

Online-Pressekonferenz des Verbands der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in
Deutschland e.V. (VDBD)

**Gesundheit für alle?!
Wie schaffen wir mehr Gesundheitsgerechtigkeit in
Deutschland?**

Termin: Mittwoch, den 18. September 2024, 11 bis 12 Uhr

Anmeldung: <https://attendee.gotowebinar.com/register/6411583695786004058>

Themen und Referierende:

**Forschen für mehr Gesundheitsgerechtigkeit: Impulse für ein gleichberechtigtes
Gesundheitswesen – am Beispiel Diabetes mellitus und Adipositas**

Professorin Dr. habil. Claudia Luck-Sikorski

Lehrstuhl für Psychische Gesundheit und Psychotherapie, Präsidentin der SRH Hochschule
für Gesundheit GmbH, Gera

**Über 8 Millionen Menschen mit Diabetes in Deutschland – sind alle gleich gut
versorgt? Ein Erfahrungsbericht aus der Diabetesberatung**

Kathrin Boehm

Diabetesberaterin DDG und Vorsitzende des VDBD, Bad Mergentheim

**Kombi-Pack Krankenhausreform und Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz:
Fort- oder Rückschritt für die Versorgung von Menschen mit Diabetes?**

Dr. Gottlobe Fabisch

Geschäftsführerin des VDBD, Berlin

**„Health in all policies“: Wie Präventionsketten mehr Chancengleichheit in der
Gesundheitsversorgung schaffen**

Stefan Bräunling

Leiter der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit,
Berlin

Moderation: Christina Seddig, Pressestelle VDBD, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Christina Seddig

Pressestelle

Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD)

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel: 0711 8931- 652

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: seddig@medizinkommunikation.org

PRESSEMITTEILUNG

Schaffen die Gesundheitsreformen auch Gesundheit für alle?

VDBD fordert mehr Gesundheitsgerechtigkeit für Menschen mit Diabetes

Berlin, 18. September 2024 – Über 14 Millionen Menschen in Deutschland leben in Armut und haben oft einen schlechteren Zugang zu medizinischer Versorgung, gesunder Ernährung und sauberer Umwelt. Zahlen belegen, dass sie deutlich häufiger an chronischen Erkrankungen wie Diabetes Typ 2 und Adipositas leiden.^{1/2} Gelingt es mit den Gesundheitsreformen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), die Weichen neu zu stellen und die medizinische Versorgung – insbesondere bei chronisch Erkrankten – gerechter zu gestalten? Oder verstärken die Reformen Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung? Auf der Online-Pressekonferenz des Verbands der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) diskutieren Expert:innen, wie eine flächendeckende Versorgung von über 8 Millionen Menschen mit Diabetes erreicht werden und kommunale Strukturen zur Verbesserung beitragen können.

Der Unterschied in der Lebenserwartung von einkommensschwachen Männern und einkommensstarken Frauen beträgt je nach Studie bis zu 15 Jahre.³ Das liegt neben dem Geschlechterunterschied auch daran, dass chronische Erkrankungen, die oft die Lebenserwartung reduzieren, häufiger bei Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status vorkommen: „Diabetes ist bei Frauen mit niedrigem Bildungsstatus etwa dreimal höher als in der oberen Bildungsgruppe. Gleiches gilt für Adipositas, einem der größten Risikofaktoren für Diabetes mellitus“, so Professorin Dr. habil. Claudia Luck-Sikorski, Präsidentin der SRH Hochschule für Gesundheit in Gera. „Diese Erkenntnisse müssen wir nutzen, um mehr Gesundheitsgerechtigkeit unabhängig vom sozio-ökonomischen Status im Bereich Adipositas und Diabetes zu erreichen.“

Flächendeckende Versorgungsstrukturen bedroht – Beispiel Diabetes

Besonders bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus ist der Zugang zur medizinischen Versorgung entscheidend – für Lebensqualität und -erwartung. Da immer mehr Menschen an Diabetes Typ 2 erkranken, sollte das Ziel sein, die flächendeckende Diabetesversorgung zu stärken. „In den derzeitigen Entwürfen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) und des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) ist jedoch das Gegenteil der Fall. In beiden Gesetzen werden Diabetologie und Diabetesberatung strukturell und finanziell nicht angemessen berücksichtigt“, kritisiert VDBD-Geschäftsführerin Dr. Gottlobe Fabisch. Bewährte Versorgungseinheiten, wie diabetologische Fachkliniken, fallen beim KHVVG bislang komplett aus dem Raster der Leistungsgruppen. In der ambulanten Versorgung sieht das GVSG für Hausärzt:innen Entlastungen vor, beispielsweise die Einführung von Jahrespauschalen, die aber für diabetologische Schwerpunktpraxen bedeuten, dass bislang vergütete Leistungen nicht mehr erstattet würden. „Werden Diabetologie und Diabetesberatung in den jeweiligen Gesetzen weiter ignoriert, drohen bewährte Versorgungsstrukturen wegzubrechen und damit eine schlechtere Versorgung für Menschen mit Diabetes“, mahnt Fabisch. „Zudem würde sich das bereits bestehende Gefälle zwischen Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum und in der Stadt verschärfen – ein besorgniserregender Ausblick für strukturelle Gesundheitsgerechtigkeit und für chronisch kranke Menschen mit Diabetes.“

Diabetesberatung ist ein wichtiges Fundament für Gesundheitskompetenz

Von diesen drohenden Kürzungen wären auch Diabetesberater:innen betroffen. „In ihrer ambulanten sowie stationären Tätigkeit schulen und unterstützen sie Betroffene darin, sich mit ihrer Stoffwechselerkrankung vertraut zu machen und selbstwirksam damit umzugehen, was wiederum eine bessere Krankheitsprognose und Lebenserwartung zur Folge hat“, so VDBD-Vorsitzende Kathrin Boehm. Das kommt vor allem Menschen zugute, die aus sprachlichen, kulturellen oder sozioökonomischen Gründen über wenig Gesundheitskompetenz verfügen. Sowohl die International Diabetes Federation (IDF) als auch die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) „Strukturierte Diabetes-Schulungsprogramme“ der DDG betonen, dass jeder Mensch mit Diabetes mellitus ein Recht auf Schulungen hat, die idealerweise unmittelbar nach der Diagnosestellung und im Verlauf der Erkrankung angeboten werden. „Es sollte im Sinne einer gleichberechtigten gesundheitlichen Aufklärung jeder Mensch mit Diabetes die Möglichkeit haben, eine Diabetesberatung in Anspruch zu nehmen, um seine oder ihre Gesundheitskompetenz zu stärken und damit den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen“, erklärt Boehm. Das wiederum trage zu mehr Gesundheitsgerechtigkeit bei.

Mehr „Health in All Policies“-Strategien, weniger unwirksame Einzelprojekte!

Es ist schon seit Jahrzehnten bekannt, dass neben individuellen verhaltenspräventiven Maßnahmen auch verhältnispräventive – also gesamtgesellschaftliche – Maßnahmen notwendig sind, um Gesundheit nachhaltig in die Bevölkerung zu bringen. Grundlage ist der sogenannte „Health in All Policies“-Ansatz der Weltgesundheitsorganisation WHO – eine ressort-, politikfeld- und berufsübergreifende Zusammenarbeit, in der Gesundheit als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden und gefördert wird.

Stefan Bräunling, Leiter der Geschäftsstelle des bundesweiten Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, stellt auf der VDBD-Presskonferenz die so genannten „Präventionsketten“ vor. Diese sind integrierte kommunale Gesamtstrategien, die die vielfältigen Gesundheitsangebote aufeinander abstimmen. „Hier vernetzen sich Fachämter, Institutionen, zivilgesellschaftliche Akteure und Patient:innen miteinander, um Beratung, Förderung und Versorgung effizienter und zielgerichteter zu gestalten“, führt Bräunling aus. Von niederschweligen, gut erreichbaren Angeboten können auch Menschen mit Diabetes profitieren – insbesondere mit niedrigem sozioökonomischem Status. „Bestenfalls werden diese Menschen aktiv – auch von Diabetesberater:innen – aufgesucht, über gesundheitliche Themen aufgeklärt und individuell beraten. Ein Konzept, das sich regional bewährt hat – wenn alle an einem Strang ziehen“, so Bräunling.

Auf der Online-Presskonferenz des VDBD am 18. September 2024 berichten die Expert:innen, wie aus ihrer Sicht eine tragfähige Gesundheitsversorgung bei Volkskrankheiten wie Diabetes aussehen muss, welche Maßnahmen zu mehr Gesundheitsgerechtigkeit in der Diabetesversorgung ergriffen werden müssen und welche kommunalen Strukturen dabei helfen könnten.

Literatur:

¹Heidemann C, Scheidt-Nave C, (...), Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring · 2021 6(3) DOI 10.25646/8456

²Schienkiewitz A, Kuhnert R, Blume M, Mensink G. Overweight and obesity among adults in Germany – Results from GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring. 2022 7(3), DOI 10.25646/10293

³Robert-Koch-Institut (2014). GBE Kompakt. Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. 2/2014. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownload/K/2014_2_soziale_unterschiede.pdf?](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownload/K/2014_2_soziale_unterschiede.pdf?__blob=publicationFile) Abgerufen am 14.08.2024

Positionspapiere des VDBD:

[Positionspapier: Diabetesberatung – eine übersehene Ressource in der Krankenhausreform](#)

[Positionspapier zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz \(KHVVG\)](#)

[Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz \(GVSG\) - VDBD appelliert:
Reformen zusammen denken und ambulante Versorgung stärken!](#)

Über den Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e. V. (VDBD):

Als Verband der Diabetesberatungs- und Schulungskräfte VDBD stärken wir das Berufsbild der Diabetesfachkräfte im Gesundheitswesen und vertreten die Interessen unserer Mitglieder. Evidenzbasierte Diabetesschulung und -beratung hat zum Ziel, Menschen mit Diabetes zu befähigen, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten und ihre Lebensqualität nachhaltig zu verbessern. Dabei unterstützen und begleiten Diabetesfachkräfte sie aktiv, alltagstaugliche Lösungen zu finden, ihre Gesundheitskompetenz zu stärken und ihr Selbstmanagement der chronischen Erkrankung zu optimieren.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e. V. (VDBD)
Ria Grosse (Redaktion)
Habersaathstr. 31
10115 Berlin
Tel.: +49 30 847122-495
E-Mail: redaktion@vdbd.de
www.vdbd.de
www.vdbd-akademie.de

Thieme Communications
Christina Seddig
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: +49 711 8931-652
Fax: +49 711 8931-167
E-Mail: seddig@medizinkommunikation.org

STATEMENT

Forschen für mehr Gesundheitsgerechtigkeit: Impulse für ein gleichberechtigtes Gesundheitswesen am Beispiel Adipositas und Diabetes mellitus

Professorin Dr. habil. Claudia Luck-Sikorski

Lehrstuhl für Psychische Gesundheit und Psychotherapie, Präsidentin der SRH Hochschule für Gesundheit GmbH, Gera

Menschen, die in Deutschland geboren werden, haben nicht alle die gleiche Lebenserwartung. Das Geburtsjahr ist für die Lebenserwartung eines Menschen weniger relevant als eine Vielzahl von Faktoren, über die wir heute in dieser Pressekonferenz sprechen. Letztes Jahr betrug die durchschnittliche Lebenserwartung von Kindern, die im Jahr 2023 geboren wurden, für Jungen 78,3 Jahre und für Mädchen 83,1 Jahre. Man sieht also sofort: Schon zur Geburt unterscheidet sich die Lebenserwartung von Menschen substantziell. Dieser Unterschied hat nicht nur mit Genetik zu tun. Auch der Altersunterschied von Männern und Frauen speist sich aus weiteren Faktoren, auf die ich im Folgenden eingehen möchte.

Gesundheitsgerechtigkeit würde bedeuten, dass Menschen – unabhängig von ihrem sozialen Status, ihrem Wohnort, ihrer Herkunft oder ihrem Einkommen – die gleichen Chancen auf ein gesundes Leben haben sollten. Leider sehen wir in der Realität große Unterschiede. Menschen, die in Armut leben, haben oft schlechteren Zugang zu medizinischer Versorgung, gesünderer Ernährung und sauberer Umwelt. Sie leiden häufiger an chronischen Krankheiten und haben eine geringere Lebenserwartung.

Der Unterschied in der Lebenserwartung von einkommensschwachen Männern und einkommensstarken Frauen beträgt je nach Studie bis zu 15 Jahre (Robert Koch-Institut, 2014). Eine aktuelle Studie untersucht in diesem Zusammenhang die Entwicklung dieses Unterschieds von 2003 bis 2021 (Tetzlaff et al., 2024). In Deutschland liegen keine sozioökonomischen Merkmale von Verstorbenen vor, sodass die Autor*innen Regionen in Deutschland hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Stärke unterteilten. Variablen, die eingingen, um diese Unterteilung vorzunehmen, waren beispielsweise durchschnittliches Einkommen, Arbeitslosenquote sowie Bildung. Die Daten zeigen, dass besonders während der COVID-Pandemie der Sterblichkeitsunterschied deutlicher anstieg als in den Vorjahren. Haupttreiber der Unterschiede in der Sterblichkeit waren kardiovaskuläre Erkrankungen und Krebserkrankungen.

In der Forschung werden verschiedene Erklärungsansätze diskutiert, die diesen Unterschied aufzeigen:

Eingeschränkter Zugang zu Gesundheitsversorgung: Menschen mit niedrigem Einkommen haben oft schlechteren Zugang zu medizinischer Versorgung. Dies kann daran liegen, dass sie in Gebieten mit schlechter medizinischer Infrastruktur leben oder es ihnen an Informationen über Gesundheitsdienste mangelt.

Schlechtere Lebensbedingungen: Arme Menschen leben oft in Umgebungen, die gesundheitsschädlich sind. Dies kann unsichere und überfüllte Wohnverhältnisse, mangelnde sanitäre Einrichtungen, Luft- und Wasserverschmutzung und eine höhere Kriminalitätsrate einschließen. Diese Umstände erhöhen das Risiko für eine Vielzahl von Krankheiten, von Atemwegserkrankungen bis hin zu psychischen Erkrankungen.

Geringere Bildung: Bildung ist ein wichtiger Faktor für Gesundheit. Menschen mit höherem Bildungsniveau haben tendenziell ein besseres Verständnis für gesundheitliche Risiken und sind besser in der Lage, Zugang zu Hilfsangeboten zu finden.

Ungleichheiten in der Arbeitswelt: Menschen in Armut arbeiten oft in unsicheren, gefährlichen oder körperlich belastenden Berufen. Diese Arbeitsbedingungen erhöhen das Risiko für Arbeitsunfälle, chronische Schmerzen und stressbedingte Krankheiten, zum Beispiel durch Schichtarbeit.

Psychischer Stress: Armut bringt oft erheblichen psychischen Stress mit sich, der durch Unsicherheit in Bezug auf Wohnung, Arbeit und Zugang zu grundlegenden Ressourcen wie Nahrung und Gesundheitsversorgung verursacht wird. Chronischer Stress hat weitreichende Auswirkungen auf die Gesundheit, einschließlich eines erhöhten Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depressionen und andere psychische Erkrankungen.

Ernährung und Bewegung: Geringes Einkommen ist oft mit schlechter Ernährung verbunden. Frisches Obst und Gemüse, mageres Fleisch und gesunde Lebensmittel sind oft teurer und schwerer zugänglich als verarbeitete, ungesunde Lebensmittel. Gleichzeitig haben arme Menschen häufig weniger Zugang zu sicheren Orten für körperliche Aktivität, was das Risiko für Fettleibigkeit, Diabetes und Herzerkrankungen erhöht.

Die genannten Aspekte sind auch im Bereich Adipositas und Diabetes mellitus von größter Bedeutung. So ist zum Beispiel Diabetes bei Frauen mit niedrigem Bildungsstatus circa 3-mal so hoch im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe (Heidemann et al., 2021). Gleiches gilt für Adipositas, einer der größten Risikofaktoren für Diabetes mellitus. Die Häufigkeit von Adipositas ist in den niedrigeren sozioökonomischen Schichten ungefähr doppelt so hoch wie in den höheren Schichten (Schienkiewitz et al., 2022). Auch die Prävalenz von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen wird vom Status beeinflusst. Sie stieg von 2003 bis 2006 nur in Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status auf 25,5 Prozent (Hoebel et al., 2022).

Mehrere Studien untermauern die Relevanz der genannten Mechanismen auch in diesen Krankheitsbildern. Die Erkenntnisse der Studien lassen sich jetzt schon nutzen, um mehr Gesundheitsgerechtigkeit unabhängig vom sozioökonomischen Status im Bereich Adipositas und Diabetes zu erreichen:

- Berücksichtigung von Lebensmittelpreisen und politischer Mut zu Steuerentscheidungen, da bekannt ist, dass hochwertigere Ernährung tendenziell mit höheren Kosten verbunden ist.
- Zielgruppenspezifische Ansprache: Sowohl bei Geschlechtsunterschieden als auch bei Unterschieden im Bildungsgrad von Patient*innen braucht es passgenaue Ansprache, aber auch passgenaue Therapieangebote.
- Anerkennung sozialer Unterschiede und Fokus auf vulnerable Gruppen, anstatt Kostendiskussionen aufgrund hoher Prävalenzen und Therapiekosten fürs Gesundheitssystem zu führen.

Menschen mit Adipositas und/oder Diabetes mellitus suchen sich ihre Erkrankung nicht aus. Die Erkrankungen sind multifaktoriell und betreffen überzufällig häufig Menschen, die aufgrund von Nachteilen im Leben besonderen Schutz, auch den des Gesundheitssystems, verdient haben.

Quellenangaben:

Heidemann C, Scheidt-Nave C et al. Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2021; 6(3), DOI 10.25646/8456

Hoebel J, Waldhauer J, Blume M, Schienkiewitz A. Socioeconomic Status, Overweight, and Obesity in Childhood and Adolescence – Secular Trends From the Nationwide German Kiggs Study. *Dtsch Arztebl Int*, 2022 Dec 9;119(49):839-845. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0326

Kabisch S, Wenschuh S, Pfeiffer A et al. Affordability of Different Isocaloric Healthy Diets in Germany – An Assessment of Food Prices for Seven Distinct Food Patterns. *Nutrients* 2021, 13(9):3037. <https://doi.org/10.3390/nu13093037>

Robert Koch-Institut (2014). GBE Kompakt. Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. 2/2014. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf?blob=publicationFile, abgerufen am 14.08.2024

Schienkiewitz A, Kuhnert R, Blume M, Mensink G. Overweight and obesity among adults in Germany – Results from GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2022; 7(3):21-28, DOI 10.25646/10293

Tetzlaff F, Sauerberg M, Grigoriev P, Hoebel J et al. Age-specific and cause-specific mortality contributions to the socioeconomic gap in life expectancy in Germany, 2003–21: an ecological study. *Lancet Public Health* 2024;9(5): e295-305

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2024

STATEMENT

Über 8 Millionen Menschen mit Diabetes in Deutschland – sind alle gleich gut versorgt?

Kathrin Boehm

Diabetesberaterin DDG und Vorsitzende des VDBD, Bad Mergentheim

Mit der Entwicklung der Schulungsprogramme für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 wurde vor 40 Jahren die Weiterbildung „Diabetesberater*in“ [1] durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) erstmalig angeboten. Infolge der Einführung des „Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ haben sich 2002 strukturierte Behandlungsprogramme, die Disease-Management-Programme (DMP) 2002 für Typ-2-Diabetes und 2004 für Typ-1-Diabetes, entwickelt [2]. Sie definieren die Patientenschulung als integralen Bestandteil der Diabetestherapie.

Seitdem sind Diabetesberater*innen als Strukturmerkmal in allen Bundesländern fest in den Verträgen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) [3] verankert und die mittlerweile rund 1.100 Diabetes-Schwerpunktpraxen [4] sind verpflichtet, eine/-n Diabetesberater*in vorzuhalten. In den KV-Verträgen wird festgelegt, dass alle teilnehmenden Versicherten Zugang zu strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungs- und Behandlungsprogrammen erhalten sollen, sofern sie nicht bereits in den letzten zwei Jahren an einem ähnlichen Programm teilgenommen haben. Patientenschulungen zielen darauf ab, Versicherte besser auf den Krankheitsverlauf vorzubereiten und informierte Entscheidungen zu ermöglichen. Dabei wird stets der aktuelle Schulungsstand der Patient*innen berücksichtigt. Ende 2023 waren 269.051 Personen im DMP Diabetes Typ 1 und 4.495.887 Personen im DMP Diabetes Typ 2 eingeschrieben [5].

Die International Diabetes Federation (IDF), eine gemeinnützige Dachorganisation von über 240 nationalen Diabetesverbänden in 161 Ländern, berichtete in ihrem Atlas (2021), dass 10,5 Prozent der erwachsenen Bevölkerung (20–79 Jahre) an Diabetes leiden, wobei fast die Hälfte dieser Menschen sich ihrer Krankheit nicht bewusst ist [6]. Sowohl die IDF als auch die Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) „Diabetes – Strukturierte Schulungsprogramme“ der DDG aus dem Jahr 2013 betonen, dass jeder Mensch mit Diabetes mellitus ein Recht auf Schulungen hat, die idealerweise unmittelbar nach der Diagnosestellung und im Verlauf der Erkrankung angeboten werden sollen. Die Auswirkungen von Diabetes können durch präventive Maßnahmen gegen Typ-2-Diabetes verringert werden.

Patientenschulungen gehören zur Kernkompetenz von Diabetesberater*innen. Diese verfügen über eine einjährige berufsbegleitende Weiterbildung, welche sie befähigt, ärztlich delegierbare Leistungen selbstständig und leitlinienorientiert auszuführen. Auf der Grundlage einer partizipativen Entscheidungsfindung berücksichtigen sie entwicklungs- und altersspezifische besondere Verlaufsdynamiken von Menschen mit Diabetes. Sie erfassen die individuellen Selbstmanagementfähigkeiten von Betroffenen für die Auswahlkriterien von Hilfsmitteln und Materialien für die Therapie. Diabetesberater*innen sind Ansprechpartner*in und Therapiebegleiter*in ab der Diagnosestellung bei Kleinkindern, deren Eltern und weiteren Bezugspersonen, zum Beispiel Erzieher*innen bis hin zu geriatrischen Patient*innen und deren Betreuungspersonen, unter anderem in Pflegeeinrichtungen.

Durch ihre Tätigkeit als Schulungsexpert*innen und Therapiebegleiter*innen tragen Diabetesberater*innen zur Gesundheitsgerechtigkeit bei. Patientenschulungen und -beratungen stärken die Gesundheitskompetenz und haben – im Falle von Diabetes Typ 2 – einen gesünderen Lebensstil zum Ziel. Eine besondere Rolle haben Diabetesberater*innen in der temporären Begleitung von Schwangeren mit der Diagnose Gestationsdiabetes während der Schwangerschaft. Gerade hier steigt durch vermehrte Screening-Maßnahmen die Prävalenz, vor allem auch bei Migrantinnen.

Diabetes mellitus als chronische Erkrankung stellt für die Betroffenen eine 24/7-Herausforderung dar. Die Anforderungen des Alltags, wie die Auswirkungen von Essen, Bewegung und situativem Stress auf die Stoffwechsellage, erfordern ständige Therapieentscheidungen. Hier sind spezifische strukturierte Schulungsprogramme ein essenzieller Baustein für eine erfolgreiche Therapieadhärenz. Das Schulungsangebot von Diabetes-Schwerpunktpraxen durch Diabetesberater*innen ist auch als Online-Videoschulung möglich.

Eine weitere Kernkompetenz von Diabetesberater*innen liegt im Bereich der Diabetestechnologien und Digitalisierung. Die Therapie von Typ-1-Diabetes, insbesondere bei Kindern, wird zunehmend durch den Einsatz von Insulinpumpen, AID-Systemen und Glukosesensoren technisiert. Hier ist die Digitalisierung eine klare Verbesserung der Versorgungsqualität. Jede Technik ist aber nur so gut wie seine Nutzer*inn. Diabetesberater*innen unterstützen hier mit ihren technischen Kompetenzen altersgerecht Menschen mit Diabetes und fungieren mit ihrem Wissen als Multiplikator*innen für Ärzt*innen und andere Gesundheitsfachberufe wie Pflegende.

Diabetesberater*innen sind eine bewährte und unverzichtbare Ressource in der ambulanten und stationären Diabetesversorgung, deren Potenzial bisher bei Weitem nicht ausgeschöpft wird.

Quellen:

[1] DDG Weiterbildung- und Prüfungsordnung, <https://www.ddg.info/diabetesedukation>

[2] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/risikostrukturausgleich/>

[3] KV Hamburg, DMP Diabetes Typ 2 vom 01.10.2023

[4] Gesundheitsbericht Diabetes 2024

[5] <https://www.bundesamtsozialesicherung.de>

[6] <https://idf.org/>

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2024

STATEMENT

Kombi-Pack Krankenhausreform und Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz: Fort- oder Rückschritt für die Versorgung von Menschen mit Diabetes?

Dr. Gottlobe Fabisch

Geschäftsführerin des VDBD, Berlin

Essenzieller Bestandteil von Gesundheitsgerechtigkeit ist der Zugang zur medizinischen Versorgung. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) strebt eine grundsätzliche Reform der stationären Versorgungsstrukturen und deutschen Krankenhauslandschaft an. Aus Sicht des VDBD ist es zentral, bei diesem Reformvorhaben die ambulante Versorgung mitzudenken, konkret das sogenannte Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG).

Diabetologie vergessen

Mit dem KHVVG soll die stationäre Behandlungsqualität durch eine Spezialisierung und die Einführung von Leistungsgruppen mit bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen verbessert werden. Der bisherige Gesetzesentwurf vernachlässigt jedoch die chronische Erkrankung Diabetes und die Diabetologie sträflich. Bewährte Strukturen, wie zum Beispiel diabetologische Fachkliniken, fallen aus dem Raster der Leistungsgruppen, und bangen derzeit nicht nur um ihre Existenz, sondern auch um eine adäquate Versorgung von Betroffenen, zum Beispiel mit einem diabetischen Fußsyndrom.

Schon in der Vergangenheit wurde für den stationären Bereich versäumt, eine angemessene Strukturanforderung und Finanzierung für die Behandlung des Diabetes mellitus als Haupt- und Nebendiagnose zu definieren. Auch Diabetesberater:innen werden in der aktuellen Finanzierung der Krankenhausbehandlung nicht berücksichtigt.

Bedauerlicherweise sieht das KHVVG hier keine Veränderung vor, obwohl in Zeiten von Fachkräftemangel der multiprofessionelle Ansatz geradezu ein Gebot der Stunde ist. Im stationären Setting üben Diabetesberater:innen eine essenzielle Funktion in der Umsetzung und Steuerung des Therapieplans sowie in der Kommunikation zwischen Ärzt:innen, Pflegenden, Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen aus. Dabei geht es nicht nur um den Notfall mit akuter Stoffwechsellage, sondern grundsätzlich um jede fünfte Klinik-Patientin beziehungsweise Patienten, die beziehungsweise der mit der Nebendiagnose Diabetes stationär behandelt wird.

Daher fordert der VDBD zum KHVVG:

- vorhandene Ressourcen der Diabetesexpertise zu nutzen und zu erhalten
- Diabetesberater:innen strukturell und finanziell im klinischen Setting abzubilden, auch und gerade in der sektorenübergreifenden Versorgung
- die Leistungsgruppe „Komplexe Endokrinologie/Diabetologie“ zu überarbeiten und die Diabetesberatung zu integrieren

GVSG gefährdet Diabetesversorgung

Im Ansatz ist das GVSG gut gemeint, soll doch die hausärztliche Tätigkeit durch Entbudgetisierung und weitere Maßnahmen gestärkt werden. Die Nebenwirkungen sind jedoch für diabetologische Schwerpunktpraxen fatal. So würde beispielsweise die

Umsetzung der im GVSG angedachten jährlichen Versorgungspauschale zu erheblichen Einkommenseinbußen für diabetologische Schwerpunktpraxen führen. Grund: Ein Großteil der Diabetologinnen und Diabetologen ist auf hausärztlichen Sitzen tätig und betreut Menschen mit Diabetes quasi als „sekundäre beziehungsweise sekundäre Hausärztin oder Hausarzt. Da die Versorgungspauschale nur vom primären Hausarzt einmal pro Jahr abrechnungsfähig sein soll, würden diabetologische Schwerpunktpraxen für ihre Leistungen die Versorgungspauschale nicht erhalten. Mittlerweile hat die Politik anscheinend nachgebessert und die Jahrespauschale soll „nur“ für chronisch kranke Patientinnen und Patienten Anwendung finden, die „keine intensive Betreuung“ benötigen.

Das GVSG lässt zudem unberücksichtigt, dass diabetologische Schwerpunktpraxen nicht nur hohe Ausgaben für qualifizierte Gesundheitsfachkräfte wie zum Beispiel Diabetesberater:innen und -assistent:innen haben, sondern auch höhere Raumkosten als eine klassische Hausarztpraxis, etwa für das Vorhalten von Schulungs- oder Fußuntersuchungsräumen sowie höhere Vorhaltekosten für Labortechnik.

Würden infolge der neuen Regelungen diabetologische Schwerpunktpraxen aufgeben und sich das Versorgungsnetz dadurch verkleinern, würde sich wahrscheinlich auch das bereits bestehende Versorgungsgefälle zwischen Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum und in der Stadt weiter verschärfen. Für Menschen mit Diabetes würde das noch längere Anfahrtswege bedeuten, insbesondere in ländlichen Gebieten, und letztlich einen erschwerten und damit verschlechterten Zugang zur notwendigen Versorgung. Anders ausgedrückt: ein besorgniserregender Ausblick für strukturelle Gesundheitsgerechtigkeit und für chronisch kranke Menschen mit Diabetes.

Diabetesberatung essenziell!

Wichtig zu betonen ist, dass ohne die Kompetenz von Diabetesberatungs- und Schulungsberufen eine diabetologische Schwerpunktpraxis Menschen mit Diabetes nicht adäquat versorgen kann. Ohne diese Berufsgruppe wäre diese spezialisierte Versorgungsform insgesamt nicht möglich.

Daher fordert der VDBD zum GVSG:

- Etwaige Leistungskürzungen für diabetologische Schwerpunktpraxen dürfen nicht zu Lasten von Diabetesberater:innen und damit einer guten Patientenversorgung gehen!
- Versorgungspauschale (GVSG, SGB V, §87, Absatz 2b): gerechte Vergütung der für Menschen mit Diabetes erbrachten Leistungen durch Klarstellung im Gesetzestext, dass Menschen mit Diabetes und intensiven Betreuungsbedarf in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis versorgt werden und diesen eine eigene Abrechnung zu ermöglichen ist.
- Vorhaltepauschale (GVSG, SGB V, §87, Absatz 2q): gerechte Vergütung der für Menschen mit Diabetes erbrachten Leistungen durch Aufnahme der diabetologischen Schwerpunktpraxen als ein Kriterium für die Zuweisung der Vorhaltepauschale oder Anpassung der Kriterien an die Spezifika einer DSP.
- Strukturzuschlag für Diabetesfachkräfte: um die steigende Zahl von Menschen mit Diabetes Typ 2 adäquat zu versorgen, Aufnahme eines Strukturzuschlags für Hausarztpraxen für das Vorhalten eines/r Diabetesassistent:in oder Diabetesberater:in analog zum Strukturzuschlag für eine nichtärztliche

Praxisassistent (NäPa), der unabhängig und zusätzlich zu den Leistungsziffern gezahlt wird.

Literatur

- 1 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG):
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz-khvvvg.html>
- 2 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune, Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG):
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gvsg.html>
- 3 VDBD-Positionspapier zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG):
<https://www.vdbd.de/ueber-uns/berufspolitik/positionen-und-stellungnahmen/>
- 4 Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) - VDBD appelliert: Reformen zusammen denken und ambulante Versorgung stärken! <https://www.vdbd.de/ueber-uns/berufspolitik/positionen-und-stellungnahmen/>

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2024

STATEMENT

„Health in all policies“: Wie Präventionsketten mehr Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung schaffen

Stefan Bräunling

Leiter der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, Berlin

Die soziale Lage und die Chancen auf eine gute Gesundheit(-sversorgung) hängen eng zusammen. Dies ist für alle Sektoren des Gesundheitswesens vielfach nachgewiesen worden, die Gesundheitsförderung und Prävention, die Kuration, die Reha und die Pflege. Dabei wissen wir auch, dass Gesundheit nicht durch eine einzelne Patientin oder einen einzelnen Arzt erhalten oder wiederhergestellt werden kann. Die Einflussfaktoren, was erhält uns gesund und was macht uns krank oder kränker, sind vielfältig. Wir haben biologische, soziale und ökologische Faktoren zu berücksichtigen, die beileibe nicht alle durch das Gesundheitswesen beeinflusst werden können.

Das ist der Ausgangspunkt für den „Health in All Policies“-Ansatz, ein Leitmotiv der Weltgesundheitsorganisation WHO. Mit dem Ansatz ist eine ressort-, politikfeld- und berufsübergreifende Zusammenarbeit gemeint, in der Gesundheit als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden und gefördert wird. Die Grundidee ist auf die nationale, Landes- oder kommunale Ebene anwendbar – und auf allen Ebenen sind auch gute Beispiele vorzufinden, beispielsweise im Bund-Länder-Programm „Sozialer Zusammenhalt“ (früher „Soziale Stadt“) oder in Maßnahmen zur Klimaanpassung. Gleichwohl ist Deutschland mit seiner stark „versäulten“ Politik und Verwaltung hier kein Vorreiterland.

Einen besonders starken Einfluss auf die Gesundheitsversorgung hat die Zusammenarbeit, Koordinierung und Planung in der Kommune. In den letzten 15 Jahren hat sich die Idee der Präventionskette immer stärker verbreitet. Als Präventionsketten werden integrierte kommunale Gesamtstrategien bezeichnet, die die vielfältigen fördernden und unterstützenden Angebote zur Gesundheit strategisch und zielorientiert aufeinander abstimmen. Präventionsketten sind darauf ausgerichtet, ein umfassendes und tragfähiges Netz von Beratung, Förderung und Versorgung unter Beteiligung der Fachämter, Institutionen, zivilgesellschaftlichen Akteure sowie natürlich der Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten zu knüpfen.

Präventionsketten sind bisher zumeist auf das Kindes- und Jugendalter und die Unterstützung von Familien fokussiert, wir kennen aber auch Netzwerke für und mit älteren Menschen oder solche, die ganz altersunabhängig aufgebaut sind. Zu ihren „Zielgruppen“ gehören immer auch Menschen mit chronischen Erkrankungen. Gerade Diabetes-Patient*innen können nicht allein durch ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis begleitet werden. Sie haben vielfältige Aufgaben, ihre Krankheit im Alltag selbständig zu managen, die weit über beispielsweise die regelmäßige Medikamenteneinnahme hinausgehen. Hierzu benötigen sie sehr niedrigschwellige, gut erreichbare Zugänge zu Berater*innen. Genau dieser Bedarf wird im Rahmen einer gut abgestimmten kommunalen Koordinierung gedeckt.

Über die ungerecht verteilten Gesundheitschancen hinaus ist es sogar so, dass diejenigen Menschen, die die vorhandenen Angebote, Informationen, Kurse und Ähnliches am

meisten benötigen, diese oft am wenigsten kennen und nutzen. Die Beratung muss also möglichst sogar aktiv auf die Menschen zugehen. Ein Projekt, das dies in besonderer Weise leistet, sind die „Gesundheitsfachkräfte im Quartier“ in Bremen und Bremerhaven (www.gesundheitsfachkraefte-im-quartier.de). Dies hat die Senatsverwaltung für Gesundheit aus Anlass der Corona-Pandemie ins Leben gerufen und seitdem weitergeführt. Derzeit sind 17 Fachkräfte, darunter eine ausgebildete Diabetesberaterin, in insgesamt 18 sozial besonders belasteten Stadtvierteln unterwegs. Sie leisten ganz niedrigschwellige Aufklärungsarbeit, bieten Beratungsgespräche an und geben Informationen zu gesundheitsbezogenen Themen (Bewegung, Ernährung, „Wie funktioniert das deutsche Gesundheitssystem?“, „Welche Angebote gibt es im Stadtteil?“ etc.).

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2024

Diabetesnetz Deutschland – gemeinsam gesünder

Im Jahr 2023 wurde das Netzwerk „Diabetesnetz Deutschland – gemeinsam gesünder“ gegründet. In dem Netzwerk haben sich Expertinnen und Experten zusammengeschlossen, um gemeinsam die Diabetesprävention in Deutschland zu stärken. Unter Einbezug der Kompetenzen zentraler Akteurinnen und Akteure aus dem Diabetesbereich in Deutschland nimmt das Netzwerk die Aufklärung und Kommunikation der Prävention von Typ-2-Diabetes in den Fokus. Durch das gebündelte Fachwissen der Mitglieder im Netzwerk entstehen miteinander abgestimmte, qualitätsgesicherte und zielgruppenspezifische Aufklärungs- und Informationsmaßnahmen.

In derzeit drei Arbeitsgruppen bringen die Netzwerkmitglieder ihre unterschiedlichen Expertisen ein. Sie entwickeln Informationsmaterialien, schaffen die Grundlage für ein gemeinsames Qualitätsverständnis und identifizieren geeignete Zugangswege, um die Informationsmaterialien zielgenau zu verteilen. Die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen münden in konkrete Maßnahmen, beispielsweise die Durchführung einer nationalen Online-Kampagne zur Bekanntmachung des deutschen Diabetes-Risikotests oder die Erstellung einer Aufklärungsbroschüre zum Typ-2-Diabetes, die in mehreren Sprachen zur Verfügung steht.

Weitere kostenlose und qualitätsgesicherte Materialien zu Diabetes sowie Infos über durchgeführte Projekte und Maßnahmen stellt die Internetseite www.diabetesnetz.info vor. Außerdem informiert sie Fachkreise und weitere Interessierte über das Netzwerk selbst, seine Ziele und Mitwirkenden.

Bereits vor Gründung des Netzwerks entstand das unabhängige nationale Diabetesinformationsportal www.diabinfo.de. Es stellt Menschen mit Diabetes sowie Menschen mit einem erhöhten Diabetesrisiko, Angehörigen, Fachkreisen und allen Interessierten verständliche und qualitätsgeprüfte Informationen in fünf Sprachen zur Verfügung. Die drei Unterportale „Vorbeugen“, „Leben mit Diabetes“ und „Informationen für Fachkreise“ vermitteln unterstützt durch unter anderem Infografiken, Fact Sheets, Erklärvideos oder Podcasts anschauliche Informationen. **Diabinfo.de** ist ein gemeinsames Angebot von Helmholtz Munich, dem Deutschen Diabetes-Zentrum und dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung, die Mitglieder im Netzwerk sind, und wird durch die BZgA mitfinanziert.

Bei Fragen und Anregungen zum Diabetesnetz Deutschland oder bei Interesse, die Arbeit des Netzwerks zu unterstützen, kann gerne mit der Geschäftsstelle des Netzwerks an der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Kontakt aufgenommen werden (diabetesnetz@bzga.de).

BZgA, Stand: 15.07.2024

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages