



Eine Initiative von:



Kampagne 2017 „Diabetes STOPPEN. Jetzt handeln!“

Eine Initiative von:

- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
- Deutsche Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes (DDH-M)
- diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe
- Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD)

Fakten – Diabetes bedeutet:

- 6,7 Mio. Betroffene in Deutschland und
- 1 000 Neuerkrankungen am Tag.
- Jede Stunde sterben 3 Erkrankte.
- 40 000 Amputationen und
- 2 000 Erblindungen jedes Jahr.
- So entstehen 35 Mrd. Euro direkte Kosten im Jahr.

„Lebensqualität mit Diabetes“ im Fokus!

Unsere Forderungen: Diabetes STOPPEN. Jetzt handeln!

1. **Bestmögliche Versorgung sichern**, z.B. epidemiologisch-klinisches Diabetes-Register
2. **Gesunden Lebensstil fördern**, z.B. Zucker-Fett-Steuer
3. **Selbsthilfe stärken**, z.B. Mitbestimmungsrecht muss Patientenrecht werden

Wir fordern einen Nationalen Diabetesplan!

Weitere Informationen zu unserer Kampagne „Diabetes STOPPEN. Jetzt handeln!“ finden Sie auf unserer Kampagnen-Website: www.diabetes-stoppen.de

Unsere Forderungen in 20 Einzelforderungen

1. Bestmögliche Versorgung sichern

1. Der Patient steht im Mittelpunkt! Lebensqualität erhalten durch Beratung, Schulung, Empowerment sowie angemessene Honorierung der „sprechenden Medizin“!
2. Früherkennung ausbauen – Untersuchung auf Diabetes bei Personen mit hohem Diabetesrisiko!
3. Die Forschung zugunsten einer Vermeidung und Heilung von Diabetes in Deutschland mehr fördern!
4. Diabetologische Versorgung und Versorgungsforschung ausbauen, um Ressourcen effektiver einzusetzen!
5. Qualifikation der Diabetesberufe stärken: Weiterbildung für Diabetologen auf Facharztniveau, staatliche Anerkennung Diabetesberater/in in allen Bundesländern!
6. Erstattung von Leistungen nur für qualitätsgesicherte Behandlung!
7. E-Health: Die Digitalisierung als zusätzliches Instrument in der Diabetesversorgung fördern!

2. Gesunden Lebensstil fördern

1. Einrichtung einer Fett- und Zuckersteuer gegen Übergewicht!
2. Jeden Tag eine Stunde Sport und/oder Bewegung in der Schule!
3. Kein Verkauf von Süßigkeiten und zuckerhaltigen Getränken an Schulen, Trinkwasserstationen an allen Schulen und Betrieben!
4. Ausweisung von Broteinheiten (BE) auf verpackten Lebensmitteln!
5. Nährwertkennzeichnung für „Food-to-go“, direkt neben der Preisauszeichnung (z.B. die „Ampel“)!
6. Leicht verständliche Nährwertkennzeichnung auf der Vorderseite verpackter Lebensmittel!
7. Keine Werbung für übergewichtsfördernde Lebensmittel und Getränke (zu fett, zu süß, zu salzig), die sich an Minderjährige wendet!
8. Verbindliche Qualitätsstandards für die Schulverpflegung und in Betriebskantinen!

3. Selbsthilfe stärken

1. Mitbestimmungsrecht für Patienten in Entscheidungsgremien der Versorgung!
2. Stärkung der strukturierten Selbsthilfe!
3. Stärkere Einbindung der Selbsthilfe im Gesundheitswesen als bürgerschaftliches Engagement!
4. Für Kinder mit Typ-1-Diabetes so früh wie möglich Selbstmanagement durch Sportangebote und Freizeiten fördern!
5. Kassen-Boni für Betroffene, die in der Selbsthilfe aktiv sind!

Unsere Forderungen im Detail

1. Bestmögliche Versorgung sichern

1.1 Der Patient steht im Mittelpunkt! Lebensqualität erhalten durch Beratung, Schulung, Empowerment sowie angemessene Honorierung der „sprechenden Medizin“!

Patienten mit Diabetes müssen die Therapie tagtäglich eigenverantwortlich umsetzen. Hierzu benötigen sie qualitätsgesicherte Informationen und eine angemessene Unterstützung. Bewegung sollte integrierter Therapiebestandteil werden.

Rund zwei Drittel der Betroffenen sind in das Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben und werden so strukturiert und sektorenübergreifend nach evidenzbasierten Kenntnissen versorgt. Rund 30 % erhalten jedoch keine Schulungen, sie benötigen vermutlich eine spezielle Ansprache. Die Teilnahme an Schulungen sollte weiter ausgebaut werden und alle Patienten sollten nach dem Prinzip einer individualisierten Medizin Zugang zu allen notwendigen Schulungen haben. Das gilt für jüngere Patienten in permanent sich verändernden Lebenssituationen genauso wie für die wachsende Zahl von multimorbiden Patienten, Patienten mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten und Patienten mit Migrationshintergrund. Da Patienten mit Diabetes eine reduzierte Lebensqualität aufweisen, sollten vermehrt Hilfen für Patienten mit krankheitsspezifischen Problemen angeboten werden. Dafür werden benötigt: individuelle, krankheits- und persönlichkeitsbezogene „Sofort“-Beratungen, bedarfsgerechte Nachschulungen, ergänzende Online-Schulungen, Patientencoaching und Coping-Strategien über längere Zeiträume hinweg! Für diese besonders zeit- und ressourcen-aufwendige Betreuung werden besondere Abrechnungsziffern für Gesprächsleistungen benötigt, unterteilt nach Diabetes-Typ und -Problematik. Wir fordern eine bundesweit einheitliche Vergütung und die Aufnahme der Diabetologie in den EBM (= Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Abrechnungsgrundlage für vertragsärztliche Leistungen); außerdem sollte die Teamarbeit in der Vergütung zwingend berücksichtigt werden.

Für die erfolgreiche Aufnahme von Kindern mit Typ-1-Diabetes in Kita und Schule fordern wir eine klare bundeseinheitliche Regelung zur Finanzierung der erforderlichen zweistündigen Schulung des pädagogischen Personals durch Diabetesspezialisten.

Angehörige sind für Patienten wichtige Unterstützer, deshalb sollten Angehörige ebenfalls die Möglichkeit haben, an Schulungen teilzunehmen; Angehörigen-Schulungen sollten bundesweit verfügbar sein.

1.2 Früherkennung ausbauen – Untersuchung auf Diabetes bei Personen mit hohem Diabetesrisiko!

In Deutschland wird der Diabetes Typ 2 viel zu spät diagnostiziert – im Schnitt vergehen 8-10 Jahre! Verlorene Jahre für die Vermeidung von Folgeerkrankungen. Zu oft wird die Diagnose erst im Krankenhaus gestellt – wenn der Patient bereits wegen Folgeerkrankungen eingewiesen wird. Dabei gibt es bekannte Frühwarnzeichen und Risikofaktoren, die in der Summe die Wahrscheinlichkeit für den Ausbruch der Erkrankung anzeigen, z.B. familiäre Vorbelastung, zu wenig Bewegung, ungünstiges Essverhalten, Stress, ansteigendes/ hohes

Körpergewicht, insbesondere schweres Übergewicht in der Rumpfmittle, Bluthochdruck, zu hohe Blutfettwerte, Metabolisches Syndrom, Rauchen.

Personen mit einem hohen Diabetes-Risiko sollten vom Haus- oder Betriebsarzt auch gezielt auf diese Krankheit untersucht werden. Der Gesundheits-Check ab 35 Jahren, den die Krankenkassen ihren Versicherten alle zwei Jahre anbieten, reicht hierzu aber nicht aus. Im Check-up identifizierte Risikopatienten benötigen eine spezifische Diagnostik (HbA1c, Blutfettwerte, Risikofragebogen) und die Stoffwechselsituation sollte halbjährlich nachkontrolliert werden. Wir fordern daher, Hochrisiko-Personen spezifisch auf Diabetes zu untersuchen, in qualitätsgesicherte Präventionsangebote zu vermitteln und die flächendeckende Bereitstellung entsprechender Angebote zu fördern.

Der Aufwand für die Behandlung von Diabetes in der Schwangerschaft bei Frauen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes sowie bei Schwangerschaftsdiabetes ist erheblich und nicht in allen DMP-Verträgen umgesetzt. Dies führt zu einer Unterversorgung bei Diabetes in der Schwangerschaft. Es ist unklar, wie viele Schwangere das Screening auf Schwangerschaftsdiabetes wahrnehmen. Die Testung nach der Schwangerschaft erfolgt viel zu selten und die Nachsorge nach Schwangerschaftsdiabetes ist nicht strukturiert und findet daher viel zu wenig statt. Damit wird die Diabetesprävention bei diesen Frauen mit deutlich erhöhtem Diabetesrisiko verpasst.

Wir fordern daher die Aufnahme der Behandlung von Diabetes in der Schwangerschaft in allen DMP-Verträgen für Typ 1 und Typ 2 mit dem Ziel der Flächendeckung. Die Nachsorge bei Schwangerschaftsdiabetes nach der Geburt sollte als Diabetesprävention der Mutter gefördert werden; die Mutterschaftsrichtlinie sollte bzgl. des Schwangerschaftsdiabetesscreenings evaluiert werden.

1.3 Die Forschung zugunsten einer Vermeidung und Heilung von Diabetes in Deutschland mehr fördern!

In Langzeitstudien, die erforschen, wie viele Menschen im Verlauf eines mehrjährigen Beobachtungszeitraumes erkranken, ist Diabetes Typ 2 die häufigste Diagnose. Personen mit einem hohen Risiko für Diabetes Typ 2 haben ein ca. 5-fach erhöhtes Risiko, an einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt sowie ein doppelt erhöhtes Risiko, an einer Krebserkrankung zu versterben. Die Vermeidung einer Diabeteserkrankung wäre also sogar eine sehr wirksame, lebensverlängernde Maßnahme!

Wie genetische und Umweltfaktoren zusammenwirken, damit eine Inselzell-Autoimmunität in der Bauchspeicheldrüse ausgelöst wird, die Typ-1-Diabetes verursacht, ist noch weitgehend unbekannt. Die Erforschung dieser Frage kann auch Antworten liefern, wie die bislang unheilbare Krankheit Diabetes geheilt werden könnte. Ebenso müssen auch Pathomechanismen in der Entstehung des Typ-2- Diabetes besser verstanden werden, um Biomarker für die frühe und spezifische Diagnose zu identifizieren und neue Therapieansätze zu finden.

Ein wichtiges Ziel ist daher auch der rasche Transfer der bei der Grundlagenforschung gewonnenen Erkenntnisse über die klinische Forschung in die praktische Behandlung von Patienten. Interdisziplinäre und translationale Forschungsansätze sind hierbei unverzichtbar.

Wir fordern, mehr in die Erforschung zur Vermeidung und Heilung von Diabetes Typ 1 und Typ 2 zu investieren. Etablierte und erfolgreiche Forschungsstrukturen sollten erhalten und weiter ausgebaut werden (z.B. das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung DZD). Die Finanzierung der Grundlagenforschung in verschiedenen Institutionen sollte umfassender koordiniert und abgestimmt werden, außerdem sollte die Interaktion zwischen Grundlagenforschung und klinischer Anwendung verbessert werden. Alle Forschungsstrukturen sollten einer Begutachtung unterliegen und eine hohe Transparenz und Flexibilität aufweisen, um für neue Ansätze offen zu bleiben.

1.4 Diabetologische Versorgung und Versorgungsforschung ausbauen, um Ressourcen effektiver einzusetzen!

Die Behandler des Diabetes arbeiten nicht ausreichend Hand in Hand; Finanzmittel könnten effektiver zum Nutzen der Patienten eingesetzt werden. Notwendig ist eine neuartige und wirkliche Integrationsversorgung, die alle Ebenen – Hausarzt, Diabetes-Schwerpunktpraxis, Krankenhaus, Reha, Pflege, ... – einbezieht: eine sektorenübergreifende Versorgung. Dazu müssen Behandlungsziele, Kooperations- und Informationspflichten, qualitätsorientierte Behandlungspfade und der Übergang vom einen zum anderen Behandler klar vereinbart werden. So wird auch der Zugang zum Spezialisten eindeutig definiert und garantiert. Das Ziel ist eine leitliniengerechte Langzeitbehandlung über alle Ebenen. In Krankenhäusern muss eine qualitätsorientierte Grundversorgung für Menschen mit Diabetes sichergestellt werden und es werden mehr diabetologische Facheinrichtungen für die Hauptdiagnose Diabetes benötigt. Im Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes mellitus fehlen ebenfalls verbindliche Schnittstellen zwischen Behandlern. Die bisherigen Ergebnisse müssen bundesweit ausgewertet und das DMP muss zum Wohl der Patienten weiterentwickelt werden.

Gesundheitspolitik und Kassen müssen dafür sorgen, dass die DMP-Daten zu Diabetes Typ 1 und 2 zu einem bundesweiten Register zusammengeführt werden und für die Versorgungsforschung zur Verfügung stehen. Dieses Register soll auch der Optimierung der individuellen medizinischen Versorgung der Patienten dienen.

Bestehende dezentrale Diabetesregister müssen vernetzt und harmonisiert werden, um Aussagen zum Vorkommen, zur Versorgung, Krankheitslast und zu Komplikationen des Diabetes treffen zu können.

Die kooperative Versorgungsforschung durch universitäre, diabetologische und hausärztliche Einrichtungen muss finanziell gefördert und strukturell vorangetrieben werden. Auch themenzentrierte Register, wie Register zum diabetischen Fuß und zu Schwangerschaftsdiabetes, müssen gefördert werden.

Wir fordern deshalb, dass 1 Promille der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen für Medikamente in Versorgungsforschung und -evaluation investiert werden sollte!

1.5 Qualifikation der Diabetesberufe stärken: Weiterbildung für Diabetologen auf Facharzniveau, staatliche Anerkennung Diabetesberater/in in allen Bundesländern!

Erst die qualifizierte Weiterbildung von Diabetesbehandlern auf allen Ebenen sichert die nachhaltig qualifizierte medizinische Versorgung der Menschen mit Diabetes.

Das medizinische Teilgebiet Endokrinologie / Diabetologie wird heute aber der komplexen Erkrankung Diabetes nicht mehr gerecht – zudem gibt es immer weniger endokrinologische Ausbildungsstätten und zu wenig Lehrstühle für Diabetologie – aber immer mehr Menschen mit Diabetes.

Wir fordern die Etablierung einer Professorenstelle für Diabetologie an jeder deutschen Universität, die das Studium der Humanmedizin anbietet. Zwei bis drei Doppelstunden Diabetologie im gesamten sechsjährigen Medizinstudium reichen nicht aus! Wir fordern, die Stundenzahl in der universitären Ausbildung massiv aufzustocken und durch Workshops, Praktika etc. zu ergänzen. Ein angehender Diabetologe sollte wenigstens zwei Jahre in einer Schwerpunktabteilung tätig sein.

Derzeit gibt es nur eine ärztliche Zusatzweiterbildung Diabetologie, die den Landesärztekammern obliegt. Deshalb fordern wir eine einheitliche ärztliche Weiterbildung für Diabetologen auf Facharzniveau. Wir fordern hier als ersten Schritt eine bundesweite Vereinheitlichung der Curricula durch die Bundesärztekammer, die sich an der Ausbildung zum Diabetologen DDG orientiert.

Die Diabetes-Behandlung ist Team-Arbeit! Denn die epidemiologische Ausbreitung des Diabetes und die Behandlung der betroffenen Patienten erfordern engagierte und qualifizierte Mitarbeiter aller Professionen. So gehört ein/e Diabetesberater/in gemäß den Empfehlungen der Leitlinien zur Behandlung des Diabetes seit Jahrzehnten in jedes qualifizierte Behandlersteam. Da derzeit eine wachsende Zahl von Bildungsanbietern auf den Markt der Weiterbildung für Diabetes drängt, droht hier ein „Qualifikationswirrwarr“. Das fachliche Niveau vieler Weiterbildungen ist nicht gewährleistet. Durch diese Entwicklungen wird das Berufsbild, z.B. der Diabetesberaterin DDG, zunehmend gefährdet, die Existenz der Weiterbildungsstätten bedroht sowie die Etablierung von neuen Weiterbildungen, z.B. im Pflegebereich erschwert.

Wir fordern, nach dem Vorbild des Landes Rheinland-Pfalz (2008), die Weiterbildung zum/zur Diabetes-Berater/in DDG in allen Bundesländern staatlich anzuerkennen. Der besondere Wert der Weiterbildung wurde im Jahr 2011 durch die Auszeichnung mit dem Weiterbildungs-Innovationspreis des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) gewürdigt.

Wir fordern, die bei der medizinischen Fachgesellschaft für Diabetologie erreichbaren Weiterbildungsabschlüsse für Ärzte und Berater in den Versorgungsstrukturen zu verankern und eine Refinanzierung durch die Kostenträger zu ermöglichen. Dafür ist die Aufnahme in den Weiterbildungskatalog der relevanten Kammern (Bundesärzte, -Psychologen- und Pflegekammern) notwendig.

Darüber hinaus fordern wir, dass die Anerkennung als Diabetologische Schwerpunktpraxis bei allen Kassenärztlichen Vereinigungen nach gleichem Qualitätsstandard erfolgen sollte.

1.6 Erstattung von Leistungen nur für qualitätsgesicherte Behandlung!

Egal, ob beim Hausarzt, Diabetologen oder im Krankenhaus – die Behandlung des Diabetes sollte immer qualitätsgesichert erfolgen, um den bestmöglichen Behandlungserfolg zu erzielen. Ärzte, die auf Qualität Wert legen, sorgen für ein Qualitätsmanagementsystem in ihrer Praxis oder ihrem Haus. Dazu gehören die richtige Ausstattung, gut ausgebildetes Personal, eine elektronische Dokumentation von Patientendaten, eine Orientierung der Behandlung an wissenschaftlich fundierten Empfehlungen (Leitlinien) und regelmäßige Weiterbildung. Ist eine Praxis oder ein Krankenhaus durch eine wissenschaftliche Fachgesellschaft zertifiziert, können Patienten beste Qualität erwarten. Wir fordern, dass Krankenkassen Leistungen künftig nur noch für qualitätsgesicherte Behandlungen erstatten sollten – nur so wird sich Qualität langfristig durchsetzen.

1.7 E-Health: Die Digitalisierung als zusätzliches Instrument in der Diabetesversorgung fördern!

„Big Data“ bietet auch Chancen für die individualisierte Behandlung von Patienten. So kann Telemedizin z.B. helfen Versorgungslücken im ländlichen Raum zu reduzieren. Der kontinuierliche Austausch von Daten zwischen Patienten und Behandlern durch Geräte, die das Selbstmanagement unterstützen, ist teilweise schon etabliert. Die Aufgabe des Diabetesteam besteht nach wie vor darin, die Daten zu interpretieren, die Therapie anzupassen und durch soziale Interaktion Patienten aufzuklären, zu schulen und zu mehr Bewegung und besserer Ernährung zu motivieren – diese „sprechende Medizin“ ist unverzichtbar, denn sie unterstützt die Therapietreue der Patienten.

Die Diabetesversorgung mit digitaler Unterstützung könnte eine Vorreiterrolle in der Etablierung neuer digitaler (Therapie-) Konzepte einnehmen, da Diabetes-Patienten es bereits gewohnt sind, Daten zu generieren und jüngere Patienten immer mehr digitale Mess- und Datentransfer-Methoden bevorzugen, die laufend optimiert werden. Von zentraler Bedeutung ist, dass die digitalen Ansätze von E-Health-Angeboten, vor allem Diagnostik- und Therapie-Empfehlungen auf der Basis von Big-Data-Analysen, den Empfehlungen der evidenzbasierten Medizin entsprechen, dass Algorithmen transparent gemacht und dass das Arzt-Patienten-Verhältnis gefördert und nicht ersetzt wird. Dazu ist notwendig, dass in die Entwicklung sowohl wissenschaftlich-medizinische Experten, Experten für digitale Medizin als auch Patienten eingebunden werden. Neben einer verlässlichen technischen und benutzerfreundlichen Funktionalität der digitalen Hilfsmittel und Lösungen (Interoperationalität, Konnektivität, Barrierefreiheit) muss auch die Frage des Datenschutzes befriedigend gelöst werden. Es ist außerdem darauf zu achten, dass digital nicht kompetente Patienten genauso individualisiert behandelt werden wie digital kompetente Patienten.

Derzeit gibt es noch zu wenig Konzepte, wie digitale Angebote systematisch in der Versorgung chronisch Kranker eingesetzt, wie die Qualität gesichert und dann auch entsprechend vergütet werden kann.

2. Gesunden Lebensstil fördern

2.1 Einrichtung einer Fett- und Zuckersteuer gegen Übergewicht!

Fett und Zucker sind billige Hauptzutaten in hochindustriell verarbeiteten Lebensmitteln und fördern die Entstehung von Übergewicht und in der Folge auch von Diabetes. Wer eine Vorliebe für fett- und/oder zuckerreiche Produkte entwickelt hat, kommt schwer wieder davon los. Auch wenn Ernährungsexperten zu maßvollem Genuss ermahnen – die Versuchung lauert überall! Wir fordern, Ungesundes teurer und Gesundes billiger zu machen. Dies kann umgesetzt werden, indem der Mehrwertsteuersatz für ungesunde Produkte anhand ihres Fett- und Zuckergehaltes so erhöht wird, dass sie um mindestens 20 % teurer werden. Gleichzeitig sollten gesunde Lebensmittel verbilligt werden. Die Mehreinnahmen aus der Besteuerung ungesunder Konsumweisen sollten durch eine Senkung des allgemeinen Mehrwertsteuersatzes den Bürgern aufkommensneutral zurückerstattet werden.

Eine Alternative wäre, im bestehenden Mehrwertsteuersystem eine Spreizung der Mehrwertsteuer anzustreben (19 % auf ungesunde, 0% auf gesunde Lebensmittel).

Lebensmittelproduzenten erhalten so auch einen Anreiz, ihre Produktrezepturen gesünder zu gestalten. So ergibt sich eine verbesserte, Gesundheit und Wirtschaftswachstum fördernde Steuerstruktur.

2.2 Jeden Tag eine Stunde Sport und/oder Bewegung in der Schule!

Kinder haben einen natürlichen Bewegungsdrang. In der Schule müssen Kinder während des Unterrichts stillsitzen. Dies mag ein Grund dafür sein, dass mit Eintritt in die Schule das Übergewicht bei Kindern einen deutlichen Sprung nach oben macht. Deshalb brauchen Kinder mehr denn je einen Bewegungsausgleich. Eltern beklagen sich jedoch permanent darüber, dass Sport regelmäßig das Fach ist, das am häufigsten ausfällt. Toben macht sogar schlau! Bewegung jeder Art erhöht nicht nur das allgemeine Wohlbefinden und baut Spannungen ab, sie fördert auch Lernbereitschaft, Lernfähigkeit und Leistungsfähigkeit.

Außerdem wird in jungen Lebensjahren der Grundstein für den späteren Lebensstil geprägt – und was Hänchen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr: Spätestens ab der Lebensmitte ist Bewegungsmangel ein Risikofaktor für viele Erkrankungen, auch für Diabetes mellitus! Wir fordern daher: Jeden Tag eine volle Stunde Sport / Bewegung in der Schule!

2.3 Kein Verkauf von Süßigkeiten und zuckerhaltigen Getränken an Schulen, Trinkwasserstationen an allen Schulen und Betrieben!

Experten empfehlen, dass Kinder deutlich weniger Süßigkeiten essen und weniger Limonade trinken sollten, als heute üblich ist. Denn wer z.B. häufig zuckergesüßte Getränke wie Limonaden und Eistee trinkt, hat ein erhöhtes Risiko für Übergewicht und Diabetes. Der Softdrink-Konsum in Deutschland hat sich in den letzten 40 Jahren aber z.B. um das Zweieinhalbfache gesteigert. Besonders in der Schule und am Arbeitsplatz sollte es allen leichter gemacht werden, sich gesund zu verhalten. Und da auch das Angebot die Nachfrage

bestimmt, sollte die Auswahl an Getränken und Zwischenmahlzeiten in Schule und Betrieb eine gesunde Auswahl sein.

Wir wollen Kindern nicht verbieten, zuckerhaltige Getränke zu trinken oder Süßigkeiten zu essen. Wir möchten aber nicht, dass Schulen den Konsum fördern, indem sie das Angebot bereitstellen. Das Aufstellen von Trinkwasserstationen kann Übergewicht in der Schule vermeiden helfen. Trinkwasser hat jedoch keine Chance, wenn gleichzeitig zuckerhaltige Erfrischungsgetränke angeboten werden. Deshalb setzt die Förderung des Trinkwasserkonsums an Schulen ein gleichzeitiges Verkaufsverbot von zuckerhaltigen Getränken voraus.

2.4 Ausweisung von Broteinheiten (BE) auf verpackten Lebensmitteln!

Mit dem sinnvollen Wegfall der Diabetiker-Lebensmittel 2012 ist leider auch die obligate Ausweisung von Broteinheiten (BE) auf verpackten Lebensmitteln entfallen. Das verunsichert viele Menschen mit Diabetes, die Insulin spritzen und die Dosis an den Kohlenhydratgehalt ihrer Nahrung anpassen müssen. Da die Angabe von Broteinheiten (BE) auf verpackten Lebensmitteln insulinpflichtigen Menschen mit Diabetes Sicherheit vermittelt, fordern wir, dass Brot- oder Kohlenhydrateinheiten auf allen verpackten Lebensmitteln verpflichtend deklariert werden sollten.

2.5 Nährwertkennzeichnung für „Food-to-go“, direkt neben der Preisauszeichnung (z.B. die „Ampel“)!

In Deutschland wird zunehmend weniger gekocht und gemeinsam gegessen. Während die traditionellen Mahlzeiten weiter an Bedeutung verlieren, nehmen das „Snacking“ und der Außerhausverzehr zu. Es ist daher sinnvoll, die Nährwertkennzeichnung nicht auf verpackte Ware zu beschränken, sondern auch auf Außer-Haus-Mahlzeiten, Fast Food, Take-away-Mahlzeiten und Snacks auszuweiten.

Die Ausweisung des Energiegehaltes direkt am Verkaufspunkt neben dem Preis sensibilisiert das Bewusstsein der Verbraucher für den Kaloriengehalt und kann das Kaufverhalten beeinflussen. Wer mit dem Kaloriengehalt einer hochkalorischen Kaffeeariate unmittelbar an der Theke konfrontiert ist, wird sich eher für eine fett- und/oder zuckerärmere Variante und/oder eine kleinere Portionsgröße entscheiden können.

2.6 Leicht verständliche Nährwertkennzeichnung auf der Vorderseite verpackter Lebensmittel!

Nährwertinformationen stehen auf der Rückseite der Verpackung, sind häufig unter Laschen versteckt und schwer zu entziffern. Aber auch wenn die Tabellen lesbar sind, ist den meisten Menschen nicht klar, was die Zahlen bedeuten. Wer weiß schon genau, ob 28 g Zucker / 100 g für ein „Schlankmüsli mit Ballaststoffen“ wenig oder viel ist, ob „nur 20 % Fett absolut“ bei einem Streichkäse als fettarm anzusehen ist oder was „i.Tr.“ bedeutet? Daten und Angaben auf Verpackungen sind vielfach verwirrend.

Wir fordern daher auf der Vorderseite der Verpackung gut sichtbar eine Ampelkennzeichnung für „4+1“ Nährwertangaben, d.h. die Gehalte der vier maßgeblichen gesundheitsrelevanten Inhaltsstoffe in 100 g Produkt: Gramm gesättigte Fette, Zucker, Salz, Ballaststoffe plus die Kalorienangabe in 100 g. Jede Angabe sollte mit einem Kreis in einer Ampelfarbe unterlegt sein, der für eine Empfehlung steht: grün für „gut, gesundheitsförderlich“, gelb für „aufpassen, in Maßen essen“ und rot für „nicht gesundheitsförderlich, selten essen“. So bekommen wir mit der Zeit durch Übung ein besseres Gefühl dafür, wie wir den Gesundheitswert eines verpackten Lebensmittels einschätzen können.

2.7 Keine Werbung für übergewichtsfördernde Lebensmittel und Getränke (zu fett, zu süß, zu salzig), die sich Minderjährige wendet!

Vor allem Lebensmittel mit hohen Fett-, Zucker- oder Salzgehalten werden massiv über vielfältige und kindgerechte Kanäle beworben. Ausgeklügelte Marketingstrategien unterlaufen die Bemühungen von Eltern, Pädagogen und Gesundheitskampagnen, Kinder für gesunde Lebensmittel und Getränke zu begeistern. Das Fernsehen bewirbt zu über 80 % ungesunde Lebensmittel, und zwar besonders während, vor und nach Kindersendungen. Zwar existieren freiwillige Selbstbeschränkungen der Lebensmittelindustrie bei der Fernsehwerbung – sie unterliegen jedoch keiner systematischen Kontrolle.

Anders als Erwachsene sind Kinder Werbebotschaften auch ungeschützt ausgeliefert. Fernsehwerbung, Cartoon-Figuren auf Lebensmittelverpackungen, Gratisspielzeug und prominente Werbeträger mit hohem Identifikationspotential für Minderjährige beeinflussen, welche Lebensmittel Kinder und Jugendliche auswählen, was sie (oder ihre Eltern) kaufen und was sie gerne essen und trinken. Wir fordern deshalb, dass an Minderjährige gerichtete Werbung für übergewichtsfördernde Lebensmittel und Getränke vollständig unterbunden werden sollte.

2.8 Einhaltung von Qualitätsstandards für die Schulverpflegung und in Betriebskantinen!

Vollwertiges, gesundes Essen und Trinken kann chronischen, lebensstilmitbedingten Erkrankungen wie z.B. Diabetes Typ 2 vorbeugen. Kinder sollten in der Schule gesund essen bzw. gesund essen lernen, wenn ihnen dies in ihrer Familie nicht vorgelebt wird. Eine vollwertige Schulverpflegung steigert außerdem die Lernleistung und schwächt Defizite in der Ernährung von Kindern und Jugendlichen ab. Gemeinsame Mahlzeiten in Schule und Betrieb befähigen zu gesundheitsbewusstem Handeln, verbessern das Essverhalten und fördern darüber hinaus die Kommunikation, die Entspannung, das soziale Miteinander und die Esskultur.

Wie eine gesunde, kindgerechte Ernährung in der Schule und eine gesundheitsförderliche Ernährung am Arbeitsplatz aussehen sollten, ist hinreichend bekannt und beschrieben. „Nur“ bei der Realisierung hapert es, denn eine gesunde Ernährung ist nicht zum Nulltarif zu haben. Wir appellieren an die Kultusminister der Länder, die Umsetzung von Qualitätsstandards für die Schulverpflegung verpflichtend einzuführen und für die Umsetzung Gelder bereit zu stellen. Auch sollten steuerliche Anreize die Umsetzung von Qualitätsstandards in Betriebskantinen und bei Caterern fördern.

3. Selbsthilfe stärken

3.1 Mitbestimmungsrecht für Patienten in Entscheidungsgremien der Versorgung!

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), auch „kleiner Gesetzgeber“ genannt, entscheidet über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, also darüber, welche Leistungen Krankenkassen erstatten und welche nicht und was sie kosten dürfen.

Patientenvertreter sind „Papiertiger“ im G-BA, denn sie haben zwar das Recht angehört zu werden und „mitzuberaten“, aber wenn es hart auf hart kommt, dürfen sie nicht mitentscheiden.

In anderen Entscheidungsgremien der Versorgung fehlen Patientenvertreter völlig, z.B. bei der Kassenärztliche Vereinigung und bei den Krankenkassen bzw. ihrem Spitzenverband.

Auch im Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) fehlt ein Patientenvertreter in Stiftungsrat oder Vorstand.

Das Patientenrechtegesetz „ermöglicht Arzt-Patienten-Gespräche auf Augenhöhe und stärkt die Rechte der Versicherten gegenüber den Leistungserbringern“, betonte Bundesgesundheitsminister Bahr im Januar 2013. Was aber nützt ein Patientenrechtegesetz, das dem Patienten die Mitbestimmung in Entscheidungsgremien der Versorgung weiterhin verweigert? Wir fordern deshalb: Mitbestimmungsrecht in Entscheidungsgremien der Versorgung muss Patientenrecht werden!

Wir fordern außerdem Diabetesbeauftragte in der Politik, auf Bundes- und Länderebene.

3.2 Stärkung der strukturierten Selbsthilfe!

Strukturierte Selbsthilfe ist die Institutionalisierung von Hilfsangeboten, die die Versorgung der Betroffenen im deutschen Gesundheitssystem verbessert. Im Gegensatz zu Selbsthilfegruppen, die auf einer freiwilligen Basis arbeiten, weisen Selbsthilfeorganisationen einen höheren Organisationsgrad auf, der es erst ermöglicht, eine qualitativ hochwertige, langfristige Unterstützung sowohl für Einzelpersonen als auch für lose organisierte Gruppen bereitzustellen.

Organisationen der strukturierten Selbsthilfe leben zwar vom ehrenamtlichen Engagement ihrer Patientenmitglieder – die überwiegend medizinische Laien sind – müssen aber heute über eine hohe Professionalität und Nachhaltigkeit verfügen, wenn sie auf Augenhöhe mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen agieren und von diesen ernst genommen werden wollen. Dies ist weder im Ehrenamt noch über Projektarbeit leistbar – auf Verbandsebene ist der Einsatz von hauptamtlichen Mitarbeitern zur Bewältigung des Tagesgeschäfts unumgänglich. Hinzu kommt, dass die Selbsthilfe selbst im Wandel begriffen ist und sich immer mehr von der klassischen Selbsthilfe in die digitale Welt und Social Media bewegt. Dies bedeutet, dass zunehmend in den Aufbau und die Pflege digitaler Dienstleistungen investiert werden muss.

Von dem zivilgesellschaftlichen Engagement und dem Spezialwissen der Betroffenen über ihre Erkrankung möchte auch das Gesundheitssystem profitieren – die Relevanz von Selbsthilfeorganisationen im Gesundheitswesen ist deshalb zwar hoch. Allerdings ist dies oftmals

weniger Ausdruck einer großen Wertschätzung der Selbsthilfearbeit, sondern eher Resultat des Kosten- und Rationalisierungsdrucks. Die gestiegenen Ansprüche, die an die organisierte Selbsthilfe gestellt werden, gehen so nicht mit einer merkbaren Erhöhung ihres Stellenwertes innerhalb des Systems einher und auch nicht mit einer angemessenen finanziellen Ausstattung für die von ihnen erwarteten gesellschaftlichen Lösungsbeiträge. Die über die Krankenkassen gewährte Pauschalförderung reicht bei weitem nicht aus, um die Vielzahl der Aufgaben zu bewältigen, die an die Selbsthilfeorganisationen gestellt werden.

Wir fordern daher eine deutliche Stärkung in Form einer angemessenen finanziellen Ausstattung der strukturierten Selbsthilfe durch den Gesetzgeber. Darüber hinaus fordern wir, dass die Zusammenarbeit der strukturierten Selbsthilfe mit Fachverbänden (Ärzte, Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe) aktiv gefördert werden und zur Stärkung des Mitgliederaufkommens beitragen sollte.

3.3 Stärkere Einbindung der Selbsthilfe im Gesundheitswesen als bürgerschaftliches Engagement!

Leider werden Beratungsgespräche weder beim Arzt noch in der Apotheke honoriert. Dementsprechend werden solche Gespräche häufig sehr kurz gehalten. Das hat besonders bei Diabetikern, die einen großen Beratungsbedarf haben, oft negative Folgen für die Krankheitsbewältigung im Alltag. Insbesondere bei Neuerkrankungen ist der Erstberatungsbedarf sehr groß. Ehrenamtliche Mitarbeiter stehen den Hilfesuchenden mit ihrem Erfahrungswissen kostenlos fast rund um die Uhr zur Verfügung. Durch persönlichen Austausch tragen Menschen in der Selbsthilfe so nicht unerheblich zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bei. Diese Arbeit wirkt sich auch positiv auf die Lebensqualität und Krankheitsbewältigung der unterstützten Betroffenen selbst aus.

Engagement in der Selbsthilfe ist auch bürgerschaftliches Engagement, das Anerkennung und Unterstützung verdient! Wir fordern deshalb, dass Selbsthilfegruppen und -verbände auch öffentlich stärker als kompetente Ansprechpartner für Hilfesuchende anerkannt werden. Politik und Leistungserbringer in der Versorgung von Menschen mit Diabetes sollten die Gesundheitsselbsthilfe mehr wertschätzen und sich öffentlich dazu bekennen. Nur dann ist zu erwarten, dass sich noch mehr Betroffene zu einer ehrenamtlichen Tätigkeit bereit erklären und/oder Mitglied in einem Interessenverband werden.

3.4 Für Kinder mit Typ-1-Diabetes so früh wie möglich Selbstmanagement durch Sportangebote und Freizeiten fördern!

Was für andere Kinder selbstverständlich ist – Auspowern beim Sport, Klassenfahrten, Übernachtungen bei Freunden – wird für Kinder mit Typ-1-Diabetes schnell zum Grund für Überbehütung und soziale Ausgrenzung: Eltern, Lehrer und Erzieher sind besorgt und fürchten bedrohliche Stoffwechselentgleisungen, wie Unterzuckerungen. Unkenntnis über das Verhalten im Ernstfall und versicherungsrechtliche Fragen stehen im Raum. Dabei kann regelmäßiger Sport ein Leben lang Folgeerkrankungen des Diabetes verzögern helfen.

Kinder mit Diabetes Typ 1 müssen genauso wie erwachsene Menschen mit Diabetes nach dem Prinzip der Inklusion das volle Recht auf individuelle Entwicklung und soziale Teilhabe

ungeachtet ihrer persönlichen Unterstützungsbedürfnisse haben. Größtmögliche Normalität im Alltag gelingt am besten, wenn Kinder so früh wie möglich lernen, ihre Krankheit selbst zu managen – auch und gerade bei körperlicher Aktivität. Schulischer und sozialer Benachteiligung bei Kindern muss genauso entgegengewirkt werden wie beruflicher und sozialer Benachteiligungen bei erwachsenen Diabetespatienten. Bei Freizeitaktivitäten soziale Teilhabe und größtmögliche Normalität zu erleben, macht Kinder stark und fördert soziale Bindungen und soziale Unterstützung, die wiederum helfen, die Krankheit anzunehmen und aktiv zu bewältigen.

Wir plädieren daher an die Krankenkassen, stärker mit der Selbsthilfe zu kooperieren und Sportangebote und Freizeiten für Kinder mit Typ-1-Diabetes gezielt und so früh wie möglich zu fördern. Hierfür sowie zur Aufklärung und Information von Lehrern und Erziehern und auch zur praktischen Anleitung in Notfallsituationen sollten qualifizierte Diabetesberater und Diabetologen und auch weitere Fachkräfte eingesetzt werden, die sich mit Unterzuckerungen auskennen. Wir fordern zudem, aktiv gegen Benachteiligungen jedweder Art von Patienten mit Diabetes jedweden Alters vorzugehen.

3.5 Kassen-Boni für Betroffene, die in der Selbsthilfe aktiv sind!

Der Diabetes erfordert für ein gutes Therapieergebnis die aktive Mitarbeit von Patienten. Chronisch kranke Menschen, die sich einer Selbsthilfeorganisation anschließen oder in eine Selbsthilfegruppe vor Ort gehen, erzielen nachweislich bessere Therapieergebnisse. Und: wer in der Selbsthilfe aktiv ist, hilft nicht nur sich, sondern auch anderen. Damit hilft er auch, Kosten im Gesundheitswesen einzusparen. Engagement für sich und andere sollte belohnt werden! Wir appellieren an die Krankenkassen, die Übernahme von Eigenverantwortung zu honorieren und Kassen-Boni für Betroffene zu gewähren, die in der Selbsthilfe aktiv sind. Denkbar wären auch Gutscheine für Fitness-Studios, Entspannungskurse und ähnliches.

Kontaktadressen für weiterführende Informationen

Deutsche Diabetes Gesellschaft

Albrechtstr. 9
10117 Berlin
Tel.: +49 (0)30 31169370
Fax: +49 (0)30 311693720
E-Mail: info@ddg.info
Internet: www.ddg.info

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit fast 9.000 Mitgliedern eine der großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie unterstützt Wissenschaft und Forschung, engagiert sich in Fort- und Weiterbildung, zertifiziert Behandlungseinrichtungen und entwickelt Leitlinien. Ziel ist eine wirksamere Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes, von der mehr als sechs Millionen Menschen in Deutschland betroffen sind. Zu diesem Zweck unternimmt sie auch umfangreiche gesundheitspolitische Aktivitäten.

Deutsche Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes

Albrechtstr. 9
10117 Berlin
Tel.: +49 (0)30 201677-0
Fax: +49 (0)30 201677-20
E-Mail: info@ddh-m.de
Internet: www.menschen-mit-diabetes.de

Die Deutsche Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes (DDH-M) ist ein bundesweiter Selbsthilfeverband für Menschen mit der chronischen Erkrankung Diabetes mellitus. Als Interessenvertretung für alle Menschen mit Diabetes engagiert sich die DDH-M für die Rechte und Nöte der Betroffenen, kämpft für mehr Aufmerksamkeit und Akzeptanz in Bezug auf die Krankheit und ist Ansprechpartner in Sachen Diabetes für Politik und Öffentlichkeit. Ziel der DDH-M ist es, die Lebens- und Versorgungsqualität von Menschen mit Diabetes zu verbessern.

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

Albrechtstr. 9
10117 Berlin
Tel.: +49 (0)30 201677-0
Fax: +49 (0)30 201677-20
E-Mail: stop@diabetesde.org
Internet: www.diabetes-stoppen.de
www.diabetesde.org

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe ist eine gemeinnützige und unabhängige Organisation, die Menschen mit Diabetes, Diabetesberater, Ärzte und Forscher vereint. Gemeinsam schaffen wir Öffentlichkeit für das Thema und vertreten die Interessen der Menschen mit Diabetes. Wir setzen uns für eine bessere Prävention, Versorgung und Forschung im Kampf gegen die Volkskrankheit Diabetes ein. Die Krankheit breitet sich auch in Deutschland rasch aus. 6,7 Millionen Menschen sind betroffen und jeden Tag kommen fast 1000 Neuerkrankte hinzu.

Gegründet wurde diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und dem Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD). Die Selbsthilfe ist innerhalb von diabetesDE durch die selbstständige Selbsthilfeorganisation Deutsche Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes (DDH-M) vertreten.

Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft, IBAN: DE59 1002 0500 0001 1888 00, BIC: BFSWDE33BER

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

Habersaathstr. 31
10115 Berlin
Telefon: +49 (0)30 847122-490
Telefax: +49 (0)30 847122-497
E-Mail: info@vdbd.de
Internet: www.vdbd.de

Wir sind eine Solidar- und Interessengemeinschaft von Diabetes-Beratern/innen DDG, Diabetes-Assistenten/innen DDG und weiteren qualifizierten Fachkräften, die sich gezielt für Menschen mit Diabetes mellitus und assoziierte Erkrankungen engagieren. Wir sind erfahrene Beratungs- und Schulungsprofis, deren Angebote sich an den aktuellen wissenschaftlichen Standards der Diabetologie und Pädagogik orientieren.