

# Diabetesversorgung bis 2030 – wie viel Fortschritt wagen wir?

Königlich Dänische Botschaft Berlin



7. Veranstaltung „Diabetes 2030“

## Das Zauberwort lautet Vertrauen

Unter das Motto „Diabetesversorgung bis 2030 – wie viel Fortschritt wagen wir?“ stellte Novo Nordisk Pharma ihre seit nunmehr sechs Jahren in der Königlich Dänischen Botschaft zu Berlin stattfindende gesundheitspolitische Veranstaltungsreihe „Diabetes 2030“. Pia Vornholt, Vice President Public Affairs des dänischen Pharmaunternehmens, begrüßte die zahlreichen Teilnehmer:innen – unter ihnen Ärzt:innen, Vertreter:innen von Krankenkassen und der Wissenschaft sowie Patient:innen – mit den Worten: „Wir stehen vor großen Herausforderungen, die innovative Lösungsansätze erfordern und die sich nur gemeinsam bewältigen lassen“. Genau hier setze „Diabetes 2030“ als Plattform für den Dialog an, dies mit dem erklärten Ziel, „konkrete Handlungsempfehlungen zu diskutieren“ und ausgehend von Diabetes den Fokus auf die mit dieser Erkrankung zusammenhängenden, anderen Krankheiten zu erweitern.

>> Anlässlich des der Veranstaltung vorangegangenen Pressegesprächs betonte Ihre Exzellenz, Susanne Hyldelund, die Dänische Botschafterin in Berlin, dass sich alle Teilnehmer:innen gerne „von Dänemark inspirieren“ lassen sollten, denn es gehe schließlich „um die Zukunft der Versorgung“. Wobei sowohl das deutsche wie auch das dänische Gesundheitssystem vor großen Herausforderungen stünden, denn durch die Auswirkungen der Demografie, von Multimorbidität sowie der Zunahme chronischer Erkrankungen müssen „wir alle unsere Gesundheitssysteme verstärkt auf die Bedürfnisse der Menschen ausrichten“, denn diese müssten sich mehr denn je auf die Gesundheitssysteme verlassen können. Ihre Exzellenz Susanne Hyldelund: „Lassen Sie uns das als Chance begreifen.“

Als einen wichtigen dänischen Beitrag zu einem robustem Gesundheitswesen sieht die Botschafterin die enge Zusammenarbeit öffentlicher und privater Partner, wie das zum

Beispiel beim Steno Diabetes Center der Fall sei. Und das nicht seit heute oder gestern, sondern bereits seit 89 Jahren ist das Steno Diabetes Center ein Krankenhaus, das sich auf die Behandlung von Diabetes, die Forschung, die Vorbeugung und die Ausbildung von Diabetes-Fachkräften spezialisiert hat. Ziel ist es, allen Bürger:innen mit Diabetes in der Hauptstadtregion die beste Behandlung und Prävention zu bieten. Steno befand sich während dieser Zeit im Besitz von Novo Nordisk A/S, wurde aber am 1. Januar 2017 in die Hauptstadtregion verlegt, um Teil eines visionären Unternehmens zu werden: das neue Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC).

Dessen Vision ist es, den gesamten Diabetesbereich in der Hauptstadtregion zu verbessern, so dass Menschen mit Diabetes in dieser Region die beste Diabetesversorgung und -prävention erhalten, um ihre Lebensqualität zu verbessern. Das SDCC will aber auch auf nationaler wie

auf internationaler Ebene Anregungen und neue Erkenntnisse liefern, wie es etwa der langjährige, aber inzwischen pensionierte Steno-Geschäftsführer Allan Flyvbjerg, ebenso Vorstandsvorsitzender der Dänischen Diabetes Akademie, beim Pressegespräch tat. Er führte in seinem Vortrag, der die Brücke von traditionellen zu wertebasierten Strukturen schlug, aus, dass man im Vergleich beider Gesundheitssysteme auf die gleichen Probleme treffe und dabei zuallererst auf den nötigen Zugang zu Daten.

Nielsen: Vertrauen und Gatekeeper

Diesen allerdings hat Dänemark längst, wie Jakob Skaarup Nielsen, der Director von Healthcare Denmark, zu Protokoll gab, und zwar in einem Umfang, von denen Deutschland nur träumen kann. Nielsen: „Bei uns sammeln wir seit 50 Jahren Gesundheitsdaten und die Bevölkerung hat das auch akzeptiert.“ Das Zauberwort laute: Vertrauen!

## Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Das Zauberwort lautet Vertrauen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/22), S. 18-19. <http://doi.org/10.24945/MVF.06.22.1866-0533.2454>

Und das Zweite: eine konsequente Gatekeeper-Funktion, die bei den Dänen auch schon seit rund 50 Jahren etabliert ist. „In Dänemark spielt die Hausärzt:in eine ganz entscheidende Rolle“, sagt Nielsen, weil diese entscheide, ob eine Patient:in an die Fachärzt:in weitergeleitet werden müsse, was aber lediglich bei 1 von 10 Patient:innen geschehe. Dabei hat eine dänische Hausärzt:in ähnlich viele Partientenkontakte wie ein deutscher Kollege: etwa 60-70 Kontakte pro Tag. „Demnach hätte eine dänische Hausärzt:in nicht mehr Zeit als die deutschen Kollegen“, rechnet Nielsen vor. Doch werde in Dänemark die Arbeit in den Praxen anders organisiert, indem viele Kontakte vom ärztlichen Fachpersonal übernommen würden. Aktuell, so Nielsen, würden die ärztlichen Spezialisten die Hauptrolle bei der Behandlung von Diabetes spielen. Doch deute sich eine Art „neuer Wirklichkeit“ an, in der sich gut ausgebildete Patient:innen mehr und mehr selbst behandeln – jedoch mit den ärztlichen Spezialisten als Assistenten an der Seite. Dieser Wechsel, so Nielsen, involviere viele Akteure und sollte von allen unterstützt werden, um Diabetespatienten Unabhängigkeit und die Kontrolle über ihren Alltag zu ermöglichen, was nicht nur die Diabetespatient:innen selbst, sondern auch Familie, Freundeskreis und soziales Umfeld umfasse. Nielsen: „Es geht um das holistische Verständnis einer Bürger:in und ihrer Lebenssituation.“

### Mehl: Patient:innen zu PaCos

Ein ähnliches Konzept hat Eberhard Mehl im Blick, der das referierte, was im Expertenzirkel Patientenlotsen von „Diabetes 2030“ erarbeitet wurde. Mehl, heute Geschäftsführer der doc of the world GmbH, bis 2018 der des Deutschen Hausärzterverbandes, zählte vier Dinge auf, die ihn selbst als Typ-1-Diabetiker, aber auch seine Kolleg:innen aus Patientenverbänden und -vertretungen ärgerten: zu wenig integrierte und koordinierte Versorgung, fehlende Qualitäts- und Wissensstandards, mangelnde Menschlichkeit und Transparenz sowie Erreichbarkeit und Verfügbarkeit. Sein Einwurf, den Moderator Thomas Hegemann scherzhaft als „persönliche Vergangenheitsbewältigung“ bezeichnete: „Wir sind nicht auf dem Weg Ziele zu erreichen, sondern verlieren die Wege aus dem Sinn, weil wir ständig versuchen, unsere Pfründe zu verteidigen.“

Insgesamt gab er dem dänischen Ansatz eines hausarztzentrierten Vorgehens in Deutschland wenig Chancen. „Die Idee,

den Hausarzt in die koordinative Funktion zu setzen, wird nicht funktionieren, weil wir nicht genug Nachwuchs in der hausärztlichen Versorgung haben.“ So gut das Instrument Hausarztversorgung sei, wenn es denn richtig angegangen würde, werde man es darum nicht einsetzen können. Auch die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal falle voll unter die dramatischen Auswirkungen des Fachkräftemangels, denn: „Damit fehlen uns die qualifizierten Menschen und so auch die Fähigkeiten, Diabetes gut versorgen zu können.“

Von daher müsse die einzige Ressource, die ständig wachse, aktiviert werden: die Patient:innen. Ähnlich wie in Dänemark müsse es gelingen, „geschulte Patienten strukturiert in die Versorgung“ einzubringen. Diese, vom Expertenzirkel Patientenlotsen, sogenannten PatientenCoachs, kurz PaCos, sollten nach entsprechender Schulung in der Lage sein, sich selbst und vor allem auch andere Patient:innen zu coachen. Mehls Petition: „Lassen Sie uns den PaCo in die Versorgung integrieren und am besten im Diabetes-DMP verankern, das ist die Chance, wenn man das Ganze kontrolliert, evaluiert und entsprechend nachsteuert.“

### Tschöpe: „Let it go, baby“

Genau an der Stelle der DMPs hakte Prof. Dr. Diethelm Tschöpe vom Herz- und Diabeteszentrum NRW in Bad Oeynhausen und einer der beiden Tagungspräsidenten der Veranstaltung ein. „Wir haben in Deutschland viele Strukturen gebildet, die auf den ersten Blick logisch und stimmig sind“, erklärte Tschöpe und verwies dabei auf diverse Versorgungsebenen und auch die DMPs. Seine Kritik: „Wir bilden uns ein, dass, weil wir diese Strukturen haben, alle genau das machen, was die Absicht war, als die Strukturen gebildet wurde. Die Wahrheit ist: Das interessiert keinen.“ Die einzelnen Stakeholder würden in weiten Teilen entkoppelt voneinander agieren; zudem so tun, als ob man für jede Erkrankung eine eigene Versorgungssystematik benötigen würde. Tschöpe: „Dabei brauchen wir eigentlich ein durchlässiges, transparentes und plastisches System.“ Deutschland hätte ein Problem, nicht weil zu wenig Geld im System sei oder zu wenig Strukturen gebildet worden sind, sondern weil die Strukturen nicht genügend bespielt würden. Tschöpe: „Wenn wir von den Dänen lernen, würde ich pragmatisch sagen: Lasst uns anfangen und die Dinge, die wir haben, vernünftig zusammenbauen und sagen: ‚let it go, baby.‘“

Das System, von dem Tschöpe spricht, sei natürlich ein hausarztzentriertes; jedoch eines, in dem die Hausärzt:in entscheiden können muss, ob sie alleine zurechtkommt oder Unterstützung aus der Fachebene hinzuziehen will, ob das dann eine Diabetolog:in, eine Nephrolog:in oder eine Neurolog:in ist. Doch müsse es immer die Möglichkeit geben, den Behandlungsprozess zu individualisieren und übergreifend zu steuern. Tschöpe: „Ich sage voraus: Wenn das funktioniert, wird der Prozentsatz zufriedener Patient:innen gesteigert – es gibt nichts Schöneres.“

Um ein derartiges System zu ermöglichen, braucht es Tschöpes Ansicht nach aber auch eine Public-Health-Vision. Denn nur mit Public Health werde man „Volkskrankheiten und Epidemien unter Kontrolle bringen können“. Eine Vision alleine reiche aber auch nicht, es sei ebenso ein konsequentes und dauerhaftes Monitoring nötig. Tschöpe: „Da stehen wir in Deutschland, nicht nur was den Bereich Diabetes angeht, ganz am Anfang.“ Dies liege auch darin begründet, dass hierzulande eine „Misstrauenskultur“ vorherrsche, vor allem dann, wenn es um die Nutzung von Daten gehe, was im Gegensatz zur Vertrauenskultur in Dänemark und anderen skandinavischen Ländern stehe.

Das Wichtigste – hier stimmt er Health-care Denmark-Chef Nielsen voll zu – ist das Wörtchen Vertrauen. „Wir müssen weg kommen von der berufsverbandlichen Weltsicht ‚mein Honorar dein Honorar‘ und stattdessen dahin kommen, dass alle Akteure ein Interesse daran haben, Gesundheitssystementwicklung zu aller Nutzen förderlich zu organisieren.“ Sobald man diese Ausgangsposition konsentiert habe, rede plötzlich die Hausärzt:in mit der Fachärzt:in und der Klinikärzt:in und den Vertreter:innen der Kassen.

### Müller-Wieland: DMP Multimorbidität

„Wir sehen den Wald vor lauter Bäumen nicht.“ Nach Meinung von Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland vom Universitätsklinikum der RWTH Aachen, der für den Expertenzirkel DMP von „Diabetes 2030“ sprach, sei es falsch, DMPs indikationsbezogen zu organisieren. Seine Frage: „Was mache ich mit einem multimorbiden Patienten? Schreibe ich den in das Diabetes-DMP ein, oder in das für KHK oder in ein ganz anderes? Und: Was soll dann der Patient machen?“ Naheliegender wäre es doch, ein DMP für Multimorbidität zu schaffen. So wäre es möglich, Versorgung gesamthaft zu gestalten und darauf bestimmte indikationsbezogene Module aufzusetzen. <<