

v.l.n.r.: Moderator Thomas Hegemann bei der Podiumsdiskussion im „Felljeshus" der dänischen Botschaft im Gespräch mit Dr. Klaus-Dieter Warz (DDF), Dr. med. Wolfgang Kreischer (Deutscher Hausärzteverband), Dr. med. Nikolaus Scheper (BVND), MdB Dietrich Monstadt (CDU), MdB Dr. Kirsten Kappert-Gonther (Die Grünen), Dr. med. Jens Kröger (diabetesDE), Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland (DDG) und Dr. med. Mani Rafii (BARMER).

3. Gesundheitspolitische Veranstaltung „Diabetes 2030" in der dänischen Botschaft

Der gemeinsame Diskurs ist das Ziel

Es ist selten, dass es einem Pharmaunternehmen gelingt, nicht nur eine (von vielen) gesundheitspolitischen Veranstaltungen durchzuführen, sondern dieses auch den Willen hat, sie langfristig als produktneutrale Plattform zu etablieren, die sich ausschließlich dem gesundheitspolitischen Diskurs all derer widmet, die sich der gesundheitlichen Versorgung von an Diabetes erkrankten Menschen verschrieben haben. Dem dänischen Unternehmen Novo Nordisk ist dies mit der nun schon dritten Auflage von „Diabetes 2030" gelungen. Das ist nicht nur den beiden Tagungspräsidenten – Prof. Dr. Diethelm Tschöpe (Bad Oeynhausen) und Prof. Dr. Jürgen Wasem (Duisburg-Essen) – sowie Moderator Thomas Hegemann geschuldet, sondern liegt insbesondere an dem schlau gewählten, noch relativ weit (aber eigentlich doch drängend nah) in der Zukunft liegenden Zielhorizont 2030 sowie dem Tagungsort auf extraterritorialem dänischen Boden – dem mitten in Berlin situierten „Felljeshus" der dänischen Botschaft, in das erneut – auch das ist ein absoluter USP – Seine Exzellenz Friis Arne Petersen, seit August 2015 Botschafter des Königreichs Dänemark in Deutschland, eingeladen hatte.

>> „Aus dem Experiment Diabetes 2030, das im Februar 2016 begann, wird mit der dritten Veranstaltung eine gesundheitspolitische Veranstaltungsreihe, die für die Fülle an Themen eine Plattform zur Aussprache bietet." Das schreiben die beiden Tagungspräsidenten, Prof. Dr. med. Dr. h. c. Diethelm Tschöpe (Bad Oeynhausen) und Prof. Dr. Jürgen Wasem (Duisburg-Essen), im Vorwort des Veranstaltungsprogamms zu der nun schon zum dritten Mal von Novo Nordisk ausgerichteten und finanzierten gesundheitspolitischen Veranstaltung „Diabetes 2030". Dank der explizit produktneutralen Ausgestaltung des Programms auf dem extraterritorialen Gebiet des Königsreichs Dänemark mitten in Berlin kamen erneut alle, die nicht nur im Bereich der Diabetes-Versorgung Rang und Namen haben, sondern auch viele Vertreter von Selbsthilfeorganisationen, die sich im Vorfeld der Fachveranstaltung mit ihren dänischen Kollegen austauschten – und dabei durchaus auch etwas Neid entwickeln – konnten. Der Grund: Während sich in Deutschland lediglich ungefähr 0,5 Prozent der an Diabetes erkrankten Menschen in Selbsthilfegruppen organisieren, sind das in Dänemark sage und schreibe 10 Prozent – zuzüglich laut Worten Seiner Exzellenz Friis Arne Petersen noch einmal circa 10 Prozent, die nicht oder noch nicht an Diabetes leiden, die aber mit ihrem finanziellen Beitrag die bereits im Jahr 1940 unter dem Namen „National Association for Sugar Sickness" gegründete dänische Selbsthilfe „Diabetesforeningen" finanziell unterstützen wollen. Das sind damit immerhin 20 Prozent von 5,8 Millionen – demnach 1,16 Millionen Dänen, während hierzulande von 82,2 Millionen Deutschen gerade einmal rund 40.000 Diabetiker, und das auch noch in vier unterschiedlichen (und damit stark unterfinanzierten) Selbsthilfegruppen, organisiert sind.

Die hierzulande seit Jahr und Tag sowohl auf Patienten- wie auf Versorgerebene gelebte Divergenz der Stakeholder ist durchaus mit daran schuld, dass es in Deutschland schon als Erfolg gewertet werden muss, wenn im aktuell vereinbarten Koalitionsvertrag nur (aber immerhin) eine „Diabetesstrategie" erwähnt wird, während in Dänemark der bereits seit 2003 existente „Handlingsplan Om Diabetes" seit diesem Jahr zu einem neuen „Nationalen Plan für Diabetes" umformuliert wird. So seien, wie Redner, Thomas Müller, nach eigenem Bekunden „Sekretär" des Unterausschusses Arzneimittel im G-BA*, die Diabetesanhörungen „die polemistischen Anhörungen, die wir haben", wobei sowohl die beteiligten Fachgesellschaften als auch Experten nicht nur kontroverse Diskussionen, sondern auch eine Emotionalität an den Tag legten, die es in anderen Bereichen so nicht gebe. Es sei weder im Bundesausschuss, noch für die Politik einfach, wenn auf der einen Seite die DEGAM gemeinsam mit

* vom neuen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zum neuer Leiter der Abteilung I, Arzneimittel, Medizinprodukte und Biotechnologie im BMG bestellt.



„Es geht darum, wie wir das gemeinsam hinbekommen, wir haben die Herausforderung, die verschiedenen Aspekte – angefangen bei der Prävention bis hin zur Versorgung derjenigen innerhalb von systemischen Erkrankungen, die multimorbide mit allem zu kämpfen haben – gesamthaft im Blick zu haben. Es reicht nicht, wenn wir nur bei der Prävention anfangen und hoffen, nach 30 bis 40 Jahren in der Situation zu sein, davon zu profitieren. Was mir fehlt, ist: Wir müssen einen Weg finden, das, was wir machen, messbar zu machen."
Dr. med. Mani Rafii, BARMER



„Spielentscheidend wird es sein, dass laut des Koalitionsvertrags das Patientenwohl die Orientierung für jegliche weitere gesundheitspolitische Entscheidung sein soll. Nun kommt die kritische Frage, wie können wir gemeinsam das Wohl definieren."
Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland, DDG



„Den Riesenerfolg, der jetzt im Koalitionsvertrag aufgetaucht ist, werden wir immer wieder einfordern, denn man muss die Agenda nun auch abarbeiten. Der bisherige Gesundheitsminister war ein Abarbeiter par excellence, mit manchmal auch nicht ganz unkritischen Ergebnissen. Auf das ***ob*** *müssen wir ein Auge haben, doch das* ***wie*** *soll im Rahmen der Landestätigkeit gemacht werden. Hier werden wir uns, die die Expertise in der konkreten Vorortversorgung haben, massiv einbringen. Das Thema Messbarkeit ist ein wichtiger Punkt, aber in der Medizin nicht so einfach zu lösen, weil Medizin nun einmal keine Naturwissenschaft ist, sondern sich der Naturwissenschaft mit ganz viel Empirie bedient – und das tagtäglich."*
Dr. med. Nikolaus Scheper, BVND



„Unser Versuch, den Diabetes nach vorne zu stellen, ist angekommen. Damit hat sich die Arbeit der letzten Jahre ausgezahlt. Ich bin sehr froh darüber, dass wir – wenn auch keinen Plan – zumindest eine Diabetesstrategie im Koalitionsvertrag stehen haben, die nun einen Weg vorzeigt. Nun müssen wir den mit Leben erfüllen."
Dr. med. Jens Kröger, diabetesDE

„Wir als Patientenvertreter haben bewiesen, dass wir evident sind und einen großen Beitrag zum Gesundheitssystem beigetragen haben. Denn wir können die Menschen vor Ort ansprechen und stehen mit den Patienten außerhalb der kurzen Zeit, die sie mit dem Arzt verbringen, in Kontakt. Diese Aufgaben wollen wir gern erfüllen. Doch dürfen wir als Patientenvertreter bei den Stakeholdern nur am Tisch stehen, wünschen uns aber ein Stimmrecht bei bestimmten Prozessen."
Dr. Klaus-Dieter Warz, DDF



„Nach Aussagen des Koalitionsvertrags will nun die Politik Akteur werden, denn darin steht: Wir wollen die Volkskrankheiten bekämpfen! Nicht die Ärzte! Danach muss die Politik nun aktiv werden und ich würde mich freuen, wenn sie klare Kante zeigt. Zum Beispiel auch, indem die Patienten in die Pflicht genommen werden. Ich würde mir beispielsweise einen Risiko-Score für gefährdete Jugendliche wünschen: Bewegungsmangel, Übergewicht, familiäre Disposition. Für mich fängt Prävention da an, nicht erst ab 36 Jahren beim Check-Up."
Dr. med. Wolfgang Kreischer, Dt. Hausärzteverband



„Es war mein Anliegen, dass die Diabetesstrategie in den Koalitionsvertrag hineinzubekommen. Ich bin sehr froh und glücklich darüber und habe erwartet, dass ich hier nur Lob bekomme. Wer sich das Papier anschaut, fragt sich, wo sich Strategie und Plan außer in der Überschrift unterscheiden. Dazu haben wir uns im Vorfeld mit unserem Ministerium abgestimmt, denn das BMG hat sich ausgerichtet am Ablauf des Nationalen Krebsplans und fühlte sich ein wenig überfordert, so dass wir die Abläufe so organisiert haben, wie sie sich nun im Koalitionsvertrag wiederfinden: mit dem Beschluss eines Rahmens auf Bundesebene und darauf aufsetzenden länderspezifischen Plänen."
MdB Dietrich Monstadt, CDU



„Der Satz im Koalitionsvertrag (Anm.: Patientenwohl) ist hoffnungsgebend, ich finde: Gut ist gut, besser es steht da drin, als es nicht drin steht. Doch nur indem, dass es drin steht, ist es noch nicht gemacht. Ich finde gut, was der Kollege gesagt hat: Es ist nicht relevant, ob es Strategie oder Plan heißt, doch würde ich mich in der Oppositions-Rolle fragen, wenn – bis auf acht – fast alle europäischen Länder einen Diabetesplan haben, warum Deutschland dann eine Strategie vereinbart – einen Grund muss das ja haben."
MdB Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Grüne



Zitationshinweis
Stegmaier, P.: „Der gemeinsame Diskurs ist das Ziel", in „Monitor Versorgungsforschung" (02/18), S. 20-22; doi: 10.24945/MVF.01.18.1866-0533.2070

der AkdÄ andere Interpretationen von Studiendaten und Therapiezielen vortrage, als es die DDG macht. Sein Rat: „Wir müssen daran arbeiten, einen Konsens zu finden." Und sei es, in dem man darüber einmal nachdenke, über Kompromisse zu einem Konsens zu kommen. Gebe es diesen schon auf der Fachebene nicht, würde auch auf der politischen Ebene die Umsetzung schwierig. Auch Wasem stellt als nach eigener Aussage „außenstehender Ökonom" fest, es frappierend zu finden, dass ein erheblicher Anteil der Fachkreise aus der Diabetes-Therapie andere Auffassungen als der G-BA und die AkdÄ verreten würden; hier sei ein „Dialog dringend angezeigt".

Umso mehr kann es nahezu als Wunder gewertet werden, wenn zwar kein „Nationaler Diabetesplan", doch zumindest der Begriff „Diabetesstrategie" im nun endlich gültigen Koalitionsvertrag verankert werden konnte. Hier können sich alle beteiligten Stakeholder, allen voran CDU-Politiker Dietrich Monstadt, MdB und Berichterstatter zu Diabetes und Adipostas seiner Partei, der nach nach eigenem Bekunden während der Podiumsdiskussion „Ausblick in die neue Legislaturperiode mit Blick auf Diabetes" federführend mit dazu beigetragen haben will, einmal durchaus stolz auf die Schulter klopfen.

„Es ist ein positives Signal, dass das Wort Diabetes im Koalitionsvertrag wie ein Leuchtturm durchschimmert", erklärte dazu Tschöpe, Lehrstuhlinhaber Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie an Ruhr-Universität Bochum (RUB) und Direktor des Diabeteszentrums Nordrhein-Westfalen (HDZ NRW) an der Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum in Bad Oeynhausen, in seinem Eingangsvortrag. Es sei damit der Community all derer, die sich um Diabetes kümmerten, gelungen, „sich vernehmlich zu machen". Dies ist nach Worten Tschöpes der erste wichtige Schritt, um die Tür zu öffnen und tatsächlich die Bereitschaft zu erreichen, mit all den Stakeholdern eine kluge Entwicklungs-Roadmap für die vor uns liegende Diabetesversorgung zu zeichnen.

„Das ist nicht einfach", weiß der ebenso erfahrene wie wortgewandte Mediziner und obendrein noch Gesundheitsökonom (ebs.) ganz genau. Denn dazu müsse man neben der rein medizinischen Versorgung „das gesamte Kontinuum des Diabetes", angefangen bei der Primär- bis Tertiärprävention, bis hin zu den allgemeinen Lebensbedingungen berücksichtigen. Erst dann gelänge es, die gesundheitsökonomische Belastung der Gesellschaft zu reduzieren. Doch gelte: „Weil in Deutschland alle etwas erst dann gut finden, wenn es ein Gesetz dafür gibt, rate ich, nicht locker zu lassen." Dies vor allem eingedenk der Tatsache, dass die dramatische Zunahme des Diabetes ein großes Problemszenario darstelle, wenn man es denn schaffen würde, die Zeitbombe zu entschärfen. Darauf hätte schon PD Dr. med. Wolfgang Rathmann, MSPH (USA), stellvertretender Direktor des Instituts für Biometrie und Epidemiologie des Deutschen Diabetes Zentrum in Düsseldorf, in der letztjährigen Veranstaltung „Diabetes 2030" (siehe MA&HP 02/17*) hingewiesen. Dieser hatte mit Versorgungsforschungdaten (unter Zuhilfenahme der aus dem dänischen Diabetes-Register übernommenen „relativen Mortalitätsrate") zum ersten Mal sichtbar und plausibel machen können, dass der Diabetes in Wirklichkeit einer der „dominanten Mortalitätstreiber unserer Gesellschaft" in der Größenordnung zwischen 16 und 20 % aller Todesursachen sei.

„Während die offizielle Todesursachenstatistik in Deutschland von 1998 bis 2015 von 22.000 bis 25.000 Todesbescheinigungen ausgeht, in denen Diabetes als Todesursache angegeben wird, sind laut Analysen des Teams des DDZ und der Universität Düsseldorf im Jahr 2010 137.950 Todesfällen vorgefallen, die auf Typ-2-Diabetes zurückzuführen sind. Damit liegt die von Diabetes ausgelöste Mortalität sechsfach höher, als in der offiziellen Todesursachenstatistik ausgewiesen werden."

PD Dr. med. Wolfgang Rathmann, MSPH, aus: „Diabetes 2030" im Jahr 2017

Die Brisanz der seit langem tickenden Diabetes-Bombe verdeutlichte Prof. Dr. Jürgen Wasem, Inhaber des Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen, der in seinem Vortrag das gesundheitsökonomische Problem Diabetes mit Zahlen unterfütterte. So gebe der M-RSA einen relevanten Teil der Zuweisungen für Patienten mit Diabetes aus. Dabei zeige sich, dass die Versorgung von Menschen mit Diabetes allein bei den direkten Kosten das 1,7 bis 1,8-fache an Kosten auslöse als bei denen ohne Diabetes. Hochgerechent und angenommen, die bisher beobachtete Prävalenz bliebe annähernd konstant, können nach Aussage von Wasem zwischen 22 und 25 Milliarden Euro an GKV-Ausgaben mit Diabetes assoziiert werden. Dabei seien die direkten Kosten der Diabeteskosten noch der kleinere Teil, weil drei Viertel der Kosten auf die Behandlung der Folgekosten zurückzuführen seien. Dazu kämen aber noch indirekte Kosten wie Produktivitätsausfälle und Frühverrentung in der Höhe von 30 bis 40 Prozent, die eine ebenso wichtige Rolle spielten, aber auch ein typisches Bild für chronische Krankheiten seien. Zwei ihm bekannte Prognosemodelle seien dann auch zu dem Ergebnis gekommen, dass der Diabetes ein relevanter Kostentreiber im demografischen Umbruch werde. Wasems Schnellrechnung, mit der Einschränkung, dass Prävalenz und demografische Entwicklung so fortgeschrieben werden, wie derzeit anzunehmen ist: „Ich komme auf 1,5 bis 2 Beitragsatzpunkte in 2050." Allein dies lasse es zwingend erscheinen, dass „wir darüber nachdenken müssen, wie die Versorgung in einer umfassenden Strategie in den Griff bekommen" werden könne. Ein probater Weg dahin sei eine nationale Diabetesstrategie, die aus der von ihm vertretenen gesundheitsökonomischen Perspektive und insbesondere angesichts der sich verschärfenden Kostensituation sowie ebenso der Relation der Kosten von Diabetestherapie und deren Folgen wesentlich sei. Wasem: „Das wird uns zwar kurzfristig Geld kosten, aber könnte langfristig die auf uns zukommende Kostenherausforderung verringern."

Im Zuge einer solchen Strategie gelte es dann sowohl medizinisch nach sinnvoller Interdisziplinarität zu suchen, sondern vor allem auch einen neuen Gütemaßstab zu formulieren. Weil sich nach Tschöpes Worten „vieles ordnet, wenn man ein Instrument dafür hat, nach dem man Ordnung schafft", müsse man sich die Mühe machen, ein Instrument zu finden, das auf allen Versorgungsebenen Qualität messbar mache. Um dann nach der damit gemessenen Qualität zu sortieren, was „für den ein oder anderen Systemteilnehmer bedeuten kann, dass er sich vielleicht mit anderen Bereichen ausserhalb des Diabetes beschäftigen muss." <<



v.l.n.r.: Die „Macher" von „Diabetes 2030": Tina Abild Olesen (Geschäftsführerin Novo Nordisk Deutschland) und Moderator Thomas Hegemann mit den beiden Tagungspräsidenten Prof. Dr. Jürgen Wasem (Duisburg-Essen) und Prof. Dr. Diethelm Tschöpe (Bad Oeynhausen).

* https://www.healthpolicy-online.de/industrie/137.950-todesfaelle-durch-typ-2-diabetes