

# Düsseldorfer Resolution 2025

## Was muss heute getan werden für die Zukunft der Angewandten Diabetologie?

Auf der Herbsttagung 2015 der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) in Düsseldorf legt eine Gruppe von Diabetologen und Diabetesexperten eine Resolution vor. Warum?

### Die Diabetikerversorgung gerät in Gefahr!

Obwohl sich Diabetes mellitus - neben dem Leid für die Betroffenen - zu einer zunehmenden gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Herausforderung entwickelt, werden innerhalb des nächsten Jahrzehnts Hunderte von spezialisierten Ärzten in der Angewandten Diabetologie fehlen.

Das Querschnittsfach Diabetologie ist in den universitären Curricula unzureichend repräsentiert. Es gibt in Deutschland kaum noch klinisch orientierte Lehrstühle für Diabetologie, weil sie in den vergangenen zwei Jahrzehnten anderen Fächern wie Gastroenterologie oder Kardiologie zugeschlagen oder ganz abgeschafft wurden. Damit zusammenhängend wurden auch die Ausbildungsstrukturen in den Kliniken aufgelöst. Bis heute gibt es keinen Facharzt für Diabetologie. Gleichzeitig macht der demografische Wandel vor den Diabetes-Praxen nicht Halt: Innerhalb der nächsten zehn Jahren wird ein großer Teil der heute tätigen Diabetologen aus Altersgründen ihre Praxis aufgeben und nur schwer einen Nachfolger finden.

### Wie sieht die Zukunft aus?

Die Zukunft der Medizin – und damit auch die 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 Patienten und 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. Die 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, weiterhin analog zu leben - ohne Smartphone und Apps.

### Die Düsseldorfer Resolution zeigt Lösungswege auf!

Die Sorge um den fehlenden diabetologischen Nachwuchs und die differenzierte Einschätzung der möglichen Folgen der Digitalisierung prägen die Düsseldorfer Resolution 2025. Die Unterzeichner wollen die sich abzeichnenden negativen Entwicklungen stoppen und fordern deshalb konkret:

1. Die Einführung neuer Ausbildungsrichtlinien für Medizinstudenten mit angemessener Berücksichtigung der Angewandten Diabetologie
2. Die Einrichtung eines Lehrstuhls für Angewandte Diabetologie
3. Die Einführung des Facharztes für Diabetologie
4. Die Etablierung von Versorgungsforschung als wissenschaftliches Element der Diabetologie zum Nachweis der Ergebnisqualität
5. Die konsequente Umsetzung und Kontrolle klar definierter Schnittstellen zu Hausärzten, Kliniken und anderen Fachärzten
6. Eine systematische Analyse vorhandener und neuer Daten
7. Eine größere Bedeutung der „Sprechenden Medizin“ in der Diabetologie, die sich auch in der ärztlichen Gebührenordnung widerspiegelt
8. Anspruch der Patienten auf regelmäßige Nachschulungen, Onlineschulungen und Coaching sowie Schulungen zum Erlernen und Trainieren neuer Technologien für die Diabetes-Therapie
9. Datenschutz für die Patienten! Die eigenen Gesundheitsdaten gehören den Patienten, niemandem sonst!
10. Die Bündelung der Aktivitäten aller Akteure aus der Angewandten Diabetologie.

Hintergründe und Erläuterungen zu diesen Forderungen werden nachfolgend detailliert beschrieben.

Die Düsseldorfer Resolution wendet sich an alle Akteure aus der „Diabetesszene“ sowie an die Politik (Gesundheitsministerium, Verbraucherschutz, Justiz, Ernährung, Inneres), an die DDG als Fachgesellschaft und an die Patientenorganisationen, aber auch an die gemeinsame Selbstverwaltung aus Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen und deren Organisationen.

Die Unterzeichner werden direkt nach der Herbsttagung einen Runden Tisch initiieren, um mit allen Akteuren gemeinsame Aktivitäten zu diskutieren und festzulegen und die Versorgung von Diabetespatienten in Deutschland zukunftsfest zu machen.

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

Dr. Hansjörg Mühlen, niedergelassener Diabetologe

Dr. Nikolaus Scheper, niedergelassener Diabetologe, winDiab – Gesellschafter

Antje Weichard, niedergelassene Diabetologin, Mitglied im Arbeitskreis mitteldeutscher niedergelassener Diabetologen

Dr. Cornelia Woitek, niedergelassene Diabetologin, Mitglied im Arbeitskreis mitteldeutscher niedergelassener Diabetologen

Gabriele Faber-Heinemann, winDiab Geschäftsführerin

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

Manuel Ickrath, winDiab - Berater

# Hintergründe und 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 Glukosestoffwechsels:

- 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 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 Stoffwechsellage (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 DSPen wurde eine flächendeckende spezialisierte Versorgung von Diabetespatienten eingeführt und dadurch die punktuelle Versorgung durch Spezialkliniken weitgehend abgelöst.

Nach wie vor gibt es jedoch Kliniken, die sich auf die Behandlung von Diabeteskomplikationen spezialisiert haben. Dies ist die **Stationäre Diabetesbehandlung**, die in qualifizierten diabetologischen Fachabteilungen in den Akut- und Rehakliniken aufgrund der demographischen Entwicklung nicht nur erhalten, sondern ausgebaut werden muss.

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 Disease Related Groups (DRG-)Systems hinsichtlich einer kostendeckenden Abrechnung der stationären diabetischen Behandlung erfolgen. Die DDG hat diesbezüglich kürzlich eine Arbeitsgemeinschaft 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 sollen die Bedarfsplanung stationärer Einrichtungen unterstützen.

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 Verdacht auf 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, Verdacht auf infizierten diabetischen Fuß sowie bei akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation, Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten (vor alle, 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. Die verschiedenen Versorgungsebenen müssen besser miteinander koordiniert werden, um im Sinne der Patienten dahin zu kommen, mit einer Stimme zu sprechen. Auch in der Außendarstellung bringt es die gesamte Berufsgruppe und deren Aufgabenwelt nicht weiter, wenn der Blick im Verteilungskampf um die beschränkten Mittel im Gesundheitswesen nicht weiter als bis zur eigenen Tür reicht.

## **Zu 1. Ausbildungsrichtlinien**

**Wir fordern eine Änderung der Ausbildungsrichtlinien für Medizinstudenten, um für das Querschnittfach Diabetes eine gebührende Attraktivität für Medizinstudenten erreichen!**

Immer weniger Ärzte, immer mehr Diabetespatienten – diese Entwicklung zeichnet sich bereits heute ab! Es fehlt an qualifiziertem diabetologischen Nachwuchs! 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 muss nicht nur gestoppt, sondern revidiert werden! Bedingt durch die fehlenden klinischen Ausbildungseinrichtungen sollte die komplette Ausbildung zum Diabetologen (entsprechend den Vorgaben der DDG und der Landesärztekammer) in ambulanten Zentren (z.B. im Diabetologicum DDG) durchgeführt werden. In diesen 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**

**Wir fordern die Schaffung eines Lehrstuhls für Angewandte Diabetologie, um diese eindeutig im akademischen Umfeld zu positionieren!**

Im ersten Schritt könnte 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**

**Wir fordern die Einführung des Facharztes Diabetologie!**

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, sie 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 über viele Jahre durch deren Lebensalltag begleitet und sie durch das Gesundheitssystem lotst.

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.

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

## **Zu 4. Versorgungsforschung**

### **Wir fordern die Etablierung von Versorgungsforschung als wissenschaftliches Element der Diabetologie zum Nachweis der Ergebnisqualität!**

Unser Gesundheitswesen leistet sich nur ein marginal ausgeprägtes Controlling. Deshalb liegt wenig Wissen über real stattfindende Versorgungsabläufe, Behandlungsergebnisse und –kosten vor. Auch in der Angewandten Diabetologie ist der fehlende Nachweis der Ergebnisqualität ein erhebliches Manko. Um diese Situation zu ändern, müssen aus der Praxis der Diabetologie heraus Studien/Untersuchungen aufgesetzt werden, bevor eine Institution wie das neue IQTiG (Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen) dies „von außen“ tut. 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 einem Mangel an Evaluation zur inhaltlichen und ökonomischen Evidenz leiden auch der Einsatz von modernen 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 auf den Markt oder werden gleich wieder von Markt genommen, da für solche Medikamente keine entsprechenden Endpunktstudien vorliegen bzw. die Daten von klinischen Studien nicht akzeptiert werden. Mit harten Endpunkten sind Verminderung von Todesfällen, Herzinfarkten oder Schlaganfällen gemeint, dabei liegen solche Daten praktisch für keine der etablierten Therapien vor. Für Studien mit solchen Endpunkten sind Beobachtungszeiträume von zehn Jahren 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 müssen Bewertungskriterien etabliert werden, die es erlauben, rascher den Nutzen von neuen diagnostischen und therapeutischen Optionen 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.

Durch Gründung einer Arbeitsgruppe innerhalb der Fachgesellschaft DDG sollen Menschen mit entsprechenden Kompetenzen zusammengebracht werden. 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.

## **Zu 5. Schnittstellen**

### **Wir fordern die konsequente Umsetzung und Kontrolle klar definierter Schnittstellen zu Hausärzten, Kliniken und anderen Fachärzten!**

Die medizinische Versorgung von Diabetespatienten bindet viele medizinische Fachgebiete ein, entsprechend dem individuellen Versorgungsbedarf des Patienten. Klar definierte Schnittstellen (s. Chroniker-Programme bzw. ihre Weiterentwicklung) müssen konsequent umgesetzt und kontrolliert werden. Dazu bedarf es in Zukunft der systematischen Analysen bereits vorhandener und neuer Daten!

Eine Untersuchung aus dem Jahr 2010 zur Kommunikation zwischen zuweisendem Hausarzt und mitbehandelndem Diabetologen hat jedoch 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 definierten 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.

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. Neben technischen Problemen in der Praxis scheint ein fehlendes Bewusstsein der Behandler für den Informationsbedarf der Kollegen eine wesentliche Hürde zu sein. 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.

Die fachübergreifende Kommunikation erfolgt in den nächsten Jahren überwiegend elektronisch über sichere Datenbanken, Entscheidungstools und gemeinsame elektronischen Patientenakten. Struktur- und Prozessbeschreibungen heben Reibungsverluste an den Schnittstellen zwischen Fachgebieten auf.

### **Es fehlt eine Versorgungsleitlinie für die Angewandte Diabetologie!**

Eine Versorgungsleitlinie Diabetes würde Behandlungs- und Betreuungspfade vorgeben, unterstützt durch ein medizinisch supervisiertes Controlling der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. 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. 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.

### **Diabetes mellitus ist eine Querschnittserkrankung!**

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.

Es müssen Zentren entstehen (auch virtuelle), 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. Für die Diabetespatienten sind so die Wege kurz und es ist sichergestellt, dass alle erforderlichen Untersuchungen und Therapien rund um das Thema Diabetes regelmäßig und daten- und qualitätsgesichert erfolgen.

## **Zu 6. Datenanalyse**

### **Wir fordern die systematische Analyse bereits vorhandener und neuer Daten!**

Die exzellenten Ergebnisse aus Bereichen der Angewandten Diabetologie in etablierten Strukturen wie GestDiab, dem Kölner Fußnetz sowie im DMP Nordrhein müssen von renommierten Instituten publiziert werden. Weiterführende Studien zur Versorgungsforschung in dieser Versorgungsebene müssen kurz- und mittelfristig projektiert und durchgeführt werden. Ebenso muss durch Öffentlichkeitsarbeit eine weitreichende Kenntnisnahme der Ergebnisse dieser Projekte erreicht werden.

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**

### **Wir fordern eine größere Bedeutung der „Sprechenden Medizin“ in der Diabetologie, die sich auch in der ärztlichen Gebührenordnung widerspiegelt!**

Die Zukunft der Angewandten Diabetologie ist die Personalisierte Medizin! Digitalisierung ist der Megatrend - auch im Gesundheitsbereich! Big Data und E-Health werden die Medizin gravierend verändern. Der Patient wird durch mobile Datenspeicher (heute noch „Wearables“ wie Smartphone, Tablets, Watch) zum Sammler aller für ihn und seine Gesundheitssituation relevanten Daten und ermöglicht damit die „Personalisierte Medizin“ durch die ständige und vielfache Sammlung von ganz unterschiedlichen Daten zu seiner Lebensrealität. Die Interpretation der Datenflut entspricht 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 Diagnostik und Therapie führen.

Der aufgeklärte Patient wird zum „Gesundheitskunden“. Er gestaltet sein persönliches Gesundheitsnetz und der Arzt wird im medizinischen „Informationsdschungel“ zum Coach seines Patienten. Die Arzt-Patienten-Interaktion wandelt sich von der Aufklärung zur Erklärung. Es gilt dafür zu sorgen, dass dem derzeit vielfach postulierten „mündigen Patienten“ 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 KV-en muss der Entwicklung Rechnung getragen werden, dass als Folge der Digitalisierung die Personalisierte Medizin Realität wird. In Zukunft wird der Diabetologe mit Hilfe von Big Data erheblich bei Diagnose und Therapieentscheidung entlastet werden. Seine Haupttätigkeit wird die Interpretation von Patientendaten sein und das erklärende Coaching gegenüber seinem Patienten. Die Sprechende Medizin wird die vorrangige 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!

### **Big Data – Chancen und Risiken**

Eine allzu große „Online-Hörigkeit“ birgt die Gefahr, dass 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 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 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 Patienten 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 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 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 es gilt, die damit verbundenen Risiken offen zu diskutieren und diese durch eine breite gesellschaftliche und gezielte fachliche Diskussion möglichst auszuschließen.

### **Ethische Fragen**

Die zunehmende Digitalisierung und Technologisierung im Gesundheitsbereich darf nicht dazu führen, dass eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung zerstört wird. Gerade die Diabetesbehandlung

lebt von der 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) Diabetespacienten wird in Zukunft mit Unterstützung von digitalen Medien (Telemedizin) geleistet. Es gilt dafür zu sorgen, dass das medizinische Fachpersonal für die komplexe Betreuung multimorbider Menschen im Digitalzeitalter ausgebildet wird.

Von dieser Entwicklung sind 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 muss die Angewandte Diabetologie angemessen beteiligt sein und selbst aktiv an der Erarbeitung eines digitalen Kodex in Deutschland mitarbeiten und -gestalten.

### **Datenstandards und Konnektivität**

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

Diese Entwicklung stellt 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 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 – und täglich kommen weitere hinzu. 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 App Empfehlungen für eine 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 werden - 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 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 DDG 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. Patienten-Schulung und Betreuung**

**Wir fordern regelmäßige Nachschulungen und Coaching für Diabetespatienten! Onlineschulungen und sowie Schulungen zum Erlernen und Trainieren neuer Technologien für die Diabetes-Therapie müssen etabliert und finanziert werden!**

Bei Diabetes ist eine Heilung nicht möglich. Patienten lernen deshalb in strukturierten Schulungskursen, wie sie eine gute Blutzuckereinstellung durch eigenständige Therapieanpassungen erreichen. Grundsätzlich sollte für alle Patienten nach der Diabetesdiagnose eine Verpflichtung zu Teilnahme an einer strukturierten Initial-Schulung bestehen. Diese (Initial-)Schulung muss ergänzt werden durch regelmäßige Nachschulungen, Onlineschulung und Patientencoaching!

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 solcher moderner Schulungsansätze festlegen.

Neue Schulungskonzepte für Diabetes-Technologie (z.B. bei Nutzung einer künstlichen Bauchspeicheldrüse) müssen entwickelt und evaluiert werden. Auch niederschwellige Schulungsangebote für Patienten mit kognitiven oder anderen Einschränkungen müssen entwickelt und eingesetzt werden.

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 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. Diese Patientengruppe müssen durch entsprechende Verordnungen und Maßnahmen des Gesetzgebers und der Krankenkassen darin unterstützt werden, sich mehr mit ihrer Erkrankung auseinander zu setzen, z.B. durch Anreizsysteme oder Bonus/Malus-Systeme.

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 Jahren definiert werden.

## **Zu 9. Datenschutz**

### **Wir fordern unbedingten Datenschutz für die Patienten! Die eigenen Gesundheitsdaten gehören den Patienten, niemandem sonst!**

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Diabetologie müssen verbessert werden. Was wir brauchen, ist Datenschutz mit Augenmaß beim Ausbau der Kommunikationsstrukturen, sowohl im lokalen, deutschen, europäischen und auch globalen Zusammenhang und 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**

### **Wir fordern die Bündelung der Aktivitäten aller Akteure aus der Angewandten Diabetologie!**

Die Düsseldorfer Resolution 2025 wendet sich an alle Akteure in der „Diabetesszene“: Ärztinnen und Ärzte, aus Praxis und Klinik, an ihre Teams, hier vor allem an die Diabetesberaterinnen, an die Fachgesellschaft Deutsche Diabetes-Gesellschaft, an die in einer breiten Öffentlichkeit stehende 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 Kräfte und Aktivitäten aller Akteure in der Angewandten Diabetologie müssen gebündelt werden, um mit der gemeinsamen Kraft einen abgestimmten Maßnahmenkatalog aufzustellen und umzusetzen. Die vorliegende Resolution ist nur der erste Schritt dazu. Noch in diesem Jahr soll mit den genannten Personen und Organisationen das weitere, strategisch abgestimmte Vorgehen an einem runden Tisch besprochen werden mit dem Ziel, die Diabetikerversorgung in Deutschland zukunftsfest zu machen!

Düsseldorf, im November 2015