

23.12.2019

Antwort

der Landesregierung
auf die Große Anfrage 16
der Fraktion der SPD
Drucksache 17/7458

Situation der Diabeteserkrankungen in NRW

Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat die Große Anfrage 16 namens der Landesregierung im Einvernehmen mit allen Ressorts beantwortet.

Datum des Originals: 06.12.2019/Ausgegeben: 03.01.2019

Die Veröffentlichungen des Landtags Nordrhein-Westfalen sind einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (0211) 884 - 2439, zu beziehen. Der kostenfreie Abruf ist auch möglich über das Internet-Angebot des Landtags Nordrhein-Westfalen unter www.landtag.nrw.de

Vorbemerkung der Großen Anfrage

Diabetes mellitus ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen in allen Lebensaltern in Deutschland. Dabei ist zu unterscheiden zwischen dem Typ-1-Diabetes einerseits, der durch einen absoluten Insulinmangel charakterisiert ist und sich überwiegend im Kindes- und Jugendalter manifestiert und dem Typ-2-Diabetes, der durch einen relativen Insulinmangel gekennzeichnet ist und der vorwiegend im Erwachsenenalter auftritt (vgl. Heidemann et al. 2013). Neben der Diabeteserkrankung selbst führen die Diabetes-Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenversagen, Erblindung und Fußamputationen zu einer reduzierten Lebenserwartung bei den Betroffenen, einer verminderten Lebensqualität sowie zu hohen Kosten für das Gesundheitssystem (vgl. ebenda). Zu den Risikofaktoren zählen eine einseitige und zuckerreiche Ernährungsweise, Bewegungsmangel und damit einhergehendes Übergewicht (vgl. ebenda).

In Deutschland steigt die Zahl der Menschen, die an Diabetes erkranken seit Jahren kontinuierlich an. Waren 2009 noch 8,9 % der gesetzlich Versicherten betroffen, hat sich dieser Anteil bis zum Jahr 2015 auf 9,8 % erhöht. Bisherige Schätzungen in Deutschland gehen von 7–9 % Diabetikern aus. Die Prävalenz für Diabetes mellitus insgesamt ist von 8,9 % im Jahr 2009 auf 9,8 % in 2015 gestiegen. Dies geht vor allem auf einen Anstieg des Diabetes-Typ-2 von 8,5 % auf 9,5 % zurück. Die Prävalenz des Diabetes-Typ-1 ist hingegen im gleichen Zeitraum von 0,33 % auf 0,28 % leicht gesunken (vgl. Zylka-Menhorn 2017). Die regionale Verteilung in den Prävalenzen ist vor allem durch einen Ost-West-Unterschied geprägt. In Ostdeutschland sind die standardisierten Prävalenzen 2015 für Diabetes-Typ-2 mit durchschnittlich 11,5 % im Vergleich zu 9 % in Westdeutschland höher, für Diabetes-Typ-1 mit 0,24 % im Vergleich zu 0,29 % niedriger. Einer Studie der Barmer zufolge, sind 1,6 Millionen Menschen in NRW an Diabetes erkrankt (vgl. Barmer 2018).

Aufgrund der prognostizierten demografischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass die Krankheitslast durch Diabetes mellitus weiter zunehmen wird. Prävalenz und Inzidenz der Erkrankung variieren je nach Region in Deutschland. Bei der Entwicklung von Präventionsprogrammen, Versorgungsstrukturen und einem Diabetes-Plan sollten die regionalen Unterschiede daher berücksichtigt werden. Der Umgang mit Diabetes stellt Betroffene, Angehörige und Behandelnde vor vielfältige Herausforderungen. Die Prävention und Behandlung dieser Erkrankung, die Versorgung und Beratung der Patienten und Angehörigen sowie die Diabetes-Forschung sind wichtige gesundheitspolitische Aufgaben und Herausforderungen.

Vor diesem Hintergrund bitten wir die Landesregierung um die Beantwortung folgender in Unterpunkten gegliederten Fragen, die Aufschluss über die Diabetes-Situation in NRW geben soll:

- I. Prävalenz und Inzidenz von Diabetes in NRW
- II. Diabetesassoziierte Folgeerkrankungen
- III. Versorgungssituation von Diabetes-Patienten in NRW
- IV. Prävention
- V. Forschung und Ausbildung
- VI. Ausbildung

Vorbemerkung der Landesregierung

Diabetes mellitus ist eine Erkrankung, die seit der Antike bekannt ist. Sie gehört zu den chronischen Stoffwechselerkrankungen und ist durch ungenügende Insulinwirkung gekennzeichnet. Dies führt zu Störungen des gesamten Stoffwechsels.

Diabetes mellitus Typ 1 ist durch einen Mangel an Insulin gekennzeichnet. Der wesentlich häufigere Diabetes mellitus Typ 2 weist neben einer Störung der Insulinsekretion auch eine herabgesetzte Insulinwirkung (Insulin-Resistenz) auf. Zwar ist Diabetes mellitus heute sehr gut behandelbar und hat damit den Schrecken früherer Epochen als tödliche Krankheit verloren. Dafür handelt es sich bei Diabetes mellitus Typ 2 inzwischen um eine Volkskrankheit

Beim Diabetes Typ 2 ist die primäre Prävention zur Verhinderung von Erkrankungen insbesondere in Folge von Fehlernährung und Bewegungsmangel von großer Bedeutung. Ein unzureichend kontrollierter Diabetes oder ein längerfristig unentdeckter Diabetes sind mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenfunktionsstörungen, Erblindung und Fußamputationen verbunden. Diese führen zu einer verminderten Lebensqualität und Lebenserwartung bei den Betroffenen sowie zu hohen Kosten für das Gesundheitssystem. Deshalb ist im Erkrankungsfall die Schulung sowie die Begleitung und Führung der Patienten innerhalb der medizinischen Versorgung, aber auch deren Krankheitseinsicht und Mitwirken von besonderer Bedeutung.

Nordrhein-Westfalen ist in Bezug auf die vielfältigen Anforderungen durch das Krankheitsbild Diabetes mellitus grundsätzlich gut aufgestellt. Die Landesregierung schätzt gleichwohl die Bedeutung der Erkrankung aus gesundheitspolitischer Perspektive als auch in der Versorgung des einzelnen Erkrankten als sehr bedeutsam ein.

I. Prävalenz und Inzidenz von Diabetes in NRW

1. *Wie hoch ist die Gesamterkrankungsrate von Diabetes mellitus in NRW?*

Die Gesamterkrankungsrate von Diabetes mellitus liegt in Nordrhein-Westfalen bei ca. 9,0 bis 9,5 % (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 3-Jahres-Mittelwert 2013 – 2015, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe 2017).

Unter www.Versorgungsatlas.de, Administrative Prävalenzen und Inzidenzen des Diabetes mellitus 2009 bis 2015 werden mit Datenstand 2015 folgende Zahlen ausgewiesen:

Die Prävalenz des Diabetes mellitus insg. liegt in Nordrhein-Westfalen bei 9,12 %.

2. *Wie hoch ist die Diabetes-Typ-1 und Diabetes-Typ-2 Erkrankungsrate in NRW?*

Die ambulante Behandlungsprävalenz auf der Grundlage von Datenanalysen zum Versorgungsgeschehen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe liegt für Diabetes mellitus, Typ 1, bei 1,2 % und für Diabetes mellitus, Typ 2, bei 8,3 % bezogen auf das Jahr 2017.

Da hier – vermutlich aufgrund von Kodieringsroutinen – von einer sogenannten „Überschätzung“ des Diabetes mellitus, Typ 1, ausgegangen werden kann, sollten als Annäherung an die differenzierten Erkrankungsraten spezielle Datenanalysen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) herangezogen werden.

Auf der Grundlage der ZI-Analysen liegt die Erkrankungsrate für Diabetes mellitus, Typ 1, in Nordrhein-Westfalen bei ca. 0,3 % und für Diabetes mellitus, Typ 2, bei ca. 8,7 % (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 3-Jahres-Mittelwerte 2013 – 2015).

3. *Wie hat sich die Prävalenz von Diabetes-Erkrankungen aller Altersklassen in den letzten zehn Jahren in NRW entwickelt?*

Abgesehen von der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen ist die ambulante Behandlungsprävalenz in Bezug auf Diabetes mellitus, Typ 1 und Typ 2, im Zeitraum von 2008 bis 2017 in Nordrhein-Westfalen in allen Altersgruppen angestiegen. Ein besonders deutlicher Anstieg zeigt sich im mittleren Lebensalter in den drei 5-Jahres-Altersgruppen von 35 bis 49 Jahren, siehe Anlage 1.

4. *Welche regionalen Unterschiede gibt es bei der Prävalenz von Diabetes in NRW und welche Besonderheiten sind hierbei festzustellen?*

Die ambulanten Behandlungsprävalenzen aller Diabetesformen liegen in den Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen zwischen 7,5 % und 10,5 % (3-Jahres-Mittelwerte 2013 – 2015, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland).

Überdurchschnittlich hohe Diabetes-Behandlungsprävalenzen sind in einigen Ruhrgebietsstädten sowie in den Kreisen Heinsberg, Düren, Märkischer Kreis, Siegen-Wittgenstein und in den kreisfreien Städten Leverkusen und Mönchengladbach festzustellen (s. Anlagen 2 und 3).

Bei diesen Unterschieden könnten unter anderem sozioökonomische Faktoren eine Rolle spielen. In Kreisen und kreisfreien Städten mit einem höheren Deprivationsgrad scheint häufiger eine höhere Diabetes-Behandlungsprävalenz vorzuliegen (Korrelation $r = 0,43$). Der Deprivationsgrad ist ein Indikator, der anhand von regionalen Daten aus den Bereichen Beruf, Bildung und Einkommen berechnet wird und sozioökonomische Unterschiede zwischen den Verwaltungsbezirken abbildet [Kroll et al. 2017].

5. *Wie viele Neuerkrankungen (Inzidenz) des Diabetes-Typ-1 und -2 treten jährlich in NRW auf?*

Nach Auskunft des Diabetes-Registers des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ, Düsseldorf) liegt die Inzidenz für Diabetes mellitus, Typ 1, bei den 0- bis 17-Jährigen im Zeitraum 2014 bis 2016 bei 26,4 je 100.000 Personenjahre. Im Alter von 18 bis 34 Jahren liegt die Inzidenz bei 7,9 je 100.000 Personenjahre bei den Frauen und 16,1 je 100.000 Personenjahre bei den Männern. Daten zur Inzidenz von Diabetes mellitus, Typ 1, im Alter ab 35 Jahren liegen für Nordrhein-Westfalen nicht vor.

Die - oft schleichende - Erstmanifestation des Diabetes mellitus, Typ 2, zeigt sich überwiegend ab dem mittleren Erwachsenenalter. Die Neuerkrankungsrate von Diabetes mellitus, Typ 2, liegt in der Altersgruppe ab 40 Jahre in Nordrhein-Westfalen zwischen 1,34 % und 1,25 %; s. Tabelle:

Inzidenz (roh) des Diabetes mellitus, Typ 2	
- Altersgruppe 40 Jahre und älter, NRW, 2012-2014 -	
Jahr	Rohe Inzidenz in %
2012	1,34
2013	1,35
2014	1,25

Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Auch im Kindes- und Jugendalter kann bereits ein Diabetes mellitus, Typ 2, entstehen. Basierend auf den Daten des DDZ-Diabetesregisters beträgt die geschätzte Inzidenz für die 11- bis 18-Jährigen 3,4 Neuerkrankungsfälle je 100.000 Personenjahre.

6. In welcher Altersgruppe tritt Diabetes-Typ-1 und Diabetes-Typ-2 in NRW am häufigsten auf?

Für Diabetes mellitus, Typ 1 und Typ 2 zusammen, liegt die ambulante Behandlungsprävalenz in Nordrhein-Westfalen bei den 80- bis 84-Jährigen mit 32 % am höchsten (Ambulante Behandlungsdiagnosen, KV Nordrhein, KV Westfalen-Lippe, 2017).

7. Welche sozioökonomischen Faktoren (Bitte aufschlüsseln nach formaler Bildung/Schulabschluss, Ausbildung/Studium, Beruf/Einkommen, Wohnort/Eigentumsverhältnisse, Liquidität/Kreditwürdigkeit) spielen bei der Erkrankung von Diabetes-Typ-1 in NRW eine Rolle?

Wegen des Sachzusammenhangs werden die Fragen 7 und 8 zusammen beantwortet.

Aus Daten des NRW-Gesundheitssurveys 2018 kann der Anteil der Befragten berechnet werden, bei dem nach eigener Angabe jemals von einem Arzt eine Diabeteserkrankung festgestellt wurde (Lebenszeitprävalenz). Befragt wurden Erwachsene, die in Privathaushalten mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen leben.

Da nicht alle Betroffenen in Befragungen sicher angeben können, an welchem Diabetes-Typ sie erkrankt sind, wird üblicherweise nur übergreifend nach dem Vorliegen einer Diabeteserkrankung gefragt. Es ist davon auszugehen, dass es sich größtenteils um Fälle von Diabetes mellitus, Typ 2, handelt, da dieser Diabetes-Typ am häufigsten vorkommt.

Gesonderte NRW-spezifische Daten zu Diabetes mellitus, Typ 1, und Diabetes mellitus, Typ 2, liegen zu dieser Frage nicht vor.

Anhand der Ergebnisse zeigt sich, dass die Diabetesprävalenz umso höher ist, je niedriger der Sozialstatus ist, s. Tabelle:

Lebenszeitprävalenz Diabetes mellitus (alle Formen) - nach sozioökonomischen Faktoren, NRW, 2018 -	
Sozialstatus ¹	Lebenszeitprävalenz in %
niedrig	14,2
mittel	10,0
hoch	8,0

¹ In die Berechnung des Sozialstatus nach Winkler und Stolzenberg [2009] gehen Bildung, beruflicher Status und Haushaltseinkommen ein.

Ergänzend kann auf Ergebnisse für Deutschland auf der Basis von Daten aus Bevölkerungsstudien des Robert Koch-Instituts aus den Zeiträumen 1997 bis 1999 und 2008 bis 2011 verwiesen werden. Dort konnte gezeigt werden, dass in der unteren Bildungsgruppe im Vergleich zur mittleren und oberen Bildungsgruppe höhere Prävalenzen des bekannten und des unerkannten Diabetes sowie ein höheres 5-Jahres-Diabetesrisiko vorliegen.

Internationale Studien deuten darauf hin, dass – im Gegensatz zum Diabetes mellitus, Typ 2 – das Risiko an Diabetes mellitus, Typ 1, zu erkranken, in der Bevölkerungsgruppe mit niedrigem Sozialstatus geringer zu sein scheint als in Gruppen mit höherem Sozialstatus.

8. Welche sozioökonomischen Faktoren (Bitte aufschlüsseln nach formaler Bildung/Schulabschluss, Ausbildung/Studium, Beruf/Einkommen, Wohnort/Eigentumsverhältnisse, Liquidität/Kreditwürdigkeit) spielen bei der Erkrankung von Diabetes-Typ-2 in NRW eine Rolle?

Siehe Antwort zu Frage 7

9. Wie hoch schätzt die Landesregierung die Anzahl der nicht diagnostizierten Diabetes-Typ-2-Fälle (Dunkelziffer) in NRW ein?

Zur Frage der nicht diagnostizierten Fälle von Diabetes mellitus, Typ 2, liegen keine NRW-spezifischen Daten vor.

Das Robert Koch-Institut konnte auf Basis bundesweiter Untersuchungssurveys das Vorkommen des unerkannten Diabetes auf Basis eines Bluttests (sogenannte HbA1c-Messung) abschätzen (Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) und Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)). Für den Zeitraum 1997-1999 (BGS98) lag die Häufigkeit eines unerkannten Diabetes bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren demnach in Deutschland bei 3,8 % und für den Zeitraum 2008-2011 (DGES1) bei 2,0 %. Bezogen auf die NRW-Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren im Jahr 2018 bedeutet eine Dunkelziffer von 2,0 %, dass in dieser Altersgruppe in Nordrhein-Westfalen von ca. 270.000 unerkannten Fällen von Diabetes mellitus, Typ 2, auszugehen ist.

10. In welchem Ausmaß waren Menschen mit Migrationshintergrund von Diabetes (Typ-1/Typ-2) in den letzten zehn Jahren in NRW betroffen?

Hierzu liegen dem Land keine Daten vor.

11. Wie hoch ist die Anzahl der mit Diabetes assoziierten Todesfälle pro Jahr in NRW? Wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Zur Frage Diabetes-assoziiertes Todesfälle sind keine Routinedaten für Nordrhein-Westfalen verfügbar.

In einer Modellrechnung auf der Basis von Abrechnungsdaten gesetzlich Krankensversicherter in Deutschland aus dem Jahr 2010 und des Mortalitätsverhältnisses von Personen mit und ohne Diabetes in Dänemark kamen Jacobs et al. (2017) zu der Einschätzung, dass 20,6 % aller Todesfälle von Personen ab 40 Jahren mit Diabetes assoziiert sind. Übertragen auf NRW entspräche dies rund 41.600 mit Diabetes assoziierten Sterbefällen (von insgesamt 201.811 Sterbefällen ab 40 Jahren im Jahr 2017).

Davon abzugrenzen sind die Daten bzw. Ergebnisse der Todesursachenstatistik. Nicht bei allen mit Diabetes assoziierten Todesfällen stellt Diabetes das für den Tod ursächliche Grundleiden dar.

Die Todesursachenstatistik weist für das Jahr 2017 4.902 Todesfälle mit Diabetes als Todesursache aus (ICD-10: E10 bis E14). Neben Diabetes mellitus, Typ 1 (ICD-10: E10), und Diabetes mellitus, Typ 2 (ICD-10: E11), sind hier auch seltener Diabetesformen (ICD-10: E12 bis E14) eingeschlossen.

Die Fallzahl hat seit 2008 um 32 % zugenommen. Im Zeitverlauf sind zum Teil deutliche Schwankungen von einem zum nächsten Jahr zu beobachten.

Sterbefälle und Sterblichkeit mit dokumentierter Todesursache Diabetes (ICD-10: E10 bis E14)					
- NRW, 2008-2017 -					
	Fallzahl	Rohe Rate (Fälle je 100.000 Einw.)	SDR (altersstandardisierte Rate, je 100.000 Einw.)	Europa je 100.000	Diagnose-Anteil in %
2008	3.720	20,70	10,92		1,96
2009	2.651	14,81	7,63		1,39
2010	2.817	15,78	7,95		1,47
2011	2.923	16,66	8,17		1,55
2012	3.166	18,04	8,57		1,63
2013	3.081	17,54	8,33		1,54
2014	2.683	15,24	7,13		1,39
2015	3.222	18,15	8,37		1,58
2016	3.478	19,45	8,89		1,72
2017	4.902	27,38	12,31		2,39

Datenquelle: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Todesursachenstatistik

Bei der Interpretation dieser Daten ist zum einen zu berücksichtigen, dass in der Todesursachenstatistik nicht die unmittelbare Ursache und deren Auslöser als Todesursache erfasst werden sollen, sondern das Grundleiden, welches Folgeerkrankungen bzw. Komplikationen ausgelöst hat. Diesem Prinzip wird seit einigen Jahren offenbar vermehrt Rechnung getragen [Eckert & Vogel 2018]. Daher ist denkbar, dass die steigende Zahl der auf Diabetes zurückgeführten Todesfälle auch Folge eines veränderten Kodierverhaltens ist, bei dem Diabetes vermehrt als Grundleiden benannt wird. Zum anderen kann jedoch nach wie vor davon ausgegangen werden, dass Begleit- oder Folgeerkrankungen des Diabetes fälschlicherweise als Todesursache kodiert werden.

12. *Wie hoch ist die Lebenserwartung von Diabeteserkrankten in NRW? (Bitte aufschlüsseln nach Geschlecht und Typ-1 und Typ-2)*

Für Nordrhein-Westfalen liegen keine Daten zur Lebenserwartung von Diabeteserkrankten vor.

II. Diabetesassoziierte Folgeerkrankungen

Vorbemerkung

Die Zahl der insgesamt von einer diabetesbedingten Folgeerkrankung betroffenen Patienten ist nur eingeschränkt aussagekräftig, da die Anzahl der Betroffenen stark von dem Alter und der Erkrankungsdauer abhängig ist. Deshalb werden für ausgewählte Folgeerkrankungen die Häufigkeiten auch in Bezug auf die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren (80+) angegeben. Sämtliche Angaben zu Typ-1-Diabetes beziehen sich auf die Gruppe erwachsener Patienten (18+). Da in Nordrhein-Westfalen die Betreuung von Patienten mit Typ-1-Diabetes überwiegend in Diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP) erfolgt, wird bei den Fragen, die auf die Art der Betreuung abzielen, für den Typ-1-Diabetes auf eine Unterscheidung zwischen hausärztlicher und DSP-Betreuung verzichtet.

13. *Wie hoch ist die Zahl der Fußamputationen bei Diabetikern in den letzten zehn Jahren in NRW? (Bitte differenzieren nach Diabetes-Typ-1 und Typ-2)*

Nach Angabe der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe bzw. des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI), das die beauftragte Stelle ist, die für die beiden kassenärztlichen Vereinigungen die Qualitätsberichte im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP) erstellt, beträgt die Anzahl der in Nordrhein-Westfalen in den DMP betreuten Patienten, bei denen mindestens eine Amputation jemals dokumentiert wurde, für Typ-2-Diabetes: 6.475 von 956.972 (0,7 %), für Typ-1-Diabetes: 461 von 53.419 (0,9 %); für Typ-2-Diabetes 80+ (über 80. Lebensjahr): 1.696 von 207.527 (0,8 %) und für Typ-1-Diabetes 80+: 22 von 1.469 (1,5 %)

[Datenstand: Patienten mit aktueller Folgedokumentation 2017/18, Datenquelle: DMP-Atlas_NRW]

Zwischen 2008 und 2018 sinkt der Anteil der hiervon betroffenen DMP-Patienten mit Typ-2-Diabetes insgesamt von 0,8 % auf 0,7 %, in der Gruppe der Patienten ab 80 Jahre von 1,0 % auf 0,8 %. In der Gruppe der DMP-Patienten mit Typ-1-Diabetes sind die Fallzahlen zu gering, um belastbare Aussagen zu einem zeitlichen Trend zu machen.

Die tabellarische Darstellung der Daten zu den Fragen 13, 16, 18, 20 und 21 erfolgt zusammengefasst als Anlage 4.

14. Wie häufig und nach welchen Kriterien erfolgt die Untersuchung auf das diabetische Fußsyndrom bei Diabetikern in NRW?

Ein diabetisches Fußsyndrom wird in den Disease Management Programmen (DMP) abgebildet über die Indikatoren

- Weiteres Risiko für ein Ulkus (global und über die Detailangaben zu Fußdeformität, Hyperkeratose, Zustand nach Ulkus, Zustand nach Amputation),
- Ulzera (mit Detailangaben zu „oberflächlich“, „tief“) und
- Wundinfektion.

Die Erhebung erfolgt im Rahmen der regelmäßigen vierteljährlichen oder – bei weniger schweren Verläufen – halbjährlichen DMP-Routineuntersuchung.

Mit Datenstand 2017/18 (Patienten mit aktueller Folgedokumentation und entsprechenden Angaben zur Fußuntersuchung) liegen folgende Daten vor:

Anzahl der in NRW in den DMP betreuten Patienten, bei denen eine Bestimmung des diabetischen Fußsyndroms dokumentiert ist, Typ 2-Diabetes: 725.137 von 956.922 (75,8 %), Typ 1-Diabetes: 37.830 von 50.604 (74,8 %)

Anzahl der in NRW in den DMP betreuten Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom, Typ 2-Diabetes: 71.980 von 725.137 (9,9 %), Typ 1-Diabetes: 4.826 von 37.830 (12,8 %), Typ 2-Diabetes 80+: 20.236 von 156.228 (13,0 %), Typ 1-Diabetes 80+: 335 von 1.137 (29,5 %), Datenquelle: DMP-Atlas_NRW.

15. Welche Erkenntnisse hat die Landesregierung über die aufwendige und kostenintensive Behandlung von diabetischen Fußkrankungen mit offenen Wunden im Rahmen einer integrierten ambulanten/stationären Versorgung?

In der wissenschaftlichen Literatur ist vielfach beschrieben, dass die Erkrankungen des diabetischen Fußsyndroms und die Behandlung offener Wunden bei Diabetes personal- und kostenintensiv sind.

Die Landesregierung erhält zwar nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) Informationen zu erbrachten Leistungen. Diese enthalten jedoch nicht die konkreten Abrechnungskosten.

Für den Bereich der stationären Krankenhausversorgung hat die Landesregierung keine Erkenntnisse über die Behandlungskosten von diabetischen Fußkrankungen mit offenen Wunden, die im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen erbracht werden.

Zur Besonderen Versorgung nach § 140 SGB V bestehen sowohl im Landesteil Nordrhein als auch im Landesteil Westfalen-Lippe Verträge nach § 140a SGB V zur Versorgung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom. Diese Verträge wurden zwischen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und den beteiligten Krankenkassen (unter anderem die AOK Rheinland/Hamburg und der BKK-Landesverband NORDWEST) geschlossen. Insgesamt weisen die oben genannten Verträge einen überwiegend ambulanten

Behandlungsschwerpunkt auf. Dennoch sind auch Krankenhäuser in die den Verträgen zugrundeliegenden regionalen Fußnetzwerken eingebunden. Aktuell sind 35 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) als Fußbehandlungseinrichtung DDG ausgewiesen.

Konkrete Behandlungszahlen zur derzeitigen Besonderen Versorgung des diabetischen Fußsyndroms nach § 140 SGB V liegen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen nicht vor.

Die Daten der kassenärztlichen Vereinigungen und des ZI ergeben zur Häufigkeit offener Wunden („Ulkus“) für Nordrhein-Westfalen:

Anzahl der in den DMP betreuten Patienten mit einem Ulkus, Typ 2-Diabetes: 8.336 von 685.941 (1,2 %), Typ 1-Diabetes: 585 von 36.651 (1,6 %)

[Datenstand: Patienten mit aktueller Folgedokumentation 2017/18 und entsprechenden Angaben zur Fußuntersuchung, Datenquelle: QSB18 Nordrhein, Tabellenband, QSB16/17 Westfalen-Lippe]

16. Wie hoch ist Anzahl der Diabeteserkrankten in NRW, die diabetesbedingt erblinden? Wie hat sich die Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt? (Bitte differenzieren nach Diabetes-Typ-1 und Typ-2)

Die Daten der kassenärztlichen Vereinigungen/des ZI weisen Folgendes aus:

Anzahl der in Nordrhein-Westfalen in den DMP betreuten Patienten, bei denen eine Erblindung dokumentiert wurde:

Typ 2-Diabetes: 2.987 von 956.972 (0,3 %),

Typ 1-Diabetes: 285 von 53.419 (0,5 %),

Typ 2-Diabetes 80+: 1.025 von 207.527 (0,5 %),

Typ 1-Diabetes 80+: 23 von 1.469 (1,6 %)

[Datenstand: Patienten mit aktueller Folgedokumentation 2017/18, Datenquelle: DMP-Atlas_NRW]

Zwischen 2008 und 2018 bleibt der Anteil der hiervon betroffenen DMP-Patienten mit Typ 2-Diabetes insgesamt konstant bei 0,3 %, in der Gruppe der Patienten ab 80 Jahre sinkt er von 0,7 % auf 0,5 %. In der Gruppe der DMP-Patienten mit Typ 1-Diabetes sind die Fallzahlen zu gering, um belastbare Aussagen zu einem zeitlichen Trend zu machen.

17. Wie wird sichergestellt, dass mindestens einmal jährlich bei Menschen mit Diabetes mellitus die Augen auf diabetesbedingte Komplikationen untersucht werden, um frühzeitig Maßnahmen zur Vermeidung von Erblindung einzuleiten?

Die jährliche ophthalmologische Untersuchung der Netzhaut war bis Juni 2017 eines der Qualitätsziele im DMP Typ-2-Diabetes. Seit Juli 2017 ist sie nur noch in einem Zweijahresintervall vorgesehen. Im DMP Typ-1-Diabetes existiert derzeit dieses Qualitätsziel nicht. Die Anzahl der regelmäßig durchgeführten Netzhautuntersuchungen ist in Nordrhein-Westfalen in den DMP seit Jahren stark rückläufig. Die im DMP Typ-2-Diabetes vertraglich anzustrebende Quote von mindestens 90 % zweijährlich entsprechend untersuchter Patienten wird deutlich unterschritten (Nordrhein 2018: 67,2 %; Westfalen-Lippe 2017: 77,4 %, vgl. QSB18 Nordrhein, QSB16/17 Westfalen-Lippe).

Gleichwohl beinhaltet im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe das DMP Diabetes einmal jährlich eine Vergütungsposition von 11,00 € für Augenärzte, der Leistungsinhalt ist eine augenärztliche Untersuchung zur Früherkennung diabetes-assoziiertes Augenkomplikationen (diabetisch bedingte Retinopathie und Makulopathie).

Die Sicherstellung der Durchführung derartiger Untersuchungen ergibt sich aus der Schnittmenge der Patientenführung durch die behandelnden Ärzte sowie der Einsichtsfähigkeit bzw. -willigkeit/Compliance der Patienten.

18. Wie hoch ist die Anzahl der Diabeteserkrankten in NRW, die dialysepflichtig sind? Wie hat sich die Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt? (Bitte differenzieren nach Diabetes-Typ-1 und Typ-2)

Die Anzahl der in NRW in den DMP betreuten Patienten, bei denen eine Dialysepflicht dokumentiert wurde, beträgt für

Typ 2-Diabetes: 5.616 von 956.972 (0,6 %),

Typ 1-Diabetes: 547 von 53.419 (1,0 %),

Typ 2-Diabetes 80+: 1.570 von 207.527 (0,8 %),

Typ 1-Diabetes 80+: 19 von 1.469 (1,3 %)

[Datenstand: Patienten mit aktueller Folgedokumentation 2017/18, Datenquelle: DMP-Atlas_NRW]

Zwischen 2008 und 2018 steigt der Anteil der hiervon betroffenen DMP-Patienten mit Typ 2-Diabetes insgesamt von 0,4 % auf 0,6 %, in der Gruppe der Patienten ab 80 Jahre von 0,4 % auf 0,8 %. In der Gruppe der DMP-Patienten mit Typ 1-Diabetes sind die Fallzahlen zu gering, um belastbare Aussagen zu einem zeitlichen Trend zu machen.

19. In welchem Maße wird die Früherkennungsuntersuchung auf Mikroalbuminurie als Hinweis auf eine diabetesbedingte Nierenkomplikation nach den Leitlinien der Deutschen Diabetesgesellschaft eingesetzt, um eine frühzeitige Intervention zur Vermeidung der Dialysepflicht bei Menschen mit Diabetes einzuleiten?

Die Anzahl der in Nordrhein-Westfalen in den DMP betreuten Patienten, bei denen eine Bestimmung der Albuminurie dokumentiert ist, betrug in 2017/2018 für Typ 2-Diabetes: 377.861 von 956.972 (39,5 %), bei Typ 1-Diabetes: 26.268 von 53.419 (49,2 %).

Als ergänzende Information dazu die Häufigkeit einer diabetischen Nephropathie:

Hier wurden bei den im DMP betreuten Patienten dokumentiert: Typ 2-Diabetes: 135.453 von 956.972 (14,2 %), Typ 1-Diabetes: 9.177 von 53.419 (17,2 %), Typ 2-Diabetes 80+: 46.224 von 207.527 (22,3 %), Typ 1-Diabetes 80+: 532 von 1.469 (36,2 %).

[Datenstand: Patienten mit aktueller Folgedokumentation 2017/18, Datenquelle: QSB18 Nordrhein, Tabellenband, QSB16/17 Westfalen-Lippe; DMP-Atlas_NRW]

Diese abstrakten, aggregierten Daten lassen jedoch keine Aussage zu, ob die jeweilige individuelle Untersuchung auf Mikroalbuminurie auch medizinisch indiziert war. Hier ist auf die konsequente Anwendung der Leitlinien im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit und auf die Notwendigkeit angemessener Fortbildungen abzuheben.

20. Wie hoch ist die Anzahl der Diabeteserkrankten in NRW, die in den letzten zehn Jahren einen oder mehrere Schlaganfälle bekommen haben? (Bitte differenzieren nach Diabetes-Typ-1 und Typ-2)

Aus dem bei der Ärztekammer Nordrhein geführten Register Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung ist bekannt, dass ca. 25% der Patienten mit frischem Schlaganfall einen Diabetes mellitus in der Anamnese hatten.

In den DMP werden nur nicht tödliche Ereignisse dokumentiert, hier ergeben sich folgende Zahlen:

Anzahl der in Nordrhein-Westfalen in den DMP betreuten Patienten, bei denen jemals mindestens ein Schlaganfall dokumentiert wurde:

Typ 2-Diabetes: 51.699 von 956.972 (5,4 %),

Typ 1-Diabetes: 1.205 von 53.419 (2,3 %),

Typ 2-Diabetes 80+: 18.421 von 207.527 (8,9 %),

Typ 1-Diabetes 80+: 140 von 1.469 (9,5 %)

[Datenstand: Patienten mit aktueller Folgedokumentation 2017/18, Datenquelle: DMP-Atlas_NRW]

Zwischen 2008 und 2018 sinkt der Anteil der hiervon betroffenen DMP-Patienten mit Typ 2-Diabetes insgesamt von 6,2 % auf 5,4 %, in der Gruppe der Patienten ab 80 Jahre von 10,2 % auf 8,9 %. In der Gruppe der DMP-Patienten mit Typ 1-Diabetes erhöht sich der Anteil von 1,9 % auf 2,3 %, bei den älteren Patienten sind hier die Fallzahlen zu gering, um belastbare Aussagen zu einem zeitlichen Trend zu machen. Zu berücksichtigen ist, dass im DMP nur überlebte Schlaganfälle (nicht fatale Ereignisse) dokumentiert werden können.

Allerdings erlauben diese Daten weder Aussagen zur Schwere der Schlaganfälle noch zu den Details der jeweiligen Diabetes-Erkrankung noch zu Komorbiditäten, sodass sie keine weiteren Schlüsse insbesondere zu einer Monokausalität ermöglichen.

21. Wie hoch ist die Anzahl der Diabeteserkrankten in NRW, die in den letzten zehn Jahren einen oder mehrere Herzinfarkte erlitten haben? (Bitte differenzieren nach Diabetes-Typ-1 und Typ-2)

Die Anzahl der in Nordrhein-Westfalen in den DMP betreuten Patienten, bei denen jemals mindestens ein Herzinfarkt dokumentiert wurde, betrug lt. DMP-Atlas_NRW (Patienten mit aktueller Folgedokumentation 2017/18,) für

Typ 2-Diabetes: 47.351 von 956.972 (4,9 %),

Typ 1-Diabetes: 1.043 von 53.419 (2,0 %),

Typ 2-Diabetes 80+: 15.024 von 207.527 (7,2 %),

Typ 1-Diabetes 80+: 97 von 1.469 (6,6 %)

Zwischen 2008 und 2018 sinkt der Anteil der hiervon betroffenen DMP-Patienten mit Typ 2-Diabetes insgesamt von 7,9 % auf 4,9 %, in der Gruppe der Patienten ab 80 Jahre von 10,9 % auf 7,2 %. In der Gruppe der DMP-Patienten mit Typ 1-Diabetes sinkt der Anteil von 2,2 % auf 2,0 %, bei den älteren Patienten sind hier die Fallzahlen zu gering, um belastbare Aussagen zu einem zeitlichen Trend zu machen. Zu berücksichtigen ist, dass im DMP nur überlebte Schlaganfälle (nicht fatale Ereignisse) dokumentiert werden können.

Zusammenfassend zu den angeführten fünf patientenrelevanten Endpunkten:

Die Häufigkeit von Herzinfarkten, Schlaganfällen, Amputationen und Erblindungen ist bei der überwiegenden Mehrzahl, der in NRW innerhalb der Diabetes-DMP betreuten Patienten im Verlauf der vergangenen zehn Jahre deutlich zurückgegangen. Lediglich der Anteil der Patienten mit Diabetes, die dialysepflichtig wurden, hat sich erhöht. Ein möglicher Grund hierfür kann allerdings sein, dass vor allem in dieser Patientengruppe das häufigere Überleben sogenannter makrovaskulärer Endpunkte (Herzinfarkt und Schlaganfall) zu einer erhöhten Quote des sogenannten mikrovaskulären Endpunktes Dialysepflicht beigetragen hat.

22. *Wie werden Betroffene mit Herzinfarkt und Schlaganfall diabetologisch behandelt, um Rezidive zu verhindern?*

Grundsätzlich wird dazu auf die Inhalte der AWMF-Leitlinien sowie die entsprechenden Empfehlungen wissenschaftlicher Fachgesellschaften etc. verwiesen.

Ob diese auch in der individuellen Behandlung des einzelnen Erkrankten in geeigneter Weise Berücksichtigung finden, dazu liegen der Landesregierung keine Erkenntnisse vor.

23. *Welche Erkenntnisse hat die Landesregierung zur Bluthochdruck-Einstellung bzw. Normalisierung des Blutdrucks bei Diabetes-Erkrankten in NRW?*

Der Landesregierung liegen keine eigenen Erkenntnisse zu dieser Frage vor. Auch diese Frage zielt auf das konkrete ärztliche Handeln im Einzelfall und die Compliance der Erkrankten ab.

Die Anzahl der in Nordrhein-Westfalen in den DMP betreuten Patienten, bei denen ein normotoner Blutdruck (definiert als ein Wert < 140/90 mmHg) dokumentiert ist:

Typ 2-Diabetes: 577.891 von 956.972 (60,4 %),

Typ 1-Diabetes: 37.436 von 53.419 (70,1 %)

[Datenstand: Patienten mit aktueller Folgedokumentation 2017/18, Datenquelle: QSB18 Nordrhein, Tabellenband, QSB16/17 Westfalen-Lippe]

Gleichwohl muss auch hier darauf hingewiesen werden, dass diese Daten, ohne ergänzende Stratifizierung, Hintergründe, Details etc. keine weiteren Schlußfolgerungen zulassen.

24. *Wie viele Schwangere entwickelten in den letzten zehn Jahren einen Gestationsdiabetes in NRW?*

Anlage 5a weist die entsprechenden Zahlen aus der Perinatalstatistik für Nordrhein-Westfalen aus. Die Interpretation der Zahlen ist allerdings nicht trivial, da im Laufe der letzten zehn Jahre zunehmend mehr werdende Mütter auf Diabetes getestet wurden.

WinDiab, das wissenschaftliche Institut der niedergelassenen Diabetologen, weist mit seinen Daten, die mehrheitlich in Nordrhein-Westfalen gesammelt werden, für die Jahre 2015 bis einschließlich 2017 zu Gestationsdiabetes ebenfalls Zahlen aus, siehe Anlage 5 b.

Im Jahr 2017 wurden in Deutschland 761.481 Geburten vom Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) im Rahmen der Qualitätssicherung Geburtshilfe ausgewertet. Von den Müttern hatten 0,9 Prozent einen bereits vor der Schwangerschaft bekannten Diabetes, in 5,9 Prozent der Fälle wurde ein Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes = GDM) festgestellt.

25. *Wie viele Frauen mit Migrationshintergrund waren in den letzten zehn Jahren in NRW vom Gestationsdiabetes betroffen?*

Der Landesregierung liegen dazu keine Daten vor, das Merkmal "Migrationshintergrund" wird in Gesundheitsdaten nicht erhoben.

26. *Bei wie vielen Frauen in NRW, die während der Schwangerschaft einen Gestationsdiabetes entwickelt haben, hat sich nach der Schwangerschaft Diabetes-Typ-2 manifestiert?*

Das Risiko, an Typ 2-Diabetes zu erkranken, ist nach einer Gestationsdiabetes-Episode stark erhöht. Für Nordrhein-Westfalen liegen keine spezifischen Zahlen vor.

Das im September 2019 gestartete Innovationsfonds-Projekt "GestDiNa_basic" greift die Problematik der Nachsorge bei Gestationsdiabetes auf. Ziel des Projektes ist es, ein angemessenes und patientenzentriertes Versorgungsmodell zu entwickeln. Dafür wird unter anderem anhand von Routinedaten der Krankenkassen die aktuelle Nachsorge von Frauen mit Gestationsdiabetes untersucht.

(siehe: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/gestdina-basic-nachsorge-bei-gestationsdiabetes.209>)

27. *Wie viele Schwangere nahmen in den letzten zehn Jahren das Gestations-Screening in NRW in Anspruch?*

Da im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein Abrechnungsdaten nur 16 Quartale aufbewahrt werden, beschränkt sich die Tabelle auf die Jahre 2015-2018.

Jahr	Anzahl Patientinnen
2015	61.345
2016	66.475
2017	67.148
2018	66.743

Für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe liegen die folgenden Daten vor:

<u>Jahr</u>	<u>Anzahl Patientinnen</u>
2013	26.949
2014	62.401
2015	67.483
2016	73.724
2017	74.342
2018	74.540

Quelle: Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen

28. *Wie schätzt die Landesregierung die Dunkelziffer des Gestationsdiabetes in NRW ein?*

Von einer Dunkelziffer ist grundsätzlich auszugehen, da bekanntermaßen u.a. nicht alle Schwangere Vorsorge-Untersuchungen wahrnehmen. Zum Ausmaß der Dunkelziffer des Gestationsdiabetes ist der Landesregierung nichts bekannt.

29. *Wie bewertet die Landesregierung die Einführung einer Screening-Pflicht für Gestationsdiabetes bei Schwangeren?*

Die Einführung des zweistufigen Screenings mit einem oralen Glukosetoleranz-Test als Kassenleistung hat nachweislich zu einer höheren Detektionsrate von Gestationsdiabetes geführt.

Selbst bei späterer Diagnose besteht keine unmittelbare Gefahr für das Leben der Schwangeren oder des Kindes. Im Gegenteil könnte eine verpflichtende Teilnahme die Vorsorgemaßnahme bei skeptischen Patientinnen diskreditieren und das Vertrauensverhältnis beeinträchtigen.

Eine verpflichtende Teilnahme wäre damit insgesamt unverhältnismäßig und würde ein Kontrollsystem, ggf. auch Sanktionen, erfordern.

30. *Wie wird in NRW sichergestellt, dass diabetesbedingte Komplikationen des Nervensystems von diabetologisch versierten Fachärzten mit- und weiterbehandelt werden, um Folgekomplikationen einzudämmen bzw. zu vermeiden?*

Beispielhaft wird die Anlage 6 – Versorgungsinhalte zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden (entspricht wortgleich der Anlage 1 Nr. 1 der DMP-A-RL „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2“) ausschnittsweise zitiert:

„Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2“

1. Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, SGB V) Therapie des Diabetes 1.3 mellitus Typ 2 [...].
 - 1.3.1 Therapieziele: Die Therapie dient der Erhöhung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung oder der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus Typ 2 beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei sind in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen der Patientin oder des Patienten folgende individuelle Therapieziele anzustreben [u.a.]:
 - Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z. B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome,[...].
 - 1.3.2 Differenzierte Therapieplanung: Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3.1 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.“

Sowie weiter:

„Kooperation der Versorgungssektoren

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung zur Mitbehandlung erwogen werden: [...]

- b ei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie zur diabetologisch besonders qualifizierten Ärztin, zum diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder zur diabetologisch besonders qualifizierten Einrichtung, - bei allen diabetischen Fuß-Läsionen in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,[...].

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.“

[Der vollständige Text ist unter https://www.kvno.de/downloads/vertraege/dmp/dmp_diab2_vertrag.pdf einsehbar. Die Ausführungen zu Diabetes Typ 1 sind entsprechend.]

31. Welche psychischen Begleiterkrankungen sind bei Diabetes-Erkrankten zu beobachten?

Der „Deutsche Gesundheitsbericht Diabetes 2019 - Die Bestandsaufnahme“ führt auf S.161 aus: „Psychische Störungen treten bei Menschen mit Diabetes häufiger auf als in der Normalbevölkerung. Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass etwa 12 Prozent aller Menschen mit Diabetes an einer klinischen Depression leiden, weitere 18 Prozent sind aufgrund depressiver Stimmungen belastet – wie Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit oder

Traurigkeit. Auch Angststörungen, Zwangserkrankungen sowie bestimmte Formen von Essstörungen (Bulimie, Binge Eating) kommen bei Diabetespatienten häufiger vor. Wie in den „Psychosozialen Leitlinien Diabetes“ nachzulesen ist, stellt das Auftreten fast jeder Form psychischer Störungen eine entscheidende Behandlungsbarriere dar und verschlechtert die Prognose des Diabetes.“

Aus Sicht der Psychotherapeuten-Kammer Nordrhein-Westfalen können grundsätzlich alle im Kapitel V F der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) aufgeführten psychischen Störungen bei Menschen auftreten, die an Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 erkrankt sind. Zu häufigen psychischen Begleit-erkrankungen bei Diabetikerinnen und Diabetikern zählen

a) affektive Störungen (ICD 10 F30 - F39):

Aus internationalen Metaanalysen ist bekannt, dass die Prävalenz von depressiven Störungen bei Diabetikern bei 10 bis 15 % liegt und damit ca. doppelt so hoch ist wie in der Allgemeinbevölkerung (vgl. Satorius, N. (2018): Depression and Diabetes. *Dialogues Clin. Neurosci.* 20 (1): 47-52).

Auch bei Auswertung der Daten aus deutschen Stichproben zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Depression bei Menschen mit Diabetes im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht ist (vgl. Kulzer, B. et al (2015): Diabetesbezogene Belastungen, Wohlbefinden und Einstellung von Menschen mit Diabetes. *Diabetologie* 11: 211-218). Die erhöhte Prävalenz bestätigte sich in der Subgruppe älterer Patienten (vgl. S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter (2018): 76). In der Ausprägung der Depressivität und in der Prävalenz der depressiven Störung zeigen sich zwischen den Stichproben mit Typ 1- und Typ 2-Diabetes keine deutlichen Unterschiede (Hermanns N. et al. (2005): Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: prevalence, comorbidity and risk factors. *Diabet. Med* 22: 293–300).

Zu beachten ist, dass depressive Störungen nachgewiesenermaßen einen Risikofaktor für die Entstehung des Typ-2-Diabetes darstellen (vgl. Kruse, J. et al. (2006): Diabetes mellitus und Depression - eine lebensbedrohliche Interaktion. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 52 (3): 289-309).

b) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD 10 F40-F48)

Gemäß der derzeit in Überarbeitung befindlichen S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes Teil 2 (2013) Kapitel 4.5 sind Angststörungen bei Menschen mit Diabetes mellitus meist nicht spezifisch, teilweise jedoch eng mit diabetesbezogenen Themen (z. B. Phobien vor Spritzen oder vor öffentlichen Blutzucker-Messungen) verknüpft. Daneben gibt es auch ausschließlich diabetesbezogene Angststörungen wie z. B. die Hypoglykämieangst und die Angst vor Diabetesfolgen. Zwangssymptome können sich im Umgang mit dem Diabetes zeigen, wenn beispielsweise aufgrund eines zwanghaften Diabetesmanagements der Blutzucker exzessiv oft gemessen wird. Anpassungsstörungen treten vornehmlich im Zusammenhang mit der Erstdiagnose des Diabetes mellitus auf.

Kontrollierte Studien wiesen bei Diabetes mellitus-Patienten auf eine ca. 20 %ige Risikoerhöhung der Lebenszeitprävalenz für Angststörung hin (vgl. Lin, E. et al. (2008): Mental disorders among persons with diabetes - results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Psycho-somatic Research* 65 (6): 572-580).

c) Essstörungen (ICD 10 F 50)

Die Komorbidität von Typ 1-Diabetes mellitus und Anorexia nervosa wird als extrem selten eingeschätzt und die Annahme einer allgemein erhöhten Prävalenz von Bulimia nervosa bei Menschen mit Typ 1-Diabetes mellitus bestätigte sich nicht. (vgl. Herpertz, S. et al (2003): Psychosoziales und Diabetes mellitus. Diabetes und Stoffwechsel 12: 48).

Allerdings zeigten Studien, dass die Subgruppe der jungen Typ 1-Diabetikerinnen im Vergleich zu Nicht-Diabetikerinnen etwa dreimal so häufig eine manifeste Essstörung ausbilden und deutlich häufiger sogenannte unterschwellige Essstörungen mit noch nicht pathologischen Diäten, exzessivem Sport, selbstinduziertem Erbrechen sowie Laxanzien- und Diuretika-Missbrauch zeigen wie die Kontrollgruppe ohne Diabetes (Rodin, G. et al. (2002): Journal of Psychosomatik Research 53: 943-949).

Der Typ 2-Diabetes geht oft mit Adipositas und Binge Eating Disorder einher (vgl. S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes Teil 2 (2013) Kapitel 4.6.2.2 und 4.6.3.1). Die Studienlage zur Frage, ob Ess-Störungen bei Patientinnen und Patienten mit Typ 2-Diabetes mellitus generell häufiger auftreten als bei stoffwechselgesunden Menschen ist allerdings uneinheitlich (vgl. F. Petrak und S. Herpertz (Hrsg.) (2013): Psychodiabetologie. Springer-Verlag, Berlin: 176).

Die Ergebnisse von Studien zur Häufigkeit von „Insulin purging“ bei Diabetes-Patientinnen und -Patienten schwanken zwischen 5,9 und 39,0 %. (vgl. F. Petrak und S. Herpertz (Hrsg.) (2013): Psychodiabetologie. Springer-Verlag, Berlin: 174). (Unter „Insulin purging“ versteht man die Diabetes-spezifischen Maßnahmen zur Gegenregulation zu einer realen oder antizipierten Gewichtssteigerung.)

d) sexuelle Funktionsstörungen (ICD 10 F 52)

Menschen mit Diabetes mellitus leiden öfter und in einem früheren Alter unter sexuellen Funktionsstörungen als nicht an Diabetes Erkrankte. Die Datenlage zu Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese ist allerdings noch unzureichend (vgl. Merfort, F. (2019): Sexualstörungen bei Diabetes mellitus. Der Diabetologe 15 (6): 591–610).

e) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (ICD F 00 bis 03)

Aufgrund der vergleichsweise geringen Zahl von Menschen mit Typ 1-Diabetes mellitus in höherem Alter lässt sich über die Häufigkeit von Demenz in dieser Gruppe keine Aussage treffen (vgl. Tolppanen, A.M. et al. (2013): History of medically treated Diabetes and risk of Alzheimer Disease in a nationwide case-control study. Diabetes Care 36 (7): 2015-2019).

Patientinnen und Patienten mit Typ 2-Diabetes mellitus haben im Vergleich zu stoffwechselgesunden Menschen ein 2- bis 4-fach erhöhtes Risiko für vaskuläre Demenz und ein 1,5- bis 2-fach erhöhtes Risiko für Alzheimer-Demenz (Cukierman, T. et al. (2005): Cognitive decline and dementia in diabetes - systematic overview of prospective observational studies. Diabetologica 48 (12): 2460-2469).

Von der Demenz abzugrenzen sind transiente und reversible Beeinträchtigungen z. B. durch Mangelernährung oder Hyperglykämie, die bei Diabetikern im höheren Lebensalter gehäuft auftreten (vgl. S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter (2018): 82).

Im Zusammenhang mit psychischen Belastungen von Menschen mit Diabetes sollte bedacht werden, dass das Suizidrisiko bei ihnen um etwa 50 Prozent im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht ist. (vgl. Wang B. et al. (2017): Suicide risk in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. Eur. J. Endocrinol, 177: R169-R181). Zu berücksichtigen ist auch, dass Kinder und Jugendliche mit Typ 1-Diabetes gegenüber stoffwechselgesunden Gleichaltrigen ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen, v. a. Depression, Angststörung und Essstörung haben (vgl. S3-Leitlinie (2015) Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter: 50).

32. Welche Möglichkeiten gibt es zur Behandlung von Typ 1-Diabetikern mit Essstörungen wie Bulimie und Anorexie?

Bulimie und Anorexie treten selten in Kombination mit Typ 1-Diabetes auf, können aber – wie andere Essstörungen auch – zu erheblicher Verschlechterung der Stoffwechselkontrolle führen und die Kombination stellt ein erhöhtes gesundheitliches Risiko dar. Erfolgreich hat sich in diesen Fällen vor allem die psychotherapeutische Behandlung erwiesen. Der behandelnde Therapeut sollte sowohl über essstörungs-spezifische als auch über diabetologische Kenntnisse verfügen und die Therapie eng mit der fachärztlichen Diabetes-Behandlung abstimmen.

Dabei könne lt. Publikationen, abgeleitet von Erfahrungen mit Magersucht-Patientinnen ohne Diabetes mellitus, ein stationärer Aufenthalt indiziert sein.

Bei Komorbidität von Diabetes Typ 1 mit Bulimie könne davon ausgegangen werden, dass eine ambulante psychotherapeutische Behandlung in der Regel ausreichend sei. Bei chronischem Verlauf und Komorbidität mit weiteren psychischen Störungen sei allerdings auch dabei eine stationäre Psychotherapie in Erwägung zu ziehen. Dies gelte auch bei Insulin-Purging. Die Behandlung von Patientinnen mit Typ 1-Diabetes und komorbider Essstörung soll nach Herpertz als Fachpsychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologische Therapie) erfolgen.

In der derzeit in Überarbeitung befindlichen S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes (2013) Teil 2 wird unter 4.3.7.1 auf eine Reihe von kasuistischen Beiträgen mit überwiegend positivem Therapieergebnissen von anorektischen und bulimischen Patientinnen und Patienten mit Typ 1-Diabetes verwiesen. Es wird betont, dass aufgrund des erhöhten Mortalitätsrisikos, den gesundheitlichen Gefahren durch die Essstörung, der häufig anzutreffenden komorbiden depressiven Störung und der negativen Auswirkungen auf die Diabetestherapie eine fachpsychotherapeutische Behandlung dringend erforderlich sei. Die Behandlung der Essstörung solle gemäß der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde erfolgen. Es gäbe keine Kontraindikation psychotherapeutischer Interventionen für essgestörte Typ 1-Diabetikerinnen und -Di Laut S2-Leitlinie (Kulzer u.a. 2013) ist die Psychotherapie die Therapie der ersten Wahl.

33. Wie bewertet die Landesregierung die Ergebnisse der Bemühungen zur Verhinderung von Diabetesfolgeerkrankungen in NRW im nationalen und internationalen Vergleich?

Die Bewertung der Bemühungen zur Verhinderung von Diabetesfolgeerkrankungen erfolgt durch Qualitätssicherungsinstrumente, die nicht der Landesregierung obliegen. Die Landesregierung gibt deshalb dazu keine Bewertung ab.

III. Versorgungssituation von Diabetes-Patienten in NRW

34. *Wie ist die stationäre Versorgungslage von Diabetes-Erkrankten in NRW?*

Nach Auskunft der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) ist aktuell eine ausreichende Anzahl von Einrichtungen mit Spezialisierung auf Diabetologie vorhanden.

In Nordrhein-Westfalen wird von einer flächendeckenden Versorgung ausgegangen. Nach Meinung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) gibt es keine unterversorgten Regionen. Akutkrankenhäuser sind überall zu erreichen. Spezialisierte Kliniken haben ein größeres Einzugsgebiet.

In 431 von 496 Krankenhausbetriebsstellen wurden im Jahr 2017 insgesamt 701.750 Fälle mit einer Haupt- oder Nebendiagnose Diabetes mellitus (ICD-10: E10-E14) stationär behandelt (s. Anlage 6).

118 dieser Krankenhausbetriebsstellen verfügen über eine Zertifizierung der Deutschen Gesellschaft für Diabetologie (siehe ebenfalls Anlage 6).

Während landesweit mit einer Hauptdiagnose Diabetes mellitus insgesamt 45.729 Behandlungsfälle, darunter 9.773 Fälle von Diabetes mellitus, Typ 1 (ICD-10: E10) sowie 34.906 Fälle von Diabetes mellitus, Typ 2 (ICD-10: E11) stationär versorgt wurden, ist in 675.110 Behandlungsfällen ein Diabetes mellitus als Nebendiagnose dokumentiert.

Behandlungsschwerpunkte liegen in Köln, im Kreis Minden-Lübbecke und in Dortmund (siehe hierzu Anlage 7: Stationäre Behandlungsfälle in Nordrhein-Westfalen nach Behandlungsort (2017), Diabetes mellitus (ICD-10: E10-E14), Hauptdiagnose).

Über 70 Prozent aller Behandlungsfälle mit einer Haupt- oder Nebendiagnose Diabetes mellitus (ICD-10: E10-E14) wurden im Jahr 2017 in den Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie behandelt. Erkrankte mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus, Typ 1 (ICD-10: E10) wurden mehrheitlich in den Fachabteilungen Innere Medizin (ca. 58%) sowie Kinder- und Jugendmedizin (rd. 34%) behandelt. Die stationäre Versorgung der Hauptdiagnose Diabetes mellitus, Typ 2 (ICD-10: E11) erfolgte zumeist in den Fachabteilungen Innere Medizin (rd. 73%) und Chirurgie (rd. 17%).

Dem Krankheitsbild entsprechend ist die Altersverteilung der stationär behandelten Fälle: Während Erkrankungen mit Diabetes mellitus, Typ 1, vorwiegend im Kindes- und Jugendalter stationär behandelt wurden, steigt die Anzahl stationär Behandelter mit Diabetes mellitus, Typ 2, ab dem 40. Lebensjahr (s. hierzu Anlage 8: Alter der stationären Behandlungsfälle, Diabetes mellitus (ICD-10: E10-E14), Hauptdiagnose).

35. *Welche Versorgungsangebote für Diabetiker in NRW gibt es im ambulanten Bereich?*

Die Disease Management-Programme (DMP) als strukturierte Versorgungsprogramme für Diabetes Typ 1 und 2 sind das größte indikationsbezogene Versorgungsprojekt in der Gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Antwort Frage 54).

Sie beinhalten vielfältige Schulungen, z. B. zu Ernährung, Bewegung, Motivation, Fachwissen zur Krankheit oder Umgang mit Insulingabe.

Darüber hinaus können Patienten zunehmend E-Health-Angebote in Anspruch nehmen. Seit September 2016 sind Geräte zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) GKV-Leistung, die das Selbstmanagement insbesondere für Menschen mit Typ1-Diabetes enorm verbessern. In den diabetologischen Schwerpunktpraxen gehört dieses neue Versorgungsangebot bereits zum Alltag.

Bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein läuft ein Innovationsfondsprojekt zur telemedizinischen Lifestyle-Intervention bei Typ 2-Diabetes (TeLiPro): <https://www.telipro-aok.de/>

In der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe stehen für Diabetiker folgende Verträge zur Verfügung:

- Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Typ 1- und Typ 2-Diabetikern im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V (DMP Diabetes),
- Vereinbarung nach § 73a SGB V über die Versorgung des „Diabetischen Fußsyndroms“ (Diabetisches Fußsyndrom),
- Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140 a SGB V (Diabetesscreening / Diabeteskomplikationen).

Das DMP Diabetes ist mit allen Kassen/Verbänden in Westfalen Lippe abgeschlossen worden. An dem Diabetische Fußsyndrom nehmen die AOK NordWest, die IKK classic, die Knappschaft Bahn See, der SVLFG und einzelne Betriebskrankenkassen teil. Das Diabetesscreening / Diabeteskomplikationen gilt für einzelne Betriebskrankenkassen wie die DAK, die KKH, die TK und die Knappschaft Bahn See.

Die Verträge samt Anlagen sind unter dem Link <https://www.kvwl.de/arzt/recht/index.htm> auf den Seiten der KVWL einsehbar.

36. *Wie stellt sich die Erreichbarkeit von stationären Angeboten für Diabetes-Erkrankte in den ländlichen Regionen in NRW dar? (Bitte nach Region aufschlüsseln)*

Auf Basis der Definition des ländlichen Raumes gemäß des NRW-Programms Ländlicher Raum 2014-2020 erreichen 98,5 Prozent der Bevölkerung ländlicher Gemarkungen im Falle einer diagnostizierten Diabetes-Erkrankung (ICD-10: E10-E14) binnen 30 Pkw-Fahrzeitminuten eine stationär behandelnde Einrichtung. Nur 1,5 Prozent der ländlichen Bevölkerung haben eine Pkw-Fahrzeit von mehr als 30 Minuten zur nächsten Krankenhausbetriebsstelle. Insgesamt benötigen 4.961 Einwohner (0,06%) aus fünf Gemarkungen (Rott /Städteregion Aachen, Brandenburg, Gey und Großhau /Kreis Düren sowie Sohlbach /Kreis Siegen-Wittgenstein) über 60 Minuten Pkw-Fahrzeit bis zur nächstgelegenen stationär behandelnden Einrichtung.

Über 83% der Bevölkerung ländlicher Gemarkungen, die vollständig als ländlicher Raum definiert sind, erreichen innerhalb von 30 Minuten Pkw-Fahrzeit auch eine der DDG-zertifizierten stationären Einrichtungen.

Auf der Betrachtungsebene der Gemeinden erreichen 99,8 Prozent der ländlichen Bevölkerung Nordrhein-Westfalens im Falle einer diagnostizierten Diabetes-Erkrankung (ICD-10: E10-E14) binnen 30 Pkw-Fahrzeitminuten eine stationär behandelnde Einrichtung. Lediglich die ländliche Gemeinde Extertal liegt knapp unter 31 Minuten Pkw-Fahrzeit.

Fast 86% der Bevölkerung ländlicher Gemeinden, die vollständig als ländlicher Raum definiert sind, erreichen in weniger als 30 Minuten Pkw-Fahrzeit eine DDG-zertifizierte stationäre Einrichtung.

37. *Wie stellt sich die derzeitige Personalsituation und fachliche Betreuung bei der stationären Versorgung von Diabetes-Erkrankten in NRW dar?*

Der Fachkräftemangel, z. B. Fachärzte und Pflegepersonal, stellt zurzeit ein allgemeines Problem dar. Der Fachkräftemangel in der Diabetologie ist in Teilen wohl auch durch zu wenige Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärzte begründet. Diabetesberater werden von den spezialisierten Kliniken selbst ausgebildet und weiter qualifiziert. Im Bereich der Ernährungsberatung gibt es i.d.R. keine Probleme, Personal zu finden.

Grundsätzlich herrscht im Bereich der Personalrekrutierung Konkurrenz zwischen den Kliniken. Für große Einrichtungen (Bsp. Maximalversorger in Ballungszentren) ist es oft einfacher, Personal zu rekrutieren. Dadurch riskieren die kleineren Einrichtungen außerhalb von Ballungszentren zunehmend an Kompetenzen zu verlieren.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) schätzt, dass circa 30 % der stationär behandelten Patienten einen Diabetes mellitus aufweisen. Hierbei kann der Diabetes mellitus als Haupt- oder Nebendiagnose bestehen und somit eine unterschiedliche Relevanz für den stationären Aufenthalt besitzen.

Grundsätzlich weisen Patienten mit einem Diabetes mellitus ein vielfältiges Erkrankungs- und Beschwerdebild auf und werden deshalb in unterschiedlichen Fachbereichen der Krankenhäuser behandelt. Hierzu gehören beispielsweise die Gebiete der Inneren Medizin, der Kinder- und Jugendmedizin, der Chirurgie, der Augenheilkunde und der Neurologie. Innerhalb des Gebietes der Inneren Medizin besteht aktuell eine Facharztkompetenz Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, daneben bestehen die Zusatz-Weiterbildungen Diabetologie sowie Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie. Im Bereich der Pflegeausbildung existiert derzeit keine Fachweiterbildung für die Diabetologie. Aus diesem Grund hat die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) eine Weiterbildung Diabetes-Pflege DDG konzipiert. Zusätzlich sind in die stationäre Behandlung von Patienten mit einem Diabetes mellitus Mitarbeiter aus der Diätassistenten, der Physiotherapie, der Psychologie, der Ergotherapie sowie des Wund- und Case-Managements eingebunden.

Die in den letzten Jahren zunehmende Arbeitsintensität im Gesundheitssystem bei einem gleichzeitigen Fachkräftemangel betrifft auch die stationäre Versorgung der Patienten mit einem Diabetes mellitus. Eine diesbezüglich überdurchschnittliche Betroffenheit der Diabetologie kann jedoch derzeit nicht objektiv festgestellt werden.

Im Kontext der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V wird der Fachbereich Endokrinologie und Diabetologie nicht gesondert geregelt, insofern besteht aktuell kein dringlicher Bedarf für eine spezifische Pflegepersonaluntergrenze in der Versorgung von Patienten mit einem Diabetes mellitus. Da wie bereits beschrieben eine nach den individuellen Bedürfnissen der Patienten angepasste stationäre Behandlung bei einem Diabetes mellitus erfolgt, unterliegen die fallspezifisch in einem der sechs pflegesensitiven Bereiche (Intensivmedizin, Kardiologie, Neurologie, Unfallchirurgie, Geriatrie, Herzchirurgie) betreuten Patienten der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze.

Dies ergibt sich aber nicht aus dem Status „Diabetes mellitus“, sondern ausschließlich aus der Zuordnung zu einem der bisher geregelten pflegesensitiven Bereiche.

38. *Wie ist die derzeitige Personalsituation bei der ambulanten Versorgung von Diabetes-Erkrankten?*

Die gute Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich ist eine Grundanforderung zum Gelingen der Versorgung. So ist in der Richtlinie des G-BA zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f. Abs. 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinien/DMP-A-RL) definiert, wann Patienten in eine spezialisierte Einrichtung überwiesen werden sollen.

Die Fragen 38 bis 41 werden ansonsten im Zusammenhang beantwortet:

Patienten mit Diabetes Typ 2 werden in Nordrhein von den 6.452 Hausärzten versorgt. Die Behandlung des Typ 1-Diabetes sowie des Gestationsdiabetes findet durch 166 Ärzte in Schwerpunktpraxen statt.

Am DMP Diabetes nehmen aktuell in Westfalen-Lippe für Diabetes Typ 2 4.721 Ärzte und für Diabetes Typ 1 1.013 Ärzte teil. Es gibt 141 Ärzte mit der Anerkennung DSP und 89 Zertifizierte Ambulante Fußbehandlungseinrichtungen (ZAFE). In den DSPen sind 254 Diabetesberater/-innen gemeldet.

39. *Wie ist das Versorgungsangebot von Hausärzten für Diabetiker in ländlichen und städtischen Regionen in NRW?*

Siehe die Beantwortung der Frage 38.

40. *Wie ist das Versorgungsangebot von Diabetologen in ländlichen und städtischen Regionen in NRW?*

Siehe die Beantwortung der Frage 38.

41. *Wie ist das Versorgungsangebot von Diabetesberatern in den ländlichen und städtischen Regionen in NRW?*

Siehe die Beantwortung der Frage 36 und 38.

42. *Welche diabetologischen Aus-, Fort-, und Weiterbildungsmöglichkeiten gibt es für Gesundheitsberufe in NRW? (Bitte nach Berufsgruppe aufschlüsseln)*

Die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinder-krankenpflege, der Altenpflege, der Krankenpflegeassistenz und der Altenpflegehilfe stellen den Kern staatlich anerkannter Ausbildungen dar, in denen diabetologischen Ausbildungsanteile vermittelt werden.

Im Zusammenhang mit der steigenden Zahl der Diabeteserkrankungen in den letzten Jahrzehnten haben sich nach Angabe der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) spezialisierte Berufsbilder in der Diabetologie etabliert, für die die DDG als Fachgesellschaft umfassende Weiterbildungen, wie z.B. auch zum Diabetesberater anbietet.

Diese werden in einer 13monatigen Blockfortbildung über die Deutsche Diabetes Gesellschaft in einem Kurssystem mit anteiligen Praktika (in Nordrhein-Westfalen in der Akademie für Gesundheitsberufe, Rheine) ausgebildet.

Diabetes-Assistenten erhalten eine 160 Stunden Fortbildung im Kurssystem z.B. an staatlichen Berufsfachschulen.

2018 wurden im Zuständigkeitsbereich der Ärztekammer Nordrhein mehr als 300 Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte zum Thema Diabetologie zertifiziert.

Fortbildungen zum Thema Diabetes können im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe für den ärztlichen Bereich jederzeit besucht werden. Wegen der hohen Prävalenz, der Häufigkeit von Folgeerkrankungen, der Einbindung in DMPs werden ständig Fortbildungen angeboten. Es wäre zu weitgehend, jede einzelne Fortbildung aufzuzählen.

In Bezug auf die Weiterbildung ist die Behandlung des Diabetes in seinen verschiedenen Formen Bestandteil zahlreicher Facharztkompetenzen

- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt für Kinder und Jugendmedizin
- alle Facharztkompetenzen aus dem Gebiet Innere Medizin
davon insbesondere
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie

Besondere Aspekte der Behandlung von Diabetes sind ferner integraler Bestandteil der Weiterbildung und Tätigkeit von

- Fachärzten für Augenheilkunde,
- Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Fachärzten für Innere Medizin und Nephrologie sowie
- Fachärzten des Gebietes Chirurgie.

Ferner steht Fachärzten für Allgemeinmedizin, für Kinder und Jugendmedizin, sowie mit Facharztkompetenzen auf dem Gebiet Innere Medizin die Möglichkeit zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ offen. Mit der Zusatzweiterbildung werden spezialisierte Kenntnisse in der Behandlung von Diabetes nachgewiesen.

43. Inwieweit sind diese Aus-, Fort-, und Weiterbildungsmöglichkeiten verpflichtend oder freiwillig und wie viele Menschen nehmen daran teil?

Die von der Deutschen Diabetes Gesellschaft angebotenen Weiterbildungs-möglichkeiten sind für die Teilnehmer freiwillig.

Über die Anzahl und Größe der Kurse liegen der Landesregierung keine Erkenntnisse vor.

Für die Niederlassung als Vertragsarzt ist eine erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung obligate Voraussetzung. Für die Teilnahme an DMP-Programmen zum Diabetes sind ebenfalls bestimmte Qualifikationen nach Weiterbildungsordnung Voraussetzung, zudem ist die Teilnahme an bestimmten Fortbildungen verpflichtend.

Teilnahmen an Ausbildungen oder Weiterbildungen zur Fachärztlichen Qualifikation erfolgen freiwillig im Rahmen der individuellen Berufswahl.

Zur Zahl der Teilnehmer liegen der Landesregierung keine Daten vor.

44. *Wie bewertet die Landesregierung die Möglichkeit einer Einführung einer staatlich anerkannten Ausbildung zum Diabetesberater?*

Die Einführung einer staatlich anerkannten Ausbildung zum Diabetesberater wird nicht als erforderlich erachtet.

Es gibt bereits ein Bundesgesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (DiätAssG) sowie der dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (DiätAss-APrV).

Die dreijährige Ausbildung zum staatlich anerkannten Diätassistenten soll die eigenverantwortliche Durchführung diättherapeutischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen auf ärztliche Anordnung oder ärztlicher Verordnung vermitteln, wie u.a. dem Erstellen von Diätplänen, bei Prävention und Therapie von Krankheiten mitzuwirken und ernährungstherapeutische Beratungen und Schulungen durchzuführen.

Die Ausbildungsinhalte umfassen ausführlich die Diätetik und Ernährungslehre, hier insbesondere Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus.

Zudem gibt es Studiengänge im Bereich der Ernährungswissenschaft/Ökotrophologie, deren Arbeitsbereich ebenfalls die Diätetik und Ernährungslehre sowie Beratung inhaltlich ausreichend umfasst. Staatlich anerkannte Diätassistenten sind berechtigt, nach dieser Ausbildung in den Masterstudiengang der Ernährungswissenschaft/Ökotrophologie zu wechseln und können sich somit akademisieren.

Podologen können an der Seite der Ärztinnen und Ärzte wichtige Aufgaben in der Prävention, bei der Therapie und der Rehabilitation auf dem Gebiet der medizinischen Fußpflege übernehmen.

Dies gilt insbesondere für Patienten, bei denen podologische Behandlungsmaßnahmen mit erheblichen Risiken verbunden sein können, wie z.B. bei Diabetes mellitus. Hier wird die Versorgung krankhafter Veränderungen an Haut und Nägeln am Fuß verbessert. Die diabetesgerechte Fußpflege durch fachkompetent ausgebildete Podologen ist ein wichtiger Baustein, um die ausreichende und sachgerechte Versorgung der Diabetiker in einem Netz damit verbundener Maßnahmen aus interdisziplinären Versorgungsmaßnahmen (durch Ärzte, Orthopädienschuhmacher u.a. Gesundheitsfachberufe), standardisierten Behandlungsvorgaben und strukturierten qualitätsgesicherten Schulungen sicher zu stellen.

45. *Wie stellt sich die Versorgungssituation von an diabeteserkrankten Menschen mit Migrationshintergrund in NRW dar?*

Jenseits der bekannten Erkenntnis, dass die Behandlung chronischer Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Fall von Sprachproblemen, fehlender Kenntnis des deutschen Gesundheitssystems etc. schwieriger ist, liegen keine konkreten Daten vor. Letztlich ist der Begriff „Migrationshintergrund“ für sich allein kein relevantes Kriterium.

Es ist jedoch bekannt, dass die Ärzte vor Ort sich auf ihr Patienten Klientel entsprechend einrichten. Dies geschieht häufig aus der Eigeninitiative des einzelnen Arztes. Auch gibt es

Ärzte, die über umfangreiche Sprachkenntnisse verfügen. Auf den Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) stehen unter dem Link <https://www.patienten-information.de/kurzinformationen/diabetes>

zusätzlich Patienteninformationen in sechs Sprachen (Arabisch, Englisch, Französisch, Russisch, Spanisch und Türkisch) zur Verfügung.

46. *Wie stellt sich die Versorgungssituation von Geflüchteten mit Diabetes in NRW dar?*

Geflüchtete mit Diabetes mellitus werden über die Sanitätsstation der jeweiligen Landesunterkunft und von den dort tätigen Ärzten medizinisch betreut. Darüber hinaus besteht häufig eine Anbindung an eine Praxis für Diabetologie oder eine Ambulanz in einem Krankenhaus. Die Versorgungssituation in den Landeseinrichtungen ist nicht anders einzuordnen als für Personen, die sich nicht im Asylverfahren befinden. Die Betreuung reicht von der Bestimmung des Diabetestyps über Blutzuckerstreifen für den Notfall bis hin zu verschiedenen Schulungsangeboten, sofern die Voraussetzungen der §§ 4, 6 AsylbLG vorliegen.

Im Falle des Erfordernisses einer diabetischen Versorgung in den Einrichtungen können Zwischenmahlzeiten mit Obst/Joghurt angeboten werden. Auch wird auf zuckerfreie Produkte geachtet. Zudem können die dort angebotenen Speisen in BE („Broteinheiten“) angegeben werden.

Eine einheitliche Diabetesschulung in den Einrichtungen ist aufgrund von Sprachbarrieren nicht generell möglich. Bei einzelnen Bewohnern, bei denen Diabetes festgestellt wird oder vorliegt, wird dies jedoch durch die Mitarbeiter/-innen der Sanitätsstation in Zusammenarbeit mit Sprachmittlern des Betreuungsdienstes kompensiert.

Medikamente und notwendige Hilfsmittel können über den Apothekendienst organisiert oder vom Bewohner selbst beschafft werden. Für die Anfangszeit einer Medikation gibt die Sanitätsstation umfassende Hilfestellung. In der Regel besitzen die bekannten Diabetiker ein Messgerät, um den Blutzucker selbstständig zu testen. Zusätzlich gibt es in der Sanitätsstation die Möglichkeit, den Blutzucker zu testen. Sollte es bei Blutzuckermessungen zu Abweichungen kommen, werden die betroffenen Personen umgehend zu einem Arzt geschickt.

Sobald die Bewohner zur nächsten Einrichtung transferiert werden, wird diese neue Einrichtung durch die Sanitätsstation über die Diabetesbehandlung informiert.

47. *Wie stellt sich die Behandlung von Diabetespatienten mit keinen oder wenigen Deutschkenntnissen in NRW dar?*

Die Behandlung von Patienten mit keinen oder wenigen Deutschkenntnissen, aber auch kulturelle Unterschiede stellen in allen Versorgungsbereichen große Herausforderungen dar. Da es sich bei einem Diabetes mellitus um eine chronische Erkrankung mit komplexen Interventionen handelt und unter anderem von den Betroffenen häufig eine sehr grundlegende Lebensstilmodifikation und detaillierte Kenntnisse über ihr Krankheitsbild verlangt werden, ist das Problem mangelnder Sprachkenntnisse im Zusammenhang mit einem Diabetes mellitus von einer besonderen Bedeutung. Der Einsatz von Dolmetschern ist deshalb im Bereich der Diabetologie regelmäßig notwendig. Daneben werden zu relevanten diabetischen

Themenfeldern durch unterschiedliche Organisationen medizinische Informationen in verschiedenen Sprachen bereitgestellt. Beispielsweise hat die AG Diabetes und Migranten der Deutschen Diabetes Gesellschaft Arbeitsmaterialien in Arabisch, Bulgarisch, Englisch, Farsi – Dari, Französisch, Italienisch, Persisch – Urdu, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Russisch, Serbokroatisch, Spanisch und Türkisch erarbeitet. Die AG informiert regelmäßig auf Kongressen und Publikums-veranstaltungen über das Thema und publiziert Artikel in Fachzeitschriften. Sowohl auf Dolmetscher als auch auf fremdsprachige Informationen greifen die Krankenhäuser in NRW anlassbezogen zurück.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer stellen ihren Mitgliedern und der Öffentlichkeit auf der Seite www.patienten-information.de muttersprachliches Material für die zahlenmäßig bedeutsamsten Migrantengruppen zur Verfügung, siehe auch die Beantwortung der Frage 45.

48. *Wie hoch schätzt die Landesregierung die Kosten für die Behandlung von Folgeerkrankungen des Diabetes in NRW ein?*

Vorbemerkung

„Behandlungskosten von Menschen mit Diabetes“ entsprechen nicht „diabetesbedingte Behandlungskosten“ – Menschen mit Diabetes werden auch wegen anderer Indikationen behandelt. Diabetesbedingte Kosten lassen sich z.B. schätzen, indem nur Leistungen einbezogen werden, die die Diagnose Diabetes tragen. Eine andere Möglichkeit ist es, Kosten von Menschen mit Diabetes und vergleichbaren Kontrollpersonen zu berechnen, und die Differenz als dem Diabetes zuschreibbare Kosten zu interpretieren. Dieser Exzesskostenansatz wird häufig gewählt.

Bundesweite Schätzungen sind in der Studie von Kaehm et al. von 2017 dargestellt.

Sie schätzen die Gesamtkosten für Diabetes-assoziierte Begleiterkrankungen bei einem 60 bis 69 Jahre alten Mann im Quartal des Eintritts der jeweiligen Komplikation wie folgt:

diabetisches Fußsyndrom 1.293 €, Amputation 4.284 €, Retinopathie 671 €, Erblindung 2.933 €, Nephropathie 3.353 €, Nierenerkrankung im Endstadium (= Dialyse) 22.691 €, Schlaganfall (ohne Todesfolge) 9.769 €, Schlaganfall (mit Todesfolge) 11.176 €, Herzinfarkt (ohne Todesfolge)/Herzstillstand 8.035 €, Herzinfarkt (mit Todesfolge)/Herzstillstand 8.700 €, ischämische Herzerkrankung (ohne Todesfolge) 6.548 €, ischämische Herzerkrankung (mit Todesfolge) 20.942 €, chronische Herzschwäche 3.912 €, und Angina pectoris 2.695 €.

Darüber hinaus scheint es Unterschiede in unterschiedlichen Altersgruppen zwischen Männern und Frauen zu geben.

Zusätzlich kommt in Bezug auf die kumulativen weiteren Kosten die anschließende Überlebensdauer nach dem kritischen Ereignis (der Komplikation) in unterschiedlichem Ausmaß zum Tragen. In dieser Studie ist dies bei Amputationen und Nierenerkrankungen im Endstadium besonders ausgeprägt. So werden z.B. für die Gruppe der 60-69 Jahre alten Männer Kosten zwischen 2.539 € durch Retinopathie verursacht und bis zu 34.547 € durch das Endstadium einer Nierenerkrankung (Dialyse) im Jahr des Ereignisses angegeben sowie von 2.469 € bis 24.662 € als jeweilige Beträge der Folgejahre bei den beiden Komplikationen. Zwar wurden in der Studie nur Daten von Versicherten einer bundesweit tätigen Gesetzlichen Krankenversicherung analysiert.

Die Landesregierung geht gleichwohl davon aus, dass die Größenordnungen der Schätzungen auch auf Nordrhein-Westfalen übertragbar erscheinen, es sind ihr jedoch keine konkreten Zahlen für Nordrhein-Westfalen bekannt.

49. Wie hoch schätzt die Landesregierung die jährlichen Behandlungskosten für Diabetes-Typ-1 und -Typ-2-Patienten in NRW ein?

Auch hier sind keine publizierten Daten für Nordrhein-Westfalen bekannt.

Gleichwohl stellt eine aktuelle Arbeit (Müller et al, 2019) Kostenstudien in Deutschland zusammen:

Für Deutschland wurde in den vergangenen Jahren eine Reihe von Krankheits-kostenstudien zum Diabetes mellitus Typ 2 durchgeführt. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung kann dabei die Erwartung formuliert werden, dass steigende Prävalenzen und Inzidenzen zusammen mit dem medizinisch-technischen Fortschritt zu einer Intensivierung und Ausweitung des Leistungsangebots führen werden. Als Folge können zunehmende Gesamtkosten der Versorgung erwartet werden. Mehrere Ansätze der hier einbezogenen Analysen beziehen sich auf Versicherungsdaten, die in der Regel auf Individualebene vorliegen und für die sich die entsprechenden Schätzer in diversen Stratifizierungen, z. B. nach Alter, Geschlecht, Region, Bildung oder Beruf, berechnen lassen. Die beobachteten Abweichungen zwischen den betrachteten Studien erklären sich durch Unterschiede in den Ansätzen zur Berechnung und z.T. auch in den einbezogenen Kostenkomponenten wie z. B. der zusätzlichen Berücksichtigung von Kosten der Pflege Hinsichtlich der direkten Krankheitskosten des Diabetes mellitus, Typ 2, wurde in den Studien übereinstimmend berichtet, dass durch Krankenhausaufenthalte und damit verbundene Behandlungen die meisten Ressourcen verbraucht werden, gefolgt von Kosten für Medikamente (überwiegend antihyperglykämische Medikation mit Metformin) und ambulante Behandlungen. Auch die Relationen zwischen den Sektoren waren in den Studien vergleichbar, d. h. etwa die Hälfte der direkten Gesamtkosten wurde durch den Krankenhaussektor erzeugt, 1/3 entfiel auf medikamentöse Behandlungen.

Die Kosten zur Behandlung eines Patienten mit Diabetes mellitus, Typ 2, in Deutschland lagen in 4 von 5 Studien, in denen diese Kosten ausgewiesen waren, zwischen 3350 € und 5080 €. Analog dazu wurden die Gesamtkosten für alle Menschen mit Typ-2-Diabetes auf zwischen etwa 28 und 33Mrd. € geschätzt, was der Größenordnung der CoDiM-Studie von 2001 entspricht, in der die Gesamtkosten bei knapp 31Mrd. € lagen.

Die Autoren kommen in ihrem Fazit u.a. zu folgenden Aussagen:

„Die insgesamt stabilen Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Behandlungskosten des Typ-2-Diabetes in den vergangenen Jahren gegenüber den Vorjahren nicht übermäßig zunahmen. Während Präventionsleistungen für Menschen mit Typ-2-Diabetes weiterhin eine tragende Rolle im Versorgungsalltag spielen sollten, erscheint eine verstärkte Ausrichtung auf jüngere und damit in der Behandlung tendenziell kostenintensivere Versicherte ökonomisch nicht geboten. Die aktuelle nationale und internationale Evidenz weist darauf hin, dass die durch Produktivitätsausfälle von Menschen mit Typ-2-Diabetes-verursachten Kosten deutlich über den direkten Krankheitskosten liegen.“

(Siehe dazu Anlage 9 mit einer Zusammenstellung der analysierten Studien.

Beachte: Die Zahlen in den Spalten ‚Direkte Krankheitskosten pro Patient‘ und ‚Direkte Krankheitskosten‘ beschreiben Gesamtbehandlungskosten für die Menschen mit Diabetes –

nicht diabetesbedingte Behandlungskosten. Diabetesbedingte Behandlungskosten machen meist etwa die Hälfte der Gesamtbehandlungskosten aus.)

Grundsätzlich sind die Behandlungskosten wesentlich beeinflusst durch Komplikationen und Folgeerkrankungen (s. auch Antwort zu Frage 48). Die Zuweisungen im ambulanten Sektor aus dem Gesundheitsfonds betragen im Jahr 2019 für einen Typ 2 Diabetes ohne Komplikationen 384,- Euro jährlich, für Diabetes mit Manifestationen am Auge oder anderen nicht näher bezeichneten Komplikationen 672,- Euro und für multiple Manifestationen 1.572,- Euro.

[Quelle: BVA
<https://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/bekanntmachungen/bekanntmachung/article/bekanntmachung-zum-gesundheitsfonds-nr-12019.html>]

50. Welche ambulanten und stationären Institutionen in NRW haben ein Diabetesqualitätsmanagement eingeführt?

Allgemein gilt, dass ein Qualitätsmanagementsystem sowohl für Praxen wie auch für Krankenhäuser verpflichtend ist.

Maßnahmen des Qualitätsmanagements reichen von im Einzelfall kurzen Darstellungen eines standardisierten Vorgehens (Standard Operating Procedure, SOP) bis hin zu umfassenden Zertifizierungsmaßnahmen. Erstgenannte klinikeinheitliche Festlegungen, z. B. zum diabetischen Medikamenten- oder Wundmanagement, finden sich mit großer Wahrscheinlichkeit in der überwiegenden Mehrheit der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen. Mehr als 140 Krankenhäuser/Abteilungen in Nordrhein-Westfalen verfügen darüber hinaus über eine der vier Zertifizierungen/Auszeichnungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG, zertifiziertes Diabeteszentrum DDG, Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG, Fußbehandlungseinrichtung DDG).

Nach Auskunft der Deutschen Diabetesgesellschaft (DDG) haben mit Stand vom 25.10.2019 in Nordrhein-Westfalen sechs Kliniken, 21 Arztpraxen und eine Reha-Einrichtung ein diabetesspezifisches QM-System zertifizieren lassen.

Die einzelnen Institutionen lassen sich über eine regionale Suchfunktion identifizieren: <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/nc/zertifizierte-arztpraxenkliniken/deutschlandkarte.html>

Über Zertifikate weiterer Anbieter liegen keine Informationen vor.

51. Welche Institutionen in NRW befinden sich auf dem Weg hin zur diabetesbezogenen Zertifizierung im Bereich des Qualitätsmanagements?

Da es sich hier um interne Vorbereitungen der jeweiligen Einrichtung handelt, die in Inhalt, Form und Status des Voranschreitens allein in der eigenen Organisationsverantwortung liegen und keinerlei Meldeverpflichtung besteht, liegen der Landesregierung keine Erkenntnisse dazu vor.

52. Welche Schulungsprogramme für Menschen mit besonders hohem Diabetesrisiko gibt es in NRW?

Siehe dazu die Beantwortung der Fragen im Abschnitt IV. Prävention, insbesondere zu den Fragen 60, 62, 63, 65, 68 und 69.

53. Welche strukturierten, evidenzbasierten Behandlungsprogramme gibt es für Menschen mit Diabetes in NRW?

Sowohl in Nordrhein als auch in Westfalen-Lippe stehen Erkrankten die Teilnahme am jeweiligen Disease Management Programm Diabetes zur Verfügung.

54. Wie hoch ist die Zahl der Typ-2-Diabetiker, die in Disease-Management-Programme in NRW eingeschrieben sind?

982.970 Patienten mit Typ 2-Diabetes wurden 2017/2018 in Nordrhein-Westfalen im Rahmen des DMP „Diabetes“ insgesamt betreut (zum Vergleich 2008: 704.572).

55.667 Patienten mit Typ 1-Diabetes wurden 2017/2018 in Nordrhein-Westfalen im Rahmen des DMP insgesamt betreut (zum Vergleich 2008: 33.459).

Die beiden Diabetes-DMP (Nordrhein und Westfalen-Lippe) erreichen damit vermutlich etwa 83 % der betroffenen, gesetzlich Krankenversicherten in Nordrhein-Westfalen.

[Datenquellen: QSB18 und QSB08 Nordrhein, QSB16/17 und QSB08 Westfalen-Lippe]

55. Welche Erkenntnisse hat die Landesregierung über die evidenzbasierten Leitlinien in den Disease-Management-Programmen Diabetes und deren Einhaltung?

Der Gemeinsame Bundesausschuss führt in seiner Richtlinie zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) neben den allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen auch dazu vorgegebene Qualitätsziele und die zu deren Erreichung zu erfüllenden Qualitätsindikatoren an.

Zu den wesentlichen Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 gehört die Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz.

Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Maßnahmen als die in der Anlage des DMP Diabetes genannten verordnet werden sollen, ist der Patient darüber zu informieren, ob für diese Maßnahmen Wirksamkeitsbelege zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen.

Grundsätzlich sollte ärztliches Handeln sich am Patientenwohl ausrichten, Schaden vermeiden und die Selbstbestimmung der Patienten in den Vordergrund stellen.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) ist die beauftragte Stelle für die Qualitätsbericht im Rahmen der DMP-Programme.

Die Landesregierung hat über die seitens des ZI veröffentlichten Berichte hinaus keine weiteren Erkenntnisse über die konkrete und individuelle Einhaltung evidenzbasierter Leitlinien in den DMP Diabetes.

56. Wie viele Psychologen mit diabetesspezifischer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes gibt es in NRW und wie sind deren Praxen landesweit verteilt?

In Nordrhein-Westfalen gibt es bisher keine entsprechende Weiterbildungs-bezeichnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen.

Es existieren jedoch privatrechtliche Fortbildungen für Psychotherapeuten, in denen diabetesspezifische Expertise vermittelt wird. Über Anzahl und örtliche Verteilung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten, die eine derartige Fortbildung absolviert haben oder aus anderen Gründen über diabetesspezifische Expertise verfügen, liegen keine Daten vor.

57. Wie hoch ist der Anteil der Patienten, aufgegliedert nach Diabetestyp, die in diabetologischen Schwerpunktpraxen strukturiert geschult wurden?

Eine Analyse des Schulungsstatus der Patienten, die im Jahr 2018 in NRW in den beiden DMP Diabetes Typ 2 und Diabetes Typ 1 dauerhaft hausärztlich bzw. in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis betreut wurden, ergibt die in der Tabelle dargestellten Daten.

Diabetes-Schulungsstatus der DMP-Patienten, Nordrhein-Westfalen 2018

	Typ 2-Diabetes		Typ 1-Diabetes	
	HA	DSP	HA	DSP
alle	38,8	50,3	54,9	59,2
mit Insulintherapie*	62,4	64,1		
mit Insulintherapie* und ≥ 10 Jahre im DMP	79,5	85,2	86,0	90,2

% mit Parameter "Diabetes-Schulung wahrgenommen" dokumentiert

HA: hausärztlich betreut

DSP: in DSP betreut

*: "mit Insulintherapie" gilt nur bei Typ 2-Diabetes, bei Typ 1-Diabetes obligatorisch

[Daten des ZI]

58. In welchen Institutionen in NRW werden Pflegekräfte und Personal, das mit der Betreuung von Kindern und Jugendlichen betraut ist, diabetesspezifisch geschult?

In den Akademien für medizinische Fortbildung der beiden Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe werden Medizinische Fachangestellte aus z.B. Praxen für Kinder- und Jugendmedizin aber auch Kinderkliniken etc. u.a auch im DMP Diabetes fortgebildet.

59. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung vor, ob und inwieweit die begutachtenden Mediziner der Ämter für soziale Angelegenheiten in regelmäßigen Abständen an diabetesbezogenen Fort- und Weiterbildungen teilnehmen, um eine fachlich korrekte Begutachtung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes-Typ-1 zu gewährleisten?

Für die Kreise und kreisfreien Städte sind profunde Kenntnisse über ernährungsbezogene Krankheitsbilder ein integraler Bestandteil einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung. Um dies zu gewährleisten, besuchen die Ärztinnen und Ärzte der örtlichen Gesundheitsbehörden regelmäßig themenbezogene Fort- und Weiterbildungen. Im Bereich der amtsärztlichen Begutachtung und auch im Bereich des Schwerbehindertenrechts finden regelmäßig interne Qualitätszirkel sowie regionale Austausche (z. B. auf Ebene der Regierungsbezirke) bis hin zu deutschlandweiten Kongressen und Fachtagungen statt.

Im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst werden Elternfragebögen zum Thema Diabetes verwendet. Die Ärzte stehen dabei in engem Austausch mit Sorgeberechtigten, behandelnden Ärzten und Einrichtungen. In diesem Kontext werden zudem Schulungen durch Behandelnde, aber auch Fachzentren oder Unterstützungspersonen vermittelt. Die örtlichen Gesundheitsbehörden legen Wert darauf, dass sich die Ärzte insbesondere auch zu dem Thema „Ernährungsmedizin“ weiterbilden. So sind für die Kreise auch Fachärzte tätig, die im Rahmen ihrer Ausbildung das Krankheitsbild „Diabetes mellitus“ studiert haben oder sogar eine Zusatzqualifikation „Diabetologie“ besitzen. Die Kreise fördern zudem als örtliche Jugendhilfeträger die Fortbildung der Erzieher in den Kindertageseinrichtungen als Multiplikatoren.

Weiterhin bietet die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, eine vom Land Nordrhein-Westfalen mitgetragene Einrichtung zur Aus-, Weiter- und Fortbildung im Öffentlichen Gesundheitswesen, unter anderem auch zahlreiche Fortbildungen zum Thema Begutachtung allgemein ebenso wie zur Durchführung der Schuleingangsuntersuchung an, die von den unteren Gesundheitsbehörden nach Kenntnis der Landesregierung gut nachgefragt werden.

60. Welche Maßnahmen hat die Landesregierung ergriffen, um die Primär-/Sekundär-/Tertiär-Prävention von Diabetes mellitus in NRW zu stärken?

Eine Vielzahl von chronischen Erkrankungen ist auf den Lebensstil zurückzuführen und durch gesundheitsgerechtes Verhalten vermeidbar. Es sind die gleichen Präventionsbotschaften, die sich günstig auf die verschiedensten Erkrankungen und damit auch auf Diabetes Typ 2 auswirken und deshalb für alle Zielgruppen gleichermaßen gelten. Daher sind Maßnahmen der Gesundheitsförderung und früher Prävention allgemein auf die Vermittlung gesundheitsförderlicher Grundlagen, Kenntnisse und Fähigkeiten ausgerichtet.

Übergewicht ist dabei ein wesentlicher Faktor. Empfehlungen für eine ausgewogene Ernährung - beispielsweise eine eher mediterrane Ernährungsweise mit einem großen Anteil an pflanzlicher Kost, der Verzicht auf gezuckerte Getränke und ein nur gelegentlicher Konsum von Alkohol – sind ein wesentlicher Bestandteil von Präventionsmaßnahmen und Kampagnen. Weitere Empfehlungen für alle Zielgruppen sind tägliche körperliche Aktivität (Alltagsbewegung und Sport), ausreichender und guter Schlaf sowie auch in stressigen Zeiten für Ruhepausen und Phasen der Entspannung zu sorgen. Durch den Verzicht auf Rauchwaren und die Sensibilität für Passivrauchen kann ebenfalls vielen chronischen Erkrankungen vorgebeugt werden.

Es muss insofern vor allem gelingen, einen Prozess individuellen und gesamtgesellschaftlichen „Umdenkens“ einzuleiten. Gesundheits-förderliche Programme und begleitende Botschaften können dafür einen Beitrag leisten.

Damit ein Bewusstsein für den Wert von Gesundheit und für die Möglichkeiten der Gesunderhaltung geschaffen werden kann, sollten entsprechende Aktivitäten frühzeitig einsetzen. Selbst wenn diese Themen in der Familie keine Bedeutung haben, wirkt sich die Vermittlung gesundheitsförderlicher Lebens- und Verhaltensweisen positiv bei Kindern aus. Auch die elterliche Verantwortung wird in den meisten Konzepten berücksichtigt. In Lebensbereichen außerhalb der Familie wie Kindertagespflege, Kindertageseinrichtungen und Schulen sollten gesundheits-bezogene Werte und individuelles Gesundheitsverhalten ebenfalls bereits im Kindesalter erlebt und geprägt werden.

Die Landesregierung beteiligt sich daher insbesondere auf dem Gebiet der Primärprävention an der Finanzierung des Landesprogramms „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ und am Schulprogramm „Bildung und Gesundheit“. Diese Programme bieten Unterstützung und Fortbildungen an, damit in den Einrichtungen gesundes Essen und ausreichende Bewegung eine wichtige Rolle einnehmen und die Bedeutung von gesundheitsförderlichem Verhalten frühzeitig vermittelt wird.

Darüber hinaus hat die Landeskampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“ insbesondere die Förderung des Nichtrauchens und einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zum Ziel.

Maßnahmen in den Bereichen der Sekundär- bzw. Tertiärprävention sind dagegen Aspekte der auf den einzelnen Patienten – und damit bereits an Diabetes Erkrankten - fokussierten Betreuung und –Schulung. Sie sind damit Teilaspekte der medizinischen Versorgung bzw. Intervention und sind nicht Anteil gesamtgesundheitspolitischer Präventionsmaßnahmen durch das Land.

Aufgrund des Gesamtzusammenhangs mit Folge-Fragen werden an dieser Stelle noch einige weitere Ausführungen zu weiteren Präventionsprogrammen gemacht, die auf andere Initiatoren als das Land zurückgehen:

Zur Förderung einer frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Diabetes Typ 2 dienen auch die Früherkennungsuntersuchen der Gesetzlichen Krankenversicherungen. Demnach stehen bei Gesundheitsuntersuchungen (ehemals „Check-up 35“) gesetzlich Versicherten zwischen dem 18. und vollendetem 35. Lebensjahr einmal eine Untersuchung zu, bei der u.a. auch Glukosewerte ermittelt werden, die auf eine Diabeteserkrankung hinweisen. Die Inanspruchnahme ist kostenfrei und kann von allen gesetzlich Krankenversicherten genutzt werden.

Weitere Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen werden

- durch die Gesetzlichen Krankenkassen auf der Grundlage der Landesrahmenvereinbarung (LRV) zur Ausführung des Präventionsgesetzes (derzeit wurden 21 Präventionsprojekte mit über 4 Millionen Euro gefördert),
- durch einzelne Gesetzliche Krankenkassen,
- durch Kommunen
- und durch die Träger von Lebenswelten (Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betreuungseinrichtungen etc.)

finanziert und umgesetzt.

Ein genauer Überblick über die Art, Anzahl und die Verantwortlichen dieser Maßnahmen liegt dem Ministerium nicht vor. In der Beantwortung einiger nachfolgender Fragen werden Einzelmaßnahmen beispielhaft aufgeführt.

61. Welche Diabetiker-Selbsthilfegruppen sind der Landesregierung bekannt und welche Erkenntnisse hat sie über die Arbeit dieser Gruppen?

Folgende Selbsthilfegruppen zu Diabetes sind in Nordrhein-Westfalen bekannt:

- Diabetes, nicht näher bezeichnet: An 35 Standorten gibt es mindestens eine Gruppe. Zudem gibt es eine Sportgruppe, 10 Elterngruppen und 3 Gruppen sind türkisch sprechend, davon eine reine Frauengruppe.
- Diabetes mellitus, Typ 1: An neun Standorten gibt es mindestens eine Gruppe. Zudem gibt es 16 Elterngruppen und eine Gruppe für Erwachsene.
- Diabetes mellitus, Typ 2: An 22 Standorten gibt es mindestens eine Gruppe und eine Angehörigengruppe.
- Diabetes und Depression: An einem Standort gibt es mindestens eine Gruppe.
- Insulinpflichtige Diabetiker: An vier Standorten gibt es mindestens eine Gruppe.
- Insulinpumpen: An zwei Standorten gibt es mindestens eine Gruppe.

Zur regionalen Verteilung der Selbsthilfegruppen siehe Anlage 10.

Eine Übersicht und Suchmöglichkeit bietet ferner die KOSKON NRW – Koordination für die Selbsthilfeunterstützung in NRW (<https://www.koskon.de/adressen/selbsthilfe-gruppen.html>).

Auf Landesebene gibt es den „Deutsche Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes – Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V. (DDH-M)“, (<https://nrw.menschen-mit-diabetes.de/>).

Sowohl der Verband als auch die Selbsthilfegruppen handeln eigenverantwortlich. Die Verantwortung über die Arbeits- und Vorgehensweise obliegt dem Verband und den Gruppen selbst.

Aus Sicht der Landesregierung ist die Selbsthilfe mit ihren zahlreichen Verbänden und Gruppen eine partnerschaftliche Ergänzung zum professionellen Beratungs- und Versorgungsangebot und damit ein unverzichtbarer Teil des Gesundheits- und Sozialsystems. Sie bietet niederschwellige und zielgruppenspezifische Angebote, steht für Selbstbestimmung, Akzeptanz und eine ganzheitliche Sichtweise und ist deshalb nicht nur ein wichtiger Ratgeber für Betroffene, sondern auch für das professionelle System bei der Weiterentwicklung bestehender Hilfe – und Versorgungssysteme.

62. Welche Diabetes-Präventionsprogramme gibt es für Risikopatienten in NRW? Von wem werden solche Programme initiiert?

Es wird auf die Antwort zu Frage 60 verwiesen.

Darüber hinaus gibt es eine Maßnahme der AOK NORDWEST:

ComanD der AOK NORDWEST ist ein Vertrag nach §140 a SGB V für übergewichtige Typ-2-Diabetiker im Krankheitsfrühstadium, die noch keine Medikamente benötigen. Ziel ist es, die individuelle Gesundheitskompetenz der teilnehmenden Patienten auch mit Hilfe digitaler Unterstützung zu fördern. Dabei spielt die Lebensstilintervention eine entscheidende Rolle. Durch persönliche Gespräche mit der AOK-Ernährungsberatung erlernen die Patienten

Maßnahmen zur erfolgreichen Gewichtsreduktion. ComanD ist für alle in den Fragen 62 bis 69 genannten Personenkreise offen. Ein Medizin-App steht in acht Sprachen zur Verfügung.

63. Welche Diabetes-Präventionsprogramme gibt es speziell für psychisch Kranke in NRW? Von wem werden solche Programme initiiert?

Es wird auf die Antwort zu Frage 60 verwiesen.

Darüber hinaus finanzieren die Gesetzlichen Krankenkassen das Projekt „Gesundheitliche Primärprävention für psychisch kranke Menschen im Rheinisch-Bergischen Kreis“, das gemeinsam von den Gesetzlichen Krankenkassen in NRW finanziert wird. Es zielt allgemein auf die Stärkung gesundheitsförderlicher Ressourcen sowie die Verbesserung von Lebensverhältnissen und Lebensweisen psychisch belasteter Menschen ab. Fokussiert werden sollen dabei vor allem gesundheitsförderliche Angebote im Bereich Bewegung und Ernährung.

64. Welche Diabetes-Präventionsprogramme gibt es speziell für Behinderte in NRW? Von wem werden solche Programme initiiert?

Auch hier wird auf die Antwort zu Frage 60 verwiesen.

65. Welche Diabetes-Präventionsprogramme gibt es für Schwangere in NRW? Von wem werden diese Programme initiiert?

Es wird auf die Antworten zu Frage 60 und Frage 67 verwiesen.

66. Welche Diabetes-Präventionsprogramme gibt es für Geflüchtete in NRW? Von wem werden diese Programme initiiert?

Besondere Präventionsprogramme gibt es in Landeseinrichtungen, in denen Asylsuchende untergebracht sind, – neben den oben bereits genannten Schulungsangeboten, die in spezialisierten Arztpraxen durchgeführt werden - nicht. Als individuelle Hilfestellung gibt es eine Ernährungsberatung. Die Mitarbeiter der Sanitätsstationen versuchen außerdem die Diabetes-Patienten zu mehr Bewegung und (bei Übergewicht) zu Gewichtsabnahme zu motivieren. In den Einrichtungen werden gesonderte Informationsveranstaltungen zu einzelnen Erkrankungen, Problemen, Ernährung etc. angeboten.

Im Übrigen wird auf die Beantwortung der Frage 60 verwiesen.

67. Gibt es besondere muttersprachliche Angebote und Präventionsprogramme für nicht-deutschsprachige Menschen in NRW?

Grundsätzlich wird auf die Antworten zu Frage 60 und Frage 62 verwiesen.

Ein Beispiel für eine gemeinsam von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Maßnahme ist das Projekt INPUT (Information, Nähe, Prävention, Unterstützung, Teilhabe) - „Empowerment und Teilhabe von kurdisch- und arabisch-sprachigen geflüchteten Frauen und Müttern im deutschen Gesundheitssystem“ in Essen. Im Projekt werden kultursensible

gesundheitsförderliche Strukturen und Angebote für kurdisch- und arabischsprachige geflüchtete Frauen und ihre Kinder im Essener Nordviertel aufgebaut. Eine kurdisch- und arabischsprachige Fachkraft bietet hierfür unter anderem Beratungen, Begleitungen und Multiplikator/-innen-Schulungen zu Themen rund um die Schwangerschaft, Kinder- und Frauengesundheit sowie dem deutschen Gesundheitssystem an.

68. Gibt es Diabetes-Präventionsprogramme in NRW, die bestimmte kulturelle Hintergründe berücksichtigen?

Es wird auf die Antworten zu Frage 60, 62 und 67 verwiesen.

Gemeinsame Präventionsprojekte, die sich an Bewohner von multikulturellen Stadtteilen bzw. sozial Benachteiligten im Quartier richten, sind: „GEWINN HAGEN – Integrierte kommunale Gesundheitsförderung WehrINGhauseN“; „HU-Gesund durch partizipative Prävention“ in Bochum-Hustadt; „Entwicklung und Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Stadtteil Baumheide“ in Bielefeld; „Bewegt und Gesund im Quartier“ in Kamp-Lintfort; „Willkommen in guter Nachbarschaft: Gesund leben im Quartier Abteiberg/Innenstadt“ in Mönchengladbach; „Rückgrat“ in Köln-Ehrenfeld; „Besser leben in Rheydt“ in Mönchengladbach; „Gesund hoch drei“ in Köln Mülheim, Buchforst und Buchheim; „Bewegung im Quartier“ in Minden; „Bad Wünnenberg – gesunde Lebenswelten gemeinsam gestalten“; „Gesund im Quartier Süd-Ost. Strukturen und Maßnahmen zum Thema „Gesunde Ernährung für einkommensschwache Familien im Stadtteil“ in Ahlen.

Die detaillierten Inhalte der Projekte sind unter https://www.lzgj.nrw.de/ges_foerd/kgc/foerderung/gefoerd_proj/index.html einsehbar.

Das gemeinsam vom Landesverband NRW der Deutschen Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes (DDH-M) e. V. im Jahr 2013 vor dem Hintergrund der schlechteren Erreichbarkeit von Fachärzten für Menschen in ländlichen Regionen gestartete Projekt „Diabetesberatung auf Rädern“ richtet sich auch gezielt an Menschen mit Migrationshintergrund. Das Diabetes-Info-Mobil „Diabetesberatung auf Rädern“ ist ein zu einem mobilen Labor mit Sofort-Diagnostik umgebauter Kleintransporter. Es fährt in ausgewählte Städte und ländliche Regionen und informiert „vor Ort“ über Diabetes und bietet ein Screening an. Türkischsprachige Diabetesberaterinnen sprechen dabei gezielt Menschen mit türkischem Hintergrund an, besondere kulturelle Aspekte werden dabei berücksichtigt.

Das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum Düsseldorf (WDGZ) im Verbund der katholischen Kliniken Düsseldorf testet seit Sommer 2019 in einer klinischen Studie ein telemedizinisches Insulin-Management-System für Typ2-Diabetiker mit türkischem Migrationshintergrund. Partner sind das Deutsche Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung (DITG) und der Pharmahersteller Lilly Deutschland.

Die Arbeitsgemeinschaft „Diabetes und Migranten“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) beschäftigt sich mit speziellen Fragen der kultursensiblen medizinischen Versorgung von Patienten mit Zuwanderungsgeschichte. Die AG fördert die wissenschaftliche Forschung zum Thema Migration und Diabetes, verbessert die Betreuung und betreibt intensive Netzwerkarbeit. Über die Homepage können zahlreiche Informationen, mehrsprachiges Infomaterial und erklärende Kurzfilme für Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund erreicht werden (<http://migration.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/>).

69. Welche Diabetes-Präventionsprogramme gibt es für Kinder und Jugendliche in NRW? Von wem werden diese Programme initiiert?

Wie bereits in Frage 60 ausgeführt, sind Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention universell auf die Motivation zu gesundheitsgerechter Lebensweise ausgerichtet. Der „Anerkannte Bewegungskindergarten“ ist eine Maßnahme des Landessportbundes, der „Anerkannte Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ wird auf der Grundlage des Präventionsgesetzes durch die Gesetzlichen Krankenkassen unter Beteiligung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, des Ministeriums für Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz und der Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen durchgeführt und finanziert. Das Landesprogramm „Bildung und Gesundheit“ wird ebenfalls durch die Unfallkasse NRW und die Gesetzlichen Krankenkassen unter Beteiligung des Ministeriums für Schule und Bildung und des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales durchgeführt und finanziert. Die Landeskampagne „Sucht hat immer eine Geschichte, wird vom Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales mit der Unterstützung der Gesetzlichen Krankenkassen finanziert und von der Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung in Trägerschaft der ginko Stiftung für Prävention (<https://www.ginko-stiftung.de>) umgesetzt.

Viele weitere Maßnahmen, die auf der Grundlage des Präventionsgesetzes von den Gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam finanziert werden sind beispielsweise „Gesunde Familiengrundschule Aachen“; „BEST – Bewegungs-, Ernährungs- und Sozial-Training zur Gesundheitsförderung im Alltag“ in Selm; „Gesund aufwachsen im Quartier – Kinder über Bewegung fördern“ im Kreis Mettmann; „Gesundheitsförderung im Duisburger Norden am Beispiel des Robert-Bosch-Berufskollegs“; „YogaKiMo“ in Monheim, „Quartier in Bewegung“ im Rhein-Sieg-Kreis.

Die detaillierten Inhalte der Projekte sind einsehbar unter https://www.lzq.nrw.de/ges_foerd/kgc/foerderung/geofoerd_proj/index.html.

Beispiele für weitere Maßnahmen, die durch einzelne Gesetzliche Krankenkassen durchgeführt werden sind „JolinchenKids – Fit und gesund in der Kita“ (AOK NordWest und AOK Rheinland/Hamburg), „fit von klein auf“ (BKK-Landesverband), „Gesund macht Schule“ (AOK Rheinland/Hamburg und Ärztekammer Nordrhein), „Sterneküche macht Schule“ und „wICHTig“ (KNAPPSCHAFT), „Iss das Leben schön“ und „Die Kleinen stark machen“ in Kindertageseinrichtungen und Grundschulen (IKK classic), „Nordstark“ (Ersatzkassen/vdek) das mit dem Gesundheitspreis NRW ausgezeichnet wurde und „Ich kann kochen“ (BARMER).

70. Welche Daten über Erfolge von Präventionsprogrammen der Ernährungsgewohnheiten und des Verhaltens von Diabetikern, wie z. B. Gewichtsnormalisierung, Förderung körperlicher Aktivität, Einstellen des Rauchens, gibt es für NRW?

Grundsätzlich ist bei allen Präventionsmaßnahmen die Messung von Erfolgen methodisch sehr schwierig und komplex. Das hat zur Folge, dass es nur wenige Arbeitsgruppen gibt, die entsprechende wissenschaftliche Studien dazu auflegen.

Grundsätzlich ist allerdings bekannt, wie Präventionsmaßnahmen aufgebaut sein müssen, damit sie eine Wirkung entfalten können. Generell sind im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention Evidenzen eher bei verhaltensorientierten als bei strukturbildenden, verhältnisorientierten Maßnahmen belegt. Übergreifend gilt dabei, dass multiple

Interventionen erfolversprechender sind als einfache Maßnahmen. Die Berücksichtigung von Kontextfaktoren wirkt sich ebenfalls positiv auf die Wirksamkeit aus.

Der Landesregierung sind vor diesem Hintergrund keine detaillierten Daten über Erfolge von Präventionsprogrammen zu Ernährungsgewohnheiten und Verhalten von Diabetikern in Nordrhein-Westfalen bekannt.

71. *Wie bewertet die Landesregierung die fachspezifische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes in NRW? (Bitte aufschlüsseln nach Regionen)*

Die Landesregierung bewertet die fachspezifische Versorgung von Kindern und Jugendlichen grundsätzlich insgesamt als angemessen. Eine Aufschlüsselung nach Regionen ist damit nicht erforderlich.

72. *Welche kinderdiabetologischen Zentren gibt es in NRW?*

Die kinderdiabetologische Versorgung umfasst Kinder ab dem 1. bis zum 18. Lebensjahr. Wichtig ist, dass nachfolgend die weitere Versorgung durch die Erwachsenen-Diabetologie nahtlos gelingt.

Die Kinder erkranken i.d.R. an Diabetes Typ 1 (95%). Ist die Diagnose erfolgt, werden die Kinder an ein spezialisiertes Zentrum überwiesen. Dort erfolgt die Einstellung auf die richtige Therapie und Schulung zum Umgang mit der Erkrankung. Die psychosoziale und psychologische Betreuung von jungen Patienten und deren Familien ist sehr wichtig und gehört zur multiprofessionellen Betreuung bei Diabetes. Des Weiteren werden bereits im Krankenhaus erforderliche soziale Hilfen initiiert. Die Kinder werden im weiteren Verlauf der Therapie ambulant im jeweiligen Zentrum versorgt, dadurch entstehen im Bereich der Kinderdiabetologie keine Sektorengrenzen. Alle Zentren gewährleisten eine 24-stündige medizinische Versorgung. In allen spezialisierten Zentren wird sowohl die stationäre als auch ambulante Versorgung übernommen.

23 Kinderdiabetologische Zentren sind derzeit in NRW von der DDG (Deutsche Diabetes Gesellschaft) zertifiziert, s. Anlage 11.

73. *Wie beurteilt die Landesregierung die Aufklärung des pädagogischen und nicht-pädagogischen Personals in Kitas und Schulen über die Erkrankung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes? (bitte aufschlüsseln nach Schulform inklusive offenen Ganztagschulen)*

Aufgrund der inhaltlichen Redundanzen werden die Fragen 73 und 74 zusammen beantwortet.

Die Aufklärung des pädagogischen und nicht-pädagogischen Personals in Kitas liegt in der Verantwortung des Trägers der Kindertageseinrichtung vor Ort. Sie wird darüber hinaus fortlaufend von allen beteiligten Akteuren in den Blick genommen.

Es wird darüber hinaus auf die Antwort zu Frage 78 hingewiesen.

Kinder und Jugendliche, die an Diabetes Typ 1 erkrankt sind, haben aufgrund des Charakters dieser chronischen Erkrankung in der ganz überwiegenden Anzahl der Fälle eine feste ärztliche Ansprechperson mit einem Qualifikationsschwerpunkt Kinder- und Jugend-

Diabetologie. Diese medizinischen Fachkräfte stehen bereits in vielen Fällen auch als Ansprechpersonen für die Lehrkräfte des betreffenden Schülers zur Verfügung.

Das Ministerium für Schule und Bildung stellt in seinem Bildungsportal im Internet ein regelmäßig aktualisiertes Verzeichnis kinderdiabetologischer Schwerpunkt-Einrichtungen zur Verfügung. Auch hier können Lehrkräfte – neben anderen schulischen Zielgruppen – wohnortnahe medizinische Ansprechpersonen auffinden.

Daneben wird im Bildungsportal durch Verlinkung auf drei spezielle Informationsbroschüren verwiesen, die sich speziell mit Diabetes (zum Teil aber auch mit anderen chronischen Erkrankungen) bei Schülern befassen.

Die gewünschte Aufschlüsselung nach Schulform inklusive offener Ganztagschulen ist somit hinfällig.

Mit Beschluss des Landtags zum Haushaltsgesetz 2019 wurden dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) Mittel in Höhe von 150.000 Euro zweckgebunden zum Aufbau eines Schulungs- und Informationsangebotes zum Thema „Diabetesversorgung an Schulen“ bereitgestellt.

Das MAGS hat ein entsprechendes Handlungskonzept zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 im Setting der Kindertageseinrichtungen und Schulen in Nordrhein-Westfalen erarbeitet (siehe auch Ausführung zu Frage 103). Ein ressortübergreifender „Runder Tisch“ mit Expertinnen und Experten, Kostenträgern und weiteren relevanten Institutionen aus dem Bereich der Diabetesversorgung wurde eingerichtet. Die erste Sitzung fand am 8. Juli 2019 statt.

Maßnahmen zur Bereitstellung bzw. zum Ausbau eines landesweiten Schulungsangebotes für pädagogisches und nicht-pädagogisches Personal in Kindertageseinrichtungen und Schulen wurden erarbeitet. Erste durch Landesmittel geförderte Schulungen werden noch im laufenden Jahr durchgeführt.

Ein weiterer Handlungsansatz bezieht sich auf die Entwicklung eines übergreifenden Konzeptes, das die unterschiedlichen Prozesse und Problemstellungen bei der Betreuung der betroffenen Kinder und Jugendlichen im Detail abbildet. Im Kern geht es darum, die Kommunikation zwischen allen Beteiligten zu verbessern sowie Zuständigkeiten und konkrete Ansprechpartner festzulegen. Hierzu wird eine Befragung von betroffenen Familien durch das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG) durchgeführt, deren Ergebnisse bis Mitte 2020 erwartet werden. Auf diese Weise ist eine validere Einschätzung zu den konkreten Bedarfen aus Elternsicht möglich.

Die Landesregierung misst damit diesem Bereich der Aufklärung ebenfalls ausdrücklich Bedeutung zu.

74. *Wie wird sichergestellt, dass das pädagogische und nicht-pädagogische Personal an Schulen in NRW über Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen aufgeklärt werden?*

Siehe hierzu die Antwort auf Frage 73.

75. *Wie werden in Schulen und Kitas die kühlungsbedürftigen Insuline für an Diabetes erkrankte Kinder und Jugendliche gelagert?*

Sofern die Schulträger vor dem Hintergrund ihrer Sachkostenträgerschaft nach §§ 92 Absatz 3, 94 Absatz 2 SchulG in Verbindung mit § 79 SchulG die Schulen mit einem Kühlschrank ausgestattet haben, so können kühlungsbedürftige Insuline – ebenso wie andere kühlungsbedürftige Arzneimittel – dort entsprechend gelagert werden.

Die Handreichung „Medikamentengabe durch Lehrerinnen und Lehrer“ des Ministeriums für Schule und Bildung befasst sich in diesem Zusammenhang unter Ziffer 5 mit den Aufbewahrungsmöglichkeiten für Arzneimittel. Hierzu zählen insbesondere auch Ausführungen über besondere Aufbewahrungsformen (z.B. Kühlung), den Schutz vor unberechtigtem Zugang, die Zuordnung des Arzneimittels zu einem bestimmten Kind und den Ablauf des Verwendbarkeitsdatums. Die Handreichung ist im Bildungsportal des Ministeriums eingestellt.

<https://www.schulministerium.nrw.de/docs/Recht/Schulgesundheitsrecht/Chronische-Erkrankungen-und-Diabetes/2016-07-01---Handreichung-zur-Medikamentengabe.pdf>

Für den Kita-Bereich siehe die Beantwortung der Frage 78.

76. *Wie bewertet die Landesregierung die Möglichkeit einer Einführung eines Diabetes-Präventionsschulfaches?*

Das Thema Diabetes ist im Biologieunterricht der Sekundarstufe I verbindlich verankert. Hierzu sind in den Kernlehrplänen für das Fach Biologie in der Sekundarstufe I entsprechende Kompetenzen obligatorisch ausgewiesen.

Je nach Schulform sind im Fach Biologie Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 zu thematisieren, geeignete Handlungen im Notfall und im persönlichen Leben abzuleiten bzw. Verfahren zur Diagnose sowie Behandlung von Diabetes zu begründen und Handlungsoptionen zur Vorbeugung von Diabetes Typ zu entwickeln.

Damit leistet das Fach Biologie einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitserziehung und zur Diabetes-Prävention.

Vor diesem Hintergrund ist die Einführung eines neuen Schulfachs zur Diabetes-Prävention nicht angezeigt.

77. *Wie werden an Diabetes erkrankte Kinder und Jugendliche in Kitas und in der Tagespflege in NRW betreut?*

Nach § 22 Abs. 3 Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII) umfasst der Förderungsauftrag in Tageseinrichtungen für Kinder und Kindertagespflege Erziehung, Bildung und Betreuung des Kindes und bezieht sich auf die soziale, emotionale, körperliche und geistige Entwicklung aller in der Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflege betreuten Kinder.

Darüber hinaus ist die integrative Betreuung von Kindern mit Behinderungen in Kindertageseinrichtungen im KiBiz gesetzlich verankert. Ihre besonderen Bedürfnisse sind gemäß § 8 KiBiz bei der pädagogischen Arbeit zu berücksichtigen. Das KiBiz sieht darüber hinaus eine erhöhte finanzielle Förderung für die betroffenen Kinder vor.

Sofern die Behinderung oder die drohende Behinderung von einem Träger der Eingliederungshilfe festgestellt wurde, gewährt das Land für jedes Kind mit Behinderung oder von einer wesentlichen Behinderung bedrohtes Kind den 3,5-fachen Satz der Kindpauschale III b der Anlage zu § 19 KiBiz. In den Fällen, in denen diese Kinder in der Gruppenform II mit 45 Stunden wöchentlicher Betreuungszeit betreut werden, wird die Kindpauschale II c um 2.000 Euro erhöht. Die erhöhte Pauschale dient der Deckung der Kosten für den behinderungsbedingten pädagogischen Mehraufwand. Davon unberührt bleiben die Ansprüche, die Kinder mit Behinderungen nach dem Eingliederungsrecht (Eingliederungshilfe, Sozialhilfe, Gesetzlichen Krankenversicherung) haben.

78. *Wie wird sichergestellt, dass das Personal in Kitas und in der Tagespflege in NRW über Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen aufgeklärt werden?*

Siehe auch die Beantwortung der Fragen 73 und 74.

Die Betreuung eines diabeteskranken Kindes durch das pädagogische Team einer Kindertageseinrichtung bedarf zum einen einer sehr guten Schulung im Umgang mit diesem Kind, zum anderen fordert die Betreuung eine hohe Verantwortungsbereitschaft. Die Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen haben zum Thema Medikamentengabe in Kindertageseinrichtungen und der Kindertagespflege eine umfassende Orientierungshilfe für die Praxis herausgegeben, die dazu dienen soll, vor dem Hintergrund haftungsrechtlicher Konsequenzen die notwendige Sicherheit und Klarheit im Umgang mit der Verabreichung von Medikamenten zu bieten. Sie beinhaltet auch das Muster einer Vereinbarung über die Medikamentierung in der Kindertageseinrichtung/Kindertagespflege sowie Hinweise für die praktische Arbeit.

In der Regel werden bei der Begleitung und Betreuung von Kindern mit Diabetes von pädagogischen Fachkräften im Einvernehmen mit den Eltern und dem behandelnden Arzt verantwortbare, individuelle Vorgehensweisen gefunden, um den Interessen aller Beteiligten gerecht zu werden.

79. *Wie werden an Diabetes erkrankte Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und an Internaten in NRW betreut?*

Grundsätzlich erhalten Kinder und Jugendliche, die an einer akuten oder chronischen Erkrankung leiden und in einer stationären oder teilstationären Einrichtung der Jugendhilfe oder in Internaten betreut und versorgt werden, die notwendige medizinische Betreuung über die niedergelassenen Haus- bzw. Fachärzte. Dies gilt auch für die Diabetes-Erkrankung.

80. *Wie wird sichergestellt, dass das Personal in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und Internaten in NRW über Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen aufgeklärt werden?*

Der Träger einer Einrichtung ist verpflichtet, sein Personal insoweit zu schulen und fortzubilden, dass die dort lebenden Kinder und Jugendlichen im Hinblick auf ihr körperliches Wohl und auf ihren erzieherischen Bedarf umfassend betreut und versorgt werden.

81. Wie wird sichergestellt, dass Mitarbeiter der Jugendämter in NRW über Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen aufgeklärt werden?

Im Rahmen der gem. § 79a SGB VIII für die Träger der öffentlichen Jugendhilfe verpflichtenden fortlaufenden Qualitätssicherung erfolgt auch die Qualifizierung von Fachkräften. Die sachliche Zuständigkeit für die Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendhilfe liegt gem. § 85 Abs. 2 Nr. 8 SGB VIII bei den Landesjugendämtern.

82. Wie wird sichergestellt, dass Eltern von diabeteserkrankten Kindern und Jugendlichen die Möglichkeiten im Rahmen der Jugendhilfe aufgezeigt werden?

Die Beratung der Eltern, auch von diabeteserkrankten Kindern und Jugendlichen, über Leistungen und andere Angebote der Jugendhilfe obliegt den örtlichen Jugendämtern. Siehe auch die Beantwortung der Frage 61.

83. Welche Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe mit fachgerechter diabetesspezifischer Betreuung gibt es in NRW, um betroffenen Kindern aus sozial benachteiligten Familien gleiche Entwicklungschancen zu ermöglichen?

Voraussetzung für die Unterbringung eines Minderjährigen in einer stationären Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe ist der im Einzelfall festgestellte erzieherische Bedarf. Eine angenommene soziale Benachteiligung generiert nicht zwangsläufig einen erzieherischen Bedarf.

In Nordrhein-Westfalen gibt es für Kinder und Jugendliche, die an Diabetes erkrankt sind, im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbandes Rheinland eine Wohngruppe, die sich speziell auf Kinder und Jugendliche mit diesem Krankheitsbild spezialisiert hat.

Darüber hinaus gibt es im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe, Landesjugendamt Westfalen ein „Zentrum für Jugendliche Diabetiker“, wobei es sich ebenfalls um eine stationäre Einrichtung der Kinder und Jugendhilfe handelt.

Unabhängig davon werden in Nordrhein-Westfalen Kinder und Jugendliche mit diesem Krankheitsbild im Einzelfall in allen anderen Betreuungsformen der stationären Jugendhilfe betreut, sofern ein entsprechender erzieherischer Bedarf festgestellt wurde.

84. Gibt es im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsvorsorge in den einzelnen Landesministerien spezielle Maßnahmen zur Prävention? Wenn ja, um welche Maßnahmen handelt es sich?

Die Ressorts bieten jeweils in eigener Regie unterschiedliche Angebote dazu an. Diese reichen von Untersuchungen über Beratungsangebote, Fachvorträge bis zu Kursen und weiteren Angeboten.

Eine Zusammenstellung der verschiedenen Angebote kann Anlage 12 entnommen werden.

85. Welche Rolle nehmen die örtlichen Gesundheitsbehörden bei der Prävention und Aufklärung von Diabetes ein?

Die Behandlung von Diabetes mellitus Typ 1 ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, in der die unteren Gesundheitsbehörden der Kreise und kreisfreien Städte eine wichtige Funktion einnehmen. Im Rahmen der Versorgung durch Jugendärzte sowie Jugendzahnärzte werden Kinder bedarfsgerecht über die mit Diabetes verbundenen Risiken aufgeklärt.

Neben den regelmäßigen schulärztlichen Untersuchungen werden Kinder in Kindertageseinrichtungen sowie Grund- und Förderschulen flächendeckend mit gesundheitlichen Themen vertraut gemacht. In diesem Zusammenhang können auch Kinder mit einem gesteigerten Diabetes-Risiko gezielt durch intensive Beratungen und die Bereitstellung von Materialien aufgeklärt werden. Bei entsprechendem Beratungs- bzw. Therapiebedarf der Betroffenen findet eine Vermittlung an diabetologische Experten zur entsprechenden Diagnostik und Therapie statt. Des Weiteren werden Vorträge über gesunde Ernährung und Bewegung in Kindertageseinrichtungen und Schulen angeboten.

86. Gibt es in den einzelnen Kreisen spezielle Programme zur Aufklärung und Prävention von Diabetes? (Bitte aufschlüsseln nach Art des Programms, kreisangehöriger Gemeinde, kreisfreie Städte und Kreise)

Zur Aufklärung und Prävention von Diabetes gibt es über die dargestellte Präventionsarbeit der örtlichen Gesundheitsbehörden hinaus (siehe Beantwortung der Frage 85) einzelne Projekte, von denen exemplarisch die folgenden Projekte zu nennen sind:

Der Kreis Olpe führt seit 2017 jährlich die Aktionstage „Gesund und fit im Kreis Olpe für übergewichtige Jugendliche und Erwachsene mit Typ 2-Diabetes“ durch. Eine von der kommunalen Gesundheitskonferenz beauftragte Projektgruppe erarbeitete dieses Konzept auf der Basis durchgeführter Analysen. Durch dieses Projekt können Kinder bereits im Kindergarten- und Grundschulalter zu einem sinnvollen Ernährungsverhalten und zu mehr körperlicher Betätigung angeregt werden.

Mit dem Projekt „Gesunde Schulen im Mühlenkreis“ können interessierte Schulen im Kreis Minden-Lübbecke den Schülern interaktiv ein gesundes Ernährungsverhalten beibringen. Die Schulen, die an dem Projekt erfolgreich teilgenommen haben, wurden als „Gesunde Schulen im Mühlenkreis“ ausgezeichnet. So können beispielsweise Eltern schon bei der Schulauswahl den Grundstein für eine ganzheitliche, gesundheitsorientierte Allgemeinbildung der eigenen Kinder legen.

Schulärztinnen der unteren Gesundheitsbehörde Dortmund klären immer dann in Schulen zu Diabetes mellitus auf, wenn seitens der Schulleitungen eine entsprechende Anfrage gestellt wird. Je nach Anfrage richten sich die Informationen dann an das ganze Kollegium oder an die Schulleitung ggfls. auch unter Beteiligung von Eltern.

Die Gesundheitsverwaltung Bochum wird Ende 2020 den ersten „Fachplan Gesundheit“ veröffentlichen. In diesem Jahr (2019) läuft ein breit angelegter Partizipationsprozess von Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit. Ein Kernthema wurde bereits identifiziert: mangelnde Gesundheitskompetenz. Eine Auswirkung nicht ausreichender Gesundheitskompetenz kann Übergewicht sein. Hier wurde bereits in einem Pilotprojekt für die Bochumer Fachplanung angesetzt: in Wattenscheid-Mitte laufen im Rahmen eines Gesundheitsverbundes verschiedene Aktionen von diversen Trägern zum Thema gesunde Ernährung und viel

Bewegung. Insoweit wurden bereits Maßnahmen identifiziert, die auch dem Entstehen eines Diabetes entgegenwirken.

Die Stadtverwaltung Bochum führte für Mitarbeiter 2014 und 2018 im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung „Diabetes-Aktionen“ mit Hilfe der Deutschen Diabetesstiftung durch. Dazu zählten Vorträge, ein persönlicher Gesundheitscheck mittels eines standardisierten Fragebogens sowie Messung des Blutzuckers. 2018 nahmen 131 Mitarbeiter an diesem ausführlichen Check teil.

In der Landeshauptstadt Düsseldorf finden jährlich ein oder mehrere öffentliche Veranstaltungen (Gesundheitstage) statt. Diese werden vom Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf organisiert und beinhalten für die Bürger das kostenlose Angebot einer Blutzucker-Kontrolle und einer Beratung durch ein multiprofessionelles Team.

87. Wie hoch sind die Haushaltsmittel, die die Landesregierung zur Behandlung und Prävention von Diabetes bereitstellt? (Haushaltsjahr 2018)

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und frühzeitiger Prävention sind in der Regel nicht auf die Vermeidung einzelner spezifischer Krankheitsbilder wie z.B. Diabetes Typ 2, sondern allgemein auf die Vermittlung gesundheitsförderlicher Grundlagen, Kenntnisse und Fähigkeiten ausgerichtet. So stehen die des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales bei Kapitel 11 080 Titelgruppe 81 in 2018 bereitgestellten Mitteln i. H. v. 2.988.100 € nicht nur für besondere Maßnahmen zur gesundheitlichen Betreuung von Diabetikern zur Verfügung. Die Forschungslandschaft in Nordrhein-Westfalen befasst sich u.a. mit dem Krankheitsbild „Diabetes“ und leistet einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung von präventiven und therapeutischen Angeboten. In der beigefügten Tabelle sind die im Haushaltsjahr 2018 finanzierten Institute und Projekte inklusive der fragebezogenen Beiträge ihrer Forschungstätigkeit aufgeführt:

Institut / Projekt	Beitrag zu Prävention und Therapie	Landesmittel 2018
Deutsches Zentrum für Diabetesforschung (DZD)	Entwicklung von Therapiekonzepten und innovativen Präventionskonzepten.	472.100 €
Deutsches Diabetes-Zentrum an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (DDZ)	Entwicklung neuer Ansätze für Prävention, Diagnostik und Behandlung. Online-Portal zur Information.	6.389.204 €
Projekt „Regionales Innovationsnetzwerk Diabetesvorsorge und Begleitung von Menschen mit Diabetes“	Netzwerk von Akteuren, die gemeinsam an der Entwicklung und Etablierung innovativer Strategien zur Prävention von Diabetes und zur Begleitung von Menschen mit Diabetes arbeiten.	150.000 €

V. Forschung und Ausbildung

88. *Wie beurteilt die Landesregierung die Qualität der Ausbildung von Medizinstudenten im Bereich der Erkrankung Diabetes mellitus? Entsprechen die Lerninhalte dem aktuellen Stand?*

Die Diabetes-Erkrankung zählt zu den Stoffwechselerkrankungen. Im Rahmen des Medizinstudiums werden die Studierenden hierzu im Rahmen eines Wahlfaches „Endokrinologie“ ausgebildet.

Forschung und Lehre haben an den Universitäten mit Medizinischen Fakultäten einen gleich hohen Stellenwert und sind eng miteinander verknüpft. Die Studierenden erfahren so eine auf den neuesten Erkenntnissen der Wissenschaft basierende Lehre.

Der Landesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, dass die Lehrinhalte zu Diabetes nicht dem aktuellen Kenntnisstand entsprechen.

89. *Wie beurteilt die Landesregierung den Stand der Umsetzung anerkannter medizinisch-wissenschaftlicher Leitlinien in die Praxis der Diabetikerversorgung?*

Es ist davon auszugehen, dass die einschlägigen Leitlinien den behandelnden Ärzten bekannt sind. Insbesondere bei älteren, multimorbiden Patienten sind neben der Leitlinie der individuelle Gesundheitszustand sowie die Präferenzen des Patienten maßgeblich für den Behandlungsplan. Dieser kann dann begründet von den in Leitlinien beschriebenen Vorgaben abweichen. Insofern sind Leitlinien keine umzusetzende Norm, sondern eine Zusammenfassung der vorhandenen Evidenz mit Handlungsempfehlungen.

90. *Wann und in welchem Umfang ist die letzte Aktualisierung der Mediziner-Ausbildung im Bereich Diabetes erfolgt?*

Die Inhalte der medizinischen Ausbildung sind in der bundesrechtlichen Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) in Grundzügen festgelegt, eine konkrete Ausgestaltung der Unterrichtsinhalte erfolgt im Rahmen der ÄApprO durch die Hochschulen. Mangels ausführlicher Regelungen zum Bereich „Diabetes“ in der ÄApprO kann zur letzten Aktualisierung dieses Themenbereichs keine Aussage getroffen werden.

91. *Inwieweit hält die Landesregierung im Weiterbildungsprogramm für Allgemeinärzte eine stärkere Gewichtung in Bezug auf die Volkskrankheit Diabetes für erforderlich?*

Die Allgemeinmedizin umfasst die lebensbegleitende hausärztliche Betreuung von Menschen jeden Alters bei jeder Art der Gesundheitsstörung, unter Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen ihrer gesundheitlichen Leiden, Probleme oder Gefährdungen und die medizinische Kompetenz zur Entscheidung über das Hinzuziehen anderer Ärzte und Angehöriger von Fachberufen im Gesundheitswesen. Sie umfasst die patientenzentrierte Integration der medizinischen, psychischen und sozialen Hilfen im Krankheitsfall. Dazu gehören auch die Betreuung von akut oder chronisch Erkrankten, die Vorsorge und Gesundheitsberatung, die Früherkennung von Krankheiten, die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, die Zusammenarbeit mit allen Personen und Institutionen, die für die gesundheitliche Betreuung der Patienten Bedeutung haben, die Unterstützung

gemeindenaher gesundheitsfördernder Aktivitäten, die Zusammenführung aller medizinisch wichtigen Daten des Patienten.

Die Weiterbildungszeit umfasst dabei

36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin, davon können bis zu 18 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung (auch 3 Monats-Abschnitte) auch im ambulanten Bereich angerechnet werden, dabei sind maximal 12 Monate aus einem Gebiet anrechenbar,

24 Monate Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung, davon können bis zu 6 Monate in Chirurgie (auch 3 Monats-Abschnitte) angerechnet werden,

80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in psychosomatischer Grundversorgung
Weiterbildungsinhalte sind u.a. Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- den Inhalten der Basisweiterbildung auf dem Gebiet der Inneren Medizin:
- der Gesundheitsberatung, der Früherkennung von Gesundheitsstörungen einschließlich Gewalt- und Suchtprävention, der Prävention, der Einleitung und Durchführung rehabilitativer Maßnahmen sowie der Nachsorge
- der Erkennung und Behandlung von nichtinfektiösen, infektiösen, toxischen und neoplastischen sowie von allergischen, immunologischen, metabolischen, ernährungsabhängigen und degenerativen Erkrankungen auch unter Berücksichtigung der Besonderheiten dieser Erkrankungen im höheren Lebensalter
- der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen und Einordnung der Ergebnisse in das jeweilige Krankheitsbild
- geriatrischen Syndromen und Krankheitsfolgen im Alter einschließlich der Pharmakotherapie im Alter
- psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen einschließlich der Krisenintervention sowie der Grundzüge der Beratung und Führung Suchtkranker
- Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen
- ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen einschließlich diätetischer Behandlung sowie Beratung und Schulung
- Durchführung und Dokumentation von Diabetikerbehandlungen

Infolgedessen hält die Landesregierung im Weiterbildungsprogramm für Allgemeinmedizin eine stärkere Gewichtung in Bezug auf diese Volkskrankheit für nicht erforderlich.

92. Welche Möglichkeiten zur Weiter- und Fortbildung von Ärzten und Fachpersonal im Bereich Diabetes werden in NRW angeboten?

Siehe auch die Beantwortungen der Fragen 42 und 96.

Fortbildungen zum Thema Diabetes werden sowohl in Nordrhein als auch in Westfalen-Lippe wegen der hohen Prävalenz der Krankheit, der Häufigkeit von Folgeerkrankungen, der Einbindung in DMPs fortlaufend angeboten und können damit jederzeit besucht werden.

Das Angebot ist so groß, dass eine komplette Aufzählung den Rahmen dieser Anfrage sprengen würde.

Hervorzuheben sind jährliche Aktualisierungen des Wissensstandes für niedergelassene Ärzte auf den Kongressen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe sowie die großen Kongresse der DDG im Frühjahr und Herbst.

Darüber hinaus organisieren Ärzte zahlreiche regionale diabetesbezogene Qualitätszirkel.

Mit der steigenden Zahl der Erkrankten haben sich spezialisierte nichtärztliche Berufsbilder herausgebildet, für die ebenfalls hochwertige und umfassende Weiterbildungen angeboten werden. Eine Übersicht findet sich auf der Homepage der DDG (<https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/weiterbildung.html>).

93. *Wie beurteilt die Landesregierung die Einführung von Pflichtfortbildungen der an der Behandlung und Betreuung von Menschen mit Diabetes beteiligten Ärzte und des nichtärztlichen Personals?*

Es bestehen grundsätzliche Fortbildungsverpflichtungen für Ärzte nach § 95d SGB V (für alle Vertragsärzte sowie angestellte Ärztinnen und Ärzte eines Vertragsarztes (z.B. Jobsharing Partner) oder eines medizinischen Versorgungszentrums sowie für ermächtigte Ärzte nach § 116 SGB V) bzw. § 136b SGB V (für alle in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern tätigen Fachärztinnen und Fachärzte aber nicht für Belegärzte im Sinne von § 121 Abs. 2 SGB V und für ermächtigte Ärzte nach § 116 SGB V). Nach dem Sinn und Zweck des Gesetzes hat jede im Rahmen der gesetzlichen Versorgung erbrachte ärztliche Leistung auf dem aktuellen Stand der Medizin zu erfolgen.

Eine Fortbildungspflicht besteht gemäß Artikel 22 Buchstabe b der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen für Berufsangehörige, die der automatischen Berufsanerkennung unterliegen. Von den Gesundheitsfachberufen sind hiervon Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Hebammen und Entbindungspfleger betroffen.

Die Fortbildungspflicht nach der Berufsanerkennungsrichtlinie wurde für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sowie für Gesundheits- und Krankenpfleger in § 4 Absatz 1 des Gesundheitsfachberufegesetzes umgesetzt. Von der Ermächtigung, das Nähere zur Fortbildung, insbesondere auch zu den Inhalten, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, wurde bisher kein Gebrauch gemacht. Dies gilt nach § 4 Absatz 2 des Gesundheitsfachberufegesetzes auch für die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe, die nicht der automatischen Anerkennung nach der Berufsanerkennungsrichtlinie unterliegen, wie z.B. für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder auch für Altenpflegerinnen und Altenpfleger.

Für die Berufsgruppe der Hebammen und Entbindungspfleger wurde die Fortbildungspflicht nach der Berufsanerkennungsrichtlinie im § 1 Absatz 2 Nummer 4 des Landeshebammengesetzes umgesetzt. Nach § 7 der Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger müssen Hebammen und Entbindungspfleger innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren gegenüber der zuständigen Behörde mindestens 60 Unterrichtsstunden nachweisen. Geeignete Maßnahmen zur Fortbildung sind Fortbildungsveranstaltungen von Hebammenverbänden und von staatlich anerkannten Einrichtungen mit Gesamtverantwortung für die Hebammen- und die Entbindungspflegerausbildung. Die Überwachung der Fortbildungspflicht und die Prüfung der Geeignetheit der Fortbildungsveranstaltungen erfolgt durch die zuständige untere Gesundheitsbehörde der Kreise und kreisfreien Städte. Der Landesregierung liegen keine Kenntnisse vor, ob auch Fortbildungen zur Gestationsdiabetes angeboten werden.

Für die Einführung von Pflichtfortbildungen für ein einzelnes Krankheitsbild gibt es nach Kenntnis der Landesregierung keine Rechtsgrundlage.

Pflichtfortbildungen führen im Übrigen erfahrungsgemäß oftmals zu reduzierter Aufmerksamkeit und würden zusätzlich Überwachungs- und Sanktionsregelungen nach sich ziehen.

Es erscheint somit der Landesregierung derzeit weder angemessen noch erforderlich, noch als Instrument geeignet, das fachliche Interesse derart zu lenken.

94. Welche Diabetes-Forschungseinrichtungen gibt es in NRW?

Es gibt in Nordrhein-Westfalen:

- das Deutsche Diabetes-Zentrum (DDZ), Düsseldorf
- das Max-Planck-Institut (MPI) für Stoffwechselforschung, Köln
- Deutsches Zentrum für Diabetesforschung (DZD) mit dem Standort Düsseldorf (DDZ) und dem MPI für Stoffwechselforschung/ Universitätsklinik Köln als assoziiertem Partner.

95. Wie viele Universitätskliniken in NRW haben einen Forschungsschwerpunkt im Bereich Diabetes mellitus?

Zwei Universitätskliniken (Düsseldorf und Köln) adressieren Diabetes mellitus in ihren Forschungsschwerpunkten. Zudem forscht ein Standort des Universitätsklinikums Bochum (Herz- und Diabeteszentrum NRW, Bad Oeynhausen) schwerpunktmäßig zum Thema Diabetes mellitus.

96. Wie viele Ärzte in NRW spezialisieren sich nach dem Studium der Inneren Medizin auf den Bereich Diabetologie?

Ein „Studium der Inneren Medizin“ gibt es nicht.

Möglich sind zwei Interpretationen, wie diese Frage gemeint sein könnte:

1. Wie viele Ärztinnen und Ärzte spezialisieren sich nach dem Medizinstudium im Bereich Diabetologie?

Die Behandlung des Diabetes in seinen verschiedenen Formen ist Bestandteil zahlreicher Facharztkompetenzen (Anerkennungszahlen 2018 für Westfalen-Lippe in Klammern):

- Facharzt für Allgemeinmedizin (127)
- Facharzt für Kinder und Jugendmedizin (220)
- alle Facharztkompetenzen aus dem Gebiet Innere Medizin (394)

davon insbesondere

- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie (3)
- Innere Medizin und Gastroenterologie (44)

Besondere Aspekte der Behandlung von Diabetes sind ferner integraler Bestandteil der Weiterbildung und Tätigkeit von

- Fachärzten für Augenheilkunde

- Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Fachärzten für Innere Medizin und Nephrologie sowie
- Fachärzten des Gebietes Chirurgie.

Ferner steht Fachärztinnen/Fachärzten für Allgemeinmedizin, für Kinder und Jugendmedizin, sowie mit einer Facharztkompetenz auf dem Gebiet der Inneren Medizin die Möglichkeit zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ offen. Mit der Zusatzweiterbildung werden spezialisierte Kenntnisse in der Behandlung von Diabetes nachgewiesen.

2. Wie viele Ärztinnen und Ärzte spezialisieren sich nach einer Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin im Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie?

Diese Form der Weiterbildung war nach der bis 2005 geltenden Weiterbildungsordnung möglich und wurde abgelöst durch die Weiterbildung in der Facharztkompetenz „Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“.

Von der Ärztekammer Nordrhein wurden 2018 folgende Qualifikationen anerkannt, die Weiterbildungsinhalte mit besonderem Bezug zum Diabetes-Erkrankung haben:

- 128 Fachärzte für Allgemeinmedizin
 - 78 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
 - 488 /Fachärzte für Innere Medizin
 - davon 3 Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- davon 40 Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie
sowie 17 Zusatzweiterbildungen Diabetologie

2018 gab es in ganz Nordrhein-Westfalen:

- 69 berufstätige Fachärzte für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie
- 707 berufstätige Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie
- 87 berufstätige Kinderärzte mit der Zusatzweiterbildung Kinderendokrinologie

**97. Ist die flächendeckende Versorgung mit Diabetologen in NRW sichergestellt?
(Bitte aufschlüsseln nach Region und Kommune)**

Ja.

Siehe auch die Antworten zu den Fragen in Abschnitt III (Versorgungssituation von Diabetes-Patienten in NRW), insbesondere zu Frage 34 samt Anlagen zu regionalen Darstellungen, sowie die Antworten zu den Fragen 72 und 96.

98. Wie bewertet die Landesregierung die Diskussion in der Wissenschaft über einen möglichen Zusammenhang von einer hohen Feinstaubbelastung durch Verkehr und durch das Wohnumfeld und der Zunahme von Diabeteserkrankungen?

Die Landesregierung enthält sich generell einer Bewertung bei Diskussionen innerhalb der wissenschaftlichen Fachkreise.

VI. Ausblick

99. Inwieweit profitieren Diabetespatienten von Digitalisierungsmaßnahmen im Gesundheitsbereich in NRW?

Digitale Gesundheitsanwendungen (sogenannte Apps und Wearables) und daran gekoppelte medizintechnische Geräte, wie Insulinpumpen oder Glukosesensoren, unterstützen bereits heute viele Betroffene dabei, die hohen Anforderungen an das Selbstmanagement der Erkrankung zu bewältigen. Die Anwendungen geben beispielsweise Hilfestellungen bei der Dokumentation und Verwaltung der anfallenden Daten oder bei der Bolus-Berechnung des Insulinbedarfs bei einer Mahlzeit.

Die Finanzierung digitaler Gesundheitsanwendungen findet bisher lediglich im Rahmen von Modellprojekten statt. Dabei konnten jedoch bereits positive Effekte auf den Therapieerfolg nachgewiesen werden. Die kontinuierlichen oder regelmäßigen Erfassungen und Kontrollen relevanter medizinischer Daten und die Möglichkeiten zur Bewertung und Auswertung dieser Daten können Patienten mehr Sicherheit und Lebensqualität geben. Außerdem kann bei ärztlicher Überwachung der Daten (auch in Form von Telemonitoring) medizinischer Handlungsbedarf zuverlässig rechtzeitig erkannt werden. Dies kann sogar stationäre Aufnahmen reduzieren. Telemedizinische Unterstützung im Rahmen der hausärztlichen Delegation (Tele-Arzt) erleichtert außerdem eine engmaschige Betreuung immobiler Patienten. Telekonsile zur Einholung von Zweitmeinungen können auch auf dem Gebiet der Diabetologie die Versorgung sinnvoll ergänzen.

Die Förderung der Telemedizin ist Bestandteil der Digitalstrategie Nordrhein-Westfalens. Das vom Land geförderte Zentrum für Telematik und Telemedizin hat mit dem Informations- und Bewertungsportal „App-Check“ (<https://appcheck.de>) eine Internetplattform aufgebaut, die auf den von den Fachgesellschaften geforderten qualitätsgesicherten Einsatz dieser Apps zielt. Diabetes ist einer von zwei Schwerpunkten, zu denen die Plattform bereits Informationen und zertifizierte Apps darstellt. Mit dem Aufbau des Virtuellen Krankenhauses soll für Nordrhein-Westfalen nun eine strukturierte telemedizinische Versorgungslandschaft gefördert werden, die so auch in der Regelversorgung abgebildet wird. Dabei handelt es sich um eine digitale Plattform, die künftig die fachärztliche Expertise landesweit bündeln und besser zugänglich machen soll. Der Start der Pilotphase ist im Frühjahr 2020 vorgesehen.

100. Wie bewertet die Landesregierung die Forderung aus der Fachwelt (u.a. DDG) einen Nationalen Diabetesplan zu entwickeln?

Die Forderung aus der Fachwelt ist an die Bundesregierung adressiert. Die Landesregierung ist gern bereit, die Bundesregierung bei zukünftigen Umsetzungsschritten zu unterstützen.

101. Wie bewertet die Landesregierung, dass noch kein nationaler Diabetesplan implementiert wurde?

Siehe die Antwort auf die Frage 100.

102. Gibt es Konzepte der Landesregierung für einen NRW-landesbezogenen Diabetesplan?

Nein, verwiesen wird auf alle Antworten zu dieser Großen Anfrage, aus denen Maßnahmen des Landes erkennbar sind. In Bezug auf den Bereich der Prävention sind dies insbesondere die die Antworten der Fragen 60 und 62 bis 69. Die Landesregierung sieht dabei den Schwerpunkt in der universellen Vermittlung eines gesunden Lebensstils.

Nordrhein-Westfalen ist aus Sicht der Landesregierung für die u.a. seitens der Diabetesorganisationen in Deutschland formulierten Handlungsfelder (Primärprävention; Früherkennung des Typ-2-Diabetes; Epidemiologie; Versorgungsforschung; Versorgungsstrukturen, Qualitätssicherung; Patienten-information; Schulung und Empowerment) grundsätzlich bereits gut aufgestellt.

Gegebenenfalls ergänzende Maßnahmen die sich aus Notwendigkeiten einer Interaktion zu einem zukünftigen Nationalen Diabetes-Plan ergeben könnten, wären dann situativ zu prüfen.

103. Was plant die Landesregierung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen und der Situation von Diabetes-Erkrankten in NRW?

Wie zur Frage 102 bereits ausgeführt, ist Nordrhein-Westfalen in vielfacher Hinsicht bereits sehr breit und gut aufgestellt.

Dafür ist die Landesregierung bereits vielfältig tätig, siehe dazu die vorliegenden Ausführungen zu der gesamten Anfrage.

104. Wie bewertet die Landesregierung die von Bundeslandwirtschaftsministerin Klöckner mit der Industrie vereinbarten freiwilligen Selbstverpflichtung zur Reduktion von Zucker in Getränken?

Die Landesregierung begrüßt grundsätzlich die Einrichtung einer „Nationalen Reduktions- und Innovationsstrategie von Zucker, Fetten und Salz in Fertigprodukten“, die im Dezember 2018 vom Bundeskabinett verabschiedet wurde und seit 2019 schrittweise bis 2025 umgesetzt wird. Übergreifendes Ziel ist es, die Energieaufnahme der Verbraucherinnen und Verbraucher zu senken, die gesunde Wahl im Bereich Fertigprodukte zur leichten Wahl zu machen und so insgesamt eine gesündere Ernährung im Alltag zu fördern.

Die Reduktionsstrategie setzt dort an, wo nach Auskunft des federführenden Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) die größten Wirkungen zu erzielen sind, nämlich bei Fertigprodukten, die einen zunehmend bedeutenden Teil der täglichen Ernährung ausmachen – einige Studien sprechen laut Reduktionsstrategie von bis zu 50% – und häufig einen hohen Gehalt an Zuckern, Fetten und Salz aufweisen.

Auch der Abschluss einer Grundsatzvereinbarung mit Verbänden des Lebensmittelhandels, -handwerks sowie der Lebensmittelwirtschaft, in der die Verbände sich zu einem Beitrag zur Verringerung der Energiezufuhr der Bevölkerung durch Reduktion der o.g. Nährstoffe in ihren Produkten verpflichten, wird positiv bewertet.

Ebenso ist zu begrüßen, dass neben den Produktgruppen Frühstückscerealien, Tiefkühl-Pizzen, Brot und Backwaren, Joghurt und Quark ein besonderer Fokus auf zuckergesüßte

Erfrischungsgetränke gelegt wird, die einen nachweislich hohen Beitrag zur Übergewichtsprävalenz leisten, die einen nachweislich hohen Beitrag zur Übergewichtsprävalenz besonders von Kindern und Jugendlichen leisten.

Mit der Wirtschaftsvereinigung für alkoholfreie Getränke, die für über 90 Prozent des Marktvolumens von Erfrischungsgetränken steht, wurde eine Zuckerreduktion von insgesamt 15% vereinbart; angesichts der Übergewichtsprävalenz wäre hier allerdings ein ehrgeizigeres Ziel wünschenswert gewesen. Bekannte Softdrinks wie Fanta oder Sprite enthalten in Deutschland in der klassischen Variante deutlich mehr Zucker als beispielsweise in Großbritannien und Frankreich, wie Stiftung Warentest im Mai 2019 konstatierte.

Die Landesregierung setzt auf das von BMEL zugesagte engmaschige und transparente wissenschaftliche Monitoring auf Produktebene sowie auf Wirkungsebene hinsichtlich des Gesundheitszustands der Bevölkerung.

Dies ist besonders im Hinblick auf ggf. erforderliche Umsteuerungs- oder Nachsteuerungsmaßnahmen wichtig. Das BMEL hat zugesagt, bis Ende 2020 einen ersten Bericht zur kritischen Bewertung der eingeleiteten Maßnahmen zu erstellen.

Die Landesregierung begrüßt, dass Bundesministerin Klöckner im Rahmen der Reduktionsstrategie im Juli 2019 einen Verordnungsentwurf für ein nationales Verbot des Zusatzes von Zucker und anderen süßenden Zutaten in Säuglings- und Kleinkindertees vorgelegt hat.

Des Weiteren hat die 14. Verbraucherschutzministerkonferenz im Juni 2018 die Bundesregierung gebeten, im Rahmen ihrer Forschungsvorhaben zur Reduktionsstrategie auch die gesundheitliche Unbedenklichkeit der reformulierten Produkte zu bewerten und einer „Übersüßung“ der Lebensmittel auch mit Austauschstoffen entgegen zu wirken.

Derselbe Beschluss enthält auch die Bitte an die Bundesregierung, sich auf EU-Ebene dafür einzusetzen, im Zutatenverzeichnis alle Zuckerformen mit dem Begriff „Zucker“ aufzuführen, mit detaillierter Nennung aller Zuckerarten mit der jeweils speziellen Bezeichnung in Klammern, da die unterschiedliche Definition des Begriffes „Zucker“ in der Nährwertkennzeichnung und in der Zutatenliste als wenig verbraucherfreundlich angesehen wird.

105. Wie bewertet die Landesregierung den Ausstieg der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) im Februar 2019 aus dem wissenschaftlichen Begleitgremium zur „Nationalen Reduktionsstrategie“ für Zucker, Fett und Salz in verarbeiteten Lebensmitteln als Reaktion darauf, dass die Bundeslandwirtschaftsministerin wirtschaftlichen Interessen den Vorrang vor dem Schutz der Gesundheit gibt?

Die Landesregierung misst der Arbeit des Begleitgremiums zur Reduktionsstrategie eine wichtige Bedeutung zu, weil der komplexe Umsetzungsprozess von der Gesprächsbereitschaft und auch dem Korrektiv aller Beteiligten lebt. Sie begrüßt daher den fortlaufenden Dialog auf Bundesebene mit Vertreterinnen und Vertretern der Bundesregierung, der Bundesländer, sowie von Verbänden aus den Bereichen Ernährung, Gesundheit, Lebensmittelwirtschaft und Verbraucherschutz

Transparenz und Dialogbereitschaft sind in diesem Prozess eine grundlegende Bedingung; das gilt besonders für die Erreichung der branchen- bzw. produktbezogenen Prozess- und Zielvereinbarungen.

Die Aktivitäten eines unabhängigen eingetragenen Vereins bewertet die Landesregierung nicht.

106. Wie bewertet die Landesregierung den Vorschlag der DDG eine höhere Mehrwertsteuer als bisher auf ungesunde Lebensmittel zu veranschlagen, 29% speziell auf Softdrinks und keine Mehrwertsteuer mehr auf Obst und Gemüse zu erheben?

Die Frage steuerlicher Regelungen für den Einsatz einzelner Nährstoffe („Zuckersteuer“) sowie für einzelne Produkte, die nachweislich zum Übergewicht besonders von Kindern und Jugendlichen beitragen („Limosteuer“) wird seit längerer Zeit öffentlich diskutiert.

Langfristige Effekte sind bisher allerdings nicht geklärt, auch wenn in anderen Ländern durch die Einführung einer Steuer kurzfristige Effekte auf das Kauf- und Konsumverhalten bei zuckergesüßten Getränken beobachtet werden. So lassen sich z.B. keine eindeutigen Aussagen darüber finden, ob die Einführung der Steuer wirklich zu einer dauerhaften Konsumveränderung führt. Produktspezifische Steuern werden ihrer Zielsetzung dann gerecht, wenn Verbraucher den Zusammenhang zwischen ihrem Konsumverhalten und der Steuer auf die verbrauchten Güter spürbar nachvollziehen können. Am Beispiel der im Jahre 2004 eingeführten Sondersteuer auf alkoholhaltige Süßgetränke zum Schutz junger Menschen wird aber zum Beispiel auch deutlich, dass Ausweich- und Substitutionseffekte kaum erfassbar sind. Die genannte Steuer hat zwar dazu geführt, dass der gesundheitsschädliche und suchtfördernde Konsum von Alkopops deutlich reduziert worden ist; viele Jugendliche wichen aber auf andere alkoholische Getränke oder eigene Getränkemischungen aus.

Anders als bei einer Besteuerung einzelner Nährstoffe, die auch von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung nicht verfolgt wird, da Ernährungsempfehlungen immer eine Kombination von Nährstoffen und Lebensmitteln im Blick haben sollten, sind Überlegungen zur Besteuerung einzelner Produkte jedoch nicht grundsätzlich auszuschließen.

107. Welche Bemühungen stellt die Landesregierung an, etwa über den Bundesrat, ihren Einfluss geltend zu machen und für eine höhere Besteuerung von Süßgetränken einzutreten?

Seitens der Landesregierung sind derzeit keine Aktivitäten z.B. über den Bundesrat hinsichtlich einer Veränderung des aktuellen Steuersystems geplant, siehe auch die Antwort zu Frage 106.

108. Welche Bemühungen stellt die Landesregierung an, etwa über den Bundesrat, ihren Einfluss geltend zu machen und eine Ampelkennzeichnung für Lebensmittel verbindlich einzuführen?

Die Nährwertkennzeichnung ist seit Dezember 2016 für alle vorverpackten Lebensmittel EU-weit verpflichtend. Das schreibt die EU-Lebensmittelinformationsverordnung Nr. 1169/2011 (LMIV) vor. Danach müssen sieben Nährwerte bezogen auf 100 Gramm oder 100 Milliliter in Tabellenform auf dem Etikett stehen, d.h. der Energiegehalt und die Gehalte an Fett, gesättigten Fettsäuren, Kohlenhydraten, Zucker, Eiweiß und Salz.

Hinsichtlich der Notwendigkeit, eine zusätzliche leicht verständliche Nährwertkennzeichnung auf der Frontseite von Verpackungen einzuführen, die den ernährungsphysiologischen Wert eines Lebensmittels auf einen Blick einordnet, sind sich wissenschaftliche Fachgesellschaften, Verbraucherverbände und Politik schon länger einig. Auch die Wirtschaft hat sich in Form eigener Kennzeichnungsvorschläge bzw. der Einführung des von unabhängigen Ernährungswissenschaftlern aus Frankreich und England entwickelten Systems „Nutri-Score“ auf eigenen Produkten eingebracht.

Die Landesregierung begrüßt das Vorgehen von Bundesministerin Klöckner, die gesunde Wahl zur einfachen Wahl zu machen.

Nach erfolgter Verbraucherbefragung zur Verständlichkeit von vier ausgesuchten Kennzeichnungssystemen soll das System Nutri-Score als erweitertes Nährwertkennzeichen im kommenden Jahr eingeführt und der Lebensmittelwirtschaft zur freiwilligen Nutzung empfohlen werden. Die rechtlichen Grundlagen dafür werden derzeit erarbeitet.

Wie alles stark Vereinfachende ist auch Nutri-Score nicht perfekt – z.B. lassen sich keine Rückschlüsse auf die einzelnen Nährstoffe ziehen – ist aber aus wissenschaftlicher und verbraucherpolitischer Sicht derzeit das beste verfügbare sowie wissenschaftlich positiv evaluierte System am Markt. Er geht über eine reine Ampelkennzeichnung nach britischem Vorbild hinaus.

Das System Nutri-Score basiert auf einem Algorithmus, der Nährstoffe mit gesundheitlich erwünschter Wirkung (z.B. Ballaststoffe, Eiweiß, aus Obst, Gemüse und Nüssen) und solche mit potenziell unerwünschter Wirkung (Energiegehalt, Zucker, gesättigte Fettsäuren, Salz) in ihren Anteilen bewertet und in einer zusammenfassenden Darstellung abbildet. Die Visualisierung durch eine fünfstufige Farb- und Buchstabenskala liefert einen Überblick über die Nährwertqualität eines Produktes. 57 Prozent der Befragten sprachen sich dafür aus, dass der Nutri-Score in Deutschland eingeführt wird.

In Frankreich wurde der Nutri-Score bereits 2017 und in Belgien und Spanien seit 2018 Anbietern zur Nutzung auf verarbeiteten Lebensmitteln angeboten. Für eine Vergleichbarkeit von Lebensmittelgruppen wäre eine EU-weite Einführung sinnvoll.

Die EU-Rechtsetzung lässt derzeit nur die Möglichkeit zu, dass die Mitgliedstaaten ein erweitertes Nährwertkennzeichnungs-System als nicht verpflichtende Lösung einführen. Die Verbreitung des Nutri-Score und die Entwicklung des Konsumverhaltens sollte deshalb im ersten Schritt beobachtet und untersucht werden.

109. Im Rahmen der „EU-Plattform for Action on Diet, Physical Activity and Health“ haben sich die größten Lebensmittelhersteller freiwillig verpflichtet, dass es für ungesunde Produkte keine Werbung geben soll, die sich an Kinder unter zwölf Jahren richtet. Wie bewertet die Landesregierung die genannte EU-Plattform und wie begleitet und unterstützt die Landesregierung deren Ziele?

Seit 2005 befasst sich die EU-Kommission mit dem Themenbereich der Förderung von gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung zur Verhinderung von Übergewicht, Adipositas und chronischen Krankheiten (Weißbuch 2007). In diesem Zusammenhang wurde im selben Jahr die „Europäische Plattform für Ernährung, Bewegung und Gesundheit“ ins Leben gerufen, in der sich Wirtschaft, Verbände und Organisationen zu überprüfbaren Schritten zur Übergewichtsprävention verpflichteten.

Im Rahmen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft 2007 machte die damalige Bundesregierung das Thema gesundheitliche Prävention durch Ernährung und Bewegung zu einem Schwerpunkt und legte in einem Entwurf zu einem Nationalen Aktionsplan erste zentrale Handlungsfelder fest.

Als Ergebnis wurde im Juni 2008 von dem damaligen Minister für Ernährung und der Ministerin für Gesundheit der Startschuss für den Nationalen Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ gegeben.

Die Landesregierung Nordrhein-Westfalens hat – wie die anderen Bundesländer auch – die Initiative IN FORM von Beginn an unterstützt und durch die gemeinsame Einrichtung der „Vernetzungsstelle Schulverpflegung NRW“ (seit 2017 auch für Kitas) auch von ihr profitiert.

Die Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung ist das Hauptinstrument der Landesregierung zur Beratung und Unterstützung aller beteiligten Akteure – Kitas, Schulen, ihre Träger, pädagogisches Personal, Verpflegungs-Dienstleister - rund um alle Fragen einer qualitativ hohen Gemeinschaftsverpflegung und Ernährungsbildung.

Im Projekt „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ engagiert sich die Landesregierung zusammen mit der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Landessportbund für die Förderung und nachhaltige Verankerung von guter Ernährung, viel Bewegung und Entspannung im Alltag von Kitas in Nordrhein-Westfalen.

Ein Anliegen der EU-Plattform ist darüber hinaus die Verringerung der Exposition von Kindern gegenüber Lebensmittelwerbung und der damit einhergehenden Beeinflussung. Auch die Landesregierung sieht hier ein wichtiges Handlungsfeld und wertet positiv, dass sich die Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie von Zucker, Fetten und Salz in Fertigprodukten im Rahmen des geplanten Maßnahmenbündels insbesondere auch Fragen der Produktaufmachung oder Werbung für speziell an Kinder adressierte Produkte widmen will.

Die Länder haben auf der 14. Verbraucherschutzministerkonferenz in Juni 2018 darüber hinaus einstimmig festgestellt, dass die bislang geltende gesetzliche Regulierung und Selbstregulierung der Lebensmittelindustrie und Werbewirtschaft bezüglich an Kinder gerichteter Werbung nicht ausreicht, um Kinder wirksam vor zum Konsum ungesunder Lebensmittel animierender Werbung zu schützen. Sie haben deshalb das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz gebeten zu prüfen, welche rechtlichen Maßnahmen gegen an Kinder gerichtete Werbung für ungesunde Lebensmittel auf nationaler Ebene ergriffen werden können.

Die Ziele der EU-Plattform werden somit in allen Belangen unterstützt.

110. Wie beurteilt die Landesregierung die Installation eines landesweiten Diabetesbeauftragten?

Die Landesregierung sieht keine Notwendigkeit der Installation eines landesweiten Diabetesbeauftragten.

111. Welche besonderen Würdigungen /Anerkennungen für Diabetes-Erkrankte (z.B. Schirmherrschaft, Teilnahme an besonderen Veranstaltungen) hat die Landesregierung seit ihrem Amtsantritt unternommen? (Bitte aufschlüsseln nach Ministerien, Anzahl und Art der Veranstaltungen.)

Ministerium für Kultur und Wissenschaft:

Botschaft von Frau Ministerin Isabel Pfeiffer-Poensgen, anlässlich der Feierlichkeiten zum 10-jährigen Jubiläum des Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD)

Besuch von Frau Ministerin Isabel Pfeiffer-Poensgen am Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ). Sie informierte sich bei Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern über laufende Projekte und die aktuelle Entwicklungen in der Diabetesforschung.

Ministerium für Wirtschaft, Innovation, Digitalisierung und Energie (MWIDE) und Ministeriums für Kultur und Wissenschaft (MKW):

Eröffnung des Kompetenzzentrums für Innovative Diabetes Therapie (KomIT) durch Staatssekretär Dammermann (MWIDE) und Fachebene des MKW.

Die Mittel in Höhe von 3,5 Millionen Euro stammen aus dem EFRE-Leitmarktwettbewerb Forschungsinfrastruktur. Ziel der neuen Einrichtung ist die Entwicklung neuer kausaler Ansätze zur Therapie der Diabetes sowie die effiziente Translation von Forschungsergebnissen in die klinische Praxis.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales:

Veranstaltung der „Deutschen Diabetes Hilfe“ zur Verabschiedung ihres Landesvorsitzenden am 29. Juni 2019 in Bocholt unter Teilnahme von Minister Karl-Josef Laumann.

Übernahme der Schirmherrschaft über die DIABETIKA 2017 und 2018 durch Minister Karl-Josef Laumann sowie geplante Übernahme der Schirmherrschaft und Grußwort im Rahmen der DIABETIKA 2020 (ebenfalls Minister Karl-Josef Laumann).

112. Welche Pharmaunternehmen stellen Diabetes-Präparate für NRW her und wo sind die Standorte?

Die Fragen 112 und 113 werden aufgrund des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet:

Wer Diabetes-Präparate in Deutschland in den Verkehr bringen will, bedarf einer nationalen Zulassung oder einer europäischen Genehmigung. Zuständig für die Zulassung von Arzneimitteln in Deutschland sind das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sowie das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) bzw. im Fall von europäischen Genehmigungen die EU-Kommission und die European Medicines Agency (EMA). Zulassungs- bzw. Genehmigungsinhaber bringen die Arzneimittel daher entweder deutschland- oder europaweit in den Verkehr. Pharmaunternehmen, die spezifisch für Nordrhein-Westfalen Diabetes-Präparate in den Verkehr bringen, sind nicht bekannt.

Der nordrhein-westfälischen Bevölkerung steht grundsätzlich das gesamte Spektrum an in Deutschland bzw. Europa zugelassenen Arzneimitteln zur Verfügung. Besonderheiten, die einen Versorgungsengpass bei Diabetes-Medikamenten befürchten lassen, sind der Landesregierung nicht bekannt.

113. Gibt es Besonderheiten bei den Standorten, die einen Versorgungsengpass von Diabetesmedikamenten befürchten lassen könnten?

Siehe die Beantwortung der Frage 112.

114. Inwieweit bereitet sich die Landesregierung auf einen Versorgungsengpass von Insulinen bei einem möglichen Brexit vor?

Informationen über einen möglichen Versorgungsengpass mit Insulinen im Rahmen des sog. Brexit liegen der Landesregierung nicht vor.

Sofern ein solcher versorgungsrelevanter Lieferengpass auftreten sollte, kann durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) der Versorgungsmangel nach § 79 Absatz 5 des Arzneimittelgesetzes (AMG) festgestellt werden. Diese Feststellung ermöglicht es den zuständigen Behörden, nach Maßgabe der arzneimittelrechtlichen Bestimmungen im Einzelfall ein befristetes Abweichen von den Vorgaben des AMG zu gestatten.

Hierdurch kann dann die Versorgung der nordrhein-westfälischen Bevölkerung grundsätzlich sichergestellt werden.

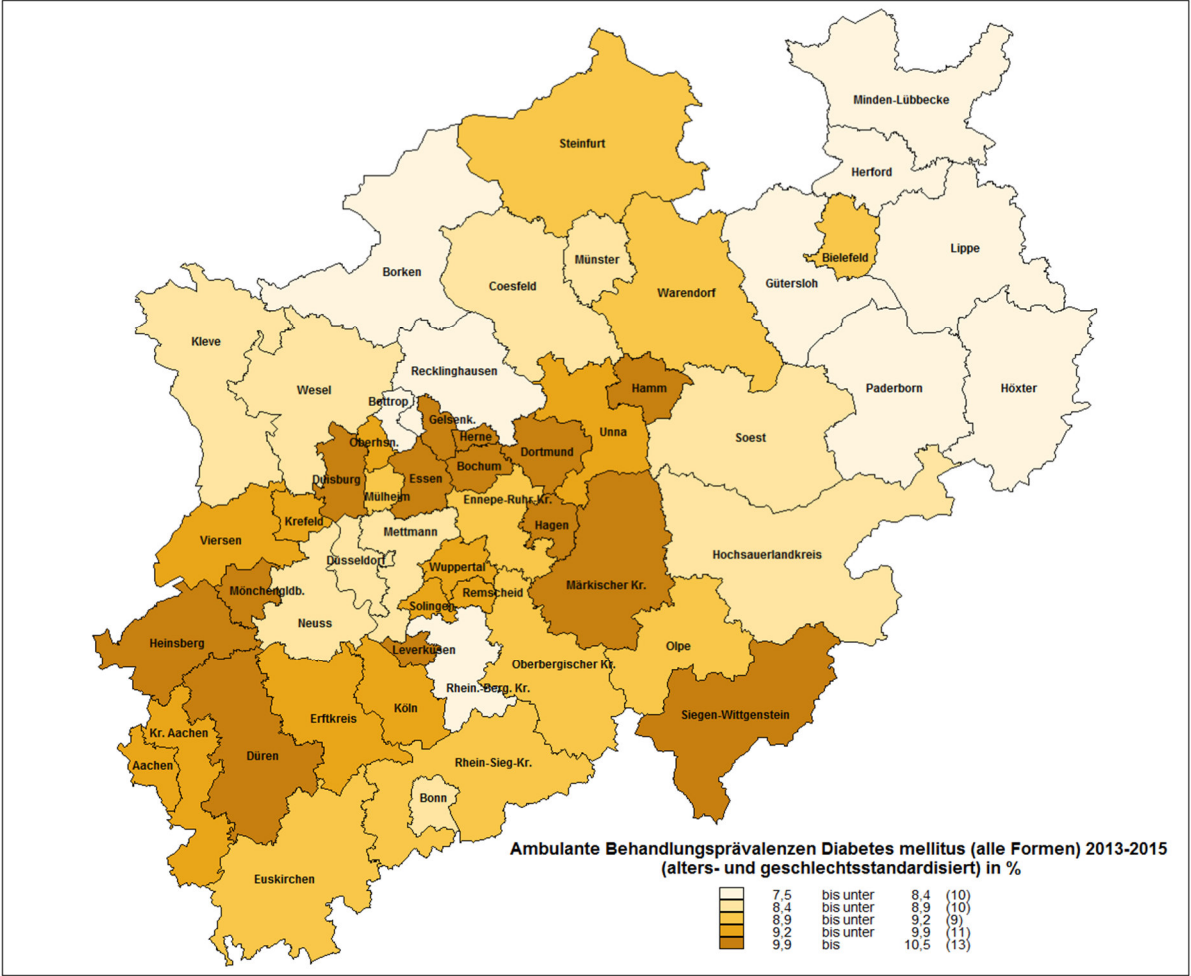
Anlagen
zur Beantwortung der Großen Anfrage 16

Frage 3: Anlage 1 Prävalenz von Diabetes-Erkrankungen aller Altersklassen in den Jahren 2008 bis 2017

Datenquelle: Statistik der ambulanten Behandlungsdiagnosen. KV Nordrhein und KV Westfalen-Lippe.

Diabetes mellitus, Typ 1 und Typ 2 (ICD-10: E10 bis E11)											
- Rohe Rate (Fälle pro 100.000 Einw.), NRW, 2008-2017 -											
Alter (Jahre)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Veränderung 2008-2017 in %
0 - 4	86	81	90	93	88	78	84	71	73	68	-21,0
5 - 9	222	229	239	243	241	245	242	238	246	243	+9,6
10 - 14	371	386	396	430	432	438	457	462	485	486	+31,2
15 - 19	499	537	560	594	597	596	610	625	658	673	+34,9
20 - 24	594	655	688	728	731	751	771	778	811	818	+37,6
25 - 29	837	868	919	987	985	1012	1042	1060	1099	1135	+35,5
30 - 34	1216	1320	1393	1460	1476	1497	1555	1564	1649	1671	+37,4
35 - 39	1789	1972	2167	2330	2331	2405	2475	2503	2639	2663	+48,9
40 - 44	2607	2844	3029	3254	3401	3602	3819	3923	4142	4190	+60,7
45 - 49	4179	4491	4697	4880	4942	5120	5317	5406	5769	5972	+42,9
50 - 54	6861	7314	7565	7824	7849	7991	8134	8088	8410	8422	+22,8
55 - 59	10805	11393	11676	12022	11943	12072	12241	12107	12448	12338	+14,2
60 - 64	15081	16088	16560	16870	17058	17117	17257	16874	17236	17023	+12,9
65 - 69	18733	19853	20432	21605	21599	21764	22275	22053	22335	22251	+18,8
70 - 74	23133	24183	24848	25163	25106	25512	25758	25581	26718	26363	+14,0
75 - 79	24964	27181	28072	29305	29450	29539	29592	29305	29713	29243	+17,1
80 - 84	23830	25238	26457	27845	28762	29803	31080	31034	32357	32057	+34,5
85 u. mehr	22623	23632	24102	25146	25287	25733	26196	26421	27566	28026	+23,9

Frage 4: Anlage 2 Darstellung der regionalen Prävalenzen



Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Darstellung LZG.NRW

Frage 4: Anlage 3 Darstellung der ambulanten Behandlungsprävalenzen

Ambulante Behandlungsprävalenzen Diabetes mellitus (alle Formen) - 3-Jahres-Mittelwert 2013-2015 als rohe und alters- und geschlechtsstandardisierte Rate (Standardbevölkerung: GKV-Bevölkerung 2015, KM6-Statistik) in % und German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) -			
Kreise und kreisfreie Städte	Behandlungsprävalenz (roh) in %	Behandlungsprävalenz (alters- und geschlechtsstandardisiert) in %	GISD 2014
Düsseldorf	8,22	8,79	0,36
Duisburg	10,49	10,48	0,81
Essen	10,34	10,15	0,66
Krefeld	9,79	9,73	0,68
Mönchengladbach	9,83	10,01	0,76
Mülheim	9,90	9,01	0,50
Oberhausen	9,96	9,75	0,77
Remscheid	9,96	9,70	0,70
Solingen	9,46	9,35	0,70
Wuppertal	9,63	9,67	0,74
Kleve	8,57	8,70	0,74
Mettmann	9,49	8,81	0,45
Rhein-Kreis Neuss	9,02	8,84	0,47
Viersen	9,72	9,47	0,60
Wesel	9,26	8,74	0,65
Bonn	7,21	8,68	0,30
Köln	8,22	9,52	0,45
Leverkusen	10,06	9,88	0,52
Städteregion Aachen	8,71	9,16	0,56
Düren	9,85	9,89	0,68
Rhein-Erft-Kreis	9,24	9,25	0,57
Euskirchen	8,93	8,91	0,67
Heinsberg	9,84	9,92	0,75
Oberbergischer Kreis	8,86	8,93	0,60
Rheinisch-Bergischer Kr.	8,65	8,21	0,44
Rhein-Sieg-Kreis	8,52	8,90	0,54
Bottrop	7,72	7,45	0,69
Gelsenkirchen	10,11	10,24	0,94
Münster	6,93	8,36	0,36
Borken	7,48	8,32	0,65
Coesfeld	8,07	8,61	0,55
Recklinghausen	8,59	8,25	0,73
Steinfurt	8,42	9,14	0,64
Warendorf	8,65	9,00	0,58
Bielefeld	8,60	9,10	0,61
Gütersloh	7,65	8,16	0,55
Herford	8,34	8,04	0,62

Höxter	8,54	8,27	0,70
Lippe	7,99	7,70	0,62
Minden-Lübbecke	7,98	7,85	0,64
Paderborn	7,31	8,21	0,60
Bochum	10,30	9,96	0,63
Dortmund	9,69	9,96	0,72
Hagen	10,01	9,86	0,75
Hamm	9,92	10,43	0,83
Herne	10,19	9,93	0,83
Ennepe-Ruhr-Kreis	9,64	8,85	0,55
Hochsauerlandkreis	8,63	8,57	0,64
Märkischer Kreis	9,93	9,91	0,64
Olpe	8,34	8,93	0,53
Siegen-Wittgenstein	10,18	10,18	0,54
Soest	8,48	8,63	0,61
Unna	9,75	9,43	0,70

Datenquellen: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland; Kroll et al. 2017

Fragen 13, 16, 18, 20 und 21: Anlage 4

12-Monatsprävalenz ausgewählter Endpunkte bei DMP-Patienten in NRW

Jahr		Typ-2-Diabetes				Typ-1-Diabetes			
		n alle	% alle	n 80+	% 80+	n 18+	% 18+	n 80+	% 80+
2008	Herzinfarkt	55.984	7,9	10.417	10,9	685	2,2	36	10,7
2008	Schlaganfall	43.381	6,2	9.770	10,2	593	1,9	31	9,2
2008	Amputation	5.972	0,8	920	1,0	293	0,9	8	2,4
2008	Dialyse	2.694	0,4	421	0,4	261	0,8	4	1,2
2008	Erblindung	2.354	0,3	679	0,7	172	0,6	4	1,2
2008	n Nenner	704.572		95.623		31.110		337	
2013	Herzinfarkt	51.403	5,8	12.913	8,5	832	2,1	52	7,1
2013	Schlaganfall	56.839	6,4	16.389	10,8	936	2,3	73	9,9
2013	Amputation	6.672	0,7	1.394	0,9	390	1,0	21	2,9
2013	Dialyse	4.696	0,5	995	0,7	390	1,0	7	1,0
2013	Erblindung	2.740	0,3	877	0,6	224	0,6	11	1,5
2013	n Nenner	893.488		151.580		40.079		736	
2017/18	Herzinfarkt	47.351	4,9	15.024	7,2	1.043	2,0	97	6,6
2017/18	Schlaganfall	51.699	5,4	18.421	8,9	1.205	2,3	140	9,5
2017/18	Amputation	6.475	0,7	1.696	0,8	461	0,9	22	1,5
2017/18	Dialyse	5.616	0,6	1.570	0,8	547	1,0	19	1,3
2017/18	Erblindung	2.987	0,3	1.025	0,5	285	0,5	23	1,6
2017/18	n Nenner	956.972		207.527		53.419		1.469	

Frage 24: Anlage 5 a Perinatalstatistik Nordrhein-Westfalen

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mütter mit Gestationsdiabetes	5.650	5.388	5.645	7.002	7.286	7.588	8.103	9.545	14.131	13.001	14.816
Mütter insges.	144.592	139.935	142.950	138.576	141.844	142.536	150.735	156.604	167.920	168.504	168.500
Mütter mit Gestationsdiabetes in %	3,9%	3,9%	3,9%	5,1%	5,1%	5,3%	5,4%	6,1%	8,4%	7,7%	8,8%

Frage 24: Anlage 5 b Win-Diab-Daten

	2015		2016		2017	
	GDM (n)	in %	GDM (n)	in %	GDM (n)	in %
Dokumentierte Schwangerschaften	3684	100	4681	100	5580	100
Davon Diabetesmanifestation in der Schwangerschaft	188	5,1	233	5,0	293	5,3
Gestationsdiabetes nach DDG Kriterien	3357	91,1	4285	91,5	5121	91,8

Frage 34: Anlage 6 Krankenhausbetriebsstellen, in denen in 2017 Diabetes-Erkrankte behandelt wurden und zertifizierte Einrichtungen/Abteilungen nach DDG¹

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Arnsberg	Bochum	LWL-Universitätsklinikum Bochum der Ruhr-Universität Bochum	Bochum	
Arnsberg	Bochum	Berufsgenossenschaftl. Universitätsklinikum Bergmannsheil Bochum GmbH	Bochum	x
Arnsberg	Bochum	St. Josefs-Hospital	Bochum	
Arnsberg	Bochum	Kath. Klinikum Bochum BS St. Elisabeth	Bochum	
Arnsberg	Bochum	Kath. Klinikum Bochum BS Marien-Hospital	Bochum	
Arnsberg	Bochum	Kath. Klinikum Bochum BS St. Josef-Hospital	Bochum	x
Arnsberg	Bochum	Augusta-Kranken-Anstalt BS Bochum-Linden	Bochum	
Arnsberg	Bochum	Augusta-Kranken-Anstalt BS Bochum-Mitte	Bochum	
Arnsberg	Bochum	Martin-Luther-Krankenhaus Wattenscheid BS Ridderstrasse	Bochum	
Arnsberg	Bochum	Martin-Luther-Krankenhaus Wattenscheid BS Voedestrasse	Bochum	
Arnsberg	Bochum	Knappschaftskrankenhaus Bochum-Langendreer	Bochum	
Arnsberg	Dortmund	Klinikum Dortmund BS Klinikzentrum Nord	Dortmund	x
Arnsberg	Dortmund	Klinikum Dortmund BS Klinikzentrum Mitte	Dortmund	
Arnsberg	Dortmund	St. Josefs-Hospital	Dortmund	x
Arnsberg	Dortmund	Kath. Krankenhaus Dortmund-West BS	Dortmund	x
Arnsberg	Dortmund	Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund	Dortmund	
Arnsberg	Dortmund	Hüttenhospital Dortmund-Hörde	Dortmund	
Arnsberg	Dortmund	LWL-Klinik Dortmund	Dortmund	
Arnsberg	Dortmund	Klinikum Westfalen BS Knappschaftskrankenhaus	Dortmund	x
Arnsberg	Dortmund	St. Johannes-Hospital	Dortmund	

¹ Quelle: Angaben zu Krankenhausbetriebsstellen, in denen in 2017 Diabetes-Erkrankte behandelt wurden, entstammen dem Krankenhaus-Analyse- und Informationssystem Nordrhein-Westfalen (KrANIS), Datenjahr 2017. Angaben zu DDG-zertifizierten Einrichtungen/Abteilungen wurden dem Gesamtverzeichnis zertifizierter Arztpraxen und Kliniken der DDG unter <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/nc/zertifizierte-arztpraxenkliniken/gesamtverzeichnis.html> entnommen (abgerufen: 21.10.2019).

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Arnsberg	Dortmund	St. Elisabeth-Krankenhaus	Dortmund	
Arnsberg	Dortmund	Marien-Hospital Dortmund-Hombruch	Dortmund	x
Arnsberg	Dortmund	LWL-Klinik Dortmund Elisabeth-Klinik	Dortmund	
Arnsberg	Dortmund	Ortho - Klinik Dortmund	Dortmund	
Arnsberg	Ennepe-Ruhr-Kreis	Kath. Kliniken Ruhrhalbinsel BS Elisabeth-Krankenhaus	Hattingen	
Arnsberg	Ennepe-Ruhr-Kreis	Kath. Klinikum Bochum BS Klinik Blankenstein	Hattingen	
Arnsberg	Ennepe-Ruhr-Kreis	Ev. Krankenhaus Hattingen	Hattingen	
Arnsberg	Ennepe-Ruhr-Kreis	Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke	Herdecke	
Arnsberg	Ennepe-Ruhr-Kreis	Helios Klinikum Schwelm	Schwelm	x
Arnsberg	Ennepe-Ruhr-Kreis	Orthopädische Klinik Volmarstein	Wetter (Ruhr)	
Arnsberg	Ennepe-Ruhr-Kreis	Marien-Hospital Witten	Witten	
Arnsberg	Ennepe-Ruhr-Kreis	Ev. Krankenhaus Witten	Witten	
Arnsberg	Hagen	AGAPLESION Allgemeines Krankenhaus Hagen	Hagen	x
Arnsberg	Hagen	Kath. Krankenhaus Hagen BS Kath. Krankenhaus Elsey	Hagen	
Arnsberg	Hagen	Kath. Krankenhaus Hagen BS St. Josefs-Hospital	Hagen	x
Arnsberg	Hagen	Kath. Krankenhaus Hagen BS St. Johannes-Hospital	Hagen	x
Arnsberg	Hagen	Helios Klinik Hagen-Ambrock	Hagen	
Arnsberg	Hagen	Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe	Hagen	
Arnsberg	Hamm	St. Marien-Hospital Hamm BS Nassauer Str.	Hamm	x
Arnsberg	Hamm	St. Marien-Hospital Hamm BS Knappenstr.	Hamm	
Arnsberg	Hamm	Ev. Krankenhaus Hamm	Hamm	x
Arnsberg	Hamm	LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr Universität Bochum BS	Hamm	
Arnsberg	Hamm	Klinik für manuelle Therapie - Klinik für Wirbelsäulen-, Geheiden und Schmerztherapie	Hamm	
Arnsberg	Hamm	St. Barbara Klinik Heessen	Hamm	
Arnsberg	Herne	Marienhospital BS Widumerstr.	Herne	
Arnsberg	Herne	Marienhospital BS Hölkeskampring	Herne	
Arnsberg	Herne	St. Anna-Hospital	Herne	

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Arnsberg	Herne	St. Marien-Hospital Eickel	Herne	
Arnsberg	Herne	Ev. Krankenhaus Herne BS Hordeler Str.	Herne	
Arnsberg	Herne	Ev. Krankenhaus Herne BS Wiescherstr.	Herne	x
Arnsberg	Herne	Rheumazentrum Ruhrgebiet - St. Josefs-Krankenhaus	Herne	
Arnsberg	Hochsauerlandkreis	Klinikum Hochsauerland BS Marienhospital	Arnsberg	x
Arnsberg	Hochsauerlandkreis	Klinikum Hochsauerland BS St. Johannes-Hospital	Arnsberg	
Arnsberg	Hochsauerlandkreis	Klinikum Hochsauerland BS Karolinen-Hospital	Arnsberg	
Arnsberg	Hochsauerlandkreis	Städt. Krankenhaus Maria-Hilf Brilon	Brilon	x
Arnsberg	Hochsauerlandkreis	St. Marien-Hospital Marsberg	Marsberg	x
Arnsberg	Hochsauerlandkreis	Westf. Kinder- und Jugendklinik Marsberg BS	Marsberg	
Arnsberg	Hochsauerlandkreis	Westfälische Klinik Marsberg BS	Marsberg	
Arnsberg	Hochsauerlandkreis	St. Walburga-Krankenhaus Meschede	Meschede	
Arnsberg	Hochsauerlandkreis	Elisabeth-Klinik	Olsberg	
Arnsberg	Hochsauerlandkreis	Westfälische Klinik Marsberg BS Tagesklinik Schmallenberg	Schmallenberg	
Arnsberg	Hochsauerlandkreis	Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft	Schmallenberg	
Arnsberg	Hochsauerlandkreis	Sauerlandklinik	Sundern	
Arnsberg	Hochsauerlandkreis	Neurologische Klinik Sorpesee	Sundern	
Arnsberg	Hochsauerlandkreis	St. Franziskus-Hospital Winterberg	Winterberg	
Arnsberg	Märkischer Kreis	Paracelsus-Klinik Hemer	Hemer	
Arnsberg	Märkischer Kreis	Hans-Prinzhorn-Klinik Westfälische Klinik	Hemer	
Arnsberg	Märkischer Kreis	Lungenklinik Hemer	Hemer	
Arnsberg	Märkischer Kreis	Ev. Krankenhaus Bethanien Iserlohn	Iserlohn	
Arnsberg	Märkischer Kreis	Marienhospital Letmathe	Iserlohn	
Arnsberg	Märkischer Kreis	Kath. Kliniken im Märkischen Kreis BS St. Elisabeth-Hospital	Iserlohn	x
Arnsberg	Märkischer Kreis	Klinikum Lüdenscheid	Lüdenscheid	
Arnsberg	Märkischer Kreis	Berglandklinik Lüdenscheid - Fachklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	Lüdenscheid	
Arnsberg	Märkischer Kreis	Sportklinik Hellersen	Lüdenscheid	

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Arnsberg	Märkischer Kreis	Kath. Kliniken im Märkischen Kreis BS St. Vincenz-Krankenhaus	Menden	x
Arnsberg	Märkischer Kreis	Krankenhaus Plettenberg	Plettenberg	x
Arnsberg	Märkischer Kreis	Stadtklinik Werdohl	Werdohl	
Arnsberg	Olpe	Helios Klinik Attendorn	Attendorn	
Arnsberg	Olpe	Klinikum Kath. Hospitalgemeinschaft Südwestfalen BS St. Josefs-Hospital	Lennestadt	
Arnsberg	Olpe	Klinikum Kath. Hospitalgemeinschaft Südwestfalen BS St. Martinus-Hospital	Olpe	
Arnsberg	Siegen-Wittgenstein	Klinik Wittgenstein	Bad Berleburg	
Arnsberg	Siegen-Wittgenstein	Helios Klinik Bad Berleburg	Bad Berleburg	
Arnsberg	Siegen-Wittgenstein	Diakonie Klinikum BS Bethesda Krankenhaus	Freudenberg	
Arnsberg	Siegen-Wittgenstein	Diakonie Klinikum BS Krankenhaus Kredenbach	Kreuztal	
Arnsberg	Siegen-Wittgenstein	Kreisklinikum Siegen	Siegen	x
Arnsberg	Siegen-Wittgenstein	St. Marien-Krankenhaus	Siegen	
Arnsberg	Siegen-Wittgenstein	DRK-Kinderklinik Siegen	Siegen	x
Arnsberg	Siegen-Wittgenstein	Diakonie Klinikum BS Jung-Stilling-Krankenhaus	Siegen	
Arnsberg	Soest	Hospital Zum Heiligen Geist	Geseke	
Arnsberg	Soest	Dreifaltigkeits-Hospital	Lippstadt	x
Arnsberg	Soest	Ev. Krankenhaus	Lippstadt	
Arnsberg	Soest	Westfälische Klinik Lippstadt	Lippstadt	
Arnsberg	Soest	Klinikum Stadt Soest	Soest	x
Arnsberg	Soest	Marienkrankenhaus	Soest	x
Arnsberg	Soest	Krankenhaus Maria-Hilf	Warstein	
Arnsberg	Soest	Westfälische Klinik Warstein	Warstein	
Arnsberg	Soest	Mariannen-Hospital Werl	Werl	x
Arnsberg	Unna	Klinikum Westfalen BS Hellmig-Krankenhaus	Kamen	x
Arnsberg	Unna	St. Marien-Hospital Lünen	Lünen	
Arnsberg	Unna	Klinikum Westfalen BS Klinik am Park	Lünen	
Arnsberg	Unna	Marienkrankenhaus Schwerte	Schwerte	x

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Arnsberg	Unna	Marienkrankenhaus Schwerte-Schützenstraße	Schwerte	
Arnsberg	Unna	Katharinen-Hospital	Unna	x
Arnsberg	Unna	Ev. Krankenhaus	Unna	
Arnsberg	Unna	Fachklinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie Königsborn	Unna	
Arnsberg	Unna	St. Christophorus-Krankenhaus	Werne	
Detmold	Bielefeld	Klinikum Bielefeld BS Bielefeld-Rosenhöhe	Bielefeld	
Detmold	Bielefeld	Klinikum Bielefeld BS Bielefeld-Mitte	Bielefeld	x
Detmold	Bielefeld	Ev. Krankenhaus Bethel	Bielefeld	x
Detmold	Bielefeld	Klinik Dr. Hartog (Vertragskrankenhaus)	Bielefeld	
Detmold	Bielefeld	Fachkrankenhaus Bethel	Bielefeld	
Detmold	Bielefeld	Krankenhaus Mara gGmbH	Bielefeld	
Detmold	Bielefeld	Kath. Hospitalvereinigung Ostwestfalen BS Franziskus-Hospital	Bielefeld	
Detmold	Gütersloh	Klinikum Gütersloh	Gütersloh	
Detmold	Gütersloh	St. Elisabeth-Hospital BS	Gütersloh	
Detmold	Gütersloh	LWL Klinikum Gütersloh	Gütersloh	
Detmold	Gütersloh	Klinikum Bielefeld BS Krankenhaus Halle	Halle	
Detmold	Gütersloh	St. Elisabeth-Hospital BS St. Lucia-Hospital	Harsewinkel	
Detmold	Gütersloh	Kath. Hospitalvereinigung Ostwestfalen BS St. Vinzenz-Hospital	Rheda-Wiedenbrück	x
Detmold	Herford	Lukas-Krankenhaus Bünde	Bünde	
Detmold	Herford	Ev. Krankenhaus Enger	Enger	
Detmold	Herford	Klinikum Herford AöR	Herford	x
Detmold	Herford	Kath. Hospitalvereinigung Ostwestfalen BS Mathilden-Hospital	Herford	
Detmold	Höxter	Kath. Hospitalvereinigung Weser-Egge	Höxter	
Detmold	Höxter	Klinikum Warburg GmbH	Warburg	
Detmold	Lippe	Lippische Nervenklinik Dr. Spernau	Bad Salzflun	
Detmold	Lippe	Klinikum Lippe BS Detmold	Detmold	x
Detmold	Lippe	GPZ Gemeindepsychiatrisches Zentrum gGmbH BS Detmold	Detmold	

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Detmold	Lippe	GPZ Gemeindepsychiatrisches Zentrum gGmbH BS Tagesklinik Horn-Bad Meinberg	Horn-Bad Meinberg	
Detmold	Lippe	GPZ Gemeindepsychiatrisches Zentrum gGmbH BS Tagesklinik Lage	Lage	
Detmold	Lippe	Klinikum Lippe BS Lemgo	Lemgo	
Detmold	Minden-Lübbecke	Krankenhaus Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	
Detmold	Minden-Lübbecke	Auguste-Viktoria-Klinik	Bad Oeynhausen	
Detmold	Minden-Lübbecke	Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen	Bad Oeynhausen	x
Detmold	Minden-Lübbecke	Rheuma-Klinik Dr. Lauven	Bad Oeynhausen	
Detmold	Minden-Lübbecke	Artemed Klinik Prof. Dr. Salfeld (Vertragskrankenhaus)	Bad Oeynhausen	
Detmold	Minden-Lübbecke	Krankenhaus Lübbecke-Rahden BS Lübbecke	Lübbecke	
Detmold	Minden-Lübbecke	Johannes Wesling Klinikum Minden	Minden	x
Detmold	Minden-Lübbecke	Chirurgische Innenstadtlinik Minden GmbH&Co.KG	Minden	
Detmold	Minden-Lübbecke	Krankenhaus Lübbecke-Rahden BS Rahden	Rahden	
Detmold	Paderborn	Karl-Hansen-Klinik GmbH	Bad Lippspringe	
Detmold	Paderborn	St. Vincenz Krankenhaus Paderborn BS Am Busdorf 2	Paderborn	x
Detmold	Paderborn	Brüderkrankenhaus St. Josef	Paderborn	
Detmold	Paderborn	St. Johannisstift Ev. Krankenhaus Paderborn gGmbH	Paderborn	x
Detmold	Paderborn	LWL-Klinik Paderborn BS Tagesklinik Leostraße	Paderborn	
Detmold	Paderborn	LWL-Klinik Paderborn BS Tagesklinik Mallinckrodtstraße	Paderborn	
Detmold	Paderborn	LWL-Klinik Paderborn BS	Paderborn	
Detmold	Paderborn	St. Vincenz Krankenhaus Paderborn BS St. Josefs-Krankenhaus	Salzkotten	
Detmold	Paderborn	LWL-Klinik Paderborn BS Tagesklinik Salzkotten	Salzkotten	
Düsseldorf	Duisburg	Sana Kliniken Duisburg BS Bertha-Krankenhaus	Duisburg	
Düsseldorf	Duisburg	Sana Kliniken Duisburg BS Wedau-Kliniken	Duisburg	x
Düsseldorf	Duisburg	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik (Vertragskrankenhaus)	Duisburg	
Düsseldorf	Duisburg	Helios Klinikum	Duisburg	x
Düsseldorf	Duisburg	Fachklinik St. Camillus - Walsum	Duisburg	
Düsseldorf	Duisburg	Ev. Klinikum Niederrhein	Duisburg	x

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Düsseldorf	Duisburg	Ev. Krankenhaus Bethesda	Duisburg	
Düsseldorf	Duisburg	Johanniter-Krankenhaus - Rheinhausen	Duisburg	x
Düsseldorf	Duisburg	Malteser-Klinikum	Duisburg	x
Düsseldorf	Düsseldorf	Schön Klinik Düsseldorf	Düsseldorf	
Düsseldorf	Düsseldorf	Universitätsklinikum Düsseldorf	Düsseldorf	x
Düsseldorf	Düsseldorf	Sana Kliniken Düsseldorf BS Krankenhaus Gerresheim	Düsseldorf	
Düsseldorf	Düsseldorf	Sana Kliniken Düsseldorf BS Krankenhaus Benrath	Düsseldorf	
Düsseldorf	Düsseldorf	St. Martinus-Krankenhaus	Düsseldorf	x
Düsseldorf	Düsseldorf	Marien-Hospital	Düsseldorf	x
Düsseldorf	Düsseldorf	Florence-Nightingale-Krankenhaus	Düsseldorf	
Düsseldorf	Düsseldorf	Ev. Krankenhaus	Düsseldorf	
Düsseldorf	Düsseldorf	Paracelsus-Klinik Golzheim	Düsseldorf	
Düsseldorf	Düsseldorf	LVR-Klinikum Düsseldorf	Düsseldorf	
Düsseldorf	Düsseldorf	Johanniter Tagesklinik der Kaiserswerther Diakonie	Düsseldorf	
Düsseldorf	Düsseldorf	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath BS Marien Krankenhaus Kaiserswerth	Düsseldorf	
Düsseldorf	Düsseldorf	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath BS Geriatriisches Krankenhaus Elbroich	Düsseldorf	
Düsseldorf	Düsseldorf	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath BS St. Vinzenz-Krankenhaus	Düsseldorf	x
Düsseldorf	Düsseldorf	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath BS Augusta Krankenhaus	Düsseldorf	x
Düsseldorf	Düsseldorf	Luisenkrankenhaus GmbH & Co KG (Vertragskrankenhaus)	Düsseldorf	
Düsseldorf	Essen	Universitätsklinikum Essen AöR	Essen	x
Düsseldorf	Essen	Kliniken Essen-Süd - Kath. Krankenhaus St. Josef	Essen	
Düsseldorf	Essen	Elisabeth-Krankenhaus BS Haus Berge	Essen	
Düsseldorf	Essen	Elisabeth-Krankenhaus BS	Essen	x
Düsseldorf	Essen	Alfried-Krupp-Krankenhaus Steele	Essen	
Düsseldorf	Essen	Kliniken Essen-Mitte Ev. HuysSENS-Stiftung/Knappschaft gGmbH BS Knappschaftskrankenhaus	Essen	
Düsseldorf	Essen	Kliniken Essen-Mitte Ev. HuysSENS-Stiftung/Knappschaft gGmbH BS Ev. HuysSENS-Stiftung	Essen	
Düsseldorf	Essen	Kliniken Essen-Süd - Ev. Krankenhaus Essen-Werden	Essen	

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Düsseldorf	Essen	Alfried-Krupp-Krankenhaus	Essen	x
Düsseldorf	Essen	LVR Kinikum Essen	Essen	
Düsseldorf	Essen	Kath. Klinikum Essen BS St. Vincenz-Krankenhaus	Essen	
Düsseldorf	Essen	Kath. Klinikum Essen BS Marienhospital Altenessen	Essen	
Düsseldorf	Essen	Kath. Klinikum Essen BS Philippusstift	Essen	
Düsseldorf	Essen	Kath. Kliniken Ruhrhalbinsel BS Fachklinik Kamillushaus	Essen	
Düsseldorf	Essen	Kath. Kliniken Ruhrhalbinsel BS St. Josef-Krankenhaus	Essen	
Düsseldorf	Essen	Ruhrlandklinik	Essen	
Düsseldorf	Kleve	LVR Klinik Bedburg-Hau	Bedburg-Hau	
Düsseldorf	Kleve	St. Willibrord-Spital Emmerich	Emmerich	
Düsseldorf	Kleve	St. Clemens-Hospital	Geldern	
Düsseldorf	Kleve	Wilhelm-Anton-Hospital	Goch	
Düsseldorf	Kleve	St. Nikolaus-Hospital	Kalkar	
Düsseldorf	Kleve	Marienhospital	Kevelaer	
Düsseldorf	Kleve	St. Antonius - Hospital	Kleve	x
Düsseldorf	Krefeld	Helios Klinikum BS Klinik Hüls	Krefeld	
Düsseldorf	Krefeld	Helios Klinikum BS	Krefeld	x
Düsseldorf	Krefeld	Malteser Krankenhaus St. Josefshospital	Krefeld	x
Düsseldorf	Krefeld	Klinik Königshof BS Tagesklinik Haus Katharina	Krefeld	
Düsseldorf	Krefeld	Klinik Königshof BS	Krefeld	
Düsseldorf	Krefeld	Krankenhaus Maria-Hilf GmbH	Krefeld	x
Düsseldorf	Mettmann	St. Josef-Krankenhaus	Haan	x
Düsseldorf	Mettmann	St. Josefs Krankenhaus	Hilden	
Düsseldorf	Mettmann	Capio Klinik am Park	Hilden	
Düsseldorf	Mettmann	St. Martinus-Krankenhaus	Langenfeld	
Düsseldorf	Mettmann	LVR Klinik Langenfeld	Langenfeld	
Düsseldorf	Mettmann	Ev. Krankenhaus	Mettmann	x

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Düsseldorf	Mettmann	St. Marien-Krankenhaus	Ratingen	x
Düsseldorf	Mettmann	Fachklinik 360°	Ratingen	
Düsseldorf	Mettmann	Theodor-Fliedner-Krankenhaus	Ratingen	
Düsseldorf	Mettmann	Ev. Stiftung Tannenhof BS Krankenhaus Langenberg	Velbert	
Düsseldorf	Mettmann	Helios Klinikum Niederberg	Velbert	
Düsseldorf	Mönchengladbach	Städt. Kliniken Mönchengladbach	Mönchengladbach	x
Düsseldorf	Mönchengladbach	Kliniken Maria Hilf BS	Mönchengladbach	
Düsseldorf	Mönchengladbach	Kliniken Maria Hilf BS St. Franziskus	Mönchengladbach	
Düsseldorf	Mönchengladbach	Ev. Krankenhaus Bethesda	Mönchengladbach	
Düsseldorf	Mönchengladbach	LVR Klinik Mönchengladbach	Mönchengladbach	
Düsseldorf	Mönchengladbach	Krankenhaus Neuwerk Maria von den Aposteln	Mönchengladbach	x
Düsseldorf	Mülheim	St Marien-Hospital BS Psychiatrische Tagesklinik	Mülheim	
Düsseldorf	Mülheim	St Marien-Hospital BS	Mülheim	
Düsseldorf	Mülheim	Ev. Krankenhaus Mülheim an der Ruhr	Mülheim	x
Düsseldorf	Oberhausen	Helios St. Elisabeth Klinik	Oberhausen	
Düsseldorf	Oberhausen	Kath. Klinikum Oberhausen BS St. Marien-Hospital	Oberhausen	
Düsseldorf	Oberhausen	Kath. Klinikum Oberhausen BS St. Josef-Hospital	Oberhausen	
Düsseldorf	Oberhausen	Kath. Klinikum Oberhausen BS St. Clemens Hospitale Sterkrade	Oberhausen	
Düsseldorf	Oberhausen	Ev. Krankenhaus Oberhausen	Oberhausen	x
Düsseldorf	Remscheid	Sana-Klinikum Remscheid	Remscheid	
Düsseldorf	Remscheid	Ev. Stiftung Tannenhof BS Tagesklinik Remscheid	Remscheid	
Düsseldorf	Remscheid	Ev. Stiftung Tannenhof BS	Remscheid	
Düsseldorf	Remscheid	Fabricius - Klinik	Remscheid	
Düsseldorf	Rhein-Kreis-Neuss	St. Alexius/St. Josef Krankenhaus BS Tagesklinik St. Luzia	Dormagen	
Düsseldorf	Rhein-Kreis-Neuss	Kreiskrankenhaus Dormagen	Dormagen	
Düsseldorf	Rhein-Kreis-Neuss	Kreiskrankenhaus Grevenbroich	Grevenbroich	
Düsseldorf	Rhein-Kreis-Neuss	St. Alexius/St. Josef Krankenhaus BS Tagesklinik St. Augustinus	Grevenbroich	

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Düsseldorf	Rhein-Kreis-Neuss	St. Alexius/St. Josef Krankenhaus BS Tagesklinik St. Fabiola	Korschenbroich	
Düsseldorf	Rhein-Kreis-Neuss	St. Elisabeth-Hospital	Meerbusch	
Düsseldorf	Rhein-Kreis-Neuss	Johanna-Etienne-Krankenhaus	Neuss	x
Düsseldorf	Rhein-Kreis-Neuss	St. Alexius/St. Josef Krankenhaus BS Tagesklinik St. Anna	Neuss	
Düsseldorf	Rhein-Kreis-Neuss	St. Alexius/St. Josef Krankenhaus BS Tagesklinik St. Bernhard	Neuss	
Düsseldorf	Rhein-Kreis-Neuss	St. Alexius/St. Josef Krankenhaus BS Tagesklinik St. Benedikt	Neuss	
Düsseldorf	Rhein-Kreis-Neuss	St. Alexius/St. Josef Krankenhaus BS	Neuss	
Düsseldorf	Rhein-Kreis-Neuss	Städt. Kliniken Neuss - Lukaskrankenhaus BS	Neuss	
Düsseldorf	Rhein-Kreis-Neuss	Städt. Kliniken Neuss - Lukaskrankenhaus BS Rheintorklinik	Neuss	
Düsseldorf	Solingen	Städt. Klinikum Solingen	Solingen	
Düsseldorf	Solingen	St. Lukas Klinik	Solingen	
Düsseldorf	Solingen	Krankenhaus Bethanien	Solingen	
Düsseldorf	Solingen	Psychiatrische Tagesklinik Solingen	Solingen	
Düsseldorf	Viersen	Hospital Zum Heiligen Geist	Kempfen	
Düsseldorf	Viersen	Städt. Krankenhaus Nettetal	Nettetal	x
Düsseldorf	Viersen	Antoniuszentrum GmbH Kranken- und Seniorenhaus der Stadt Tönisvorst	Tönisvorst	x
Düsseldorf	Viersen	LVR Klinik für Orthopädie	Viersen	
Düsseldorf	Viersen	St. Irmgardis-Krankenhaus Süchteln	Viersen	x
Düsseldorf	Viersen	Allgemeines Krankenhaus	Viersen	x
Düsseldorf	Viersen	LVR-Klinik Viersen	Viersen	
Düsseldorf	Wesel	St. Vinzenz-Hospital	Dinslaken	x
Düsseldorf	Wesel	St. Bernhard-Hospital	Kamp-Lintfort	
Düsseldorf	Wesel	St. Josef-Krankenhaus BS	Moers	x
Düsseldorf	Wesel	Krankenhaus Bethanien	Moers	x
Düsseldorf	Wesel	St. Josef-Krankenhaus BS St. Nikolaus-Hospital	Rheinberg	
Düsseldorf	Wesel	Marien-Hospital	Wesel	x
Düsseldorf	Wesel	Ev. Krankenhaus	Wesel	

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Düsseldorf	Wesel	St. Josef-Hospital GmbH	Xanten	
Düsseldorf	Wuppertal	Ev. Stiftung Tannenhof BS Tagesklinik Elberfeld	Wuppertal	
Düsseldorf	Wuppertal	Ev. Stiftung Tannenhof BS Tagesklinik Barmen	Wuppertal	
Düsseldorf	Wuppertal	Ev. Stiftung Tannenhof BS Gerontopsychiatrische Tagesklinik	Wuppertal	
Düsseldorf	Wuppertal	Helios Klinikum Wuppertal	Wuppertal	x
Düsseldorf	Wuppertal	Klinikverbund St. Antonius und St. Josef BS St. Anna	Wuppertal	
Düsseldorf	Wuppertal	Klinikverbund St. Antonius und St. Josef BS St. Josef	Wuppertal	
Düsseldorf	Wuppertal	Klinikverbund St. Antonius und St. Josef BS Petrus Krankenhaus	Wuppertal	
Düsseldorf	Wuppertal	Agaplesion Bethesda Krankenhaus	Wuppertal	
Köln	Aachen	Universitätsklinikum Aachen AöR	Aachen	x
Köln	Aachen	Marienhospital	Aachen	
Köln	Aachen	St. Franziskushospital	Aachen	
Köln	Aachen	Luisenhospital	Aachen	x
Köln	Aachen	Alexianer-Krankenhaus Aachen	Aachen	
Köln	Aachen	St. Antonius-Hospital	Eschweiler	
Köln	Aachen	Eifelklinik St. Brigida	Simmerath	
Köln	Aachen	Bethlehem-Krankenhaus	Stolberg	x
Köln	Aachen	Rhein-Maas Klinikum GmbH BS Bardenberg	Würselen	
Köln	Aachen	Rhein-Maas Klinikum GmbH BS Marienhöhe	Würselen	
Köln	Bonn	Universitätsklinikum Bonn AöR	Bonn	
Köln	Bonn	Gemeinschaftskrankenhaus Bonn	Bonn	x
Köln	Bonn	Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg	Bonn	x
Köln	Bonn	GFO Kliniken Bonn BS St. Franziskus	Bonn	
Köln	Bonn	GFO Kliniken Bonn BS St. Marien	Bonn	
Köln	Bonn	GFO Kliniken Bonn BS St. Josef	Bonn	
Köln	Bonn	Johanniter-Krankenhaus in Bonn	Bonn	
Köln	Bonn	Waldkrankenhaus	Bonn	x

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Köln	Bonn	Robert-Janker-Klinik	Bonn	
Köln	Bonn	LVR Klinik - Rheinische Kliniken Bonn	Bonn	
Köln	Bonn	Priv. Klinik Prof. Dardenne GmbH (Vertragskrankenhaus)	Bonn	
Köln	Düren	Krankenhaus Düren	Düren	x
Köln	Düren	St. Marien-Hospital	Düren	x
Köln	Düren	St. Augustinus-Krankenhaus	Düren	
Köln	Düren	LVR Klinik Düren	Düren	
Köln	Düren	St. Elisabeth Krankenhaus	Jülich	
Köln	Düren	St. Josef-Krankenhaus	Linnich	
Köln	Euskirchen	Marien-Hospital	Euskirchen	x
Köln	Euskirchen	Kreiskrankenhaus Mechernich BS	Mechernich	
Köln	Euskirchen	Kreiskrankenhaus Mechernich BS Krankenhaus Schleiden	Schleiden	
Köln	Euskirchen	Krankenanstalten Marienborn	Zülpich	
Köln	Heinsberg	Hermann-Josef-Krankenhaus	Erkelenz	
Köln	Heinsberg	ViaNobis-Die Fachklinik	Gangelt	
Köln	Heinsberg	St. Elisabeth-Krankenhaus	Geilenkirchen	
Köln	Heinsberg	Städt. Krankenhaus Heinsberg	Heinsberg	x
Köln	Köln	Universitätsklinikum Köln AöR	Köln	x
Köln	Köln	Städt. Krankenhaus Köln-Holweide	Köln	
Köln	Köln	Eduardus-Krankenhaus - Deutz	Köln	
Köln	Köln	St. Agatha-Krankenhaus	Köln	
Köln	Köln	Heilig-Geist-Krankenhaus - Longerich	Köln	
Köln	Köln	Krankenhaus der Augustinerinnen	Köln	
Köln	Köln	St. Marien-Hospital	Köln	
Köln	Köln	St. Vinzenz-Hospital	Köln	x
Köln	Köln	St. Antonius-Krankenhaus	Köln	x
Köln	Köln	St. Franziskus-Hospital	Köln	x

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Köln	Köln	St. Elisabeth-Krankenhaus	Köln	
Köln	Köln	Ev. Krankenhaus - Kalk	Köln	
Köln	Köln	Ev. Krankenhaus - Weyertal	Köln	
Köln	Köln	Krankenhaus Porz am Rhein	Köln	x
Köln	Köln	LVR Klinik Köln	Köln	
Köln	Köln	Alexianer-Krankenhaus Porz	Köln	
Köln	Köln	Tagesklinik Alteburger Straße	Köln	
Köln	Köln	Johanniter-Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Köln	
Köln	Köln	Städt. Krankenhaus Köln-Merheim	Köln	
Köln	Köln	Städt. Kinderkrankenhaus BS Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Köln	
Köln	Köln	Städt. Kinderkrankenhaus BS	Köln	
Köln	Köln	Malteser-Krankenhaus St. Hildegardis	Köln	x
Köln	Köln	Sana Dreifaltigkeits-Krankenhaus Köln-Braunsfeld	Köln	
Köln	Leverkusen	Klinikum Leverkusen	Leverkusen	x
Köln	Leverkusen	Remigius-Krankenhaus BS St. Josef Krankenhaus	Leverkusen	
Köln	Leverkusen	Remigius-Krankenhaus BS	Leverkusen	
Köln	Oberbergischer Kreis	Kath. Kliniken Oberberg BS St. Josef-Krankenhaus	Engelskirchen	
Köln	Oberbergischer Kreis	Klinikum Oberberg BS Kreiskrankenhaus Gummersbach	Gummersbach	
Köln	Oberbergischer Kreis	Kath. Kliniken Oberberg BS Herz-Jesu Lindlar	Lindlar	
Köln	Oberbergischer Kreis	Klinikum Oberberg BS Klinik Marienheide	Marienheide	
Köln	Oberbergischer Kreis	Rheinisch-westfälisches Zentrum für Frührehabilitation und Beatmung in der Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik	Nümbrecht	
Köln	Oberbergischer Kreis	Krankenhaus Radevormwald	Radevormwald	x
Köln	Oberbergischer Kreis	Fachklinik Curt-von-Knobelsdorff-Haus (Vertragskrankenhaus)	Radevormwald	
Köln	Oberbergischer Kreis	Klinikum Oberberg BS Kreiskrankenhaus Waldbröl	Waldbröl	
Köln	Oberbergischer Kreis	Helios Klinik Wipperfürth	Wipperfürth	
Köln	Rhein-Erft-Kreis	Krankenhaus St. Hubertusstift	Bedburg	
Köln	Rhein-Erft-Kreis	Maria-Hilf-Krankenhaus	Bergheim	

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Köln	Rhein-Erft-Kreis	Marienhospital Brühl	Brühl	
Köln	Rhein-Erft-Kreis	Marien-Hospital	Erftstadt	
Köln	Rhein-Erft-Kreis	St. Katharinen-Hospital	Frechen	x
Köln	Rhein-Erft-Kreis	Sana-Krankenhaus Hürth GmbH	Hürth	
Köln	Rhein-Erft-Kreis	Dreifaltigkeits-Krankenhaus	Wesseling	x
Köln	Rheinisch-Bergischer-Kreis	Marien-Krankenhaus	Bergisch-Gladbach	x
Köln	Rheinisch-Bergischer-Kreis	Vinzenz Pallotti Hospital GmbH	Bergisch-Gladbach	
Köln	Rheinisch-Bergischer-Kreis	Ev. Krankenhaus	Bergisch-Gladbach	
Köln	Rheinisch-Bergischer-Kreis	Psychosomatische Klinik	Bergisch-Gladbach	
Köln	Rheinisch-Bergischer-Kreis	Krankenhaus Wermelskirchen	Wermelskirchen	
Köln	Rhein-Sieg-Kreis	Kath. Krankenhaus im Siebengebirge	Bad Honnef	
Köln	Rhein-Sieg-Kreis	Rhein-Klinik	Bad Honnef	
Köln	Rhein-Sieg-Kreis	St. Franziskus-Krankenhaus	Eitorf	
Köln	Rhein-Sieg-Kreis	Asklepios Klinik Sankt Augustin	Sankt Augustin	
Köln	Rhein-Sieg-Kreis	Tagesklinik Siegburg	Siegburg	
Köln	Rhein-Sieg-Kreis	Helios Klinikum Siegburg	Siegburg	
Köln	Rhein-Sieg-Kreis	GFO Kliniken Troisdorf BS St. Johannes-Krankenhaus	Troisdorf	
Köln	Rhein-Sieg-Kreis	GFO Kliniken Troisdorf BS St. Josef-Hospital	Troisdorf	
Münster	Borken	St. Marien-Krankenhaus Ahaus-Vreden BS Ahaus	Ahaus	
Münster	Borken	St. Agnes-Hospital BS Bocholt	Bocholt	x
Münster	Borken	St. Marien-Hospital	Borken	
Münster	Borken	St. Antonius-Hospital	Gronau	
Münster	Borken	Lukas-Krankenhaus Gronau	Gronau	
Münster	Borken	Augustahospital	Isselburg	
Münster	Borken	St. Agnes-Hospital BS Rhede	Rhede	
Münster	Borken	Maria-Hilf-Krankenhaus	Stadtlohn	x
Münster	Borken	St. Marien-Krankenhaus Ahaus-Vreden BS Vreden	Vreden	

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Münster	Bottrop	Kath. Kliniken Emscher-Lippe BS Bottrop	Bottrop	
Münster	Bottrop	Knappschafts Krankenhaus	Bottrop	x
Münster	Bottrop	Marien-Hospital	Bottrop	
Münster	Coesfeld	Christophorus Kliniken BS	Coesfeld	x
Münster	Coesfeld	Christophorus Kliniken BS Dülmen	Dülmen	x
Münster	Coesfeld	Klinik am Schloßgarten BS	Dülmen	
Münster	Coesfeld	St. Marienhospital	Lüdinghausen	
Münster	Coesfeld	Christophorus Kliniken BS Nottuln	Nottuln	
Münster	Coesfeld	Klinik am Schloßgarten BS Nottuln	Nottuln	
Münster	Gelsenkirchen	Elisabeth-Krankenhaus	Gelsenkirchen	
Münster	Gelsenkirchen	Marienhospital Gelsenkirchen GmbH	Gelsenkirchen	x
Münster	Gelsenkirchen	St. Marien-Hospital Buer GmbH	Gelsenkirchen	x
Münster	Gelsenkirchen	Ev. Kliniken Gelsenkirchen	Gelsenkirchen	x
Münster	Gelsenkirchen	Kath. Kliniken Emscher-Lippe BS St. Josef-Hospital	Gelsenkirchen	
Münster	Gelsenkirchen	Bergmannsheil und Kinderklinik Buer	Gelsenkirchen	x
Münster	Münster	Universitätskliniken Münster AöR	Münster	
Münster	Münster	Clemenshospital	Münster	x
Münster	Münster	Herz-Jesu-Krankenhaus	Münster	x
Münster	Münster	Raphaelsklinik	Münster	
Münster	Münster	Ev. Krankenhaus Johannisstift	Münster	
Münster	Münster	LWL Klinik Münster	Münster	
Münster	Münster	Fachklinik Hornheide	Münster	
Münster	Münster	Alexianer Krankenhaus M.-Amelsbüren	Münster	
Münster	Münster	St. Franziskus-Hospital	Münster	
Münster	Recklinghausen	Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel	Castrop-Rauxel	x
Münster	Recklinghausen	Kath. Krankenhaus Dortmund-West BS St. Rochus-Hospital	Castrop-Rauxel	x
Münster	Recklinghausen	Vestische Kinder- und Jugendklinik	Datteln	

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Münster	Recklinghausen	St. Vincenz-Krankenhaus Datteln	Datteln	x
Münster	Recklinghausen	Kath. Klinikum Ruhrgebiet-Nord BS St. Elisabeth-Krankenhaus	Dorsten	x
Münster	Recklinghausen	Kath. Kliniken Emscher-Lippe BS St. Barbara Hospital	Gladbeck	x
Münster	Recklinghausen	LWL Klinik Herten BS Tagesklinik Haltern	Haltern	
Münster	Recklinghausen	Kath. Klinikum Ruhrgebiet-Nord BS St. Sixtus-Hospital	Haltern	x
Münster	Recklinghausen	St. Elisabeth-Hospital Herten gGmbH	Herten	x
Münster	Recklinghausen	LWL Klinik Herten BS	Herten	
Münster	Recklinghausen	Kath. Klinikum Ruhrgebiet-Nord BS Gertrudis-Hospital	Herten	x
Münster	Recklinghausen	LWL Klinik Marl-Sinsen	Marl	
Münster	Recklinghausen	Klinikum Vest BS Paracelsus-Klinik	Marl	
Münster	Recklinghausen	Kath. Klinikum Ruhrgebiet-Nord BS Marien-Hospital	Marl	x
Münster	Recklinghausen	Prosper-Hospital gGmbH Recklinghausen	Recklinghausen	x
Münster	Recklinghausen	Elisabeth-Krankenhaus GmbH	Recklinghausen	
Münster	Recklinghausen	Klinikum Vest BS Knappschaftskrankenhaus	Recklinghausen	
Münster	Recklinghausen	St. Laurentius-Stift	Waltrop	
Münster	Steinfurt	Maria-Josef-Hospital	Greven	
Münster	Steinfurt	St. Antonius Krankenhaus Hörstel GmbH	Hörstel	
Münster	Steinfurt	Westfälische Klinik für Psychiatrie und Neurologie BS Tagesklinik Ibbenbüren	Ibbenbüren	
Münster	Steinfurt	Klinikum Ibbenbüren	Ibbenbüren	x
Münster	Steinfurt	Westfälische Klinik für Psychiatrie und Neurologie BS Lengerich	Lengerich	
Münster	Steinfurt	Helios Klinik Lengerich GmbH	Lengerich	x
Münster	Steinfurt	Piushospital Ochtrup	Ochtrup	
Münster	Steinfurt	Westfälische Klinik für Psychiatrie und Neurologie BS Rheine	Rheine	
Münster	Steinfurt	Mathias-Spital BS Jakobi-Krankenhaus	Rheine	
Münster	Steinfurt	Mathias-Spital BS	Rheine	x
Münster	Steinfurt	UKM Marienhospital Steinfurt	Steinfurt	
Münster	Steinfurt	Westfälische Klinik für Psychiatrie und Neurologie BS Tagesklinik Steinfurt	Steinfurt	

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zertifiziert nach DDG
Münster	Warendorf	St. Franziskus-Hospital	Ahlen	
Münster	Warendorf	St. Elisabeth-Hospital	Beckum	
Münster	Warendorf	St. Elisabeth-Hospital BS Marienhospital	Oelde	
Münster	Warendorf	St. Josef-Stift Sendenhorst	Sendenhorst	
Münster	Warendorf	St. Rochus-Hospital	Telgte	
Münster	Warendorf	Josephs-Hospital	Warendorf	

Weitere Einrichtungen/Abteilungen mit Zertifizierung nach DDG:

Regierungsbezirk	Kreis / kreisfreie Stadt	Betriebsstellenname	Ort	zerti-fiziert nach DDG
Detmold	Bielefeld	Evangelisches Klinikum Bethel gGmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Diabetes-Ambulanz	Bielefeld	x
Detmold	Höxter	Klinik Rosenberg der DRV Westfalen, Diabetesabteilung	Bad Driburg	x
Detmold	Höxter	Knappschafts-Klinik Bad Driburg	Bad Driburg	x
Detmold	Höxter	Park Klinik Bad Hermannsborn GmbH & Co KG, Fachklinik für Kardiologie und Diabetologie	Bad Driburg	x
Düsseldorf	Duisburg	Malteser Kliniken Rhein-Ruhr, St. Johannisstift Duisburg, Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Diabetologie	Duisburg	x
Münster	Münster	Zentrum für Diabetes und Gefäßkrankungen, Gemeinschaftspraxis Dr. L. Rose, Dr. H. Pohlmeier, Dr. D. Lammers, Station	Münster	x

Frage 34: Anlage 7 Stationäre Behandlungsfälle in Nordrhein-Westfalen nach Behandlungsort (2017), Diabetes mellitus (ICD-10: E10-E14), Hauptdiagnose ²

Behandlungsort Kreis / kreisfreie Stadt	Anzahl der Fälle			
	Diabetes mellitus als Hauptdiagnose (ICD-10: E10-E14)	%	davon:	
			Diabetes mellitus, Typ 1 (ICD-10: E10)	Diabetes mellitus, Typ 2 (ICD-10: E11)
Aachen	1276	2,8	264	974
Bielefeld	822	1,8	225	585
Bochum	1132	2,5	270	817
Bonn	911	2,0	274	614
Borken	807	1,8	174	621
Bottrop	327	0,7	34	283
Coesfeld	415	0,9	124	280
Dortmund	1827	4,0	380	1381
Duisburg	1265	2,8	272	967
Düren	565	1,2	171	389
Düsseldorf	1327	2,9	332	959
Ennepe-Ruhr-Kreis	1082	2,4	338	708
Essen	1547	3,4	304	1189
Euskirchen	393	0,9	63	317
Gelsenkirchen	1149	2,5	258	843
Gütersloh	462	1,0	68	385
Hagen	461	1,0	135	311
Hamm	667	1,5	161	502
Heinsberg	399	0,9	62	330
Herford	504	1,1	104	390
Herne	619	1,4	61	539
Hochsauerlandkreis	625	1,4	111	496
Höxter	314	0,7	56	253
Kleve	442	1,0	77	353
Köln	3046	6,7	639	2355
Krefeld	768	1,7	181	572
Leverkusen	588	1,3	114	466
Lippe	671	1,5	90	572
Märkischer Kreis	860	1,9	180	669
Mettmann	1662	3,6	347	1271
Minden-Lübbecke	2460	5,4	683	1718
Mönchengladbach	838	1,8	144	682
Mülheim	240	0,5	30	200

² Quelle: Krankenhaus-Analyse- und -Informationssystem NRW (KrAnIS)

Münster	937	2,0	214	702
Oberbergischer Kreis	415	0,9	96	311
Oberhausen	553	1,2	135	403
Olpe	231	0,5	24	203
Paderborn	757	1,7	163	581
Recklinghausen	1497	3,3	349	1117
Remscheid	251	0,5	21	227
Rhein-Erft-Kreis	730	1,6	104	621
Rheinisch-Bergischer-Kreis	384	0,8	51	321
Rhein-Kreis-Neuss	496	1,1	96	386
Rhein-Sieg-Kreis	573	1,3	199	368
Siegen-Wittgenstein	602	1,3	139	452
Soest	1725	3,8	297	1397
Solingen	251	0,5	31	209
Steinfurt	1693	3,7	402	1260
Unna	1572	3,4	174	1365
Viersen	564	1,2	137	420
Warendorf	381	0,8	102	272
Wesel	1129	2,5	221	884
Wuppertal	517	1,1	92	416

Frage 34: Anlage 8 Alter der stationären Behandlungsfälle, Diabetes mellitus (ICD-10: E10-E14), Hauptdiagnose

Alter in Jahren (von - bis)	Anzahl der Fälle					
	Diabetes mellitus als Hauptdiagnose (ICD-10: E10-E14)	davon:				
		%-Anteil ICD10: E10-E14	Diabetes mellitus, Typ 1 (ICD-10: E10)	%-Anteil ICD10: E10	Diabetes mellitus, Typ 2 (ICD-10: E11)	%-Anteil ICD10: E11
0 – 4	260	0,57	259	2,65	0	0,00
5 – 9	772	1,69	768	7,86	1	0,00
10 – 14	1639	3,58	1587	16,24	34	0,10
15 – 19	1287	2,81	1230	12,59	46	0,13
20 – 24	802	1,75	694	7,10	94	0,27
25 – 29	745	1,63	596	6,10	133	0,38
30 – 34	803	1,76	537	5,49	247	0,71
35 – 39	948	2,07	487	4,98	412	1,18
40 – 44	1237	2,71	486	4,97	686	1,97
45 – 49	2061	4,51	565	5,78	1400	4,01
50 – 54	3017	6,60	620	6,34	2239	6,41
55 – 59	3566	7,80	485	4,96	2940	8,42
60 – 64	3954	8,65	415	4,25	3426	9,81
65 – 69	4187	9,16	297	3,04	3823	10,95
70 – 74	4167	9,11	204	2,09	3882	11,12
75 – 79	6236	13,64	276	2,82	5870	16,82
80 – 84	5615	12,28	186	1,90	5357	15,35
85 und älter	4433	9,69	81	0,83	4316	12,36
Gesamt	45729	100,00	9773	100,00	34906	100,00

Frage 49: Anlage 9 Darstellung der Studiendaten zu Behandlungskosten

Autor	Perspektive	Studiendesign (Bezugsjahr)	Patienten	Direkte Krankheitskosten pro Patient	Direkte Gesamtkosten (Prävalenz; Anteil an den Gesundheitsausgaben)	Aufschlüsselung Kostenarten
Jacobs et al. 2017 [11]	Zahlungs-träger	Daten aus Zufallsstichprobe von 6,8% aller GK-V-Versicherten (2009/2010)	Aggregierte Versicherungsdaten von 301.000 Patienten mit Typ-2-Diabetes (ICD-Kodes E10–E14)	4960 € pro Kopf (um das 1,7-Fache höher als Patienten ohne Diabetes)	28,4 Mrd. € (7%; 10%)	<i>Direkte Kosten:</i> Krankenhaus: 1960 € Medikamente: 1260 € Ambulante Therapien: 780 €
Ulrich et al. 2016 [16]	Gesellschaft	Befragung	880 Patienten mit Typ-2-Diabetes (über Selbstangabe) vs. 8280 Menschen ohne Diabetes	3350 € pro Kopf (um das 1,8-Fache höher als Patienten ohne Diabetes)	Keine Angabe	<i>Direkte Kosten:</i> Krankenhaus: 1660 € Medikamente: 960 € Ambulante Therapien: 460 € <i>Indirekte Kosten:</i> 4100 € (2,1-fach)
Müller et al. 2015 [15]	Zahlungs-träger ^a	AOK-Routinedaten (2010)	Aggregierte Versicherungsdaten von 2,7 Mio. Patienten mit Typ-2-Diabetes (ICD-Kodes E10–E14 oder Diabetesdokumentation/Verschreibungen)	4380 € pro Typ-2-Diabetes-Patient (um das 3-Fache höher als Patienten ohne Diabetes)	33,3 Mrd. € (9,8%; 11,5%)	<i>Direkte Kosten:</i> Krankenhaus: 2060 € Medikamente: 1250 €
Köster et al. 2014 [13]	Zahlungs-träger	AOK-Routinedaten (2010)	30.987 Patienten mit Typ-2-Diabetes (ICD-Kodes E10–E14 oder Diabetesdokumentation/Verschreibungen)	5080 € pro Typ-2-Diabetes-Patient (um das 1,9-Fache höher als Patienten ohne Diabetes)	Keine Angabe	<i>Direkte Kosten^b:</i> Krankenhaus: 830 € Medikamente: 630 € Ambulante Therapien: 350 €
Korber et al. 2013 [18]	Zahlungs-träger ^{a,b}	Systematische Literaturrecherche (2009)	Diabetesprävalenz aus der bundesweiten Studie GEDA nach Bildungsgruppen	2610 € pro Versichertem mit Diabetes ^{a,c}	13,1 Mrd. € (8,8%; 4,6%)	Kostenanteil je Bildungsgrad: Niedrig: 35,4% Mittel: 49,4% Hoch: 15,2%
Waldeyer et al. 2013 [19]	Gesellschaft	Markov-Modellierung, basierend auf Kostendaten des Statistischen Bundesamtes und des KORA-Surveys (2010)	Hypothetische Kohorte von Menschen mit Typ-2-Diabetes >40 Jahre	Keine Angabe	11,8 Mrd. € (10,5%; 4%), bis zum Jahr 2040 wird mit einem Anstieg auf 21,1 Mrd. € gerechnet	Keine Angaben
Kähm et al. 2018 [17]	Zahlungs-träger ^a	Retrospektives Kohortendesign basierend auf Versichertendaten der TK	316.220 Versicherte mit Typ-2-Diabetes (>18 Jahre) mit 2 gesicherten ambulanten (ICD-10 E11, E14) oder einer stationären Diagnose	Gesamtkosten im Diagnosequartal von 650 € (keine Komplikationen) bis fast 23.000 € für Nierenversagen. Auch in den Folgequartalen blieben die Kosten erhöht und reichten bis über 5000 € für Nierenversagen	Keine Angabe	<i>Direkte Kosten (Anteil):</i> Krankenhaus: 42% Medikamente: 27% Ambulante Therapien: 20%

AOK Allgemeine Ortskrankenkasse, GEDA Gesundheit in Deutschland aktuell, GKV gesetzliche Krankenversicherung, icd-10 „International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision“, tk Techniker Krankenkasse

^aPerspektive nicht explizit erwähnt

^bZusätzliche Kosten durch Diabetes angegeben

^cBezieht sich auf Typ-1- und Typ-2-Diabetes

Frage 61: Anlage 10 Selbsthilfegruppen in Nordrhein-Westfalen

Diabetes, nicht näher bezeichnet:

an 35 Standorten gibt es mindestens eine Gruppe

- Aachen StädteRegion
- Bochum
- Bonn
- Coesfeld / Borken / Kreis
- Dortmund
- Düren / Kreis
- Ennepe-Ruhr-Kreis Süd
- Euskirchen
- Gütersloh / Kreis
- Hamm
- Heinsberg / Kreis
- Herford / Kreis
- Herne
- Hochsauerlandkreis
- Höxter Kreis
- Köln
- Krefeld
- Lippe / Kreis
- Mettmann / Kreis
- Minden-Lübbecke / Kreis
- Mülheim
- Oberbergischer Kreis
- Oberhausen
- Olpe / Kreis
- Recklinghausen / Kreis
- Rhein-Erft-Kreis
- Rhein-Kreis Neuss
- Rhein-Sieg-Kreis
- Siegen-Wittgenstein / Kreis
- Steinfurt / Kreis
- Unna / Kreis
- Viersen / Kreis
- Warendorf / Kreis
- Wesel / Kreis
- Wuppertal

Diabetes, nicht näher bezeichnet, Aleviten

- Mettmann / Kreis

Diabetes, nicht näher bezeichnet, Eltern:

an 8 Standorten gibt es mindestens eine Gruppe

- Coesfeld / Borken / Kreis
- Euskirchen
- Herne
- Olpe / Kreis
- Recklinghausen / Kreis
- Rhein-Sieg-Kreis

- Warendorf / Kreis
- Wuppertal

Diabetes, nicht näher bezeichnet erkrankte Kinder, Eltern

- Minden-Lübbecke / Kreis
- Paderborn / Kreis

Diabetes, nicht näher bezeichnet, Frauen, Türkischsprachig

- Hamm

Diabetes, nicht näher bezeichnet, Sport

- Gütersloh / Kreis

Diabetes, nicht näher bezeichnet, Türkischsprachig

- Gütersloh / Kreis
- Paderborn / Kreis

Diabetes mellitus, Typ 1:

an 9 Standorten gibt es mindestens eine Gruppe

- Dortmund
- Düsseldorf
- Kleve / Kreis
- Krefeld
- Leverkusen / Rheinisch-Bergischer-Kreis
- Lippe / Kreis
- Märkischer Kreis
- Minden-Lübbecke / Kreis
- Soest / Kreis

Diabetes mellitus, Typ 1, Eltern, Kinder

- Bielefeld
- Coesfeld / Borken / Kreis
- Duisburg
- Düren / Kreis
- Essen
- Gütersloh / Kreis
- Hagen
- Hamm
- Mülheim
- Recklinghausen / Kreis
- Siegen-Wittgenstein / Kreis
- Solingen
- Viersen / Kreis

Diabetes mellitus, Typ 1, Eltern

- Hochsauerlandkreis
- Märkischer Kreis
- Rhein-Kreis Neuss

Diabetes mellitus, Typ 1, Erwachsene

- Essen

Diabetes mellitus, Typ 2

- Bielefeld
- Coesfeld / Borken / Kreis
- Duisburg
- Düren / Kreis
- Düsseldorf
- Ennepe-Ruhr-Kreis Süd
- Essen
- Hagen
- Heinsberg / Kreis
- Hochsauerlandkreis
- Kleve / Kreis
- Krefeld
- Märkischer Kreis
- Minden-Lübbecke / Kreis
- Mülheim
- Paderborn / Kreis
- Recklinghausen / Kreis
- Rhein-Sieg-Kreis
- Siegen-Wittgenstein / Kreis
- Soest / Kreis
- Solingen
- Viersen / Kreis

Diabetes mellitus, Typ 2, Angehörige

- Leverkusen / Rheinisch-Bergischer-Kreis

Diabetes und Depression

- Dortmund

Insulinpflichtige Diabetiker

- Bielefeld
- Bonn
- Hochsauerlandkreis
- Oberhausen

Insulinpumpe

- Bielefeld
- Dortmund

Frage 72: Anlage 11 Kinderdiabetologische Zentren in Nordrhein-Westfalen

Stationäre Versorgungseinrichtung

	Krankenhaus	Adresse
1	Klinikum Herford, Kinder- und Jugendklinik	Schwarzenmoorstr. 70, 32049 Herford
2	Agaplesion Allgemeines Krankenhaus Hagen, Kinderklinik	Grünstr. 35, 58095 Hagen
3	St. Agnes Hospital Bocholt, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Diabeteszentrum	Barloer Weg 125, 46397 Bocholt

Stationäre Versorgung und ambulante Versorgungseinrichtung

	Krankenhaus	Adresse
4	Johannes Wesling Klinikum Minden, Kinderklinik, Stationen E01 und E22	Hans-Nolte-Str. 1, 32429 Minden
5	DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH, Station 4	Wellersbergstraße 60, 57072 Siegen
6	Evangelisches Krankenhaus Hamm, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	Werler Str. 130, 59063 Hamm
7	St. Vincenz-Krankenhaus Paderborn, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin St. Louise	Husener Str. 81, 33098 Paderborn
8	Evangelisches Klinikum Bethel gGmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Diabetes-Ambulanz	Grenzweg 10, 33617 Bielefeld
9	Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie	Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
10	Städtische Kliniken Mönchengladbach Elisabeth-Krankenhaus, Klinik für Kinder und Jugendliche	Hubertusstr. 100, 41239 Mönchengladbach
11	Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH, Kinderkrankenhaus St. Nikolaus (diabetesspezifisches Qualitätsmanagement)	Hoserkirchweg 63, 41747 Viersen
12	Evangelisches Krankenhaus Oberhausen, Klinik für Kinder und Jugendliche	Virchowstr. 20, 46047 Oberhausen
13	Marien-Hospital Wesel, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	Pastor-Janßen-Str. 8-38, 46483 Wesel

14	Sana Kliniken Duisburg, Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin	Zu den Rehwiesen 9, 47055 Duisburg
15	HELIOS St. Johannes Klinik Duisburg GmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	An der Abtei 7 – 11, 47166 Duisburg
16	Krankenhaus Bethanien Moers, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	Bethanienstr. 21, 47441 Moers
17	Klinikum Rheine, Kinderklinik	Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine
18	Christophorus-Kliniken Coesfeld-Dülmen-Nottuln, Standort Coesfeld, DZK - Diabeteszentrum für Kinder, Station cA2	Südring 41, 48653 Coesfeld
19	Uniklinik Köln, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Diabetesambulanz	Kerpener Str. 62, 50937 Köln
20	Klinikum Leverkusen, Klinik für Kinder und Jugendliche, Pädiatrische Diabetologie	Am Gesundheitspark 11, 51375 Leverkusen
21	St. Marien-Hospital Düren-Birkesdorf, Pädiatrie	Hospitalstr. 44, 52353 Düren
22	Bethlehem Krankenhaus Stolberg, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	Steinfeldstr. 5, 52222 Stolberg
23	Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (diabetesspezifisches Qualitätsmanagement) *	Klara-Kopp-Weg 1, 45138 Essen

** Das Krankenhaus war bis 05.08.2019 ein Diabetologikum; ein Antrag auf Verlängerung der Anerkennung ist gestellt*

Frage 84: Anlage 12 Angebote zur Diabetes mellitus –Vorsorge im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsvorsorge innerhalb der Landesministerien

Ressort	Untersuchung	Beratung	Vortrag	Kurs	Sonstiges
Staatskanzlei	Blutzuckermessung als optionales Angebot im Rahmen des jährlichen Gesundheitstages	Orientierung zu den Werten durch die medizinische Assistenzkraft, die den Test durchführt. Bei auffälligem Wert unmittelbare Beratung durch die Betriebsärztin möglich.			
Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration					primärpräventives Angebot zu Diabetes für das kommende Jahr 2020 vorgesehen
Ministerium der Finanzen	Diabetes-Info-Mobil des DDH-M Landesverband NRW, mobile Diabetesberatungsstelle mit Sofortdiagnostik für alle interessierten	Ausgabe 06/2017 FINDRISK-Fragebogen (Finnish Diabetes Risk Score) an alle Beschäftigten	13.06.2017 "Risikofaktoren und Folgeerkrankungen des Diabetes-Ernährung und Bewegung als	Nordic-Walking Kurs im Zeitraum 19.09-24.10.2017 im Rahmen eines ineinander	Teilnahme an der Schrittechallenge: Düsseldorf bewegt sich – Deine Energie für Deine Stadt ab dem 11.09.2017 für 8

Ressort	Untersuchung	Beratung	Vortrag	Kurs	Sonstiges
Ministerium der Finanzen (Fortsetzung)	<p>Beschäftigten am 28.06. und 29.06.2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besprechung des FINDRISK-Fragebogens (Finnish Diabetes Risk Score) • körperliche Leistungsfähigkeit (BMI-Test, Blutdruckmessung, Bauchumfang) • Blutabnahme mit Bestimmung des Blutzuckers (Plasmaglukose) • Bei Auffälligkeiten: Blutabnahme zur Bestimmung des HbA1c-Wertes (Blutzuckerlangzeitwertes) 	<p>Der Fragebogen hat seinen Ursprung am Public Health Institute in Helsinki und wurde von der Deutschen Diabetes Stiftung (DDS) gemeinsam mit Prof. Dr. med. habil. Peter E. H. Schwarz und der Arbeitsgemeinschaft Prävention Diabetes Typ-2 in der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) weiterentwickelt und im Jahre 2007 evaluiert</p>	<p>Diabetes-Prophylaxe" Anbieter: Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ) der Heinrich-Heine-Universität</p> <p>07.09.2019 „Wie werde ich 100 Jahre? Bewegung als Allheilmittel!“ Anbieter: Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum (WDGZ), Düsseldorf</p>	<p>greifenden Maßnahmenpakete zur Diabetesvorsorge</p>	<p>Wochen im Rahmen eines ineinander greifenden Maßnahmenpakete zur Diabetesvorsorge</p>
Ministerium des Inneren	<p>2016: Herzgesundheit Aktionstag 24.11.: Messungen: Blutzucker,</p>	<p>Im Rahmen der Messungen</p>	<p>Herzgesunde Ernährung</p>		

Ressort	Untersuchung	Beratung	Vortrag	Kurs	Sonstiges
Ministerium des Inneren (Fortsetzung)	Körperfett, Cholesterin				
	2017: Gesunde Ernährung Aktionstag 30.03.: Messungen: Blutzucker	Im Rahmen der Messungen	Fit und gesund im Job		Ausstellung: Fett- und Zuckerinsel
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales	Blutzuckermessung im Rahmen des Gesundheitstages 2019	Ernährungs- und Gesundheitsbera- tung im Rahmen des Gesundheitstage s 2019	„Ernährung und Diabetes“ im Rahmen des Gesundheitstag es 2019		Informationsstand im Foyer zu Prävention von Diabetes im Rahmen des Gesundheitstages 2019
Ministerium für Heimat, Kommunales, Bau und Gleichstellung	„Gesundheitscheck“ (Schlaganfall und Schilddrüsencheck mit Erhebung versch. Indikatoren wie Blutzuckerwert)				
Ministerium für Kultur und Wissenschaft			Vortragsangebot in Kooperation mit Deutschem Diabeteszentru m e.V. zu „Risikofaktoren und Folgeerkrankung en von		Kompakter Check- up-Test im Rahmen des Vortragsangebotes • Körperliche Leistungsfähigkeit (BMI-Test, Blut- druckmessung)

Ressort	Untersuchung	Beratung	Vortrag	Kurs	Sonstiges
Ministerium für Kultur und Wissenschaft (Fortsetzung)			Diabetes“ sowie „Ernährung und Sport als Diabetes-Prophylaxe“ (1x jährlich; in 2015, 2016, 2018, 2019 durchgeführt)		<ul style="list-style-type: none"> • Diabetesrisikotest • Lebensstil-Beratung zu Ernährung und Sport • Bestimmung des HbA1c-Wertes, d.h. des Blutzuckerlangzeitwertes durchgeführt in 2015, 2016, 2018, für 2019/2020 in Planung
Landesrechnungshof			2018 im Rahmen eines Mittagsgesprächs für die Mitarbeitenden		