproblemen. Für Typ 2 Diabetes und sekundäre Diabetesformen (Typ 3 Diabetes) sind stationäre Aufnahmeindikationen bedrohliche Stoffwechselstörungen bzw. -Entgleisungen, V.a. infizierten diabetischen Fuß sowie bei akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation, Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten (v.a. auch elektive geplante größere operative Eingriffe) und Nicht-Erreichen eines individuell festgelegten HbA1c-Zielwertes nach spätestens 12 Monaten.

Stationären Einrichtungen nehmen eine Schlüsselrolle bei der Nachwuchsförderung in ärztlichen und nicht-ärztlichen Bereichen ein. So sind sie wichtige Institutionen, die diabetologische Expertise in vollem Umfang und mit allen beteiligten Professionen beim medizinischen und nicht-medizinischen Nachwuchs durch Erweiterung der diabetologischen Ausbildung sicherstellen können. Die Zahl der Lehrstühle für Endokrinologie/Diabetes und Stoffwechsel muss nicht nur erhalten, sondern wieder weiter ausgebaut und erhöht werden, da diese Lehrstühle für die Ausbildung im zentralen medizinischen Querschnittsfach Diabetologie gerade vor dem Hintergrund der epidemiologischen Entwicklung mit der Zunahme des Diabetes sehr wichtig sind. Diese Lehrstühle stellen vor allem auch die äußerst wichtige Verzahnung von innovativer Krankenversorgung, Lehre und Forschung sicher. Diese hat in den letzten Jahren zu der exzellenten, erfolgreichen und international anerkannten Zusammenarbeit zwischen den von der Helmholtz-Gemeinschaft und vom BMBF geförderten Forschungseinrichtungen des "Deutschen Zentrums für

Diabetesforschung", den Universitäten und anderen Einrichtungen geführt, die positive Auswirkungen auf die Diabetesversorgung hat.

Eine Schwäche der Angewandten Diabetologie ist die Heterogenität der Arbeitsbereiche und Arbeitswelten der verschiedenen Akteure. Die Realität in den Kliniken unterscheidet sich erheblich von der in den Praxen. Es gilt, die verschiedenen Versorgungsebenen besser zu koordinieren und im Sinne der Patienten dahin zu kommen, dass man mit einer Stimme spricht. In der Außendarstellung bringt es die gesamte Berufsgruppe und deren Aufgabenwelt, nicht zuletzt die Diabetespatienten, nicht weiter, wenn der Blick im Verteilungskampf um die beschränkten Mittel im Gesundheitswesen nicht weiter als bis zur eigenen Haustür reicht.

Die Resolution

Zu 1. Ausbildungsrichtlinien

Immer weniger Ärzte, immer mehr Diabetespatienten – diese Entwicklung zeichnet sich für die nächsten Jahren heute schon ab! Es fehlt allerdings an qualifiziertem diabetologischen Nachwuchs! Wir fordern deshalb eine Änderung der Ausbildungsrichtlinien für Medizinstudenten! Durch Änderung der Ausbildungsrichtlinien erhält das Querschnittfach Diabetes eine gebührende Attraktivität für Medizinstudenten.

Der Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ hat dazu geführt, dass sich seit Mitte der 1990er Jahre die spezialisierte Betreuung von Diabetespatienten aus der Klinik in die Praxis verlagert hat. Damit ist es zu einer erheblichen Reduktion von diabetologischer Kompetenz in den Krankenhäusern gekommen und hat gleichzeitig dazu geführt, dass es immer weniger Ausbildungsmöglichkeiten für diabetologischen Nachwuchs gibt. Parallel dazu wurde die Anzahl von dezidierten Lehrstühlen für klinische Diabetologie in Deutschland reduziert.

Diese Entwicklung sollte nicht nur gestoppt werden, sondern revidiert werden! Bedingt durch die fehlenden klinischen Ausbildungseinrichtungen muss die komplette Ausbildung zum Diabetologen (entsprechend den Vorgaben der DDG und der Landesärztekammer) in ambulanten Zentren (z.B. im Diabetologicum DDG) durchgeführt werden können. In solch hochspezialisierten und qualitätsgesichert arbeitenden Zentren lassen sich die Kerninhalte der ambulanten Behandlung von Patienten mit Diabetes in ausreichender Qualität vermitteln. Die Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten muss im Rahmen ihrer Tätigkeit finanziell gesichert sein.

Zu 2. Lehrstuhl

Durch Schaffung eines Lehrstuhls für Angewandte Diabetologie wird dieser Bereich im akademischen Umfeld verankert.

Die Angewandte Diabetologie soll durch Schaffung eines Lehrstuhls für Angewandte Diabetologie eindeutig im akademischen Umfeld positioniert werden. Im ersten Schritt kann ein solcher Lehrstuhl als Stiftungsprofessur realisiert werden. Inhaltlich sollte er sich schwerpunktmäßig um Themenbereiche wie Versorgungsforschung, Therapie-Optimierung und Diabetes-Technologie sowie um universitäre Mentorenprogramme kümmern – allesamt sowohl für die Patientenversorgung als auch für die Kosten der Diabetestherapie entscheidende Themen. Gleichzeitig kann und soll solch ein akademisches Zentrum Sprachrohr sein für die Belange der Angewandten Diabetologie auf gesundheitspolitischer Ebene.

Zu 3. Teilgebietsbezeichnung

Das Berufsbild Diabetologie wird durch Anerkennung als Facharzt aufgewertet und angemessen positioniert.

Um eine grundsätzliche Aufwertung der Diabetologie zu erreichen, soll die Einführung einer Teilgebietsbezeichnung Diabetologie im Rahmen der Inneren Medizin / Allgemeinmedizin / Pädiatrie in der Musterweiterbildung der Bundesärztekammer erreicht werden. Der Facharzt für Diabetologie wird im Rahmen der Musterweiterbildungsordnung der BÄK – mit entsprechender finanzieller Förderung durch die Kostenträger anerkannt, analog dem Arzt für Allgemeinmedizin.

Zu 4. Versorgungsforschung

Wir fordern die Etablierung und Finanzierung von Versorgungsforschung, um wissenschaftliche Evidenz für die Effizienz der Behandlung durch die Angewandte Diabetologie zu erhalten, um einen Nachweis für die erreichte Ergebnisqualität zu liefern! Eine begleitende und dauerhaft finanzierte Versorgungsforschung soll unter Beteiligung von GKV, PKV, BG und Pharmaindustrie etabliert werden.

Für die Qualitätssicherung müssen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch die Angewandte Diabetologie definiert und nachgewiesen werden. Die erforderlichen Mittel für die dazu notwendige Forschung zur Versorgung müssen durch die Gesundheitspolitik bereitgestellt werden.

Unser Gesundheitswesen leistet sich ein marginal ausgeprägtes Controlling, daher liegt eher wenig Wissen über real stattfindende Versorgungsabläufe, Behandlungsergebnisse und –kosten vor. Es gilt, durch eine wesentliche Stärkung der Versorgungsforschung und -evaluation solche Wissenslücken zu schließen und die Versorgung effizienter zu gestalten. Künftig sollte das Gesundheitssystem aufgrund von vorhandenen und evaluierten Daten als ein „lernendes System“ Fehlentwicklungen zeitnah korrigieren.

Unter diesem Mangel an Evaluation zur inhaltlichen und ökonomischen Evidenz leiden moderne Technologien zur Diabetestherapie ebenso wie neue medikamentöse

Behandlungsmöglichkeiten. Die Kosten von neuen Verfahren (wie dem kontinuierlichen Glukosemonitoring, Flash Glucose Monitoring, Hypoglykämieabschaltung bei Insulinpumpen, Portsysteme zur Insulinapplikation, etc.) werden bisher nur im Rahmen von Einzelfallentscheidungen von den Kostenträgern übernommen. Experten sind sich einig, dass bei einer geeigneten Schulung und Patientenauswahl solche Technologien zu einer sinnvollen Verbesserung der Stoffwechseleinstellung bei gleichzeitig weniger Hypoglykämien und einer Verbesserung der Lebensqualität führen. Trotzdem haben es viele solcher Ansätze bisher nicht in die Regelversorgung geschafft, da Gesetzgeber und Kostenträger hohe Hürden dafür aufgebaut haben. Aus dem gleichen Grund kommen in Deutschland viele moderne antidiabetische Medikamente nicht mehr auf den Markt oder werden wieder von Markt genommen, da für solche Medikamente keine entsprechenden Endpunktstudien vorliegen bzw. die Daten von klinischen Studien nicht akzeptiert werden. Mit harten Endpunkten meinen die Kostenträger eine Verminderung von Todesfällen, Herzinfarkten oder Schlaganfällen. Dabei liegen solche Daten praktisch für keine der etablierten Therapien vor. Für Studien mit solchen Endpunkten sind Beobachtungszeiträume von 10 Jahre und mehr notwendig und es müssten eine große Anzahl von Patienten eingeschlossen werden. Dies ist in der Realität kaum umsetzbar, insbesondere da bei Diabetespatienten innerhalb ihres Krankheitsverlaufes meist nach wenigen Jahren die Therapie geändert werden muss um weiterhin eine ausreichende Stoffwechselkontrolle zu gewährleisten. Innerhalb der nächsten Dekade sollten Bewertungskriterien etabliert werden, die es erlauben, rascher den Nutzen aus klinischer Sicht zu beurteilen und diesen den Patienten zeitnah verfügbar zu machen. Auch hierbei ist eine Evaluation im Rahmen einer geeigneten Versorgungsforschung eine wichtige Option, um die Effizienz von Behandlungsmethoden in der Realität (und nicht nur im Rahmen von klinischen Studien) zu bewerten und zeitnah geeignete Entscheidungen treffen zu können.

Zu 5. Schnittstellen

Es fehlt eine Versorgungsleitlinie für die Angewandte Diabetologie! Wir fordern deshalb die Etablierung klar definierter Schnittstellen und deren konsequente Umsetzung und Kontrolle. Dazu bedarf es in Zukunft der systematischen Analysen bereits vorhandener und neuer Daten!

Die medizinische Versorgung von Diabetespatienten bindet dann alle notwendigen Fachgebiete, entsprechend dem individuellen Versorgungsbedarf des Patienten barrierefrei ein. Klar definierte Schnittstellen (s. Chroniker-Programme bzw. ihre Weiterentwicklung) werden konsequent umgesetzt. Struktur- und Prozessbeschreibungen heben Reibungsverluste an den Schnittstellen zwischen Fachgebieten auf. Die fachübergreifende Kommunikation erfolgt in den nächsten Jahren überwiegend elektronisch über sichere Datenbanken, Entscheidungstools und gemeinsame elektronischen Patientenakten. Durch eine Versorgungsleitlinie Diabetes würden Diabetes-Behandlungs- und Betreuungspfade vorgegeben. Unterstützt wird diese durch ein medizinisch supervisiertes Controlling der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Eine Untersuchung aus dem Jahr 2010 zur Kommunikation zwischen zuweisendem Hausarzt und mitbehandelndem Diabetologen hat gezeigt, dass viele Informationen an dieser kritischen Schnittstelle verloren gehen: Nur ein kleiner Teil der Patienten kam zur Erstkonsultation in die Diabetespraxis mit allen notwendigen Informationen wie aktuelle

Laborwerte, Medikamentenliste und einem definiertem Behandlungsauftrag. Der Mehraufwand und zusätzliche Kosten, die durch die Beschaffung der fehlenden Informationen entstehen, könnten durch klar definierte Schnittstellen und systematische Evaluierung der darüber laufenden Kommunikation vermieden werden.

Weil Diabetes eine Querschnitt-Erkrankung ist, müssen Zentren entstehen (die auch virtuell sein können), in denen neben dem Diabetologen und seinem Schulungsteam Kardiologen, Nephrologen, Ophthalmologen, Neurologen, Psychologen, Orthopäden etc. tätig sind. Auch Bereiche wie Ernährungsberatung, Bewegungstherapie, Podologie, Schwangerenberatung sowie Diabetestechnologie sollten in solchen Einrichtungen abgedeckt werden. Entweder als Praxisgemeinschaft oder als lokales Netzwerk geführt, greifen alle Ärzte gemeinsam auf alle Patientendaten zu. Jeder Fachbereich behandelt selbstverständlich auch Patienten, die keinen Diabetes haben. Für die Diabetespatienten sind die Wege kurz, und es ist sichergestellt, dass alle erforderlichen Untersuchungen und Therapien rund um das Thema Diabetes regelmäßig und daten- und qualitätsgesichert erfolgen.

In Anbetracht der begrenzten ökonomischen Ressourcen, der fortschreitenden Alterung der Gesellschaft und den raschen Fortschritten der Medizin wird es gesamtgesellschaftlich zukünftig nicht mehr sinnvoll sein, die medizinische Versorgung ausschließlich nach ökonomischen Kriterien zu regulieren. Dadurch wurden und werden zunehmend Fehlanreize zur Mengenausweitung von Leistungen gesetzt, die nicht mehr am Patientenbedürfnis orientiert sind. Die Versorgung von Diabetespatienten muss sich darüber hinaus im Interesse einer gesellschaftlichen Solidarität auch der Debatte über die Priorisierung von Leistungen stellen.

Die vorhandenen Modelle zur Schnittstellenproblematik und bereits erarbeiteten Lösungsansätze (Chronikerprogramme) müssen restrukturiert und an die zukünftigen Erfordernisse angepasst werden.

Um den Verlust von Informationen an den Schnittstellen zwischen den Behandlern zu vermeiden (in beiden Richtungen!), gilt es, geeignete technisch-organisatorische Systeme zu etablieren, wie zum Beispiel eine auf den Bedarf optimal angepasste IT-Struktur. Dabei stellt neben den technischen Problemen in der Praxis wohl ein fehlendes Bewusstsein der Behandler für den Informationsbedarf der Kollegen eine wesentliche Hürde dar. In Zukunft bietet eine kumulierte elektronische Patientenakte die Möglichkeit zu einer verlustfreien Kommunikation von Patientendaten sowie von Medikamentenplänen, Diagnosen und Untersuchungsergebnissen (im Sinne eines Dokumentationspools). Über die gleichen Informationskanäle kann der Austausch zwischen den Behandlern barrierefrei realisiert werden.

In diesem Sinne ist die Erstellung einer diabetesspezifischen Versorgungsleitlinie - neben den bereits existierenden medizinischen und eher medikamentös ausgerichteten Leitlinien (NVL Typ 2) - eine vordringliche Aufgabe.

Es gilt, die Arbeit und Struktur einer DSP der Zukunft („DSP 4.0“) heute vorzudenken und zu planen, um „morgen“ weiterhin erfolgreich arbeiten zu können. Dies verlangt nach enger interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung mit den Hausärzten sowie allen anderen an der Diabetesbehandlung beteiligten Fachgruppen. Klar definierte Schnittstellen und Behandlungsaufträge sind Grundvoraussetzungen dafür, dass der Patient in jeder Versorgungsebene adäquat betreut wird.

Aufgrund des vorhersehbaren Mangels an Hausärzten und bei gleichzeitig zunehmendem Betreuungsbedarf multimorbider älterer Menschen übernimmt die DSP - gerade bei insulinbehandelten Patienten - schon heute einen hohen Anteil von hausärztlichen Aufgaben wahr. Weil gleichzeitig Diabetologen fehlen bzw. der Anzahl weiter abnimmt, wird es

notwendig sein, deren Arbeit durch Delegation von Betreuungsleistungen an hochqualifiziertes medizinisches Fachpersonal mit eigenem Verantwortungsbereich zu substituieren. Ob und in welchem Ausmaß es darüber hinaus gehend zu einer Substitution von ärztlichen Leitungen kommt, ist aktuell Gegenstand heftiger Diskussionen. Die dafür notwendigen Regeln müssen in den nächsten zehn Jahren definiert werden.

Zu 6. Datenanalyse

Die exzellenten Ergebnisse, die im Bereich der Angewandten Diabetologie in etablierten Strukturen wie GestDiab und dem Kölner Fußnetz sowie im DMP Nordrhein erreicht werden, sollen von renommierten Instituten aufbereitet und publiziert werden. Es sollten weiterführende Studien zur Versorgungsforschung in dieser Versorgungsebene kurz- und mittelfristig projektiert und durchgeführt werden. Ebenso wichtig ist es, durch eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit eine weitreichende Kenntnisnahme der Ergebnisse dieser Projekte zu erreichen.

Ein gutes Beispiel für nicht genutzte, gigantische Datensammlungen ist das Disease Management Programm Typ 2-Diabetes: Die Daten werden bislang nur in einem einzigen KV-Bereich systematisch evaluiert - ein Zustand, der auch aus ethischen Gründen nicht länger hinnehmbar ist.

Zu 7. Sprechende Medizin und Digitalisierung

Digitalisierung ist der Megatrend auch im Gesundheitsbereich! Big Data und E-Health verändern die Medizin gravierend. Die Zukunft auch der Angewandten Diabetologie ist die Personalisierte Medizin. Der Patient wird durch mobile Datenspeicher (heute noch „Wearables“ wie Smartphone, Tablets, Watch) zum Sammler aller für ihn und seine Gesundheitssituation relevanten Daten. Er ermöglicht also die „Personalisierte Medizin“ durch die ständige und vielfache Sammlung von ganz unterschiedlichen Daten zu seiner Lebensrealität. Die Interpretation der Datenflut für den konkreten Patienten entspricht übrigens auch der ursprünglichen Aufgabe von Evidence-Based-Medicine; sie stellt hohe Anforderungen an die Erfahrung und die Ausbildung des Arztes. Durch eine „intelligente“ Datenanalyse wird es dazu kommen, dass die individuellen Fakten des einzelnen Patienten mit den Daten einer großen Anzahl von Patienten abgeglichen werden. Dies ermöglicht es, online statistische Aussagen zu der Bedeutung der individuellen (Daten-)Situation machen zu können. Personalisierte Medizin ermöglicht somit Individualität anstelle von Durchschnitt und bietet dadurch die Option von angepassten Behandlungsstrategien. Die in Datenbanken gespeicherte wissenschaftliche Literatur wird zum konkreten Fall in Bezug gebracht und steht dem Arzt unmittelbar zur Verfügung. Dies kann zu einer höheren Sicherheit bei der Diagnostik und Therapie führen.

Der aufgeklärte Patient wird allerdings immer mehr zum „Gesundheitskunden“ und gestaltet

souverän sein persönliches Gesundheitsnetz! Der Arzt wird damit im medizinischen „Informationsdschungel“ zum Coach seines Patienten. Die Interaktion Arzt-Patient wandelt sich von der Aufklärung zur Erklärung! Es gilt dabei dafür zu sorgen, dass dem derzeit postulierten „mündigen Patienten“ dabei nicht zunehmend die Hoheit über seine Daten entzogen wird.

Die Versorgung von Diabetespatienten muss in der Regelversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen adäquat abgebildet werden. Bei den KVen muss der Entwicklung Rechnung getragen werden, dass als Folge der Digitalisierung die Personalisierte Medizin entsteht. In Zukunft wird der Diabetologe durch Big Data wesentlich bei Diagnose und Therapieentscheidung entlastet werden. Seine Haupttätigkeit wird die Interpretation von Patientendaten sein und das erklärende Coaching gegenüber seinen Patienten. Die Sprechende Medizin wird in Zukunft die Domäne des Diabetologen sein. Wir fordern deshalb die Förderung der Bedeutung der „Sprechenden Medizin“ in der Diabetologie. Dies muss sich sowohl in der ärztlichen Fortbildung als auch in der Gebührenordnung für Ärzte widerspiegeln! Die Gebührenordnung für Ärzte entwickelt sich zukünftig von der Einzelleistungsvergütung hin zur Vergütung von patientenrelevanten Ergebnissen. Es gilt dafür zu sorgen, dass die besonderen Anforderungen der „Sprechenden Medizin“ entsprechend honoriert werden!

Eine allzu große „Online-Hörigkeit“ birgt aber auch eine Gefahr, da sich nicht alle Lebensumstände in gesammelten Daten widerspiegeln. Es droht eine Verflachung der Lebenswirklichkeiten. Hier ist und bleibt die individuelle Interpretation der Ergebnisse durch einen erfahrenen Mediziner unentbehrlich. Die Big-Data-Analyse wird „den Arzt“ nicht einfach ablösen, sondern das Berufsbild des Arztes verändern, ihn sogar notwendiger machen. Es wird nicht mehr reichen, die Patienten einfach nur über ihre Erkrankung aufzuklären, der Arzt muss ihm die Krankheit und alle damit zusammenhängenden Aspekte erklären und interpretieren.

Der Patient, bzw. der zukünftige Gesundheitskunde, kann durch Online-Angebote und den freien Informationszugang auch Gesundheitsleistungen checken und vergleichen. Damit vergleicht er heute schon Ärzte ebenso wie Versicherungen, Reisen, Restaurants und Bankangebote! Während ein Patient bisher meistens in Richtung Krankheit, Symptome und Defizite schaut, geht der Blick in Zukunft wohl mehr in Richtung Gesundheit und Prävention. Er wird mit wachsender Selbstverständlichkeit erwarten, dass Produkte, Services und Empfehlungen individuell auf ihn abgestimmt sind. Er entwickelt sich von einem passiven Patienten zum aktiven Gesundheitskunden mit ausgeprägten eigenen Vorstellungen und Wünschen.

Gleichzeitig werden viele Menschen überfordert sein von der Masse und Komplexität der Angebote, so dass die Begleitung durch Ärzte an Bedeutung gewinnt. Patienten, die nicht aktiv in ihren Krankheits- und Gesundheitsprozess eingebunden sein wollen oder können, müssen durch den Arzt angesprochen werden. Die rasanten Fortschritte in der Medizin werden deshalb von vielen nicht nur als positiv wahrgenommen. Sowohl die sogenannte Molekulare Medizin als auch der Einzug neuer Technologien wie die künstliche Bauchspeicheldrüse oder der sich rasch entwickelnde Trend zu einer „Altersmedizin“, zwingen die Angewandte Diabetologie zum Um- und Weiterdenken. Bisher gibt es zu solchen Entwicklungen keine ausreichende Diskussion. Der Fortschritt muss schließlich auch als eine große Chance für die Patienten, aber auch für das Gesundheitswesen, begriffen werden und nicht nur als reiner Kostentreiber oder Dokumentations- und Fortbildungs-Overkill! Aber auch die Risiken müssen diskutiert und durch eine breite gesellschaftliche und eine gezielte fachliche Diskussion möglichst ausgeschlossen werden.

Ethische Fragen

Die zunehmende Digitalisierung und Technologisierung im Gesundheitsbereich darf nicht dazu führen, dass die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung zerstört wird. Gerade die Diabetesbehandlung lebt von einer guten Kommunikation zwischen Arzt/Diabetesteam und Patient. Die Chancen einer zunehmenden Nutzung von elektronischen Medien/Geräten durch die Patienten müssen geeignet begleitet werden. Die medizinische Betreuung der (mehrheitlich geriatrischen) Diabetespatienten wird in Zukunft mit Unterstützung von digitalen Medien (Telemedizin) geleistet. Es gilt dafür zu sorgen, dass das medizinischem Fachpersonal für die komplexe Betreuung multimorbider Menschen im Digitalzeitalter ausgebildet wird.

Von dieser Entwicklung werden allerdings aus ökonomischen und anderen Gründen Patienten ausgeschlossen: z.B. geriatrische Patienten, Menschen aus sozialschwachen Strukturen oder mit Migrationshintergrund. Gerade solche Patienten bedürfen weiterhin einer besonderen Zuwendung durch Ärzte und geeignet ausgebildetes medizinisches Personal, damit die Fortschritte in der Medizin nicht an ihnen vorbeigehen. An der Aufarbeitung dieser und ähnlicher ethischen Fragestellungen will die Angewandte Diabetologie angemessen beteiligt werden und auch selbst aktiv an der Erarbeitung eines digitalen Kodex in Deutschland mitarbeiten und diesen mitgestalten.

Datenstandards und Konnektivität

Der Trend zur Digitalisierung zeigt sich auch an den zahlreichen Gesetzen und Regulierungen der letzten Jahre. Die global operierenden IT-Unternehmen wie Google, Apple, IBM und andere arbeiten fieberhaft an neuen Kooperationen, auch mit Pharma- und Diagnostikfirmen, mit denen sich Patientendaten und Ergebnisse wissenschaftlicher Studien für die Betreuung von Patienten individualisiert und effizient nutzen lassen - dies verspricht Milliarden Gewinne! Daten, deren Analyse und ein effektives Daten-Management werden zu einer der größten Produktivkräfte im Gesundheitsmarkt.

Diese Entwicklung stellt auch die Angewandte Diabetologie vor erhebliche Herausforderungen. Neben der Heterogenität von Datentypen und -qualität sind dies vor allem Fragen nach Standards bei der Datenerhebung, -analyse, und -validierung sowie den geeigneten Informationsstrukturen. Erst die Etablierung von Standards durch die medizinischen/diabetologischen Fachgesellschaften und entsprechende Investitionen in die notwendige Infrastruktur ermöglichen die technischen Voraussetzungen für die Datenvernetzung auf allen Ebenen und in allen Regionen. Gefragt ist hier nicht nur die Politik! Auch die Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen, Apothekern und Krankenhäusern muss diese Notwendigkeit erkennen und sich von einer Innovationsbremse zu einem Innovationsbeschleuniger entwickeln, um die Chancen der Digitalisierung auch nutzen zu können. Die Verschleppung der Elektronischen Gesundheitskarte ist hierfür ein unrühmliches Beispiel.

Eine wesentliche Hürde für den weitreichenden und sinnvollen Einsatz von digitalisierten Innovationen im Gesundheitswesen ist die fehlende Kompatibilität (= Blockierung von

Datenaustausch, mangelnde Konnektivität) der Computerprogramme, die in den Praxen und Krankenhäusern genutzt wird. Eine Standardisierung der Schnittstellen ist deshalb dringend notwendig. Nur dadurch wird in Zukunft der Zugriff auf bereits vorhandene Daten möglich sein. Auch aus ökonomischen Gründen müssen Daten sinnvoll zusammengeführt, analysiert und ausgewertet werden.

Apps und Soziale Medien

Mittlerweile gibt es hunderttausende Gesundheits- und Medizin-Apps, mit stark steigender Tendenz. Keiner kann alle Apps kennen und beurteilen, dabei werden in Zukunft immer mehr Patienten ihre Ärzte mit solchen Apps konfrontieren. Viele der Diabetes-Apps verarbeiten und präsentieren Patientendaten in mehr oder weniger geeigneter Form. Kritisch und potentiell gefährlich wird es, wenn eine (schlechte) App Empfehlungen zu einer Therapieänderung gibt und damit in die ärztliche Therapiehoheit eingreift. Auch aus rechtlichen Aspekten (= Haftungsgründen) müssen im Prinzip alle therapieempfehlenden Apps eine Zulassung als Medizinprodukt haben. Bisher haben in der Realität nur die wenigsten Apps eine solche Zulassung. Es besteht Bedarf für eine Clearingstelle, die für das Diabetesteam Apps bewertet und im Einzelfall auch evaluiert. Schulung und Motivation zu Lebensstilveränderungen - Bereiche, die schon immer wesentliche Bestandteile der angewandten Diabetologie waren - lassen sich mit Hilfe von digitalen Medien (Apps, Onlineschulungen) effektiv durchführen und unterstützen.

Auch die Sozialen Medien sind inzwischen Alltags-Bestandteil vieler Patienten, sie helfen ihnen und ihren Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung. Es gibt aber Bedarf an einem „Lotsen“, denn angesichts der Vielfalt von Informationen (die nicht immer valide sind) ist Hilfestellung nötig bei der Suche nach seriösen und wissenschaftlich belegten medizinischen Ratschlägen und deren Interpretation. Die Angewandte Diabetologie muss eine passende Position in diesen Medien etablieren - simple Ignoranz führt hierbei nicht weiter. Die ungenügende Repräsentanz der Angewandten Diabetologie im Internet ist ein Schwachpunkt bei der Kommunikation mit den Patienten. Ärztliche Vertreter sind publizistisch ungenügend repräsentiert und ihre eher wenigen Arbeiten schwer im Netz und bei den Suchmaschinen auffindbar. Erst durch eine Verbesserung im Google-Ranking erhalten sie mehr Einfluss auch auf die medizinischen Verlage, Agenturen und Publikationsstellen der Industrie (Studien, Schulungsprogramme, Veranstaltungen etc.). Qualitätsorientierte Publikationen der Angewandten Diabetologen müssen für Kollegen und Patienten einfacher und damit rascher auffindbar und nutzbar werden.

Diabetes-Technologie und Telemedizin

Der sich rasch entwickelnde Forschungsbereich der Diabetes-Technologie umfasst neben allen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten auch Aspekte, die mit der Menge an Daten zu tun haben, die bei der Patientenbetreuung anfallen. Diabetesbehandlung ist (auch) eine Datenmanagement-Therapie, und ohne eine geeignete Handhabung und Analyse all

dieser Daten ist auf Dauer keine gute Diabetesbetreuung möglich. Die „Digitalisierung der Welt“ findet hier eine ganz konkrete und in ihrer Bedeutung nicht zu unterschätzende Rolle in der Diabetestherapie, insbesondere dann, wenn sie von den Betroffenen selber eingesetzt wird (s.o.). In Anbetracht der Komplexität moderner Insulinpumpen, CGM-Systeme und neuer Entwicklungen wie der künstlichen Bauchspeicheldrüse (Artificial Pancreas), sind neue Konzepte für die ärztliche Fortbildung, das Teamtraining und die Patientenschulung notwendig.

In der Patientenbetreuung werden zunehmend neue Technologien eingesetzt, wie z.B. telemedizinische Betreuungskonzepte. Dabei können mit Hilfe von telemedizinischen Assistenzsystemen ältere Menschen länger in ihrem vertrauten Wohn- und Lebensumfeld betreut werden, was mit erheblichen Kosteneinsparungen verbunden ist. Telemedizin kann nicht nur bei der Bewältigung des Ärztemangels, der jetzt schon existiert und sich massiv verstärken wird, in strukturschwachen, bevölkerungsarmen Teilen Deutschlands helfen, sondern auch in gut versorgten Gebieten dazu führen, dass nicht oder kaum noch mobile Patienten weiterhin gut betreut werden. Gleichzeitig passen klassische Arztbesuche weniger in die moderne Arbeitswelt und werden dadurch zunehmend schwieriger zu realisieren für die Patienten. Gute telemedizinische und Online-Angebote ermöglichen eine hochwertige Betreuung bei minimalem Zeiteinsatz. Manche Diabetes-Einrichtungen setzen heute schon erfolgreich telemedizinische Angebote ein, dabei fehlen zurzeit noch sinnvolle und flächendeckende Konzepte. Für eine erfolgreiche Umsetzung von Telemedizin gilt es, möglichst rasch eine Modifizierung des § 7 Abs. 3 der Musterberufsordnung für Ärzte zu erreichen, denn bisher ist Telemedizin in Deutschland durch den nicht flächendeckenden Breitbandausbau („schnelles Netz“) und das restriktive Fernbehandlungsgesetz weitgehend einschränkt. Dabei wird es ohne adäquate Finanzierung durch die Kostenträger nicht gelingen, Telemedizin in der Breite zu implementieren.

Diabetes und die demografische Entwicklung

Der Gesundheitsbegriff wandelt sich, auch außerhalb der Diabetologie, weg von einer Fokussierung auf Heilung hin zur Erhaltung der Alltagsfähigkeit. Viele ältere Menschen verzichten heute auf vollständige Heilung zugunsten ihres vordringlichen Wunsches, alltagstauglich zu bleiben und solange wie möglich zuhause leben zu können und nicht in ein Alters- oder gar Pflegeheim umziehen zu müssen. Eine altersgerechte Medizin mit dem Ziel, die Alltagsfähigkeit und Autonomie von Diabetespatienten so lange wie möglich zu erhalten, kann auf Vermeidung von Risiken für Mobilitäts- und Merkfähigkeitsstörungen fokussieren, um z.B. Hypoglykämien als massives Demenz- und Sturzrisiko zu vermeiden.

Daraus ergibt sich ein Paradigmenwandel auch in den Zielen der Diabetologie, vielleicht sogar eine Neufassung vieler Leitlinien und mit Sicherheit ein noch höheres Maß an Interdisziplinarität. Dies stellt nicht nur eine Herausforderung für die Angewandte Diabetologie dar, sondern auch die Fachgesellschaft Deutsche Diabetes-Gesellschaft sollte diesen Wandel berücksichtigen in ihren Zielen und Empfehlungen.

Der Diabetologe der Zukunft wird einen deutlich höheren Anteil an geriatrischen Patienten zu versorgen haben. Neben der Neustrukturierung und einheitlichen Ausbildung der Pflegeberufe in Krankenhaus, ambulanter und stationärer Pflege wird es auf Basis einer einheitlichen elektronischen Dokumentation Entscheidungshilfen für medizinisches

Fachpersonal geben. Es gilt, Pflegekonzepte zu entwickeln und umzusetzen, die auch in Zukunft eine geeignete Betreuung von alt gewordene Patienten mit Typ-1-Diabetes oder multimorbiden Patienten mit Typ-2-Diabetes mit einer Insulintherapie ermöglichen. Dies bedarf einer Qualifizierungsoffensive des betreuenden Pflegepersonals. Ein individualisiertes Diabetes- und Pflegemanagement auf wissenschaftlicher Grundlage muss in den diabetologischen Alltag implementiert werden.

Allein der Umfang dieser Ausführungen verdeutlicht die zukünftige Bedeutung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Wie ausgeführt macht diese Entwicklung auch vor der Vielzahl an geriatrischen, kognitiv eingeschränkten, immobilen oder finanziell schwachen Patienten nicht halt. Dabei sind es gerade diese, die zukünftig einen Großteil der Patienten ausmachen, die der Diabetologe zu betreuen hat. Gerade diese Patienten bedürfen einer besonderen Zuwendung: Der Arzt wird zum „Kümmerer und Problemlöser“. Im Sinne von „choose wisely“ muss dieser das Patientenwohl im Fokus haben, damit bei der Weiterentwicklung der Medizin diese Patienten nicht durch das soziale Netz fallen. Da diese Patienten keine Lobby im Gesundheitswesen haben und oftmals nur als Kostenfaktoren gesehen werden, fällt Ärzten und Patientenverbänden hier eine besondere Aufgabe zu.

Die Aufgaben, die auf die Angewandte Diabetologie im Zuge der Migrantenströme und der Flüchtlingsproblematik zukommen, können sicher zurzeit noch nicht vollständig abgeschätzt werden. Diese sehr heterogene neue Bevölkerungsgruppe stellt das Gesundheitssystem und damit auch die Diabetologie aber mit Sicherheit vor gewaltige Herausforderungen in den nächsten Jahren.

Zu 8. Schulung/Diabetesschwerpunktpraxis/Ergebnisqualität

Bei Diabetes ist eine Heilung nicht möglich, Patienten lernen deshalb in strukturierten Schulungskursen, wie sie eine gute Blutzuckereinstellung durch eigenständige Therapieanpassungen erreichen. Diese (Initial-)Schulung muss ergänzt werden durch regelmäßige Nachschulungen, Onlineschulung und Patientencoaching!

Onlineschulungen und Patientencoaching ergänzen die bestehenden strukturierten Schulungen. Neue Schulungskonzepte für Diabetes-Technologie (z.B. bei Nutzung einer künstlichen Bauchspeicheldrüse) müssen entwickelt und evaluiert werden. Es gilt, niederschwellige Schulungsangebote für Patienten mit kognitiven oder anderen Einschränkungen zu entwickeln.

Die ersten Schulungsprogramme für Patienten mit Diabetes wurden Mitte der 1980er-Jahre eingeführt, dies war zu jener Zeit eine echte Innovation. Ein Blick in die Zukunft zeigt jedoch, dass sich die Situation durch den medizinischen Fortschritt und den Wandel der medizinischen Berufe dramatisch verändert. Dazu kommt ein neues Selbstverständnis der Patienten, was nach neuen Ansätzen zu einer geeigneten Begleitung (= Coaching) verlangt, je nach Bedarf in fachlich/medizinischer und/oder psychologischer Hinsicht. Dabei wird dies unterstützt durch Apps oder telemedizinische Möglichkeiten. Die Limitationen der bestehenden Schulungsprogramme müssen durch individuelle, modulare Beratungen kompensiert und ergänzt werden. Neben die etablierten Gruppenschulungen wird eine individuelle Online-Schulung treten. Dabei muss die Angewandte Diabetologie die Vorgaben für Inhalte und Didaktik liefern und die Qualitätskriterien für die konkrete Umsetzung und Evaluierung solch moderner Schulungsansätze festlegen.

Die bisherige Behandlungs- und Schulungssystematik - sowie die Gesetzgebung - gehen dabei von dem Idealbild eines „mündigen“ Patienten aus: Jeder Mensch mit einer Erkrankung hat ein Interesse, aber auch die Fähigkeit, seine Erkrankung möglichst selbstverantwortlich zu managen und seine Gesundheit zu fördern und zu erhalten.

Dies trifft allerdings auf eine Vielzahl von Diabetespatienten nicht zu, was einerseits an deren eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten liegen kann, die eine Umsetzung der Schulungsinhalte durch diese nicht zulassen, andererseits an einer unzureichenden Einsicht und an mangelnder Motivation. Es gilt, solche Patientengruppe u.a. durch entsprechende Verordnungen und Maßnahmen des Gesetzgebers und der Krankenkassen darin zu unterstützen, sich mehr mit ihrer Erkrankung auseinander zu setzen, z.B. durch Anreizsysteme oder Bonus/Malus-Systeme.

Die Bedeutung der Diabetesschwerpunktpraxis

Diabetes mellitus ist kein „Zuckerschlecken“, sondern eine schwere Erkrankung mit ernsthaften Folgekomplikationen, die den gesamten Körper betreffen und mit einem hohen Leidensdruck für die Patienten verbunden sind. Diabetespatienten versterben nicht nur vorzeitig, sind scheidet auch vorzeitig aus dem Arbeitsleben aus. Eine normnahe Blutzuckerkontrolle kann Folgeerkrankungen verhindern bzw. zumindest hinauszuzögern.

Die Heterogenität der Patientenkollektive, die in einer DSP betreut werden, erfordert individuelle Behandlungskonzepte. Patienten mit Typ-1-Diabetes müssen besonders zu Beginn ihrer Erkrankung intensiv betreut werden, um mit der Erkrankung für den Rest ihres Lebens zurechtzukommen. In strukturierten Schulungskursen lernen sie, die Insulindosierung selbstständig an den aktuellen Bedarf anzupassen, sie agieren als ihr eigener Therapeut. In regelmäßigen Arzt-Patientengesprächen wird besprochen, ob und wie die Patienten ihre Therapie optimieren müssen. Dabei kann anhand eines Langzeitmarkers für die Stoffwechselkontrolle (HbA1c-Wert) überprüft werden ob dies notwendig ist oder nicht. Bei Patienten mit Typ-2-Diabetes liegt das Augenmerk zu Beginn ihrer Erkrankung auf Lebensstiländerungen, so wird durch mehr körperliche Bewegung die Wirksamkeit des körpereigenen Insulins erhöht, und es gibt noch keinen Bedarf an antidiabetischen Medikamenten. Wenn dadurch keine ausreichende Stoffwechselkontrolle mehr erreicht werden kann, müssen orale Antidiabetika eingesetzt werden, im Endeffekt wird eine Insulintherapie notwendig. Schwangere Patientinnen mit einem Gestationsdiabetes werden engmaschig betreut, denn sie tragen nicht nur die Verantwortung für sich, sondern auch für das ungeborene Kind. Kinder und besonders Jugendliche während der Pubertät benötigen viel begleitende Unterstützung, um eine ausreichende Aufmerksamkeit für die Krankheitsbewältigung zu erreichen, damit die Gefahr von Hypoglykämien und schlechter Stoffwechselkontrolle vermieden wird. Zunehmend kommen Menschen mit Migrationshintergrund in die DSPen, und die Diabetes-Teams müssen sich auf andere ethnische und kulturelle Lebensgewohnheiten einstellen.

Bei einer chronischen Erkrankung wie Diabetes begleitet der Diabetologe / das Diabetes-Team den Patienten bei all seinen Lebensschritten: Kinder kommen in die Schule, junge Menschen steigen ins Berufsleben ein, Frauen planen ihre Schwangerschaft und müssen in der Stillzeit ihren Diabetes managen, Patienten kommen ins Rentenalter und werden

dement; es gilt die Komplexität der Diabetestherapie unter all diesen Alltagsbedingungen zu „managen“.

Für all diese verschiedenen Patientengruppen und Anforderungssituationen stellen die DSPen angepasste Behandlungskonzepte bereit. In diesem Sinne ist der Diabetologe mehr als nur ein Dienstleiter seiner Patienten: Er agiert wie ein Coach, der neben der medizinischen Behandlung (Diagnostik und Therapie), seine Patienten durch deren Lebensalltag begleitet, häufig über viele Jahre. Er lotst sie durch das Gesundheitssystem.

Die beschriebenen Aufgaben sind komplex und zeitintensiv und nicht mit dem Griff zum Rezeptblock erledigt. Aktuell ist die Diabetologie nicht im EBM abgebildet, außerhalb von DMPs wird der Aufwand nicht honoriert. Hinzu kommt, dass Ärzte, die eine DSP als wohnortnahe Facharztpraxis betreiben, zumindest partiell auch hausärztliche Aufgaben wahrnehmen, was im Sinne der Diabetespatienten mit ihren vielfältigen und oft schweren Folgeerkrankungen sinnvoll ist. In Zukunft wird dies, je nach Versorgungssituation und bedingt durch den Mangel an Hausärzten und/oder Diabetologen, noch ausgeprägter erfolgen.

Deshalb muss für die Weiterbildung zum Diabetologen eine Ausbildungsvergütung analog der Unterstützung im Rahmen der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zur Verfügung gestellt würde. Alternativ sollte es für die Ausbildung eine Unterstützung durch andere Quellen geben. Ansonsten ist eine adäquate Honorierung der auszubildenden Ärzte auf Grund der begrenzten Fallzahlsteigerungen im KV-Abrechnungssystem nicht möglich.

Ergebnisqualität

Ein erhebliches Manko der Angewandten Diabetologie ist der fehlende Nachweis der Ergebnisqualität. Um diese Situation zu ändern gilt es, aus der Praxis der Diabetologie heraus Studien/Untersuchungen aufzusetzen, bevor eine Institution wie das neue IQTiG (Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen) dies „von außen“ tut. Durch die Etablierung einer entsprechenden Arbeitsgruppe innerhalb der Fachgesellschaft DDG sollten Menschen mit entsprechenden Kompetenzen zusammengebracht werden. Begleitend dazu müssen Analysen der realen Behandlungssituation durchgeführt werden, um geeignete weitergehende Belege für bestehende und neue Therapieansätze zu liefern. Neben Laborparametern wie dem HbA1c als Beleg für eine bessere Stoffwechselkontrolle sind es auch Aspekte wie eine Reduktion der Häufigkeit von akuten Stoffwechselentgleisungen (Hypo- oder Hyperglykämien) sowie Lebensqualitätsparameter, die bei der Bewertung der Ergebnisqualität zu berücksichtigen sind.

Bei Diabetes mellitus ist eine Heilung im eigentlichen Sinn nicht möglich. Patienten mit Diabetes lernen deshalb in strukturierten Schulungskursen, wie sie selbstständig ihre Therapie an den aktuellen Bedarf anpassen können um ihren Stoffwechsel möglichst optimal zu kontrollieren. Grundsätzlich sollte für alle Patienten nach der Diabetesdiagnose eine Verpflichtung zu Teilnahme an einer strukturierten Initial-Schulung bestehen.

Zu 9. Datenschutz

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Diabetologie müssen durch die Politik verbessert werden, z.B. durch einen Datenschutz mit Augenmaß oder den Ausbau der Kommunikationsstrukturen.

Extrem wichtig ist in diesem Zusammenhang ein geeigneter Datenschutz, sowohl im lokalen, im deutschen, im europäischen und auch im globalen Zusammenhang. Durch entsprechende Gesetzgebung muss Rechtssicherheit erreicht werden. Die Auslagerung von Daten in Clouds verlangt nach Initiativen wie das Label „Trusted Cloud“ der Bundesregierung (oder vergleichbar hoch zertifizierte Label). Bei Datenanalysen ist eine strikte Anonymisierung und Pseudonymisierung personenbezogener Daten unabdingbar.

Gleichzeitig muss eine gesellschaftspolitische Diskussion klären, wer Eigentümer von personenbezogenen medizinischen Daten ist. Folgt man den aktuellen Umfragen, ist das rigide Datenschutzdenken vieler Verbraucherschutzverbände, Politiker, aber auch Ärztfunktionäre ein Relikt aus den 1980er Jahren und entspricht nicht mehr den neuen, mehr am Nützlichkeitsdenken orientierten Vorstellungen der Bürger und Patienten. Persönliche Daten von Patienten sind und bleiben deren Eigentum und nicht Daten desjenigen, der sie verwaltet. Der Arzt kann Treuhänder dieser Daten sein, was sinnvoll ist bei Patientengruppen, die aufgrund ihrer Umstände (Schwere der Erkrankung, keine Angehörigen, Alter, schichtenspezifisches desinteressiertes Verhalten) keine adäquate Entscheidung treffen können oder wollen. Damit differenziert sich der Arzt gegenüber kommerziellen Anbietern. Die Gesellschaft benötigt Spielregeln für den Umgang mit persönlichen Daten. An dieser Diskussion muss die Angewandte Diabetologie aktiv beteiligt werden!

Zu 10. Bündelung der Aktivitäten

Die Kräfte und Aktivitäten aller Akteure in der Angewandten Diabetologie müssen gebündelt werden, um mit der gemeinsamen Kraft einen abgestimmten Maßnahmenkatalog aufzustellen und umzusetzen.

Deshalb wendet sich die Düsseldorfer Resolution 2025 an alle Akteure in der sogenannten Diabetesszene, d.h. an alle Ärztinnen und Ärzte, die in der Diabetesversorgung aktiv sind, sei es in Praxis oder Klinik, an ihre Teams, hier vor allem an die Diabetesberaterinnen, an die Fachgesellschaft Deutsche Diabetes-Gesellschaft, an die in einer breiten Öffentlichkeit stehenden Organisation diabetesDE, an die berufspolitischen Diabetes-Organisationen, an die Patientenorganisationen, aber auch an alle angrenzenden Berufs- und Fachgruppen, die sich interdisziplinär mit Diabetes beschäftigen. Darüber hinaus adressieren wir uns an die Selbstverwaltung von Ärzten, Apothekern und Krankenkassen im Gesundheitswesen, an Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung und an die Hausärzte.

Die Resolution stellt nur den ersten Schritt dar. Noch in diesem Jahr soll mit den oben genannten Personen und Organisationen das weitere, strategisch abgestimmte Vorgehen besprochen werden. Das Ziel heißt: Die Diabetikerversorgung in Deutschland muss zukunftsfest gemacht werden!

Düsseldorf, 6. November 2015