



# Diabetesprävention als Politikfeld auf Landesebene



# Diabetes: Eine Volkskrankheit

## Status quo:

- Starke Zunahme der Diabetes Typ-2 Neuerkrankungen – auch bei Kindern und Jugendlichen
- Auf jede behandelte Person mit Diabetes kommt eine Person mit einem unentdeckten Diabetes
- Bis 2035 wird weltweit mit einer halben Milliarde Menschen gerechnet, die an einem Diabetes Typ-2 leiden
- In Deutschland haben ca. 9,7% der Bevölkerung einen Diabetes
- 90% der Diabetespatienten in Deutschland leiden an einem Diabetes Typ-2, 10% an einem Diabetes Typ-1



# Diabetes: Eine Volkskrankheit

## Folgen:

- Direkte Krankheitskosten von Diabetes Mellitus belaufen sich jährlich auf etwa 21 Mrd. Euro
- Das Erkrankungsrisiko und die damit verbundenen Kosten sind sozial ungleich verteilt: abhängig von Bildungsniveau, Migrationshintergrund etc.
- Risikofaktoren: Übergewicht, Bewegungsmangel, Fehlernährung und Stress
- Gefahr von Folgeerkrankungen insbesondere bei noch nicht diagnostiziertem Diabetes: diabetischer Fuß, Sehstörungen, Gefäßerkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall) etc.



# Diabetes: Eine Volkskrankheit

## Handlungsnotwendigkeit:

- Unverzichtbar sind Diabetesprävention und -versorgung! Der Nationale Diabetesplan als Instrument.
  - Forderungen der St. Vincent Deklaration (1989), der WHO (2002), der Vereinten Nationen (2006) und der EU (2006) nach einem nationalen Diabetesplan erfüllen
  - 15 der 28 EU-Mitgliedsstaaten können einen nationalen Diabetesplan vorweisen (Stand Nov. 2013)



# Die Studie

„Wie sehen Diabetesprävention & -versorgung aus sozialwissenschaftlicher Perspektive aus?“

1. Wie ist das deutsche Gesundheitssystem aufgebaut?
2. Welche Strukturen und Akteure lassen sich in diesem Politikfeld und im deutschen Gesundheitssystem identifizieren?
3. Wie sehen die nationalen Diabetespläne unserer Nachbarn – Dänemark und Österreich – aus?
4. Welche Empfehlungen können an die Akteure, speziell die Politik, weitergegeben werden?

# Politikfeldanalyse

## Diabetesprävention & -versorgung



Ein **Politikfeld** ist „eine spezifische und auf Dauer angelegte Konstellation sich aufeinander beziehender Probleme, Akteure, Institutionen und Instrumente“

(Schümann/Rehberg/Kolbe 2016: S. 12, zt. n. Loer et al. 2015)

**Problem:** Prävalenz der Diabetesneuerkrankungen und der Folgeerkrankungen für die Gesellschaft (Gesundheitssystem, Volkswirtschaft, individuelle Lebensqualität)

**Akteure:** Betroffene, Ärzte, Krankenkassen, Selbsthilfe- & Patientenverbände, Politik u.v.m.

**Institutionen (Regeln & Normen):** SGB V als Normen, ausführend: Ministerien, korporatistische Akteure etc.

**Instrumente:** Präventionsgesetz, Bundesratsinitiative zum nationalen Diabetesplan (Juli 2015)



# Methoden

- Identifikation und Beschreibung der Strukturen, Akteure und Interdependenzen
- Methoden-Mix aus qualitativen und quantitativen Elementen
  - Die gewählten Gesundheitssysteme wurden beschrieben & Akteure identifiziert
  - Ausgewählte Akteure aller Ebenen wurden in Leitfaden gestützten Interviews befragt
  - Dokumentenanalyse nach den Stichworten „Diabetes“ & „Prävention“ in allen Bundesländern – es wurden für relevante Textstellen in Dokumenten rund 3900 Codes vergeben; der Recherchezeitraum wurde auf 2004-2014 festgelegt
  - Dokumentenarten: von kleinen Anfragen der Länderparlamente bis hin zu Diabetesberichten der Länder, Drucksachen des Bundestages & Bundesrates, Aufklärungsbroschüren von Ministerien, Berichte der Ärztekammern & gesetzlichen Krankenkassen u.v.m.



# Gesundheitssysteme als Handlungsrahmen



- Strukturen
- Institutionen
- Akteure
- Besonderheiten

im deutschen und dänischen Gesundheitssystem.



*Die Art des politischen Outputs wird auch vom System bestimmt.*

# Spezifikationen des deutschen Gesundheitssystems



- Gesundheit im Sozialversicherungssystem
- Aufbau und relevante Institutionen
- Wie werden Entscheidungen getroffen?
- Ein Nationaler Diabetesplan in Deutschland?

Deutsche Besonderheit: korporatistische Akteure – „Der Staat hat die unmittelbare Gestaltung und administrative Steuerung an selbstverwaltete Körperschaften und deren Verbände delegiert.“(s. Gerlinger,

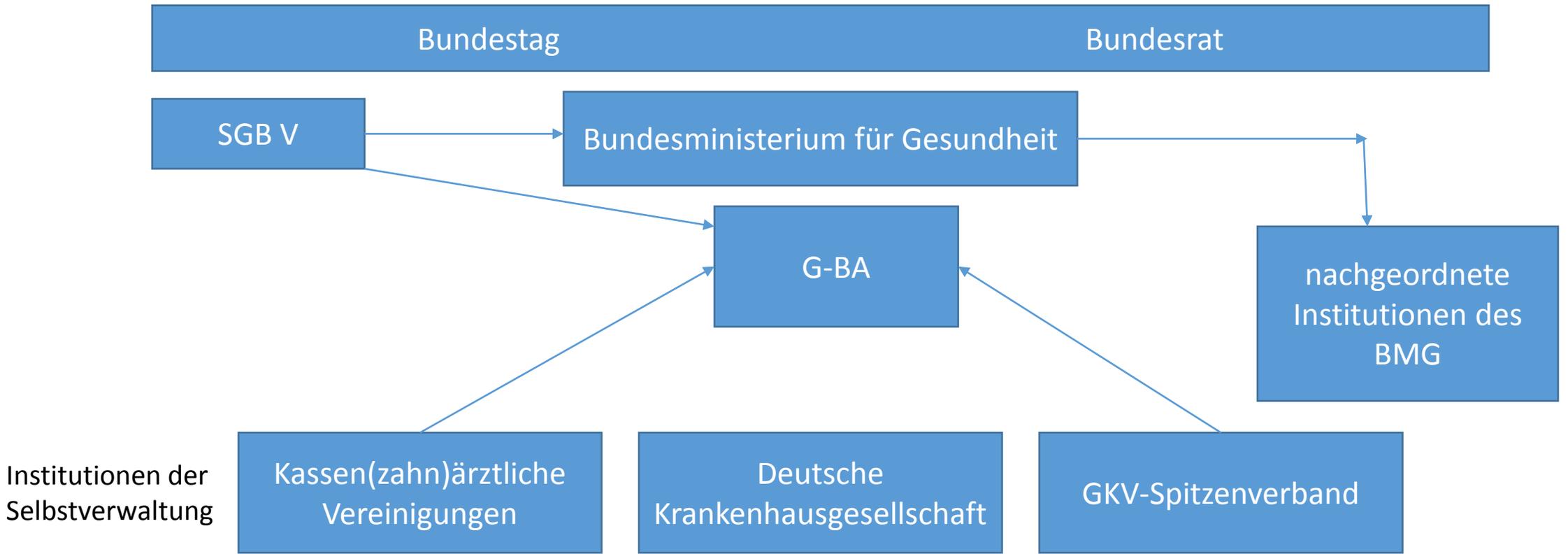
Thomas, Wolfram Burkhardt: Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen.

<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72575/verbaende-und-koerperschaften>)



# Spezifikationen des deutschen Gesundheitssystems

Aufbau des deutschen Gesundheitssystems (Bundesebene):



Institutionen der Selbstverwaltung

Bundesebene	Aufgabe	Landesebene	Aufgabe	Kommunale Ebene	Aufgabe
Bundestag, Bundesrat	Gesetzgebung: SGB V, Präventionsgesetz = Rahmenschaffung	Landesparlamente	Landesgesetzgebung: öffentl. Gesundheitsdienst, Krankenhausplanung, Landesgesundheitsberichterstattung	Kommunen/Städte	Beschlüsse im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes + kommunale Selbstverwaltung
Bundesministerien	Ausführung von Aufgaben, Aufsicht über nachgeordnete Institutionen (RKI, Medikamente etc.)	Landesministerien	Ausführung der Aufgaben, Aufsicht über nachgeordnete Institutionen	Gesundheitsämter	Ausführung der Beschlüsse und Richtlinien vor Ort
G-BA	Organ der korporatistischen Akteure (gemeinsame Selbstverwaltung), Ausgestaltung der Richtlinien aus dem SGB V & Richtlinienvorschläge	Verbände der korporatistischen Akteure	Aufgaben gemäß ihrer Selbstverwaltung (bspw. Organisation der Leistungserbringung etc.)	Individual Akteure: Einzelne Krankenkassen, Ärzte, Selbsthilfegruppen, Patienten	Leistungserbringung, In-Anspruch-Nahme von Leistungen, Vertreten der Individualinteressen



## Präventionsgesetz (2015):

- Ausbau der Prävention in den Lebenswelten der Menschen (Arbeit, Schule, KiTa)
- Bündelung der Akteure & Präventionsmaßnahmen in den Ländern
- Zielorientierte Zusammenarbeit der Akteure
- Umsetzung durch Landesrahmenvereinbarungen,
- hier: Beteiligung möglichst vieler Akteure bei der Ausgestaltung
- Aber: Diabetes in der Regel nur ein kleiner Punkt oder nur als Fußnote erwähnt!



Präventionsgesetz ist für die Diabetesprävention und -versorgung in Deutschland nicht ausreichend!



## Nationaler Diabetesplan in Deutschland?

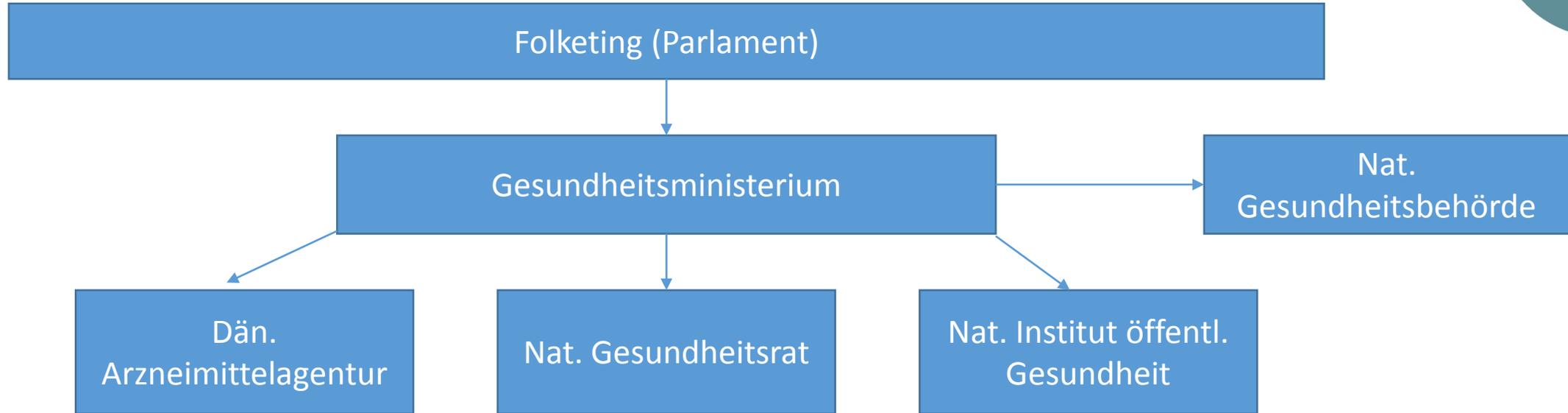
- Am 11.07.2014 hat der Bundesrat den Beschluss zur Umsetzung eines nationalen Diabetesplans gefasst (Drs.252/14). Die verabschiedete EntschlieÙung des Bundesrates ist rechtlich nicht bindend! Im selben Dokument wurde um die Vorlage eines Präventionsgesetzentwurfes gebeten – dies wurde angenommen und umgesetzt.
- **Empfehlung:**
  - Entsprechendes Agieren auf Landes- und Kommunalen Ebene (Föderalismus)
  - Allerdings sollte bei Schritten hin zu regionalen Diabetesplänen auf Kohärenz geachtet werden!
  - Länderübergreifende Zusammenarbeit der Akteure (best practise etc.)



# Das dänische Gesundheitssystem

- Kommunaler Gesundheitsdienst als Herzstück
- Aufbau und relevante Institutionen
- Wie werden Entscheidungen getroffen?
- Der Nationaler Diabetesplan in Dänemark

# Das dänische Gesundheitssystem auf nationaler Ebene



- Öffentlicher Gesundheitsdienst für die gesamte Bevölkerung = unabhängig vom Beschäftigungsverhältnis
- Gesetzliche Krankenversicherung – 99 % der Dänen sind hier versichert; Hausarzt als „Gatekeeper“
- Gesundheitssystem ist überwiegend Steuerfinanziert (seit 2008 zweckgebundene Gesundheitssteuer)
- Sachleistungsprinzip, aber keinen gesetzlich definierten Leistungskatalog
- Übersichtliche Akteurslage

nationale Ebene	Aufgabe	regionale Ebene	Aufgabe	Kommunale Ebene	Aufgabe
Folketing (Parlament)	Gesetzgebung = Rahmenschaffung	Regional Verwaltung	Regionale Versorgungszentren, Krankenhausversorgung, Versorgungs- & Infrastruktur im Gesundheitssystem, Fachärzte	Kommunale Verwaltung	(häusliche) Pflegedienstleistungen, Hausärzte (Gatekeeper), Bereitstellung soziale Dienste, Patienten
Gesundheitsministerium	Ausführung von Aufgaben, Aufsicht über nachgeordnete Institutionen (nat. Gesundheitsbehörde etc.)				



# Nationaler Diabetesplan in Dänemark I

- Nationale Handlungsplan Diabetes wurde November 2003 vom dänischen Gesundheitsministerium implementiert
- Ziele
  - Zunahme-Stopp Diabetes Typ 2 Erkrankungen
  - Bei einer Diabeteserkrankung Sicherstellung der individuellen Behandlung und Prävention
  - Sekundärprävention & Vermeidung von „worst case Szenarien“ (Fußamputation)
  - Dazu wurde ein Maßnahmenkatalog entworfen und einen Steuerungsgruppe zur koordinierten Umsetzung eingesetzt
  - Der Staat stellte rund 70 Mio. Kronen (DKR) [= etwa 9 Mio. €]
  - Stand 2017: Verhandlungen zur Aktualisierung des Nationalen Diabetesplans mit dem Gesundheitsministerium



# Nationaler Diabetesplan in Dänemark II

- Aktueller Stand 04/2017
  - Verhandlungen zum *National Plan of Action on Diabetes II*
  - Ziel: Vermeidung der enormen Folgekosten durch Diabetes für die Gesellschaft
  - Nahezu alle politischen Parteien stehen hinter dem neuen Diabetesplan (8 von 9)
  - Der Diabetesplan wird zwischen dem nationalen Gesundheitsministerium und der Danish Diabetes Association (DDA) verhandelt
  - Die Ergebnisse sollen im Sommer 2017 vorliegen
  - Die Implementation ab Januar 2018 erfolgen
  - Schwerpunkte sind:
    1. Früherkennung von Diabetes
    2. verbesserte Versorgung auf allen Ebenen (vom Hausarzt über Krankenhäuser bis zu den Behörden)
    3. Patientenbildung und -empowerment
    4. Prävention auf allen Ebenen



# Perspektiven: Blick auf die deutschen Bundesländer – Diabetes als gesellschaftspolitisches Handlungsfeld?

Ergebnisse Ländervergleich:

- Aktive Bundesländer: aktive Diabetesprävention, bzw. die Prävention der klassischen Risikofaktoren für Diabetes hat eine hohe Bedeutung für alle Akteure (Bsp. Sachsen, Berlin, Hessen...)
- Teilaktive Bundesländer: mind. einer der untersuchten Akteure ist im Gesamtbereich der Diabetesprävention aktiv oder betreibt weitere Präventionsaktivitäten (Bsp. NRW, Schleswig-Holstein, Hamburg...)
- Inaktive Bundesländer: alle Akteure sind im Bereich der Diabetesprävention nur wenig aktiv (Bsp. Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern...)



## Vergleich auf Landesebene: **Mecklenburg-Vorpommern & Schleswig-Holstein**

- Teilaktive Bundesländer: mind. einer der untersuchten Akteure ist im Gesamtbereich der Diabetesprävention aktiv oder betreibt weitere Präventionsaktivitäten = Schleswig-Holstein
- Inaktive Bundesländer: alle Akteure sind im Bereich der Diabetesprävention nur wenig aktiv = Mecklenburg-Vorpommern

Wie kommen wir zu dem Ergebnis?



# Mecklenburg-Vorpommern ein inaktives Bundesland?!

- Landesregierung
  - 3 Dokumente zu Prävention (Impfungen, Infotage & Jugend),
  - 6 Dokumenten der LReg zu Diabetes als Beispiel für Erkrankungen,
  - 5 Dokumente Datenerhebung & Forschung,
  - 1 Dokument Diabetes & Jugend, 1 Dokument Tertiärprävention & 1 Dokument Aufforderung TN für Veranstaltung
- Ärztekammer MV – keine relevanten Dokumente von 2004-2014 zu Diabetesprävention
- Landesparlament – keinen relevanten Dokumente zu Diabetes im Zeitraum 2004-2014



# Mecklenburg-Vorpommern

- Aktive Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen
- Netz von Diabetes-Schwerpunktpraxen
- MdB Dietrich Monstadt – politischer Einsatz für Diabetesprävention & -versorgung in Deutschland



# Schleswig-Holstein ein teilaktives Bundesland?!

- Ärztekammer SH – 7 Dokumente zu Prävention, 9 Dokumente zu Diabetes
- Landesregierung – im Zeitraum 2004-2014 insg. 67 Dokumente zu Prävention & 90 zu Diabetes & 27 Dokumente zu Zielen + Forderungen zu Diabetes
- Landesparlament – 3 Dokumente zu Diabetes & 6 Dokumente zu Ziele + Forderungen zu Diabetes



# Kritischer Umgang mit der Bewertung: Beispiel Schleswig-Holstein

## Teilaktiv oder Aktiv?

- Differenzierte Bewertung der Daten und Strukturen, um politische Strukturen & Entscheidungen genauer im Interesse von Diabetesprävention & -versorgung bewerten zu können.
- Betrachtung der gesammelten Daten unter dem übergeordneten Präventionsbegriff → Schleswig-Holstein = teilaktiv
- Landesärztekammern = Berufsstands-Organisation, für gesellschaftspolitische Strukturen des Gesundheitssystems in Hinblick auf das Politikfeld Diabetesprävention & -versorgung vordergründig weniger relevant
  - Vertritt berufsspezifische Interesse
- Konkretisierung der Perspektive auf „Diabetes“ und „Diabetesprävention“

# Kritischer Umgang mit der Bewertung: Beispiel Schleswig-Holstein



## Teilaktiv oder Aktiv?

- Landessärztekammer als Akteur auf der Ebene individueller berufsspezifischer Interessenvertretungen herausrechnen
  - Oder Ärztekammern als Vertretung der Ärzteschaft für das Thema sensibilisieren und als Partner einbinden
- Blick auf politische Dokumente und Dokumente der korporatistischen Akteure schärfen
- Schleswig-Holstein = aktives Bundesland
  - Vorlage der Bundesratsinitiative zum Nationalen Diabetesplan 2015
  - Etablierte AG Diabetes, angesiedelt am Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung seit 1989 (!)



# Ergebnisse Bundesebene

- Akteursvielfalt in Deutschland hinsichtlich der Diabetesprävention ist sehr groß, auf allen drei Ebenen!
- Einigkeit, dass das Präventionsgesetz (2015) hilfreich sei, aber nicht ausreichend ist, daher Forderung nach dem Nationalen Diabetesplan!
- Akteure wissen oftmals nicht voneinander oder ihren Diabetes spezifischen Aktivitäten (Versorgung und Prävention)
- Eine gewisse Unkenntnis der Akteure zur Funktionsweise des politischen Systems auf Bundes- und Landesebene
- Problem des Akteurs-Konsens, daher kein geschlossenes Auftreten vor der Politik
- Arbeits- & Funktionsweisen des politischen Systems sollten beachtet und genutzt werden zur Durchsetzung von Forderungen



# Fazit

## Welche Empfehlungen können an die Akteure, speziell die Politik, weitergegeben werden?

1. Neben einer „Top-Down-Strategie“ (NDP von Bundesebene aus) sollte eine „Bottom-Up-Strategie“ verfolgt werden, die spezifische Strukturen und Akteure auf der Landes- & kommunalen Ebene einbindet = hohe Wirkungs- & Akzeptanzerwartung
2. Verhältnis- statt Verhaltensprävention fokussieren
3. Neben aller Aufklärungs- und Informationsarbeit bedarf es auch entsprechender Normen („Zuckersteuer“, Lebensmittelampel o.ä.)
4. Die Interdependenzen und Akteursvielfalt der Mesoebene nutzen



# Bundesländer im Profil

## Perspektiven:

- Weitere Vertiefung der „Bottom-up-Strategie“ = Basis für eine flächendeckende Diabetesprävention & -versorgung in Deutschland
  - Einigkeit der Akteure!
- Einzelne Bundesländer dazu detaillierter in den Blick nehmen – Diabetesberichte der Länder! (Basis für weiteres erfolgreiches Arbeiten)
- Relevante Akteure des Gesundheitssystems im Bundesland identifizieren & zusätzlich die „Diabetesakteure“ ausfindig machen = bundeslandspezifische Struktur aufdecken
- Diese Strukturen analysieren, Akteure vernetzen & miteinander Funktionen und Handlungsmöglichkeiten im Politikfeld Diabetesprävention & -versorgung für das Bundesland ausloten

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

## Kontakt:

schuemann network gmbh  
Jutta Schümann, Geschäftsführerin  
Bundesstraße 4, Nr. 16  
24582 Mühbrook  
Tel. 04322 752362  
Fax. 04322 7869  
Email [info@juttaschuemann.de](mailto:info@juttaschuemann.de)

## Kontakt:



Landesgesundheitsprojekte e.V.  
Katrin Kolbe, Projektleiterin  
Bundesstraße 4, Nr. 16  
24582 Mühbrook  
Tel. 04322 752362 | 0170 4196624  
Fax. 04322 7869  
Email [info@landesgesundheitsprojekte.de](mailto:info@landesgesundheitsprojekte.de)

