

Kleine Anfrage

der Abgeordneten **Horst Schmidbauer (Nürnberg), Klaus Kirschner, Angelika Barbe, Dr. Ulrich Böhme (Unna), Karl Hermann Haack (Extertal), Lothar Ibrügger, Dr. Karl-Heinz Klejdzinski, Dr. Hans-Hinrich Knaape, Dr. Helga Otto, Horst Peter (Kassel), Dr. Martin Pfaff, Gudrun Schaich-Walch, Regina Schmidt-Zadel, Antje-Marie Steen, Dr. Peter Struck, Uta Titze-Stecher, Hans-Ulrich Klose und der Fraktion der SPD**

Lage diabeteskranker Menschen in der Bundesrepublik Deutschland

Die Probleme der chronisch kranken Menschen sind für uns eine große Herausforderung. Die Diabetiker stellen mit einem Anteil von mehreren Millionen Betroffenen eine der größten Gruppen in Deutschland. Schätzungen sprechen von mindestens vier Millionen Menschen. Mit Einführung des Insulins in die Diabetes-Therapie hatte man zunächst gehofft, daß auch die Diabetiker ein fast normales Leben zu erwarten hätten. Das stellte sich als ein großer Irrtum heraus.

Sämtliche nationalen und internationalen Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Diabetes und Lebenserwartung belegen:

Diabetiker Typ II („Altersdiabetes“) leben kürzer (Durchschnitt fünf bis sechs Jahre).

Noch gravierender wird der Unterschied bei Typ I oder insulinabhängigen Diabetikern, die etwa 10 % aller Diabetiker (ca. 400 000 in Deutschland) stellen. Neuere Studien belegen: Gerade diese Diabetikergruppe hat immer noch eine wesentlich geringere Lebenserwartung. Die Zahl der Todesfälle bis zum 50. Lebensjahr ist fünfmal höher als bei Stoffwechselgesunden.

Die gesundheitspolitische Bilanz ist negativ. Eine ganzheitliche Sicht der Problematik fehlt ebenso wie ein ganzheitlicher Lösungsansatz. Gerade bei der chronischen Krankheit Diabetes ist zur Vermeidung und Verringerung von Spätschäden großen Ausmaßes die Früherkennung, die gelungene Prävention, die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit sowie die Hilfe zur Selbsthilfe von entscheidender Bedeutung. Die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen haben einen Anspruch auf eine umfassende medizinische und soziale Versorgung.

Der Umgang mit chronisch kranken Menschen ist Indikator dafür, wie in der Alltags-Praxis unsere Gesellschaft den humanitären Ansprüchen gerecht wird, denen sie verpflichtet ist.

Darüber hinaus ist eine optimale Versorgung von Diabetikern und anderer an chronischen Krankheiten leidender Menschen ein Gebot der Gesundheitsökonomie: Früherkennung, Prävention und Selbsthilfe vermeiden Kosten, die insbesondere bei der Behandlung der Diabeteskomplikationen auftreten.

Die unbestreitbaren Defizite in der Versorgung der chronisch kranken Menschen aufzuarbeiten und zu beseitigen, wäre eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe der Bundesregierung.

Dieser Aufgabe ist die Bundesregierung bislang nicht gerecht geworden. Unter solchen Vorzeichen wird verständlich, wenn z. B. im Rahmen eines Fünf-Jahres-Planes in der St. Vincent Deklaration vom 12. Oktober 1989 gefordert wird:

- Reduzierung der Anzahl neuer diabetesbedingter Erblindungen um mindestens ein Drittel,
- Reduzierung der Zahl der Menschen, die aufgrund einer diabetischen Niereninsuffizienz in ein terminales Nierenversagen kommen, um ein Drittel oder mehr,
- Reduzierung der Amputationen wegen diabetischer Gangrän um die Hälfte,
- Verminderung von Krankheit und Tod durch coronare Herzkrankheiten bei Diabetikern durch konsequente Verminde rung der Risikofaktoren,
- energische Bemühungen um ein Schwangerschaftsergebnis bei diabetischen Frauen, das dem von stoffwechselgesunden Frauen gleicht.

Die Vorstellungen über die Entstehung von Spätschäden und die Ergebnisse von klinischen Studien lassen hoffen, daß die schlechte Prognose gebessert werden kann. Bedingung dafür ist, daß die Bundesregierung die Initiative ergreift, um die Koordination aller an der Diabetesbehandlung, -schulung und -forschung Beteiligten zu fördern sowie die Bündelung aller Ressourcen zu gewährleisten.

Damit kann die Lebensqualität der diabetischen Menschen entscheidend verbessert werden. Von einer Verbesserung der Versorgung der Diabetiker werden entscheidende positive Signale auch für neue Ansätze bei der Behandlung aller übrigen chronischen Krankheiten ausgehen.

Unter dem Dach eines ganzheitlichen gesundheitspolitischen Ansatzes stellen sich Fragen nach

- Entwicklung von Programmen zur Aufdeckung und Überwachung des Diabetes und seiner Komplikationen durch die Selbstbetreuung einerseits und durch die Unterstützung von Staat und Gesellschaft andererseits,
- Möglichkeiten und Notwendigkeiten zur Prävention des Diabetes und seiner Komplikationen,

- Organisation von Training und Schulung in der Diabetesbehandlung für den Diabetiker selbst, aber auch für Angehörige und Ärzte,
- ökonomischer, sozialer und psychosozialer Betreuung und Unterstützung diabetischer Kinder und deren Familien,
- Verstärkung bestehender und Schaffung neuer Zentren für Diabetesbehandlung, -schulung und -forschung sowie der Bildung erfahrener, multidisziplinärer Diabetes-Teams und
- größtmöglicher Integration diabetischer Bürger in die Gesellschaft.

Wir fragen deshalb die Bundesregierung nach der gesundheitspolitischen Zielsetzung, der Humanität, Effektivität und Wirtschaftlichkeit bei der Behandlung diabeteskranker Menschen in Deutschland:

1. Welche Begriffe von Gesundheit und chronischer Krankheit legt die Bundesregierung ihrer Politik der Bekämpfung chronischer Krankheiten, insbesondere des Diabetes, zugrunde?
2. Wie viele Diabetiker gibt es in Deutschland, getrennt nach den Typen I und II (Insulinmangel- und Altersdiabetes) erfaßt, und mit welcher Dunkelziffer ist zu rechnen?
3. Wie entwickelt sich die Häufigkeit des Diabetes mellitus Typ I, und was ist über den Einfluß äußerer Faktoren bei der Entstehung bekannt?

Welche Risikofaktoren sind sozialstruktureller Art?

Welche gesundheitspolitischen Konsequenzen zieht die Bundesregierung hieraus?

4. Wie hoch ist die durchschnittliche Lebenserwartung von diabetischen Frauen und Männern in Deutschland bzw. welche Einflüsse verkürzen besonders die Lebenserwartung bei Typ I und Typ II, und welche gesundheitspolitischen Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die Lebenserwartung in den alten und neuen Bundesländern zu verbessern bzw. nach oben anzugleichen?
5. Differieren diese Angaben zwischen den alten Ländern und den neuen Bundesländern?
6. Welche Krankheits- und Sterbestatistiken macht die Bundesregierung zur Grundlage zur Beantwortung der Fragen 2 bis 5?
7. Welche Stellung nimmt die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zu den anderen industrialisierten Staaten mit einem hochentwickelten Gesundheitswesen (beispielsweise USA, Schweiz, Frankreich, Schweden, Großbritannien, Israel) hinsichtlich der Häufigkeit der Diabeteserkrankungen und der Lebenserwartung von Diabetikern, unterschieden nach den verschiedenen Diabetesformen und in Abhängigkeit vom Alter bei Diabetesbeginn, ein, worin liegen die Unterschiede zwischen diesen Ländern begründet, und welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung hieraus?

8. Welche Ergebnisse ergeben sich bei Beantwortung der Frage 7 insbesondere für die Gruppe, die vor dem 30. Lebensjahr bzw. im Kindesalter erkranken?
 9. Gibt es zu Diabetes staatlich geförderte Forschungsprojekte, und wenn ja, ergeben sich daraus für den Forschungsstand neuere Ergebnisse bzw. sind praxisrelevante Ergebnisse zu erwarten?
 10. Liegen insbesondere Untersuchungen zur Früherkennung, Behandlung und zur Vermeidung von Folgeschäden bei Diabetes unter gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Aspekten vor?
 11. Welche Ziele und Maßnahmen leitet die Bundesregierung aus den dadurch gewonnenen Erkenntnissen für die Früherkennung, die Prävention, die Therapie und die Vermeidung von Folgeschäden ab?
 12. Wie beurteilt die Bundesregierung Maßnahmen zur Diabetikerschulung
 - unter dem gesellschaftspolitischen Aspekt der Selbsthilfe und Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen für den Umgang mit ihrer Krankheit,
 - unter dem gesundheitspolitischen Aspekt der Prävention von Spätschäden,
 - unter dem gesundheitsökonomischen Aspekt der Reduktion vermeidbarer Kosten durch Prävention und risikobewusster Lebensführung?
- Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die Defizite der Diabetikerschulung abzubauen?
13. In welchem Umfang werden Diabetikerschulungen angeboten?
Ist das Angebot ausreichend,
wie groß ist der Kreis der von ihnen erreichten Diabetikern,
wer sind ihre Träger,
sind daran Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen beteiligt,
und wie werden die Träger finanziert?
 14. Welche Kenntnisse liegen der Bundesregierung über die unterschiedlichen inhaltlichen, strukturellen und didaktischen Konzepte von Diabetikerschulungen vor, und welchen unterschiedlichen gesundheitspolitischen Wert haben sie?
 15. In welcher Form werden beim kindlichen Diabetes die Eltern bzw. Familien in die Schulungsprogramme miteinbezogen?
 16. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung gesundheitspolitisch für erforderlich, um mögliche Störungen der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern durch ihre chronische Krankheit zu vermeiden?
 17. Welchen Stellenwert haben dabei multidisziplinäre Diabetes-Teams?

18. Wie beurteilt die Bundesregierung die diabetologische Ausbildung der niedergelassenen Ärzte, vor allem in den neuen Bundesländern, und wie beurteilt die Bundesregierung die Ausbildung zum Arzt sowie die Fortbildung unter diabetologischem Aspekt?

19. Welchen Stellenwert nehmen für eine optimale Betreuung nach Meinung der Bundesregierung diabetologische Schwerpunktpraxen und Diabetesambulanzen ein, bzw. was müßte unternommen werden, um deren Anteil an der Versorgung zu erhöhen?

20. Sieht die Bundesregierung einen Handlungsbedarf für die medizinische Versorgung der Diabetiker in den neuen Bundesländern, und wenn ja, welchen?

Hat die Schließung der Diabetesdispensaires zu Versorgungsschwierigkeiten geführt, und wenn ja, hat die Bundesregierung zusammen mit den Regierungen der neuen Bundesländer Initiativen ergriffen, um dies zu beseitigen?

21. Sieht die Bundesregierung im sächsischen Modell mit der Möglichkeit eines freien Wechsels der Patienten vom Kassenarzt zum Diabetologen ohne Überweisung eine wirkungsvolle Alternative?

22. Wie beurteilt die Bundesregierung die GOÄ/PKV-Gebührenordnung in ihrer Wirkung, wenn Beratung zur Selbstkontrolle schlecht und die technischen Leistungen, wie z. B. Blutzuckermessung, hoch vergütet werden?

23. Wie beurteilt die Bundesregierung die auf Betreiben von Insulin-Herstellern eingeleitete Umstellung in den neuen Bundesländern von tierischen Insulinen auf Humaninsulin für die Betroffenen, bzw. nach medizinischen und Kostengesichtspunkten?

24. Wie bewertet die Bundesregierung die Indikationen des Bundesgesundheitsamtes für das Stufenplanverfahren?

Welche Indikationen sind das im einzelnen und wie schützt dieses Stufenplanverfahren die Patienten, damit keine nicht indizierte Umstellung auf Humaninsulin vorgenommen wird?

Bonn, den 14. Januar 1993

Horst Schmidbauer (Nürnberg)
Klaus Kirschner
Angelika Barbe
Dr. Ulrich Böhme (Unna)
Karl Hermann Haack (Extortal)
Lothar Ibrügger
Dr. Karl-Heinz Klejdzinski
Dr. Hans-Hinrich Knaape
Dr. Helga Otto

Horst Peter (Kassel)
Dr. Martin Pfaff
Gudrun Schaich-Walch
Regina Schmidt-Zadel
Antje-Marie Steen
Dr. Peter Struck
Uta Titze-Stecher
Hans-Ulrich Klose und Fraktion

