

Prävention des Diabetes

Was ist neu, was ist sinnvoll?

Peter EH Schwarz

Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Vieles im Bereich der Prävention des Diabetes hat sich im letzten Jahr um eine politische Diskussion gerankt, wie Maßnahmen zur Prävention des Diabetes in die Versorgung implementiert werden können. Wir erleben jetzt, dass die Translation wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis ein mühsamer, schleichender Prozess ist, den wir aber weiterverfolgen müssen. In dieser Situation leisteten die Praxisergebnisse aus dem IMAGE Projekt eine große Hilfestellung. So wurde zum Beispiel die Ausbildung zum Präventionsmanager mit europäischer Unterstützung in Deutschland institutionalisiert. Die Evidenz für die Diabetesprävention ist hoch und auch entsprechende Praxisempfehlungen sind umfassend vorhanden. Vor einigen Wochen hat das NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, England) eine Leitlinie zur Prävention des Diabetes herausgebracht und stellt dar, dass die Prävention des Diabetes in allen Altersgruppen kostensparend und kosteneffektiv ist. Trotz dieser guten Evidenz stehen wir mehr denn je vor der Herausforderung, die Prävention in wirtschaftlich umsetzbare Praxismodelle zu etablieren. Gleichzeitig stehen wir vor einer Diskussion über Verantwortlichkeiten – in wessen Verantwortungsbereich soll die Prävention des Diabetes etabliert werden? Ist das eine medizinische Leistung oder nicht? Wir wollen Sie gerne motivieren, an dieser Diskussion teilzunehmen. Eine Möglichkeit dazu ist der „Global Diabetes Survey“, den wir Ihnen am Ende des Artikels vorstellen.

Über viele Jahre diskutieren wir nun die Einführung und Umsetzung von Programmen zur Diabetesprävention. Politisch sind nach außen hin ganz viele Partner dafür, an der praktischen Umsetzung hapert es aber an ganz vielen Stellen [1]. Eine Seite ist, dass die wissenschaftliche Community sich nicht einig ist, welche Maßnahmen adäquat umgesetzt werden sollen, wie gescreent werden soll und von wissenschaftlicher Seite häufig ein Anspruch besteht, dass nur die besten Maßnahmen, die in randomisierten klinischen Studien untersucht worden sind, zur Anwendung kommen sollen. Demzufolge haben wir es in Deutschland bis heute nicht geschafft, uns unter den Experten auf eine einheitliche, von der wissenschaftlichen Fachgesellschaft vertretene Strategie zur Prävention des Diabetes zu einigen. In diesem Bereich ist die EU ein deutlicher Vorreiter, da im Rahmen des europäischen IMAGE Projekts, auch unter Mitarbeit einer großen Zahl deutscher Experten, ein europäischer Konsens erreicht werden konnte, wie Typ-2-Diabetes in der klinischen Praxis verhindert werden soll [2–5].

Ein weiteres Problem stellt allerdings die Politik dar. Offiziell wird von nahezu allen politischen Stellen und auch Krankenkassen die Prävention des Diabetes und anderer chronischer Erkrankungen „in den Fokus“ gestellt oder als „Priorität“ gesehen. Wenn es dann aber darum geht, solche Maßnahmen in praxi umzusetzen, fehlt die Unterstützung von politischer und Kassen-seite bis auf einzelne Ausnahmen. Sicherlich ist die Struktur unseres Gesundheitssystems nicht prädestiniert, um nachhaltige und langfristige Maßnahmen zur Prävention gemeinsam mit Krankenkassen zu planen, da ein Versicherter sehr schnell die Krankenkasse wechseln kann und zusätzliche Maßnahmen, die letztendlich nur durch einen Zusatzbeitrag finanziert werden können, kein attraktives Kriterium für einen Versicherten darstellen. Daher sind die beteiligten Partner letztendlich in einem Dilemma, dass



Bild: Fotolia, Fotograf: Birgit Reitz-Hofmann

zwar häufig eine Einsicht in die Notwendigkeit zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen besteht, aber, im Hinblick auf die praktische Umsetzung jedoch Rahmenbedingungen existieren, die das konterkarieren.

Wie könnte da ein Ausweg aussehen? In dem Zusammenhang muss man, denke ich, die Frage stellen, wer profitiert von Maßnahmen zur Diabetesprävention? Und die Antwort darauf ist sicherlich zweierlei. Einerseits ist es unsere Gemeinschaft oder der Staat als Ganzes, der von einer gesünderen Bevölkerung profitiert. Diabetes ist ein gesundheitspolitisches und auch wirtschaftliches Problem geworden, da eine hohe Anzahl chronisch Erkrankter in jungem Alter aus dem Arbeitsprozess ausfällt, weniger leistungsfähig ist und damit weniger Steuern zahlt und gleichzeitig mehr Sozialleistungen konsumiert. Untersuchungen aus dem Jahr 2005 zeigten, dass der Ausfall an Bruttosozialprodukt durch die Anzahl von Menschen mit Diabetes in Deutschland das Wirtschaftswachstum in Deutschland beeinträchtigt und dass der Geldbetrag, der dadurch verloren geht, deutlich höher ist als die Gesamtausgaben zur Behandlung aller Diabetiker. Daher sehe ich hier perspektivisch einen guten Ansatzpunkt, in einer politisch pragmatischen Diskussion, neue Verantwortlichkeiten zu definieren und damit auch Maßnahmen zur Prävention und deren Umsetzung auf eine neue Grundlage zu stellen. Weitere Profiteure in engem Zusammenhang mit dem oben Gesagten sind daher die Betriebe und Unternehmen als wirtschaftliche Struktur. Es ist durchaus im Interesse eines Unternehmers die eigene Angestelltenklientel zu unterstützen, gesünder zu bleiben und dadurch aktiver (und letztlich leistungsfähiger). Es ist durchaus auch vorstellbar, dass die Unternehmen selbst die Vorreiter in der strukturierten Umsetzung von Präventionsprogrammen zur Vorsorge bei Menschen mit Erkrankungsrisiken für chronische Erkrankungen darstellen. Der Staat hat hier Rahmenbedingungen mit dem §20A SGB 5 geschaffen und es ist jetzt an der Zeit diese Rahmenbedingungen zu nutzen, um in Betrieben strukturierte Programme bei einer Risikoklientel zu entwickeln und umzusetzen oder auch allgemeine Gesundheitsförderungsprogramme zu etablieren. Hier sind wir als Experten gefordert, Rahmenbedingungen zur Umsetzung der Programme und auch Angebote für ein Qualitätsmanagement zu etablieren, sodass der Arbeitnehmer die Sicherheit haben kann, Programme mit vergleichbarer Qualität zu nutzen. Der dritte Profiteur ist letztendlich die Risikoperson selbst. Nachhaltige Prävention von chronischen Erkrankungen geht mit verbesserter Lebensqualität, einem verringerten Risiko für depressive Erkrankungen und vermutlich auch einer verbesserten Lebenserwartung einher.

Nun wäre es aber zu einfach zu sagen, dass dann auch der Einzelne die finanzielle Belastung zur Umsetzung von Präventionsprogrammen zu tragen hat, da dies nur umsetzbar ist, wenn auch ein entsprechendes Bewusstsein, welches häufig nur mit einem verbundenen Leidensdruck einhergeht, vorhanden ist. Das ist ein Dilemma, da Adipositas und Diabetesrisiko in der Regel eben nicht mit einem entsprechenden Leidensdruck einhergehen. Von der kognitiven Überzeugung, etwas für seine Gesundheit tun zu wollen, bis hin zur praktischen Umsetzung ist es ebenfalls ein schwieriger Weg, der adäquat adressiert werden muss.

Nun stellt sich die Frage, wer am besten geeignet ist, die Risikopersonen zu identifizieren und im Rahmen einer Lebensstiländerung zu begleiten? Die Antwort darauf lautet: derjenige, der die Risikoperson am besten erreichen kann. Das wiederum aber heißt, wir haben es mit einer ganz unterschiedlichen Klientel von potenziellen Präventionsmanagern zu tun. Im Einzelfall kann das der Hausarzt oder Diabetologe sein, genauso aber auch die Familie oder das persönliche Umfeld, die Krankenkasse oder der Arbeitgeber. Das macht es schwierig, einheitliche Programme zur Prävention des Diabetes für die Praxis zu entwickeln. Ein Ausweg aus diesem Dilemma könnte sein, darüber nachzudenken, Kernkonzepte zur Diabetesprävention als wirtschaftliche Modelle mit einem sogenannten „Businessplan“ zu entwickeln und umzusetzen. Ein solches Businessmodell der Diabetesprävention könnte ganz klare Vorgaben beinhalten, wie ein Risikoassessment in unterschiedlichen Settings durchgeführt werden soll und könnte ebenfalls klare Vorgaben für ein Qualitätsmanagement solcher Maßnahmen beinhalten. Das würde die Chance eröffnen, dass unterschiedliche Interventionskonzepte gleichermaßen umsetzbar werden, wenn denn das Ergebnis gemessen und transparent kontrolliert wird. Vielleicht wird daher die Zukunft in der Diabetesprävention darin liegen, dass:

- die wissenschaftlichen Fachgesellschaften Rahmenbedingungen für ein Risikoassessment und eine Risikostratifizierung festlegen, bei welchen Personen Maßnahmen zur Diabetesprävention sinnvoll sind und das als Empfehlung verstanden wissen,
- ein Qualitätsmanagement in Interventionsprogrammen, welches bei jedem Teilnehmer verbindlich durchgeführt werden muss und wofür die Fachgesellschaften Leitlinien mit Indikatoren für ein Qualitätsmanagement zur Diabetesprävention bestimmen,
- unterschiedliche professionelle Gruppen sich qualifizieren können, Maßnahmen zur Prävention des Diabetes in praxi durchzuführen, wenn sie sich dem oben beschriebe-

nen Qualitätsmanagement unterziehen und eine Zusatzqualifizierung (z.B. zum Präventionsmanager) haben,

- es für Modelle zur Diabetesprävention, die die obigen 3 Kriterien beinhalten, unterschiedliche Geschäftsmodelle geben kann, in Abhängigkeit davon, in welchem Setting und mit welchen Beteiligten (Betrieb, Hausarzt, Facharzt, Präventionsmanager, Landkreis...) die Maßnahmen durchgeführt werden.

Weiterhin sollte im Rahmen dieser Geschäftsmodelle erreicht werden, dass als ein Bestandteil des oben genannten Qualitätsmanagements eine Nachkontrolle des Effekts, etwa ein Jahr nach Intervention, vollzogen wird, um sich einem vergleichenden Benchmarking unterschiedlicher Anbieter zu unterziehen. Ein solches Benchmarking, basierend auf dem internen Qualitätsmanagement, sollte transparent im Rahmen einer Präventionsplattform nach Außen kommuniziert werden, sodass der Nutzer solcher Maßnahmen (Risikoperson) die Möglichkeit hat zwischen unterschiedlichen Anbietern, basierend auf ihrem Ergebnis, zu wählen.

Die oben genannten Punkte sind Ideen. Diese aber ermöglichen, basierend auf der gesetzlichen Grundlage in Deutschland, schon heute Maßnahmen im Einzelsetting und in Betrieben adäquat umzusetzen. Ein hoher Stellenwert würde dabei einem Qualitätsmanagement zukommen, das andererseits aber die Freiheit in der Wahl der Intervention erhöht. Ein Qualitätsmanagement würde auch eine Vergleichbarkeit von Maßnahmen realisieren lassen und damit die Transparenz verbessern. Das wiederum ist ein Aspekt, der von nahezu allen Partnern im Prozess gewünscht ist.

Das europäische IMAGE Projekt hat in diesem Bereich Pionierarbeit geleistet [2–5]. Einerseits konnte eine Praxisleitlinie zur Prävention des Typ-2-Diabetes herausgebracht werden, die viele der oben genannten Punkte als Empfehlungen beinhaltet. Weiterhin konnte ein Curriculum für die Ausbildung von Präventionsmanagern etabliert werden, welches auf europäischer Ebene bereits in 8 verschiedenen Ländern umgesetzt wird. Pionierarbeit im Hinblick auf das Qualitätsmanagement kommt auch aus dem IMAGE Projekt, da hier auch erstmalig strukturiert Indikatoren für eine messbare Qualität in der Prävention des Diabetes zusammengestellt wurden. Dieses ist unten noch einmal im Einzelnen dargestellt. Wir würden uns freuen, wenn jeder Leser sich auf die eine oder andere Art und Weise angesprochen fühlt und eventuell seine Rolle in der Umsetzung von Programmen zur Diabetesprävention in seinem Setting im kleinen oder auch im größeren Maßstab, in Betrieben oder überregional, erkennt. Jeder Einzelne, der auf

dieser Basis einen kleinen Schritt voran geht, kann mit Vielen, die Gleiches tun, helfen in großen Schritten die Prävention des Diabetes in Deutschland in der klinischen und ambulanten Praxis ankommen zu lassen.

Prävention des Typ-2-Diabetes – Was ist sinnvoll?

Neben den politischen Rahmenbedingungen, die notwendig sind, ist es von entscheidender Bedeutung die Praxisempfehlung zur Prävention des Diabetes mellitus zu kennen. Auch hier ergeben sich immer wieder Anpassungen und geringe Änderungen in Abhängigkeit davon, was uns neue wissenschaftliche Studien lehren. Ein Highlight aus den letzten Wochen ist dabei die Veröffentlichung der englischen Leitlinie zur Prävention des Typ-2-Diabetes, die von dem Institut NICE herausgegeben wurde. Bei der Erstellung der Leitlinie war eine Gruppe von etwa 80 Experten aus England und auch internationale Gutachter beteiligt. Das NICE äußert ein ganz klares Votum und empfiehlt jedem Hausarzt und Spezialisten in England Maßnahmen zur Prävention des Diabetes zu ergreifen. Interessanterweise wurde auch die ökonomische Dimension der Diabetesprävention in der Leitlinie betrachtet und von einem unabhängigen Institut evaluiert. Hierbei ergab sich, dass Maßnahmen zur Diabetesprävention bei Risikopersonen, die jünger als 47 Jahre waren, kostensparend sind und bei Personen älter als 47 kosteneffektiv sind. Das könnte ein sehr deutliches Signal für Krankenkassen aber auch für die Gesundheitspolitik in Deutschland sein, dass Maßnahmen zur Prävention des Diabetes verstärkt umgesetzt werden.

Was ist sinnvoll in der Diabetesprävention?

Auf Tagungen wird immer wieder diskutiert, ob es wichtiger ist, sich mehr zu bewegen oder die Ernährung umzustellen. Die wissenschaftliche Evidenz zeigt heute ganz klar, dass das entscheidende eine nachhaltige Lebensstiländerung ist, die individuell umgesetzt werden muss. Dabei ist es zweitrangig, ob eine Risikoperson ihre Ernährung umstellt oder sich mehr bewegt. Es ist wichtiger, dass die Risikoperson nachhaltig ihren Lebensstil in kleinen Schritten ändert und dabei auf den Aspekt der Lebensstiländerung setzt, der ihr leichter fällt. Um eine nachhaltige Lebensstiländerung zu erreichen, werden strukturierte Interventionsprogramme empfohlen. Die Evidenz zeigt hierbei, dass die Regelmäßigkeit eines Interventionskontaktes stärker mit einem Präventionserfolg assoziiert ist als die Intensität. Das ermöglicht eine gute Chance, um Interventionsprogramme verstärkt mit Kassen umzusetzen, die Internet, Telefonanrufe und andere Medien für einen kontinuierlichen Kontakt einsetzen. Im Hinblick auf die Ernährung wird

die Evidenz immer besser, da eine Reduktion des Fettanteils in der Ernährung und eine Erhöhung des Anteils von Ballaststoffen entscheidend sind. Das sind Empfehlungen, die nicht so einfach in die Praxis umzusetzen sind und häufig eine Schulung der Risikopersonen erfordern. Gerade eine fettarme Ernährung ist heutzutage immer schwieriger umzusetzen, da in vielen haltbar gemachten Nahrungsmitteln Fette versteckt sind, die unerkannt in unserem Magen verschwinden. Interessanterweise zeigt sich aber über eine Vielzahl von internationalen Studien, dass auch unabhängig vom Fettkonsum die Menge Ballaststoffe, die eine Risikoperson zu sich nimmt, direkt mit einem Erfolg in der Diabetesprävention assoziiert ist. Sicherlich gibt es dabei Sekundäreffekte, dass diejenigen, die mehr Ballaststoffe essen häufig auch weniger Fett essen. Diese Ergebnisse ermöglichen aber in der Schulung von Risikopersonen, wenn man nur wenig Zeit hat, den Fokus verstärkt auf Ballaststoffe zu setzen.

Einiges haben wir in den letzten 2 Jahren im Hinblick auf Bewegung und Diabetesprävention gelernt. Eine lange Zeit hat die Bewegung ein Schattendasein hinter der Ernährung geführt. Wir lernen aber im Moment, dass die Bewegung einen bedeutenden Anteil hat. Pathophysiologisch macht das Sinn. Durch mehr Bewegung baut man mehr Muskelmasse auf und diese Muskelmasse ist direktes Zielgewebe der Insulinwirkung. Sie verbessert eine bestehende Insulinresistenz und nimmt vermehrt Glukose auf, was sich beides direkt positiv auf eine Verhinderung eines Diabetes auswirkt. Von Thomas Yates in England wurde im Rahmen der PREPARE Studie untersucht, wie viele Schritte notwendig sind, um effektiv Diabetes zu verhindern. Im Rahmen des Programms „Walking away from Diabetes“ wurde eine größere Gruppe von Probanden über 3 Jahre verfolgt. Es zeigte sich, dass 1000 Schritte zusätzlich am Tag über 1 Jahr den postprandialen Glukosespiegel auf 1,8 mmol/L (35 mg/dl) und über 2 Jahre auf 1,5 mmol/L (29 mg/dl) senken können. Das sind tolle Ergebnisse, wissen wir doch, dass das regelmäßige Tragen eines Schrittzählers über einen Zeitraum von 3 Monaten dazu führen kann, dass Probanden 1500–2000 Schritte mehr laufen. Das direkte Feedback vom Schrittzähler führt dazu, dass die Probanden intrinsisch motiviert sind und häufig ohne es bewusst wahrzunehmen mehr Schritte machen als ohne den Schrittzähler. Allerdings liegt die durchschnittliche Schrittzahl bei Deutschen unterhalb von 3000 Schritten pro Tag. Empfohlen für einen aktiven Lebensstil sind 10000 Schritte täglich. Auch wenn unser inaktiver Alltag von diesem Ziel weit entfernt ist, kann das Tragen eines Schrittzählers ein niedrigschwelliges effektives Interventionsinstrument sein, um Menschen zu mehr Bewegung anzuhalten und die diskrete Steigerung des Bewegungsalltags kann sich effektiv auf eine Verhinderung eines Diabetes auswirken. Damit eröffnet sich eine neue Chance für die Entwicklung von Interventionsprogrammen, die sich um einen Schrittzähler herumranken und Menschen somit stimulieren „ihrem Diabetes davon zu laufen“. In den letzten Monaten haben wir in diesem Zusammenhang auch immer wieder mal mit Krankenkassen diskutiert, ob nicht ein Schrittzähler ein effektives Instrument sein kann, welches Krankenkassen bewusst einsetzen können. Zum Beispiel könnte den Versicherten für 10000 Schritte am Tag 1€ zurück gezahlt werden, was in bestimmten sozialen Schichten eine effektive Intervention darstellen kann. Die Idee ist häufig auf großes Interesse gestoßen, scheiterte aber bisher daran, dass die Kontrolle der Schrittzahl zu aufwendig ist. Hierbei könnten Schrittzähler, die mithilfe eines Telemonitoring-Moduls um Mitternacht die Schrittzahl in eine elektronische Patientenakte übertragen, den Kontrollaufwand signifikant minimieren und ein objektives Monitoring erlauben. Wenn solche Schrittzähler zur Verfügung stehen, gehen wir davon aus, dass das Interesse bei Krankenkassen an der Umsetzung entsprechender Interventionsprogramme auch steigen wird. Wenn man das, was in der Diabetesprävention sinnvoll ist, in einem Satz zusammenfassen will, ergibt sich: Eine nachhaltige Lebensstiländerung, die dazu führt, dass ich täglich 1000 Schritte mehr laufe und mehr Ballaststoffe zu mir nehme, hilft nachweislich mein Risiko für einen Typ-2-Diabetes zu senken.

„Global Diabetes Survey“

Um das, was in der Prävention neu und sinnvoll ist umzusetzen, benötigen wir politische Unterstützung. Diese erhalten wir nur, wenn wir der Politik regelmäßig zeigen wo Handlungsbedarf besteht. Dazu sind Instrumente notwendig, die Barri-

Diabetes prevention – what's new, what makes sense?

In the last years the political discussion how to implement diabetes prevention into practice unfortunately often persists in a discussion stage. The experiences today show that the implementation of programs for primary prevention of type 2 diabetes is a slow and time consuming process. Today the evidence for diabetes prevention is very high. The results of the IMAGE project have recently shown a way to translate scientific evidence into practical evidence for program implementation. Especially the educational curriculum for the training of prevention managers is a landmark in this process. Recently the NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, England) has published a guideline for prevention of type 2 diabetes indicating that actions for diabetes prevention are cost saving and cost efficient at any time of intervention start. Today we have to address the challenge how to implement diabetes prevention into the health economic environment in the different European countries. Furthermore it initiates a discussion about the responsibilities. Is it the physician, the prevention manager or the health care educator or even other persons who are responsible for the prevention of diabetes? We would like to motivate you to participate in this discussion and to support this with your participation in the global diabetes survey which we would like to introduce at the end of this article.

Key words

diabetes – prevention – practical evidence – global diabetes survey

eren und Handlungsfelder in rationaler strukturierter Form mit standardisierter Erfassung darstellen und damit unabhängig von berufspolitischen und wirtschaftlichen Interessenlagen sind. Dazu wollen wir im Rahmen des „Global Diabetes Survey“ die Menschen befragen, die täglich Diabetiker behandeln oder mit der Diabetesprävention zu tun haben und ein strukturiertes Monitoring-Instrument einrichten, welches den „unmet need“ im Bereich Prävention robust und standardisiert darstellt, um der Gesundheitspolitik Handlungsfelder und Handlungskorridore aufzuzeigen – dazu laden wir Sie ein mitzuhelfen.

Die Qualität der Diabetesversorgung wird weltweit je nach Sichtweise sehr unterschiedlich beurteilt. Direkte Vergleiche zwischen verschiedenen Ländern und zwischen den Regionen innerhalb eines Landes gibt es nur wenige. Initiiert durch WHO und IDF wird in diesem Zusammenhang viel über die Einführung und Umsetzung Nationaler Diabetespläne diskutiert. In ihnen sollen die Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige Diabetesversorgung definiert werden. Welche Inhalte ein solcher Nationaler Diabetesplan allerdings enthalten sollte, dazu gehen die Meinungen aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen weit auseinander. Hier möchten wir mit Ihrer Hilfe „Licht ins Dunkel“ bringen. Im „Global Diabetes Survey“ wollen wir einmal im Jahr Patienten, Haus- und Fachärzte, Wissenschaftler, Vertreter aus Politik, Wirtschaft sowie von Krankenkassen, kurz: Vertreter möglichst aller Interessensgruppen, die sich mit dem

Diabetes mellitus auseinandersetzen, zur Qualität der Diabetesversorgung standardisiert befragen. Ein Thema wird die Umsetzung nationaler oder regionaler Diabetespläne sein. Die Einschätzungen der einzelnen Interessensgruppen werden dann zu einem Gesamtbild zusammengefügt und bilden die empirische Basis für eine vergleichende Bewertung der Betreuungsqualität weltweit.

Unser Ziel ist es, die Qualität der Diabetesversorgung unabhängig und transparent darzustellen und damit alle Beteiligten zu motivieren, erkennbare Schwachstellen zu beseitigen und die Diabetesversorgung zu verbessern. Hier bitten wir Sie um Ihre Mithilfe. Der jährliche Report zur Qualität der Diabetesversorgung im „Global Diabetes Survey“ soll auf den Aussagen möglichst Vieler basieren. Für Deutschland soll auch ein Vergleich der Versorgungsqualität zwischen den einzelnen Bundesländern möglich werden. Eine objektive Bewertung ist jedoch nur möglich, wenn eine ausreichende Anzahl an Aussagen in den verschiedenen Interessensgruppen (Fokusgruppen) vorliegt.

Bitte registrieren Sie sich deshalb unter www.globaldiabetessurvey.com und beantworten Sie einmal im Jahr den Fragebogen zur Qualität der Diabetesversorgung!

Mit der Registrierung können Sie sich entscheiden, aus welcher Sichtweise (Fokusgruppe) Sie die Fragen beantworten möchten. Im nächsten Jahr werden wir bis März eine erste Befragung in der EU durchführen. Per E-Mail erhalten Sie dann einen Link zum Fragebogen. In wenigen Minuten können Sie Ihre Einschätzung der Versorgungssituation online übermitteln. Erste Ergebnisse präsentieren wir im April vor allen europäischen Gesundheitsministern. Für Ihre Teilnahme bedanken wir uns schon heute sehr herzlich! Sie helfen mit, die Diabetesversorgung weltweit zu verbessern.

Bitte registrieren Sie sich unter www.globaldiabetessurvey.com!

Literatur beim Autor**Korrespondenz**

Prof. Dr. Peter E.H. Schwarz
Abteilung Prävention und
Versorgung des Diabetes
Medizinische Klinik III
Universitätsklinikum Carl Gustav
Carus
der Technischen Universität
Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
E-Mail: peter.schwarz@uniklinikum-dresden.de

**Autorenerklärung**

Der Autor erklärt, dass für diesen Artikel keine Interessenkonflikte bestehen.