

Antwort
der Bundesregierung

auf die 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
— Drucksache 12/4138 —

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.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben der Parlamentarischen Staatssekretärin beim Bundesministerium für Gesundheit vom 11. Februar 1993 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

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 Verminderung 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.

Vorbemerkung

Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland bietet gute Voraussetzungen für die gesundheitliche Aufklärung, die Krankheitsfrüherkennung und die Versorgung diabeteskranker Menschen. Dabei werden die unterschiedlichen Erfordernisse der betroffenen Menschen mit Diabetes mellitus, Typ I (insulinpflichtig, zumeist im jugendlichen Alter beginnend) oder Typ II (meist insulinunabhängig), entsprechend berücksichtigt. Die Lebenserwartung und die Lebensqualität der von Diabetes mellitus Betroffenen hängt entscheidend davon ab, ob es gelingt, Folge- und Begleitkrankheiten zu vermeiden. Dazu ist es erforderlich, diese Stoffwechselerkrankung möglichst frühzeitig zu erkennen und dann entsprechend kontinuierlich zu behandeln. Die gesundheit-

liche Aufklärung über Risikofaktoren des Diabetes mellitus und Möglichkeiten der Früherkennung werden in der Bundesrepublik Deutschland von vielen Institutionen durchgeführt. Mit dem Gesundheits-Reformgesetz 1989 und dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 sind verbesserte Rechtsgrundlagen zur Verhinderung, Früherkennung und Behandlung von chronischen Erkrankungen geschaffen worden. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung haben alle Versicherte, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung u. a. des Diabetes mellitus. Bei der Behandlung des Diabetes mellitus ist die eigenverantwortliche Mitarbeit des Betroffenen unbedingt notwendig, um eine erfolgreiche stetige Stoffwechselbeeinflussung zu erreichen. Entsprechende Gruppenschulungen sind als Leistungen der kassenärztlichen Versorgung abrechenbar.

Die entwickelten Schulungskonzepte basieren zum Teil auf Forschungsvorhaben, welche durch die Bundesregierung im Rahmen ihres Programmes „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ und des Modellprogramms zur besseren Versorgung chronisch Kranker gefördert wurden. Wesentliche Anstöße ergaben sich auch über eine Arbeitsgruppe „Fortschritte und gemeinsame Konzeption bei der Bekämpfung des Diabetes mellitus zur Verhinderung diabetischer Spätkomplikationen“, die seit 1986 beim BMG (damals BMJFFG) tagte. In dieser Arbeitsgruppe war der Sachverstand der Diabetes-Forscher, der Diabetes-Ärzte und auch Diabetes-Selbsthilfeorganisation eingebunden. Die Bundesregierung fördert Modellvorhaben zur Prävention bzw. Früherkennung von Spätkomplikationen sowie zur Qualitätssicherung in der allgemeinärztlichen Praxis, des weiteren die Fortentwicklung der Diabetikerschulung insbesondere unter ganzheitlichen, alltagstauglichen Aspekten sowie Forschungsvorhaben über die Ursachen des Diabetes mellitus und die Möglichkeiten einer verbesserten Behandlung.

Die ältere Bevölkerung ist von Stoffwechselerkrankungen besonders häufig betroffen. Derartige chronische Erkrankungen führen im Verlauf zu Multimorbidität, Spätschäden und Behinderungen, die über Immobilisierung und Pflegebedürftigkeit die Gefahr sozialer Ausgrenzung mit sich bringen. Diesen Folgen wirkt die Bundesregierung entschieden entgegen, indem sie Nutzen und Notwendigkeit geriatrischer Rehabilitation hervorhebt und im Rahmen ihrer Zuständigkeit Forschungs- und Modellprojekte in der geriatrischen Rehabilitation fördert. Durch Ausbau und Vernetzung der ambulanten Dienste sowie Unterstützung von Koordinations- und Beratungsstellen sichert sie den speziellen Versorgungsbedarf chronisch kranker älterer Menschen, z. B. auch der Diabetiker, und trägt so wesentlich zur gesellschaftlichen Integration dieser Gruppe bei.

Die Aktivitäten der Weltgesundheitsorganisation und der internationalen Diabetes Federation zum Diabetes mellitus sind in der Bundesrepublik Deutschland breit aufgegriffen worden. Deutsche Wissenschaftler, Ärzte und Betroffene beteiligen sich an internationalen Projekten. Es ist vorgesehen, die in Deutschland vor-

handenen Daten und das vorliegende Wissen auszuwerten. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft und die Deutsche Diabetes Union als Dachverband haben ihre Bereitschaft erklärt, diese Aufgabe zu übernehmen und Vorhaben zu initiieren. Erste Projekte zur Versorgung der Diabetiker werden bereits durchgeführt.

Die in der Bundesrepublik Deutschland erreichten Verbesserungen und positiven Entwicklungen bei der Versorgung und Behandlung der Diabetiker sind durch qualitätssichernde Maßnahmen zu festigen und fortzuentwickeln. Dazu ist es erforderlich, daß die epidemiologische Datenlage über die Häufigkeit der Diabetesformen und insbesondere über die Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland verbessert wird. In diesem Zusammenhang prüft die Bundesregierung u. a., ob im Rahmen ihres Forschungsförderprogramms „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ Fragen zur Epidemiologie des Diabetes mellitus künftig verstärkt berücksichtigt werden können.

Ausgehend von der Bedeutung der Früherkennung des Diabetes mellitus ist es Aufgabe aller Beteiligten, die lebenslang notwendige Behandlung dieses chronischen Leidens auf der Grundlage eines langfristigen Behandlungskonzeptes durchzuführen. Hierzu gehört eine adäquate Patientenschulung, die insbesondere die Eigenverantwortlichkeit der Patienten verdeutlicht. Jeder einzelne Betroffene muß durch aktive Mitarbeit bei der Gesundheitsvorsorge und Krankheitsbehandlung dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit zu verhindern bzw. deren Folgen zu vermeiden. Weltweit hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, daß aufgrund erfolgreicher Diabetikerschulung beeinflusstes Gesundheitsverhalten die Spätkomplikationen des Diabetes mellitus eindämmen hilft. Die Bundesregierung unterstützt seit Jahren diesen in Deutschland eingeschlagenen Weg der Ärzte, Selbsthilfegruppen und Verbände. Sie wird auch weiterhin dazu beitragen, den hohen Stand unseres Gesundheitswesens in diesem Bereich zu sichern und Fortentwicklungen zu unterstützen.

1. Welche Begriffe von Gesundheit und chronischer Krankheit legt die Bundesregierung ihrer Politik der Bekämpfung chronischer Krankheiten, insbesondere des Diabetes, zugrunde?

Die Bundesregierung mißt ihre Politik zur Bekämpfung chronischer Krankheiten an der Notwendigkeit von Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung, Verhütung und Behandlung von Krankheiten bzw. Linderung der Folgen irreparabler Schäden. Maßstab sind dabei nicht Begriffsdefinitionen, sondern eine den medizinischen Bedürfnissen der Betroffenen entsprechende, sachgerechte – den medizinischen Fortschritt berücksichtigende – Versorgung, zumal die Versorgung der Diabetiker nicht durch definitorische Probleme behindert ist.

Beim Diabetes mellitus ist es dabei oberstes Ziel, typische Sekundärerkrankungen wie z. B. diabetesbedingte Erblindung, diabetische Niereninsuffizienz, diabetesbedingte Gefäß- und Nervenschäden durch konsequente Stoffwechselführung zu vermeiden.

Hierbei ist die Diabetikerschulung im Sinne der Eigenverantwortung und Motivation des Diabetikers, selbst etwas für die eigene Gesundheit zu tun, von besonderer Bedeutung. Zur erfolgreichen Bekämpfung des Diabetes mellitus ist es darüber hinaus erforderlich, die Bevölkerung über die Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge und einer gesunden Lebensweise umfassend zu informieren. Die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung zum Diabetes mellitus wird von zahlreichen Institutionen durchgeführt, u. a. auch von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

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?

Umfassende und amtliche Statistiken, die eine Beantwortung dieser Frage ermöglichen könnten, werden in Deutschland nicht erhoben. Dies gilt in gleicher Weise für weitere Angaben zur Statistik in dieser Kleinen Anfrage.

Aufgrund verschiedener Studien kann davon ausgegangen werden, daß in Deutschland 2,5 bis 4,3 % der Bevölkerung an Diabetes mellitus erkrankt sind (Deutsche Herz-Kreislauf Präventionsstudie; Erfahrungen im Eberbach-/Wiesloch-Projekt; Schätzungen der Diabeteshäufigkeit in der Bundesrepublik Deutschland anhand von Krankenkassendaten u. a.; siehe auch Antwort zu Frage 6).

In der ehemaligen DDR ergaben Erhebungen für 1989 eine Häufigkeit von 4,1 % Diabetikern bezogen auf die Gesamtbevölkerung.

In allen bisher in Deutschland durchgeführten Studien zur Anzahl der Diabetiker wurde nicht zwischen einem Diabetes mellitus Typ I und Typ II differenziert. Studien aus dem europäischen Ausland führten zum Ergebnis, daß weniger als 10 % aller Diabetiker dem Typ I zuzuordnen sind.

Verlässliche Daten zu Dunkelziffern liegen der Bundesregierung nicht vor.

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?

Statistische Angaben, die eine zuverlässige Aussage zur Entwicklung der Häufigkeit des Diabetes mellitus Typ I erlauben würden, liegen der Bundesregierung nicht vor (siehe auch Antwort zu Frage 2).

Als Ursachen für die Entstehung des Diabetes mellitus Typ I werden neben einer genetischen Disposition, Viruserkrankungen

und Ernährungsgewohnheiten diskutiert. Über den Einfluß soziokultureller Risikofaktoren bei der Entstehung eines Typ-I-Diabetes liegen keine Erkenntnisse vor. Neuerkrankte Typ-I-Diabetiker entstammen zu 80 bis 85 % aus Familien, in denen noch kein Typ-I-Diabetes bekannt war.

Bezüglich gesundheitspolitischer Konsequenzen wird auf die Antwort zu Frage 9 verwiesen.

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?

Die Lebenserwartung der Diabetiker ist geringer als die Lebenserwartung der Allgemeinbevölkerung. So ist z. B. die Lebenserwartung 40jähriger Diabetiker mit Typ II um ca. 4 bis 6 Jahre verkürzt bzw. mit Typ I um ca. 9 bis 12 Jahre.

Der durchschnittliche Verlust an Lebensjahren für alle Diabetesformen beträgt 3,6 Jahre für Männer und 3,0 Jahre für Frauen. Diese Werte sind bedingt durch die große Anzahl älterer Diabetiker. Ab einem Diagnosealter von 65 Jahren geht der Verlust an Lebensjahren unter 2 Jahre zurück. Die Lebenserwartung der Diabetikerpopulation insgesamt (alle Diabetesformen) hat sich bei beiden Geschlechtern in den letzten Jahrzehnten schneller erhöht als die Lebenserwartung der Allgemeinbevölkerung. Für Frauen mit Typ-I-Diabetes ist die Lebenserwartung geringer gestiegen als bei der Allgemeinbevölkerung. Eine ungenügende Einstellung des diabetischen Stoffwechsels und die damit verbundenen typischen Folgeerkrankungen sind wesentliche, die Lebenserwartung verkürzende Faktoren.

Die Politik der Bundesregierung ist seit Jahren darauf ausgerichtet, durch eine Stärkung der Gesundheitsvorsorge, wenn immer möglich, das Auftreten von Krankheiten zu verhindern bzw. den Schweregrad einer Erkrankung zu mildern. Voraussetzung für eine Intensivierung der Vorsorge bezüglich Diabetes mellitus ist eine umfassende Information der Bevölkerung über die Möglichkeiten der Krankheitsverhütung und Motivierung zur gesunden Lebensführung, insbesondere hinsichtlich gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung. Dem trägt die Bundesregierung u. a. durch Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie durch Förderung des Instituts für Kinderernährung, des Diabetes Forschungs-Instituts Düsseldorf und der Diabetiker Verbände u. a. Rechnung.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine verlängerte Lebenserwartung von Diabetikern ist eine frühzeitige Erkennung und Behandlung sowie eine aktive Mitwirkung der Patienten bezüglich therapeutischer und sekundär-präventiver Maßnahmen. Die Mitarbeit des Patienten ist nur über eine ausreichende Schulung zu erreichen. Die Bundesregierung hat daher bereits in der Vergangenheit erhebliche Anstrengungen unternommen, in Modell-

vorhaben Verfahren der Patientenschulung entwickeln und optimieren zu lassen (siehe auch die Antworten zu den Fragen 1 und 11).

5. Differieren diese Angaben zwischen den alten Ländern und den neuen Bundesländern?

Die vorhandenen Daten sind nicht vergleichbar, da die zum Tode führende Grundkrankheit in der Bundesrepublik Deutschland und in der ehemaligen DDR unterschiedlich codiert wurde.

6. Welche Krankheits- und Sterbestatistiken macht die Bundesregierung zur Grundlage zur Beantwortung der Fragen 2 bis 5?

Wie in den Antworten zu den Fragen 2 bis 5 dargelegt, liegen der Bundesregierung statistische Angaben, die zuverlässige Aussagen zum Diabetes mellitus erlauben würden, nicht vor. Daher wurde für die Beantwortung der Fragen 2 bis 5 auf Studienergebnisse zurückgegriffen, insbesondere auf

- Daten des Nationalen Gesundheitssurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP),
- Daten des Diabetesregisters der ehemaligen DDR,
- Interventive Erfahrungen im Eberbach-/Wiesloch-Projekt,
- Schätzungen der Diabeteshäufigkeit in der Bundesrepublik Deutschland anhand von Krankenkassendaten,
- Früherfassung von Diabetikern in München 1967/68,
- Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance in the Middle-Aged Population of Three Areas in Finland,
- Prevalence and Incidence of Diabetes in a Swedish Community 1972 till 1987,
- The Swedish Childhood Diabetes Study, An Analysis of the Temporal Variation in Diabetes Incidence 1978 till 1987,
- Mortality Related to Diabetes and Blood Glucose Levels in a Community Study,
- Mortality from Cardiovascular Diseases among Diabetics,
- Diabetes Mortality: New Light on an Underestimated Public Health Problem.

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?

Statistische Daten liegen der Bundesregierung zu diesem Fragenkomplex nicht vor. Studienergebnisse aus dem Ausland und der Arbeitsgemeinschaft Diabetesepidemiologie der Deutschen Diabetes Gesellschaft zeigten nur geringe Häufigkeitsunterschiede zwischen den einzelnen Staaten. Ein Vergleich der Ergebnisse aus Studien zeigt in Europa ein Nord/Süd-Gefälle, bei dem die Risiken und Komplikationsraten im Norden größer sind als im Süden (z. B. Pyroälä et al. Diabetes Metabolism Reviews [1987]; Keen and Jarrett: The WHO multinational study of vascular diseases in Diabetes Care [1979]; EURO-DIAB-Studien; Studien der Arbeitsgemeinschaft Diabetesepidemiologie der Deutschen Diabetes Gesellschaft).

8. Welche Ergebnisse ergeben sich bei Beantwortung der Frage 7 insbesondere für die Gruppe, die vor dem 30. Lebensjahr bzw. im Kindesalter erkranken?

Für die Bundesrepublik Deutschland gibt es für den Typ-I-Diabetes keine statistischen Angaben. Daten aus dem Ausland weisen darauf hin, daß der Diabetes Typ I von geographischen und ethnischen Faktoren abhängt. Erste Ergebnisse einer derzeit durchgeführten europäischen Studie zeigen Unterschiede bei der Neuerkrankung an Typ-I-Diabetes in der Altersklasse bis zu vierzehn Jahren. Die Neuerkrankungsrate schwankt alters- und geschlechtsstandardisiert zwischen $4,6 \times 10^{-5}$ pro Jahr in Nordgriechenland und $42,9 \times 10^{-5}$ pro Jahr in zwei finnischen Regionen. Damit hat Finnland die höchste Erkrankungsziffer an Typ-I-Diabetes in Europa. In Sardinien wurde mit $30,2 \times 10^{-5}$ die zweithöchste Neuerkrankungsrate festgestellt. Für Deutschland liegen noch keine Daten aus dieser Studie vor. Des weiteren wird auf die Antworten zu den Fragen 2, 3 und 7 verwiesen.

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?

Forschungsarbeiten zum Diabetes mellitus werden in der Bundesrepublik Deutschland zum einen institutionell, zum anderen über Projektmittel gefördert. Von den zahlreichen Institutionen, die über den Diabetes mellitus forschen, seien beispielhaft genannt:

- das Diabetes-Forschungsinstitut an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf, eine Blaue-Liste-Einrichtung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit,
- das Diabetes-Forschungsinstitut am Krankenhaus München-Schwabing, das aus einer Schwerpunkt-Förderung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) hervorgegangen ist.

Die Arbeiten dieser beiden Institutionen reichen von der Epidemiologie und Genetik des Diabetes mellitus bis zu Fragen der Pathogenese des Diabetes mellitus und seiner Folgekrankheiten sowie der Optimierung der Therapie,

- die Diabetes-Akademie Bad Mergentheim sowie ferner das Deutsche Institut für Ernährungsforschung in Potsdam-Rehbrücke, ein Blaue-Liste-Institut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Forschung und Technologie.

Die je zur Hälfte von Bund und Ländern finanzierte Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) hat einen Sonderforschungsbe-
reich mit dem Thema „Hormonresistenz“ an der Universität Düs-
seldorf eingerichtet, in dem vor allem biochemische und klinische
Forschungsvorhaben zum Diabetes mellitus zusammengeschlos-
sen sind; neben vielen Einzelprojekten unterstützt die DFG auch
eine klinische Forschergruppe an der Universität Kiel, die Fragen
im Bereich der klinischen Neuroendokrinologie unter dem Titel
„Alterungsprozesse – Adipositas – Diabetes mellitus“ bearbeitet.

Von der Bundesregierung im Rahmen des Programms „Forschung
und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ geförderte Projekte
beschäftigen sich insbesondere mit der Pathophysiologie des Dia-
betes mellitus. Ein Schwerpunktprojekt führt die Universität
Greifswald durch. Des weiteren werden klinische Vorhaben
gefördert, die sich mit den Themen Qualitätskontrolle, Sicherung
der Langzeittherapie sowie Patientenschulung, vor allem auch bei
jugendlichen Diabetikern befassen. Ein Forschungsverbund an
der Universität Gießen bearbeitet die Thematik der Inselzell-
Transplantation. Durch Projektförderung der Bundesregierung
wird des weiteren die Teilnahme deutscher Wissenschaftler an
europäischen Verbundvorhaben gesichert.

In durch die Bundesregierung geförderten Forschungsvorhaben
wird derzeit auch nach Möglichkeiten gesucht, bereits das Risiko,
an einem Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter erkran-
ken zu können, frühzeitig zu entdecken sowie Möglichkeiten
aufzuzeigen, den Erkrankungsausbruch zu verhindern oder zu-
mindest zu verzögern. Weitere Vorhaben prüfen den Zusammen-
hang zwischen Psyche und Immunsystem, da sich die Verdachts-
momente, daß die seelische Verfassung der Patienten eine
wesentliche Rolle bei der Bewältigung von körperlichen Erkrän-
kungen spielt, verdichten.

Von den genannten Forschungseinrichtungen, Arbeitsgruppen
und Projekten wird ein breites Feld der aktuellen Grundlagen-
und klinischen Forschung zum Diabetes mellitus abgedeckt.
Künftige Fortschritte sind hinsichtlich der Prävention des Typ-II-
Diabetes zu erwarten. Über ein besseres Verständnis von krank-
heitsbedingten Abläufen im Stoffwechsel, besonders hinsichtlich
der Insulinrezeptoren und der Entwicklung der Insulinresistenz,
die für den Typ-I-Diabetes von zentraler Bedeutung sind, werden
wichtige Erkenntnisse für die Prävention und Behandlung er-
wartet.

10. Liegen insbesondere Untersuchungen zur Früherkennung, Be-
handlung und zur Vermeidung von Folgeschäden bei Diabe-
tes unter gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen
Aspekten vor?

Der Bundesregierung liegen eine Reihe von Untersuchungen zur Früherkennung, Behandlung und zur Vermeidung von Folgeschäden bei Diabetes mellitus vor, die auch gesundheitsökonomische Aspekte einbeziehen. Besonders hervorgehoben wird hier die Wirksamkeit der Patientenschulung im Hinblick auf die Stoffwechseleinstellung und die Reduzierung der diabetestypischen Folgeschäden.

Es konnte auch nachgewiesen werden, daß allein durch Reduzierung von Krankheitsfolgen und der Zahl an verordneten Medikamenten erhebliche Kosteneinsparungen erzielt werden können. Darüber hinaus wird betont, daß die frühzeitige Erkennung von diabetesbedingten Folgeschäden, die Dokumentation regelmäßiger Untersuchungen und die daraus folgenden Maßnahmen verbessert werden sollten.

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?

Maßnahmen der Bundesregierung sind seit Jahren darauf ausgerichtet, Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Behandlung betroffener Diabetiker zu verbessern und das Auftreten diabetischer Spätkomplikationen zu verhindern bzw. hinauszuzögern. Hier ist die Bundesregierung im Einklang mit der 1989 durch die Weltgesundheitsorganisation und die Internationale Diabetes Federation initiierten sog. St. Vincent Deklaration. Durch ein breites Bündel von Maßnahmen, die in Kooperation vieler an unserem Gesundheitswesen beteiligter Gruppierungen begonnen bzw. durchgeführt wurden, sind bereits wichtige Fortschritte erzielt worden.

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz 1989 und dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 wurden verbesserte Rechtsgrundlagen zur Verhinderung, Früherkennung und Behandlung von chronischen Erkrankungen geschaffen.

- Den gesetzlichen Krankenkassen wurde im Rahmen ihres Auftrages zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung ausdrücklich die Möglichkeit eröffnet, in ihren Satzungen Ermessensleistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten vorzusehen (§ 20 SGB V). Diese Ermessensleistungen können von der Krankenkasse auch in Form von Kursen – wie z. B. Ernährungsberatung für Diabetiker – erbracht werden.
- Mit den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 hat die Bundesregierung bereits in der Vergangenheit die Voraussetzungen geschaffen, den Diabetes mellitus bei Kindern frühzeitig zu erkennen und einer Behandlung zuzuführen (§ 26 SGB V).
- Im Bereich der Früherkennung wurde mit dem Gesundheits-Reformgesetz 1989 die Gesundheitsuntersuchung (§ 25 SGB V Abs. 1) eingeführt, die den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen ab Vollendung des 35. Lebensjahres alle zwei Jahre

die Möglichkeit zur frühzeitigen Erkennung des Diabetes mellitus bietet. Mit der frühzeitigen Erkennung der Erkrankung werden auch Möglichkeiten der Prävention, Behandlung und Vermeidung von Folgeerkrankungen eröffnet.

- Der besonderen gesundheitspolitischen Bedeutung der Gesundheitsuntersuchung wird im Gesundheitsstrukturgesetz auch dadurch Rechnung getragen, daß die ärztlichen Leistungen einem gesonderten Teilbudget mit überproportionalem Zuwachs zugeordnet werden.
- Im Bereich der Behandlung ist im Gesundheitsstrukturgesetz vorgesehen, ärztliche Leistungen zu Leistungskomplexziffern zusammenzufassen und fallbezogene Bewertungen für die üblicherweise von Hausärzten erbrachten Leistungen (insbesondere Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen) einzuführen, um diese wichtigen übergreifenden Leistungen im Vergleich zu technischen Leistungen höher bewerten zu können und damit die koordinierende Funktion des Hausarztes gerade bei chronisch Kranken zu verbessern.
- Im Bereich der Rehabilitation werden im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen der Kostenträger in speziellen Stoffwechselkliniken Diabetikerschulungen angeboten und durchgeführt.
- Im Bereich der Unterstützung von Selbsthilfegruppen ist seit dem 1. Januar 1993 durch das Gesundheitsstrukturgesetz auch die Möglichkeit geschaffen, Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen mit einer gesundheitsfördernden oder rehabilitativen Zielsetzung durch Zuschüsse zu fördern. Danach können die Krankenkassen Selbsthilfeinitiativen diabeteskranker Menschen auch finanziell unterstützen.

Die Bundesregierung unterstützt die Selbstverwaltung bei der Umsetzung dieser gesetzlichen Neuregelungen durch die Förderung von Modellvorhaben u. a. im Rahmen des Modellprogrammes zur besseren Versorgung chronisch Kranker. Schwerpunkte der Modellförderung und der wissenschaftlichen Begleitung sind:

- Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Verbesserung der Kommunikation und Kooperation der Versorgungsebenen einschließlich einer verbesserten Dokumentation,
- der Aufbau von ärztlichen Arbeitskreisen niedergelassener Ärzte (Qualitätszirkel) zur Entwicklung und Erprobung eines strukturierten Behandlungsschemas und Schulungsprogramms für Typ-II-Diabetiker im Rahmen von allgemeinärztlichen Praxen,
- Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Ärzte über Fragen der Diabetikerversorgung,
- Modellvorhaben zur Entwicklung und Erprobung von Verfahren zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Spätfolgen der Diabetes,
- Entwicklung und Erprobung einer praxisgerechten Dokumentationshilfe für die Versorgung von Typ-II-Diabetikern,
- die ambulante diätetische Vollverpflegung hochbetagter Diabetiker (Essen auf Rädern).

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?

Für die Erhaltung der Gesundheit und die Bewältigung von Krankheiten haben die Stärkung der Eigenverantwortung und die Förderung der Selbsthilfe einen hohen Stellenwert. Dem trägt die Bundesregierung seit Jahren durch entsprechende Maßnahmen Rechnung.

Die Diabetikerschulung muß integraler Bestandteil der Versorgung der Diabetiker sein. Sie setzt die Betroffenen in die Lage, ihre chronische Krankheit zu bewältigen. Dazu gehört auch die regelmäßige Blutzuckerkontrolle und ggf. die Injektion von Insulin. Daher wurden bereits frühzeitig Patientenschulungsprogramme entwickelt und insbesondere in der stationären Versorgung von Typ-I-Diabetikern eingesetzt. Für die Typ-II-Diabetiker sind ähnliche Programme entwickelt worden. Durch die aktive Beteiligung der Patienten und durch risikobewußtere Lebensführung können – wie verschiedene Studien belegen – eine bessere Stoffwechseleinstellung erreicht, Folgeerkrankungen verhindert, verzögert oder zumindest ihre Ausprägung abgeschwächt werden.

Daß die Patientenschulung auch unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten positiv zu beurteilen ist, konnte nach Angaben des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in einer Studie gezeigt werden, in der nach Durchführung eines Schulungsprogrammes eine Halbierung der Verordnung von Medikamenten (Tablettenform) zur Behandlung des Diabetes mellitus nachweisbar war.

Nachdem – auch mit Unterstützung der Bundesregierung – eine Reihe von Patientenschulungsprogrammen entwickelt und erprobt wurden, ist es seit Mitte 1991 möglich (Diabetes-Vereinbarung), ein strukturiertes Schulungsprogramm für den nicht-insulinbehandelten Typ-II-Diabetiker in der niedergelassenen Praxis durchzuführen und abzurechnen, sofern die Ärzte und ihr Praxispersonal eine entsprechende Qualifikation z. B. durch Teilnahme an speziellen Fortbildungsmaßnahmen erworben haben. Nach Angaben des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung haben bundesweit über 9 000 niedergelassene Ärzte die Ermächtigung zur Abrechnung der Patientenschulung erhalten. Dies entspricht einer Rate von 20 % aller niedergelassener Allgemeinmediziner und Internisten.

Die Bundesregierung geht angesichts der genannten Zahlen davon aus, daß mittelfristig für den Großteil der betroffenen Diabetiker wohnortnahe Schulungsangebote verfügbar sein werden.

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?

Für die unterschiedlichen Diabetesformen stehen jeweils entsprechend strukturierte Schulungsprogramme zur Verfügung. Diabetikern mit Typ I und insulinbehandelten Diabetikern mit Typ II stehen Schulungen in ca. 150 Einrichtungen (überwiegend Krankenhäuser) mit Möglichkeiten der Gruppenschulung zur Verfügung. Diese Einrichtungen vermitteln auch die notwendigen Kenntnisse über spezielle Behandlungsmethoden, z. B. intensivierte Insulintherapie, Therapie mit Insulininfusionsgeräten, und bieten auch die strukturierte Einzelschulung an.

Für die Schulung der Typ-II-Diabetiker in der Sprechstunde des niedergelassenen Arztes wurden ebenfalls Schulungskonzepte entwickelt. Bundesweit haben über 9 000 niedergelassene Ärzte die Berechtigung zur Abrechnung der Patientenschulung erhalten (siehe Antwort zu Frage 12).

Die Schulung wird in den Einrichtungen durch Schulungsteams unter Leitung von Ärzten, in den Praxen in der Regel durch Ärzte unter Mitarbeit ihrer Helfer durchgeführt.

Das Schulungsangebot für Diabetiker mit Typ-I-Diabetes ist nach den der Bundesregierung vorliegenden Informationen ausreichend. Zahlen der geschulten Diabetiker liegen der Bundesregierung nicht vor. Im Hinblick auf das Angebot zur Schulung von Patienten mit nicht insulinpflichtigem Typ-II-Diabetes wird auf die Antwort zu Frage 12 verwiesen.

Die Finanzierung der Patientenschulung erfolgt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind als Vertragspartner der Krankenkassen über die o. g. Vereinbarungen, der sich inzwischen fast alle Krankenkassen angeschlossen haben, eingebunden.

Die Ärztekammern beteiligen sich an den Fortbildungsmaßnahmen.

14. Welche Kenntnisse liegen der Bundesregierung über die unterschiedlichen inhaltlichen, strukturellen und didaktischen Konzepte von Diabetikerschulungen vor, und welchen unterschiedlichen gesundheitspolitischen Wert haben sie?

Nach Kenntnis der Bundesregierung sind von der Deutschen Diabetes Gesellschaft inhaltliche und strukturelle Anforderungen an Schulungs-Programme für Diabetiker des Typ-I- und Typ-II-Diabetes in den Jahren 1988 bzw. 1991 festgelegt worden. Insbesondere im stationären Bereich wurden in der Vergangenheit eine Vielzahl von Schulungsaktivitäten entwickelt. In den Kliniken steht dabei die strukturierte Gruppenschulung von Typ-I-Diabetikern im Vordergrund, während für Typ-II-Diabetiker eine Schu-

lung beim niedergelassenen Arzt für angemessen erachtet wird. Dafür werden nach Angaben des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung eine Reihe von unterschiedlichen Programmen eingesetzt, in denen unterschiedliche Aspekte wie räumliche Erreichbarkeit der Praxis bzw. des Schulungsortes für den Patienten, Zeitbudget des Patienten (Dauer der Schulung), Alterszusammensetzung, Anforderung an die Schulenden (Arzt, Praxispersonal), Umsetzbarkeit der Schulungsinhalte usw. berücksichtigt werden. Über die Effektivität aller Schulungsprogramme in der Bundesrepublik Deutschland liegen bislang nur teilweise Daten vor. Eine vergleichende Bewertung der unterschiedlichen Schulungsprogramme ist im Rahmen des Sicherstellungsauftrages Aufgabe der Selbstverwaltung.

15. In welcher Form werden beim kindlichen Diabetes die Eltern bzw. Familien in die Schulungsprogramme miteinbezogen?

Die Bundesregierung hat in den Jahren 1987 bis 1990 Modellprojekte zur Verbesserung der Schulung von den Diabetes mellitus erkrankten Kindern und deren Eltern oder Familienangehörigen gefördert. Nach Kenntnis der Bundesregierung werden an allen Zentren, die Kinder mit Diabetes mellitus behandeln, Eltern bzw. Familien und auch oft Freunde in die Schulungsprogramme einbezogen. Dabei werden in der Regel Schulungsabschnitte, an denen Kinder und Angehörige gemeinsam und andere Schulungsabschnitte, an denen sie getrennt teilnehmen, eingesetzt. Ein speziell auf Kinder und deren Eltern ausgerichtetes strukturiertes Schulungsprogramm liegt vor. In den Schulungen werden Folien, Poster, Anschauungstafeln, Merkblätter, Broschüren, Bücher und ggf. auch Videofilme eingesetzt. Wichtig ist auch das Üben mit Testmaterialien zur Blutglukose-Selbstkontrolle, das Spritzen von Insulin, der Umgang mit Pflegemitteln. Schulungsinhalte sind vor allem Fragen der Diät, der physischen Belastung, Insulingabe, Selbstkontrolle, des Verhaltens in besonderen Situationen, der Lebensführung und der Notwendigkeit der regelmäßigen ärztlichen Kontrollen sowie Spezialprobleme (Familie, Beruf und soziale Schwierigkeiten). Die Schulungen werden sowohl als Gruppenschulung als auch in Form von Individualberatungen durchgeführt.

16. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung gesundheitspolitisch für erforderlich, um mögliche Störungen der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern durch ihre chronische Krankheit zu vermeiden?

Die Bundesregierung hält es für erforderlich, daß von Diabetes mellitus betroffene Kinder unter ganzheitlichen Gesichtspunkten betreut werden. Dies verlangt in der Regel eine medizinische Versorgung unter Einschluß erforderlicher psychosozialer Hilfen.

Es ist in erster Linie Aufgabe der Selbstverwaltung, die Behandlung von Kindern und jugendlichen Diabetikern umfassend sicherzustellen. Dazu gehört nicht nur die Verminderung von

organischen Krankheitsfolgen, sondern auch die Überwindung krankheitsbedingter Entwicklungsstörungen. Das in der Antwort zu Frage 15 erwähnte Schulungs-Programm berücksichtigt daher insbesondere auch das psychosoziale Problemfeld des kindlichen Diabetikers. Weitere wichtige Hilfen bieten die Selbsthilfeorganisationen, wie z. B. der Bund diabetischer Kinder und Jugendlicher.

Die Bundesregierung wird weiterhin geeignete Modellprojekte im Rahmen der Maßnahmen zur besseren Versorgung von chronisch Kranken unterstützen.

17. Welchen Stellenwert haben dabei multidisziplinäre Diabetes-Teams?

Eine optimale medizinische Versorgung von Kindern mit Diabetes mellitus setzt eine enge Kooperation vieler medizinischer Teilgebiete sowie eine enge Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors voraus. Deshalb wird multidisziplinären Diabetes-Teams ein hoher Stellenwert eingeräumt. Die Bundesregierung wird in den Jahren 1993 bis 1995 an vier Kinderkliniken modellhaft EDV-gestützte Verfahren zur besseren Versorgung von Kindern mit Diabetes fördern. Ziel ist es zunächst, ein Datensystem zur Erfassung und Integration der durch verschiedene Institutionen (ambulante und stationäre) bzw. Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen (Kinderärzte, Allgemeinärzte, Internisten, Augenärzte u. a.) erhobenen Befunde zu entwickeln. Es soll insbesondere den Hausärzten bei der interdisziplinären Befundbewertung und der Aufstellung eines optimalen Therapieplanes Hilfestellung geben.

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?

Der diabetologische Bereich wird in der Approbationsordnung für Ärzte angesprochen und in der ärztlichen Ausbildung entsprechend berücksichtigt (z. B. bei den Grundlagen des Stoffwechsels, der Regelung von Stoffwechselvorgängen, der Diätetik, den Krankheiten des Stoffwechsels und den Herz-Kreislaferkrankungen). Dies gilt grundsätzlich auch für die Ärzte, die in der ehemaligen DDR ausgebildet wurden, allerdings nur mit dem sich aus der Beantwortung der Frage 20 ergebenden Einschränkungen. Abhilfe wird insoweit durch die dort genannten Maßnahmen geschaffen.

In der Fortbildung der Ärzte wird der Diabetes ausreichend berücksichtigt u. a. durch Fortbildungsangebote von Diabetologen und Kinderärzten der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Speziell für Ärzte der neuen Länder wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Fortbildungsveranstaltungen angeboten, die den Diabetes mellitus zum Gegenstand hatten.

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?

Die Versorgung von Diabetikern im Rahmen von Diabetes-Schwerpunktpraxen ist eine mögliche Form der Ausgestaltung des Sicherstellungsauftrages für die ambulante Versorgung, der den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt. Diese Ausgestaltung erfolgt in Verträgen mit den Landesverbänden der Krankenkassen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) vertreten die Auffassung, daß bei den diabetologischen Schwerpunktpraxen Schwierigkeiten bei der Definition dieser Praxen bestehen, da es in den alten Ländern die Zusatzbezeichnung Diabetologie nicht gibt und sie in den neuen Ländern nicht mehr vergeben wird, und sich damit die Qualifikation zur Führung einer diabetologischen Schwerpunktpraxis nicht über die Weiterbildung definieren läßt. Die Bedeutung der Schwerpunktpraxen für die gesamte Versorgung der Diabetiker ließe sich mangels einheitlicher Definition der Schwerpunktpraxen nicht feststellen. Sofern es im Interesse der Sicherstellung notwendig ist, können spezialisierte Krankenhausärzte durch persönliche Ermächtigung oder Spezialambulanzen an Krankenhäusern auf dem Weg der Institutsermächtigung an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen. Populationsbezogene Daten darüber, wie viele Typ-I-Diabetiker in spezialisierten Ambulanzen betreut werden, liegen nach Angaben des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung nicht vor. Insgesamt sieht die KBV in einer „Schwerpunktbehandlung“ im Sinne des Sächsischen Modells (siehe Antwort zu Frage 21) gegenüber den ohnehin möglichen Kooperationsformen in der kassenärztlichen Versorgung kaum einen Gewinn für die Patientenbetreuung, da die Behandlung des meist älteren, an mehreren Krankheiten leidenden Patienten, eine klassische hausärztliche Aufgabe ist. Darüber hinaus sind nach Meinung der KBV Einzelaspekte der Vereinbarung als Lösungsmodelle diskussionswürdig.

Der Bundesregierung liegen keine darüber hinausgehenden Bewertungen vor.

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?

Die Versorgung von Diabetikern war in der ehemaligen DDR in speziellen Diabetes-Dispensaires konzentriert. Hierdurch hatten außerhalb dieser Dispensaires tätige Ärzte kaum Berührung mit diabetologischen Problemen, so daß sie als niedergelassene Ärzte nicht unmittelbar auf entsprechende Erfahrungen zurückgreifen konnten. Die Bundesregierung hat deshalb in den Jahren 1991

und 1992 über 150 000 DM für die Schulung von niedergelassenen Ärzten in den neuen Ländern zur Verfügung gestellt. Die Schulung hat bis Ende 1992 in 40 Veranstaltungen über 1 000 Teilnehmer erreicht.

Es ist darüber hinaus beabsichtigt, im Rahmen des Modellprogrammes zur besseren Versorgung von chronisch Kranken Fachgespräche mit Diabetologen, Allgemeinmedizinern, Betroffenen u. a. zu führen, um auf der Basis der Ergebnisse der bisherigen Förderung von Modellvorhaben zur besseren Versorgung von Diabetikern den künftigen Förderbedarf festzulegen und darauf aufbauend innovative Modellvorhaben in die Förderung einzubeziehen. Dabei sollen auch Vorhaben berücksichtigt werden, die die Probleme im Bereich der Umstrukturierung der Diabetikerversorgung in den neuen Ländern aufgreifen.

Im Hinblick auf das Dispensaire-System ist im Gesundheitsstrukturgesetz geregelt, daß spezifische Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag (z. B. in der Diabetologie) in den neuen Ländern, die am 1. Oktober 1992 bestanden, kraft Gesetzes weiterhin ohne zeitliche Begrenzung zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung des Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind.

Die neuen Länder haben sich intensiv mit dem Problem der Umstrukturierung der Diabetikerversorgung beschäftigt. In diesem Zusammenhang wurde eine Reihe von unterschiedlichen Maßnahmen ergriffen, wie z. B. die Unterstützung von Schwerpunktpraxen und der ärztlichen Fortbildung sowie die Organisation eines Erfahrungsaustausches insbesondere mit Experten aus den alten Ländern und der Aufbau von Selbsthilfegruppen.

Nach Mitteilung des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung liegen keine objektiven Daten darüber vor, ob die Schließung der Dispensaires zu einer Veränderung der Versorgungsqualität geführt hat.

Der Bundesregierung liegen keine darüber hinausgehenden Bewertungen vor.

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

Das Sächsische Betreuungsmodell verfolgt das Ziel, leistungsfähige kooperative Betreuungsstrukturen in der Versorgung von Diabetikern aufzubauen. Es basiert als Modellversuch auf einer Vereinbarung der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung im Freistaat Sachsen und wird wissenschaftlich begleitet.

Aus der Sicht der Bundesregierung ist dieses Modellvorhaben eine mögliche Form der Ausgestaltung des Sicherstellungsauftrages. Eine Bewertung des Sächsischen Betreuungsmodells obliegt zunächst den Vertragspartnern der dem Modellversuch zugrundeliegenden Vereinbarung. In diesem Zusammenhang sind die Er-

gebnisse der laufenden wissenschaftlichen Begleituntersuchung von besonderer Bedeutung.

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?

Nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hängt die Höhe der Vergütung auch bei der Beratung diabeteskranker Menschen von Art und Umfang der jeweiligen Beratungsleistungen ab. Gemessen am zeitlichen Aufwand und den jeweiligen Kosten ist insoweit aber ein Ungleichgewicht der Vergütungen zugunsten labormedizinischer Untersuchungen festzustellen. Bei der anstehenden Novellierung der GOÄ sind deshalb insbesondere auch Korrekturen in der Gebührenstruktur zugunsten zuwendungsintensiver Beratungsleistungen geplant. Die Bundesregierung geht davon aus, daß davon auch positive Auswirkungen auf die ärztliche Beratung diabeteskranker Menschen ausgehen.

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?

Grundsätzlich stellt die Behandlung der Diabetiker mit Humaninsulin gegenüber der Behandlung mit tierischem Insulin einen Fortschritt dar. Die Umstellung in der Insulinbehandlung von tierischem Insulin auf Humaninsulin ist ein weltweit in den entwickelten Ländern zu beobachtender Prozeß. Für die Betroffenen bedeutet die Umstellung auf ein anderes Insulin eine Neueinstellung, die es erfordert, die präparat-spezifischen Wirkungsabläufe und Nebenwirkungen des neu eingesetzten Insulins zu erlernen. Medizinisch ist eine Umstellung nur in den Fällen indiziert, in denen mit der bisherigen Behandlung der gewünschte Therapieerfolg nicht erzielt werden konnte und durch Wechsel des Insulins ein besseres Behandlungsergebnis zu erwarten ist. Hierfür dürfen Kostenerwägungen keine Rolle spielen. Die Umstellung des Insulin-Angebotes auf dem Markt der neuen Länder hat dazu geführt, daß einige Insuline nicht mehr erhältlich sind und daß die auf diese Präparate eingestellten Diabetiker umgestellt werden mußten. Hierfür gelten die oben genannten Indikationen.

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?

Nach Kenntnis der Bundesregierung hat das Bundesgesundheitsamt in seinem Stufenplanverfahren zu Humaninsulin-haltigen

Arzneimitteln, welches mit Bescheid vom 26. Juli 1988 abgeschlossen wurde, dafür Sorge getragen, daß in Packungsbeilage und Fachinformation ausführlich auf die spezifischen Symptome von Unterzuckerungen, wenn sie bei der Anwendung humaner Insuline auftreten, hingewiesen wird. Maßstab war hier der begründete Verdacht dafür, daß diese den Anwendern bekannt sein müssen, damit die Anwendung von Humaninsulinen in medizinisch vertretbarer Weise empfohlen werden kann. Als Maßnahme, die dazu beitragen sollte, ungerechtfertigten und potentiell risikobehafteten Umstellungen von tierischen Insulinen auf Humaninsuline entgegenzuwirken, wurde u. a. angeordnet, daß im Abschnitt „Nebenwirkungen“ der Gebrauchs- und Fachinformationen zu Humaninsulinen der Passus aufzunehmen sei:

„Auch nach einem Wechsel von tierischem auf menschliches Insulin sind schwere Unterzuckerungen vorgekommen, die die Patienten nicht deutlich genug herannahen gefühlt haben. Daher muß jede Umstellung auf Humaninsulin medizinisch begründet sein!“

Bei voller Beachtung der Anwendungsempfehlungen kann angenommen werden, daß nur medizinisch erforderliche Umstellungen erfolgen und daß die gebotenen Sicherheitsmaßnahmen berücksichtigt werden. Das Ausmaß, in dem sich die Ärzte nach solchen Angaben richten, unterliegt nicht der Kontrolle durch das Bundesgesundheitsamt. Konkrete Anhaltspunkte dafür, daß weitergehende Maßnahmen erforderlich sind, liegen der Bundesregierung derzeit nicht vor.

