

Antrag

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Start einer Nationalen Diabetes-Strategie – Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland und Versorgung des Diabetes mellitus zielgerichtet weiterentwickeln

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Diabetes mellitus ist eine chronische Erkrankung, die auf der Grundlage einer gestörten Blutzuckerwertung zu dauerhaft erhöhten Blutzuckerspiegeln und hierüber zu schweren Folgeerkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und des Nervensystems führt. Zu den Hauptformen des Diabetes zählt die vergleichsweise seltene Autoimmunerkrankung Diabetes mellitus Typ 1 (verminderte Insulinsekretion infolge der Zerstörung von Inselzellen der Bauchspeicheldrüse). Eine Sonderform stellt die sogenannte Schwangerschaftsdiabetes dar (erhöhte Insulinresistenz in der Schwangerschaft) mit erhöhtem Risiko, im höheren Lebensalter an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken.

Die weitaus häufigste Form ist der Diabetes mellitus Typ 2, bei dem die Insulinresistenz im Vordergrund steht und bei der neben einer genetischen Veranlagung vor allem Lebensstilfaktoren und höheres Lebensalter eine entscheidende Rolle spielen. Diabetes mellitus Typ 2 gehört zu den großen nicht übertragbaren Volkskrankheiten in Deutschland und stellt für die Betroffenen eine enorme Belastung dar.

Aufgrund seiner Häufigkeit und der diabetisch bedingten Folge- und Begleiterkrankungen entstehen für das Gesundheitswesen hohe Anforderungen und hohe Krankheitskosten. Sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene (UN, Weltgesundheitsorganisation WHO, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung OECD, EU) wird der Bekämpfung der gemeinsamen Risikofaktoren für Diabetes mellitus Typ 2 und anderer Volkskrankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf-Krankheiten, eine hohe Aufmerksamkeit gewidmet.

Nach amtlicher Statistik des Robert Koch-Instituts (RKI) des Jahres 2010 leiden in Deutschland über alle Altersgruppen hinweg derzeit circa sieben Millionen Menschen an einem bekannten oder unbekanntem Diabetes mellitus. Nach Schätzungen der Fachkreise wird aktuell von ca. neun bis zehn Millionen Betroffenen inklusive einer nicht quantifizierbaren Dunkelziffer ausgegangen. Nach den Zahlen des 8. IDF Diabetes Atlas (2017) sind europaweit sogar 58 Millionen Menschen an Diabetes erkrankt, weltweit wird von 425 Millionen Betroffenen ausgegangen.

Zu den Risikofaktoren für die Entstehung eines Typ-2-Diabetes gehören neben einer genetischen Disposition insbesondere Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung und das daraus resultierende Übergewicht. Dabei spielen sozioökonomische Faktoren, z. B. Bildung und sozialer Status sowie Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen eine Rolle. In einem frühen Stadium kann der Typ-2-Diabetes oftmals allein durch Lebensstiländerungen behandelt werden. Bei Fortschreiten der Erkrankung wird in der

Regel medikamentöse Behandlung erforderlich. Deshalb können durch gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention das Risiko für die Entstehung eines Typ-2-Diabetes in die Remission gebracht oder der Verlauf einer bereits aufgetretenen Erkrankung positiv beeinflusst werden.

Schwerwiegende, bis hin zum Tod führende Komplikationen des Diabetes mellitus entstehen aus der chronischen Schädigung von Nerven und Blutgefäßen, die sich auf eine Vielzahl von Organen auswirkt. Diabetesassoziierte Begleit- und Folgeerkrankungen vermindern die Lebensqualität und die Lebenserwartung. Folgeschäden sind insbesondere Herzinfarkte, Schlaganfälle, Amputationen, Erblindungen, Nierenversagen und Schwangerschaftskomplikationen.

Auf der Grundlage der aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz bedeutet dies:

- Nach wie vor haben Menschen mit Diabetes mellitus ein nahezu doppelt so hohes altersadjustiertes Sterberisiko im Vergleich zu Menschen ohne Diabetes (Paprott et al. 2014).
- Die Zahl der jährlichen Krankenhausfälle mit diabetesbedingten Amputationen der unteren Gliedmaßen auf Basis der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik liegt derzeit insgesamt bei 34.000 und bei 16.000 ohne Einschluss von Zehenamputationen. Zwischenzeitlich wurde die Definition durch die OECD verändert und ausschließlich majore Amputationen (Amputationen oberhalb der Knöchelregion) betrachtet. Im Jahr 2015 wurden auf Basis der neuen Definitionen insgesamt 8.000 Fälle mit diabetesbedingten majoren Amputationen berichtet, wobei Frauen (2.595 Fälle) deutlich seltener betroffen sind als Männer (Pollmanns et al. Bundesgesundheitsblatt. 2018).
- Regionale Daten aus Deutschland zeigen, dass für Menschen mit Diabetes das Risiko zu erblinden nach wie vor doppelt so hoch ist wie für Menschen ohne Diabetes (Genz et al. 2010), obwohl die Rate der Erblindungen insgesamt und auch bei Menschen mit Diabetes über die Zeit zurückgegangen ist (Claessen et al. 2012).
- Bevölkerungsbezogene Daten zeigen, dass 40 Prozent der Menschen mit Diabetes Einschränkungen der Nierenfunktion haben (Du et al. 2015) und das Risiko neu dialysepflichtig zu werden (Nierenersatztherapie) liegt um das Sechs- bis Achtfache höher bei Menschen mit Diabetes im Vergleich zu Menschen ohne Diabetes (Icks et al. 2011a; Hoffmann et al. 2011).
- Diabetes erhöht das Schlaganfall-Risiko. Wurde 2005 bis 2007 auf Basis von Krankenkassendaten noch ein doppelt erhöhtes Risiko im Vergleich von Erwachsenen mit und ohne Diabetes beobachtet (Icks et al. 2011), zeigen jüngste Auswertungen des Erlanger Schlaganfallregisters, dass sich der Unterschied über die Jahre verringert (Icks et al. PLoS Pne. 2017; Classen et al. Der Diabetologe 2019).
- Das Statistische Bundesamt schätzt die direkten Krankheitskosten für Diabetes mellitus auf ca. 7,37 Milliarden Euro jährlich (letzter erhobener Stand 2015). Die geschätzten Kosten pro Kopf liegen 1,4- bis 1,9-fach höher für Menschen mit Diabetes mellitus im Vergleich zu Menschen ohne Diabetes mellitus (Jacobs et al. 2017).

II. Der Deutsche Bundestag begrüßt,

die bereits vielfältig erfolgten Initiativen der Bundesregierung:

- 18- bis 34-Jährige haben einen einmaligen und Versicherte ab 35 Jahren alle drei Jahre Anspruch auf einen Check-Up. Mit dieser Untersuchung sollen u. a. lebensstilbezogene und familiäre Krankheitsrisiken erfasst werden. Hierzu gehören bestimmte Untersuchungen aus Blut und Urin. Dies ermöglicht es, Erkrankungen, wie z.B. Typ-2-Diabetes, frühzeitig entgegenzuwirken.

- An Diabetes erkrankte Menschen haben Zugang zu allen notwendigen Leistungen im Rahmen einer guten hausärztlichen und speziellen diabetologischen Versorgung. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten wirksamer und sicherer Behandlungsmethoden.
- Mit dem Präventionsgesetz vom 17. Juli 2015 ist das im Jahr 2003 verabschiedete nationale Gesundheitsziel „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“ gesetzlich verankert worden. Damit ist es mittelbarer Bestandteil der Nationalen Präventionsstrategie und der Rahmenvereinbarungen in den Bundesländern. Die Krankenkassen berücksichtigen das Ziel bei der Erbringung ihrer Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung.
- Krankenkassen sind verpflichtet, den überwiegenden Teil ihrer Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention für Leistungen in den Lebenswelten aufzuwenden. Damit unterstützen sie die gesundheitsfördernden Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen überall dort, wo Menschen wohnen, arbeiten und lernen (z. B. in Kindergärten, Schulen, Kommunen, Betrieben und Pflegeheimen).
- Die Reduzierung chronischer nichtübertragbarer Krankheiten wie des Diabetes mellitus Typ 2 und die damit in Verbindung stehende sozialbedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen stehen im Fokus der von der Nationalen Präventionskonferenz erarbeiteten Nationalen Präventionsstrategie.
- Um die umfassende medizinische Versorgung und das Selbstmanagement der Betroffenen weiter zu verbessern, wurde 2003 das Versorgungsangebot der strukturierten Behandlungsprogramme, sog. Disease-Management-Programme – DMP für Diabetes, eingeführt.
- Die Bundesregierung fördert die Diabetesforschung. Hierzu gehört die institutionelle Förderung des Leibniz-Instituts „Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ)“ in Düsseldorf, das Institut für Diabetesforschung am Helmholtz Zentrum München und das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) als deutschlandweiter Forschungsverbund. Darüber hinaus gibt es Projektförderung für Forschungsaktivitäten, zum Beispiel im Rahmen der Versorgungsforschung.
- Seit dem Haushaltsjahr 2016 stehen dem Bundesministerium für Gesundheit zusätzliche 3 Millionen Euro jährlich für Maßnahmen der Diabetesbekämpfung zur Verfügung.
- Die Bundesregierung fördert das Nationale Diabetes-Informationportal diabinfo.de, das vom DDZ in Düsseldorf, dem Helmholtz Zentrum München und dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung betrieben wird, um die Patienteninformation und Patientenselbstbefähigung auszubauen.
- Am Robert Koch-Institut (RKI) wurde in den letzten Jahren ein repräsentatives Gesundheitsmonitoring erfolgreich eingeführt. Die dort erhobenen Daten tragen dazu bei, die Häufigkeit des Diabetes mellitus valide abschätzen zu können. Seit Juli 2015 baut das RKI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine Nationale Diabetes-Surveillance („bundesweites bevölkerungsbezogenes Gesundheitssurvey für Prävention und Versorgung des Diabetes“) auf.
- Bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wurde eine Geschäftsstelle eingerichtet, die sich mit der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation einer Nationalen Aufklärungs- und Kommunikationsstrategie zu Diabetes mellitus befasst. Diese soll alle Phasen des Diabetes (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) umfassen, um gesundheitsschädigendes Verhalten zu verringern und gesundheitsförderliches Verhalten zu stärken.
- Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ setzt bei der Information und der Verbesserung des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens an.

- Das Nationale Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule (NQZ) koordiniert Maßnahmen und Initiativen rund um gutes Schul- und Kitaessen und unterstützt die Verbreitung der Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE).
- Das Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) stellt eine Vielzahl von Ernährungsbildungsmaterialien von der Kita bis zur weiterführenden Schule – zur Verfügung und bietet Lehrerfortbildungen dazu an.
- Mit der Nationalen Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten verfolgt die Bundesregierung das Ziel, mit einem weiteren verhältnispräventiven Ansatz zur Reduktion von Übergewicht und Adipositas und damit einhergehenden ernährungsmitbedingten Erkrankungen beizutragen.

Trotz der erzielten Erfolge und Fortschritte stellen sich weiterhin Herausforderungen. Aufgrund der demographischen Entwicklung und der voraussichtlichen Zunahme von diabetesbezogenen Risikofaktoren ist von einer weiteren Zunahme insbesondere von Diabetes mellitus Typ 2 auszugehen.

Deswegen müssen neben einem weiteren Ausbau der Diabetesforschung alle notwendigen Maßnahmen ergriffen werden, um den Anstieg von Diabetes-Neuerkrankungen zu vermeiden. Dieses ist auch eines der zentralen Ziele des im Jahr 2016 verabschiedeten Aktionsplans zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO.

III. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel die im Koalitionsvertrag verankerte Nationale Diabetes-Strategie zügig zu initiieren und die vielen sinnvollen Einzelmaßnahmen unter Einbindung der Akteure auf Bundes-, Länder- und Selbstverwaltungsebene strategisch zu bündeln.

Eine solche Nationale Diabetes-Strategie sollte die nachfolgenden Aspekte berücksichtigen:

1. Diabetes-Bekämpfung als ressortübergreifende Aufgabe wahrnehmen
- Die Prävention des Diabetes mellitus Typ 2 kann nicht auf den engen Bereich der Gesundheitsversorgung beschränkt werden. Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen sowie soziale, alters-, geschlechts- und lebenslagenbezogene Faktoren haben einen relevanten Einfluss auf die Entstehung von Diabetes mellitus Typ 2. Daher wird die Bundesregierung aufgefordert, im Sinne eines ressortübergreifenden Ansatzes, neben der Gesundheit weitere relevante Bereiche, z. B. Ernährung, Sport, Bildung, Forschung, Verbraucherschutz, Arbeit, Soziales, Familie, Senioren, Frauen, Jugend, Umwelt, Verkehr und Stadtentwicklung, in die Nationale Diabetes-Strategie einzubinden.
 - Das Ziel der Diabetes-Strategie ist die ressortübergreifende Bündelung der vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse, Maßnahmen und Aktivitäten zu Diabetes mellitus, die Entwicklung ressortübergreifender Ansätze zur Prävention von Diabetes mellitus einschließlich der Initiierung von konkreten Forschungsvorhaben sowie die ressortübergreifende Koordinierung von Maßnahmen zur Bekämpfung von Diabetes mellitus im Sinne des „Health in All Policies“-Ansatzes der WHO und der EU. Die Verknüpfung mit der Nationalen Präventionskonferenz ist herzustellen und zu verstetigen.
 - Die Diabetes-Strategie soll perspektivisch in eine ressortübergreifende Strategie für Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland einmünden. Diese Strategie sollte auch in der Nationalen Präventionskonferenz Berücksichtigung finden. Im Sinne des Aktionsplans der WHO zur Prävention und Bekämpfung nicht-

übertragbarer Krankheiten 2013 bis 2020 und des EU-Rahmenkonzeptes „Gesundheit 2020“ müssen weitere chronische, nicht übertragbare Erkrankungen, die durch Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen beeinflusst und beeinflussbar sind, einbezogen werden. Ziel muss es sein, dass bei der politischen Entscheidungsfindung in allen Politikfeldern die gesundheitlichen Folgen zu berücksichtigen sind, um so schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit zu vermeiden und die Bedingungen für die Gesundheit zukünftiger Generationen zu verbessern und so zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen.

- Die beiden Grundpfeiler der Diabetes-Präventionsarbeit „Ernährung und Bewegung“ sind künftig gleich stark in den Strategien und Fördermaßnahmen des Bundes zu verankern. Damit müssen Sport und Bewegung ein deutlich stärkeres Gewicht als in der Vergangenheit erfahren. Die IN FORM AG „Bewegungsförderung im Alltag“ ist in diesem Kontext ein erster, wichtiger Ansatzpunkt. Zudem ist die Bewegungsförderung als zentrales Mittel der Präventionsarbeit im nationalen Gesundheitsziel „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“ stärker herauszustellen. Im Rahmen eines eigenständigen Förderprogramms soll das Gesundheitsziel „Bewegungsmangel reduzieren“ unterstützt werden.
2. Vorbeugung und Früherkennung von Diabetes mellitus stärken und ausbauen

Ein besonders hohes Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 haben Menschen mit Übergewicht oder einer Adipositas-Erkrankung. Zwei Drittel der Männer und die Hälfte der Frauen in Deutschland sind übergewichtig, ein Viertel aller Erwachsenen ist stark übergewichtig bzw. adipös. 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren sind übergewichtig, 6,3 Prozent davon adipös. Das Risiko für Typ-2-Diabetes ist bei adipösen Menschen im Vergleich zu normalgewichtigen Menschen um mehr als das Sechsfache erhöht (Weißbuch Adipositas, Versorgungssituation in Deutschland). Laut DAK-Versorgungsreport Adipositas 2016 wurden im Jahr 2015 von den DAK-Versicherten mit der Diagnose Adipositas 25 Prozent auch wegen Diabetes mellitus Typ 2 behandelt. Die bisher vorliegenden Untersuchungen legen zudem nahe, dass sich unter den Adipositas-Patientinnen und -Patienten auch zahlreiche Menschen mit einem unentdeckten Diabetes mellitus befinden. Es ist deshalb wichtig, insbesondere stark übergewichtige oder bereits adipöse Menschen möglichst frühzeitig mit geeigneten Präventionsmaßnahmen zu erreichen und gut zu versorgen, um das Körpergewicht zu stabilisieren oder zu senken. Hier gibt es in Deutschland nach wie vor erhebliche Defizite. Nach Einschätzung von Expertinnen und Experten (Dr. Silvia Klein, Simon Krupka, Susann Behrendt, Alexandra Pulst, Hans-Holger Bleß, Weißbuch Adipositas, Versorgungssituation in Deutschland, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2016) werden die leitliniengerechte, aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie bestehende multimodale und interdisziplinäre Therapie von Adipositas sowie modulare Schulungsprogramme innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung bisher nicht ausreichend finanziert. Es besteht erheblicher Forschungsbedarf über die komplexen Ursachen, die Therapie und die Folgen einer Adipositas-Erkrankung. Dabei sind außerdem geschlechtsspezifische Besonderheiten und der Zusammenhang zu sozialen Dimensionen (z. B. Armut) zu berücksichtigen. Das Wissen über die Komplexität der Erkrankung ist sowohl bei dem ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonal als auch bei den Betroffenen vielfach unzureichend. Die Betroffenen sind Stigmatisierungen und Diskriminierungen ausgesetzt.

Die Bundesregierung wird deshalb aufgefordert:

- Prävention und Versorgungsforschung zu Adipositas und Diabetes mellitus deutlich voranzutreiben,
- gegenüber der Bundesärztekammer darauf hinzuwirken, dass Adipositas und damit auch die Notwendigkeit einer gesunden Ernährung und ausreichenden Bewegung in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung verstärkt berücksichtigt wird und sich gegenüber den Ländern für den Ausbau der Lehrstühle an den Universitäten und eine Berücksichtigung in den neuen Studiencurricula einzusetzen,
- darauf hinzuwirken, dass eine individuelle, multimodale und interdisziplinäre Versorgung von Menschen mit Adipositas Grad 1 bis 3 in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen ermöglicht und eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenbehandlung sichergestellt wird. Es ist in diesem Zusammenhang auch zu prüfen, ob der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt werden sollte, eine Richtlinie über die multimodale und interdisziplinäre Versorgung von Menschen mit einem krankhaften Übergewicht (Grad 1 bis 3) zu beschließen.

3. Versorgungsangebote für Diabetes bekanntmachen und weiterentwickeln

Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. An Diabetes erkrankte Menschen bedürfen einer kontinuierlichen, wohnortnahen, ambulanten interdisziplinären und sektorenübergreifenden Langzeitbetreuung. Ziel muss es sein, die Kriterien der Verzahnung der heute bestehenden Versorgungsebenen (Hausarzt, Schwerpunktpraxis, Klinik) weiterzuentwickeln.

Die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen sind daher aufzufordern, sektorenübergreifende, interdisziplinäre Maßnahmen und Versorgungsformen für eine bessere Versorgungssituation, insbesondere ausgerichtet auf chronisch kranke Diabetiker mit zunehmender Multimorbidität, im Gesundheitssystem weiterzuentwickeln.

Die zuständigen Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung sind aufzufordern:

- Maßnahmen zu ergreifen, um die Teilnahmebereitschaft an und die Wirksamkeit der DMPs weiter zu verbessern,
- dazu sollen die DMPs und die Schulungen zielgenauer und flexibler werden und auch Schulungsangebote für Betreuungspersonen und Angehörige umfassen, falls die an Diabetes erkrankte Person selbst aufgrund von körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen nicht oder nur eingeschränkt schulungsfähig ist,
- eine einheitliche und für die Betroffenen aussagekräftige Evaluation und Qualitätsberichterstattung der DMPs zu gewährleisten,
- Fragebögen zur Patientenzufriedenheit zu entwickeln und damit die Patientenorientierung zu stärken,
- Prävention von Folge- und Begleiterkrankungen des Diabetes als integrativen Bestandteil der DMPs weiterzuentwickeln,
- eine konsequente, leitliniengerechte Behandlung nach den individuellen, altersgerechten Bedürfnissen der Patienten sicherzustellen, um durch eine frühzeitige Therapie eine Verschlechterung der Diabetes-Erkrankung aufhalten und die Progression des Krankheitsbildes frühestmöglich abbilden zu können.

Dieselben Erwartungen richten sich an die Weiterentwicklung der strukturierten Behandlungsprogramme für Diabetikerinnen und Diabetiker auf Ebene der einzelnen Unternehmen in der privaten Krankenversicherung (PKV).

4. Zuverlässige Datengrundlage zur Versorgungssituation bei Diabetes mellitus ausbauen
 - Das neu eingeführte nationale Diabetes-Überwachungs-System (sog. Diabetes-Surveillance) am RKI weiterzuentwickeln, um Möglichkeiten der Prävention, Behandlung und Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus und dessen Folge- und Begleiterkrankungen zu verbessern.
 - Die nachhaltige und zeitnahe Nutzbarkeit verfügbarer Daten zur Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus sicherzustellen. Nur so können bestehende Versorgungsmaßnahmen einer kontinuierlichen Analyse und Bewertung zugeführt werden. Eine entsprechende Weiterentwicklung unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten kann helfen, regionale und medizinische Unterversorgung, aber auch Überversorgung gezielt anzugehen. Damit wäre dies ein wichtiges Steuerungsinstrument zur Optimierung der Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus in unserem Gesundheitssystem. Daher sind die Datenquellen, deren Verfügbarkeit und Nutzbarkeit für die neu entstehende Diabetes-Surveillance derzeit am RKI in Zusammenarbeit mit verschiedenen Kooperationspartnern geprüft werden, einzubeziehen.
 - In Kooperation mit den Ländern darauf hinzuwirken, dass in Ergänzung zu diesen bundesweiten Datenquellen regionale Register genutzt und verfügbar gemacht werden, um Häufigkeit und Versorgungsqualität von Typ-1-Diabetes mellitus, die Verbesserung der Datenlage zu den Ursachen und Folgen von Schwangerschaftsdiabetes für Mutter und Kind sowie die Verbesserung der Todesursachenstatistik unter Qualitätssicherung der Todesursachendokumentation zu erfassen und relevante Einzelfragen beispielsweise zur Erfassung von Erblindungen und von Nierenersatztherapie als wichtige Spätkomplikationen von Diabetes mellitus besser beantworten zu können (Genz et al. 2010; Icks et al. 2011a; Claessen et al. 2012).
 - Durch die immer besser werdenden Möglichkeiten zur Erfassung und Verarbeitung großer Datenmengen genomischer und anderer Daten neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu ermöglichen und den Eingang in Präventions- und Therapiekonzepte zu befördern.
5. Information und Aufklärung über Diabetes verbessern
 - Der Deutsche Bundestag begrüßt die derzeitige Maßnahme der Bundesregierung, gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) projektbezogen eine Nationale Aufklärungs- und Kommunikationsstrategie zu Diabetes mellitus zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren. Die Ergebnisse der Evaluierung können dazu dienen, über eine Fortsetzung der Maßnahme und die hierfür erforderlichen Mittel zu entscheiden.
 - Darüber hinaus sollen der Bekanntheitsgrad und die Reichweite der bestehenden Diabetes-Informations- und -Beratungsdienste, insbesondere das sich im Aufbau befindende Nationale Diabetes-Informationsportal, verbessert, ausgebaut und die Finanzierung sichergestellt sowie die im Rahmen des Aufbaus einer nationalen Diabetes-Surveillance angestrebte enge Zusammenarbeit zwischen bestehenden Informationsanbietern (beispielsweise der BZgA, dem Bundeszentrum für Ernährung (BZfE), dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und dem RKI gefördert werden, um Redundanzen zu vermeiden und Synergien zu schaffen.

- Eine Kernaufgabe ist es, die große Bedeutung der ersten 1000 Lebenstage herauszustellen. In dieser frühen Phase werden nicht nur Ernährungsmuster geprägt, sondern auch die Neigung zu Allergien sowie Fehl- und Mangelernährung. Es besteht eine erhebliche Bedeutung hinsichtlich der Förderung von entsprechenden Programmen zur Aufklärung und Information von (werdenden) Eltern und kleinen Kindern.
6. Diabetesforschung ausbauen
- Die Finanzierung der Forschungsförderung muss sichergestellt werden. Ziel soll es sein, dass die für die Diabetesforschung eingesetzten Mittel der überragenden klinischen, bevölkerungsmedizinischen und volkswirtschaftlichen Bedeutung dieser Erkrankung gerecht werden. Um der Komplexität des Diabetes mellitus Rechnung zu tragen, sollte die Diabetesforschung molekulare und zellbiologische Grundlagenforschung mit klinischer und translationaler Forschung sowie epidemiologischer, gesundheitsökonomischer und Versorgungsforschung in einer kohärenten Strategie verbinden.
 - Eine individualgerechte und personalisierte Diabetes-Medizin muss noch stärker als bisher in den Mittelpunkt von Forschung und Versorgung rücken.
 - Ziel ist insbesondere die Entwicklung personalisierter Präventions- und Therapiemaßnahmen. Zudem sollten auch Wechselwirkungen z. B. zwischen Ernährung, Bewegung oder auch der Arzneimitteleinnahme auf das Diabetes-Risiko erforscht werden.
 - Bestimmte Umweltfaktoren, Ernährung und Lebensstil beeinflussen Mechanismen, die die menschlichen Gene ein- und ausschalten und so die Entstehung von Krankheiten beeinflussen (Epigenetik). Dabei weisen Studien daraufhin, dass eine gesunde Ernährung und ein aktiver Lebensstil eine vorbeugende Wirkung auf die Entstehung von Krankheiten haben. Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Prävention von Diabetes, Übergewicht und Adipositas müssen genutzt und die entsprechende Forschung muss gefördert werden.
 - Als ein Bestandteil der Ernährungsinitiative für Seniorinnen und Senioren des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft soll u .a. ein Runder Tisch zum Thema „Ernährung und Diabetes“ durchgeführt werden. Ziel soll es sein, nähere Informationen über die aktuellen Forschungstätigkeiten in diesem Bereich zu erhalten und den ggf. erkennbaren Forschungsbedarf abzuleiten.
 - In der Forschung muss noch stärker international im Rahmen von Kooperationen zwischen deutschen und Partnern des Gesundheitswesens in anderen betroffenen Ländern zusammengearbeitet werden.
7. Telemedizin in der Diabetes-Versorgung ausbauen
- Die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sind im Rahmen ihrer Zuständigkeit aufzufordern, bereits vorhandene technische Möglichkeiten sowie Innovationen zur telemedizinischen Versorgung von Diabetikern aufzunehmen und Anwendungen, die die Grundanforderungen an Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität erfüllen und für die ein positiver Versorgungseffekt nachgewiesen wurde, einen schnellen Zugang in die Versorgungsprozesse zu ermöglichen.
 - Ziel ist es, die Versorgungs- und Lebensqualität von betroffenen Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zu steigern, ihnen eine bessere Unterstützung durch Ärzte und medizinisches Fachpersonal zu ermöglichen und die Effizienz im Gesundheitswesen weiter zu verbessern.

8. Gesunde Ernährung und mehr Bewegung erleichtern

- Gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung sind zentrale Faktoren für ein gesundes Leben. Ausgewogene Mahlzeiten bei der Gemeinschaftsverpflegung, z. B. in Kitas, Schulen, Betriebskantinen und Senioreneinrichtungen, die den Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) entsprechen, sollen dafür sorgen, dass gesund gegessen werden kann. Ernährungsbildung in Schulen und Kitas muss gestärkt werden, damit von Kindheit an ein gesundes Ernährungsverhalten erlernt wird. Dabei ist auch das Nationale Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule (NQZ) einzubeziehen. Auch im Alter tragen gesunde Ernährung und mehr Bewegung zur Diabetes-Prävention bei. Deshalb sollen die Vernetzungsstellen für Seniorenernährung in den Bundesländern zügig eingerichtet und ihre Arbeit entsprechend unterstützt werden. Bewegungs- und Sportangebote in Kitas, Schulen, Betrieben, Senioreneinrichtungen und Kommunen wiederum ermöglichen gesundheitsförderliche körperliche Aktivitäten im Alltag. Mit dem seit 2008 bestehenden Nationalen Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten verfolgt die Bundesregierung in bisher über 200 Projekten in allen Lebenswelten das Ziel, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland nachhaltig zu verbessern, um den damit zusammenhängenden lebensstilbedingten Krankheiten vorzubeugen.
- Die bestehenden Präventions- und Bewegungsangebote des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) und seiner Mitgliedsorganisationen sind auszuweiten.
- Bewegungsmangel muss in Zusammenarbeit mit dem gemeinnützigen Sport und unter gezielter Nutzung seiner Strukturvoraussetzungen nachhaltig abgebaut werden.
- Gleichzeitig müssen aber auch die Verhältnisse bzw. die Rahmenbedingungen für gesunde Ernährung verbessert werden. Die Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten soll dafür sorgen, dass das Angebot ausgewogener Lebensmittel besser und die gesündere Wahl die leichtere wird. Kinder und Jugendliche sind eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe. In der Kindheit erworbenes Ernährungsverhalten wird oft lebenslang beibehalten und kann, gemeinsam mit Bewegungsmangel, zu Übergewicht und ernährungsmitbedingten Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen. Für Lebensmittel, die insbesondere von Kindern und Jugendlichen konsumiert werden, sind folgende Maßnahmen umzusetzen:
 - Unser Ziel ist es sicherzustellen, dass Kinderlebensmittel, die als solche bezeichnet, vermarktet und beworben werden, in Zukunft den Vorgaben der von der WHO in 2015 erstellten „Europäischen Nährwertprofile“ für ernährungsphysiologisch ausgewogene Lebensmittel entsprechen. Dazu fordern wir die Bundesregierung auf, im Rahmen der EU-Ratspräsidentschaft 2020 dafür zu sorgen, dass Europäische Nährwertprofile im EU-Binnenmarkt zügig einheitlich europäisch entwickelt und vertrieben werden.
 - Die Zuckerreduktion in zuckergesüßten Erfrischungsgetränken ist ein wichtiges Ziel der Nationalen Reduktions- und Innovationsstrategie, da sie insbesondere von Kindern und Jugendlichen konsumiert werden. Branchenbezogen ist bis Ende 2025 eine freiwillige Zuckerreduktion von 15 Prozent vereinbart worden. Die ersten Ergebnisse aus dem Monitoring des Max Rubner-Instituts belegen substantielle Fortschritte. Krankenkassen und wissenschaftliche Fachgesellschaften fordern davon unabhängig eine verbindliche

Reduktion des Anteils an zugesetztem Zucker in zuckergesüßten Erfrischungsgetränken von 50 Prozent. Wir fordern die Bundesregierung auf, sich im Rahmen der Umsetzung der Nationalen Reduktions- und Innovationsstrategie für eine Ausweitung des Engagements der Branche einzusetzen und die Forderungen der Krankenkassen und wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu prüfen.

- Die Kontrolle der Portionsgröße bei Verpackungen zum Einzelverzehr, etwa bei Getränkedosen, kann in diesem Zusammenhang ein sinnvolles Instrument sein.
- Im neu gegründeten Institut für Kinderernährung am Max Rubner-Institut (MRI) sollen u. a. die Arbeitsschwerpunkte „Forschung zum Ernährungsstatus von Kindern“, „Fortlaufendes Still- und Ernährungsmonitoring“, „Forschung zu den Bestimmungsgründen des Ernährungsverhaltens von Kindern“ und „Wirkungsforschung zur Ernährungspolitik in Deutschland“ bearbeitet werden.
- Das Netzwerk „Gesund ins Leben“ soll in Zusammenarbeit mit dem Institut für Kinderernährung am Max Rubner-Institut und der Nationalen Stillkommission die Förderung eines gesunden Lebensstils in der Schwangerschaft und den ersten drei Lebensjahren des Kindes voranbringen.

Die Erkenntnisse aus der Erarbeitung der Diabetes-Strategie sind in die auf Grundlage des Berichtes der Nationalen Präventionskonferenz und der anschließenden Beratungen im Deutschen Bundestag erfolgende Erarbeitung eines Eckpunktepapiers zur Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes einfließen zu lassen und konkrete Maßnahmen zur Initiierung einer umfassenden, ressortübergreifenden Strategie für Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland vorzulegen.

Berlin, den 30. Juni 2020

Ralph Brinkhaus, Alexander Dobrindt und Fraktion

Dr. Rolf Mützenich und Fraktion

