



## **Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung**

Abgeordnete Dagmar Zoschke (DIE LINKE)

### **Hilfe und Selbsthilfe im Umgang mit Diabetes in Sachsen-Anhalt**

Kleine Anfrage - KA 7/642

#### **Vorbemerkung des Fragestellenden:**

Diabetes mellitus gehört zu den schwerwiegendsten und häufigsten Volkskrankheiten. Der Grad der gesundheitlichen Auswirkungen und die Frage nach sehr erheblichen Folgeerkrankungen innerhalb der verschiedenen Diabetes-Typen (wie z. B. Erblindung oder Nierenversagen) ist von der Qualität der Behandlung sowie der Beratungs- und Unterstützungshilfen abhängig.

#### **Antwort der Landesregierung erstellt vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration**

- 1. Wie hat sich die Anzahl der Diabeteserkrankungen in Sachsen-Anhalt innerhalb der letzten 10 Jahre entwickelt? Bitte in Jahresscheiben und getrennt nach Alter, Diabetes-Typen, Geschlecht sowie Landkreisen und kreisfreien Städten darstellen.**

Bei den Diabeteserkrankungen E10 bis E14 ist E11 (nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]) die zahlenmäßig herausragende Gruppe. Die Diagnosedaten der Krankenhäuser infolge von Typ-2-Diabetes zeigen für Sachsen-Anhalt im Vergleich zu Deutschland wesentlich höhere altersstandardisierte Raten bei Frauen und Männern. In den Jahren 2006 bis 2012 sind die Werte gesunken; seitdem zeigen sie einen stabilen Verlauf. Am stärksten betroffen sind Männer und Frauen im Alter von 65 Jahren oder älter (im Vergleich mit Deutschland wie oben bei allen Altersgruppen). Die Krankheitshäufigkeit stagniert seit 2012 auf einem deutlich höheren Niveau als im Bundesdurchschnitt.

Eine Zuordnung der Daten nach Landkreisen und kreisfreien Städten liegt nicht vor.

(Ausgegeben am 18.04.2017)

Tabelle 1 - E10 Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]

Geschlecht	Alter	Jahr	Fälle		Fälle je 100.000 Einwohner 1)		Fälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert)2)	
			Deutschland	LSA	Dtl	LSA	Dtl	LSA
Beide Geschlechter	Alle Altersgruppen	2006	34.454	1.168	42	48	46	55
		2007	34.889	1.120	42	46	47	54
		2008	34.592	1.096	42	46	47	56
		2009	34.786	1.045	42	44	48	54
		2010	36.172	1.136	44	48	50	61
		2011	37.270	1.094	46	48	53	62
		2012	38.148	1.115	47	49	54	63
		2013	38.942	1.127	48	50	55	66
		2014	39.410	1.217	49	54	56	69
	2015	39.901	1.100	49	49	56	63	
	Unter 65 Jahre	2006	30.676	1.038	46	54	48	59
		2007	31.179	1.002	47	53	50	58
		2008	30.966	998	47	54	50	61
		2009	31.298	926	48	51	51	58
		2010	32.558	1.013	50	57	54	66
		2011	33.604	982	53	57	56	67
		2012	34.401	998	54	58	58	69
		2013	35.098	1.015	55	60	59	71
		2014	35.263	1.101	55	65	60	75
	2015	35.786	970	55	58	60	68	
	65 Jahre und älter	2006	3.778	130	23	24	24	24
		2007	3.710	118	23	21	23	22
		2008	3.626	98	22	17	22	18
		2009	3.488	119	21	21	21	21
		2010	3.614	123	21	22	22	21
		2011	3.666	112	22	20	23	20
		2012	3.747	117	22	21	23	20
2013		3.844	112	23	20	23	22	
2014		4.147	116	24	21	25	23	
2015	4.115	130	24	23	25	24		
Männlich	Alle Altersgruppen	2006	18.542	640	46	53	48	59
		2007	18.944	622	47	52	50	58
		2008	18.790	608	47	52	50	59
		2009	18.820	553	47	48	51	56
		2010	19.499	621	49	54	53	63
		2011	19.959	580	51	52	56	63
		2012	20.713	594	53	54	58	64
		2013	20.813	603	53	55	58	68
		2014	21.028	659	53	60	59	70
	2015	21.429	610	53	55	59	66	
	Unter 65 Jahre	2006	16.723	581	50	59	51	62
		2007	17.241	572	52	59	53	63
		2008	17.037	562	51	59	53	64

		2009	17.153	500	52	54	54	60	
		2010	17.747	558	54	61	56	68	
		2011	18.208	530	57	60	60	68	
		2012	18.941	548	59	62	62	70	
		2013	19.002	546	59	63	62	74	
		2014	19.061	605	59	70	62	76	
		2015	19.485	542	60	63	63	70	
		65 Jahre und älter	2006	1.819	59	27	27	27	28
			2007	1.703	50	25	22	25	22
			2008	1.753	46	25	20	25	20
			2009	1.667	53	23	23	23	22
			2010	1.752	63	24	27	24	26
			2011	1.751	50	25	22	25	21
			2012	1.772	46	25	20	25	20
			2013	1.811	57	25	25	25	26
			2014	1.967	54	27	23	27	24
		2015	1.944	68	26	29	26	30	
		Alle Altersgruppen	2006	15.912	528	38	42	43	52
2007	15.943		498	38	40	43	49		
2008	15.802		488	38	40	44	53		
2009	15.966		492	38	41	45	51		
2010	16.673		515	40	43	47	58		
2011	17.311		514	42	44	50	60		
2012	17.434		521	42	45	50	62		
2013	18.129		524	44	46	53	64		
2014	18.382		558	45	49	53	68		
2015	18.472	490	44	43	54	60			
Unter 65 Jahre	2006	13.953	457	43	49	45	56		
	2007	13.936	430	43	47	46	52		
	2008	13.929	436	43	49	47	57		
	2009	14.145	426	44	49	48	55		
	2010	14.811	455	46	53	51	63		
	2011	15.396	452	49	54	53	65		
	2012	15.459	450	49	54	54	68		
	2013	16.096	469	51	57	57	69		
	2014	16.202	496	51	61	57	73		
2015	16.301	428	51	53	57	65			
65 Jahre und älter	2006	1.959	71	21	22	21	23		
	2007	2.007	68	21	21	22	20		
	2008	1.873	52	19	16	20	16		
	2009	1.821	66	19	20	19	21		
	2010	1.862	60	19	18	20	18		
	2011	1.915	62	20	19	21	20		
	2012	1.975	71	21	22	21	19		
	2013	2.033	55	21	17	22	18		
	2014	2.180	62	23	19	23	22		
2015	2.171	62	22	19	23	19			

Quelle(n): Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt

Tabelle 2 - E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]

Geschlecht	Alter	Jahr	Fälle		Fälle je 100.000 Einwohner 1)		Fälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert) 2)	
			Deutschland	LSA	Dtl	LSA	Dtl	LSA
Beide Geschlechter	Alle Altersgruppen	2006	170.518	8.731	207	356	138	215
		2007	174.047	8.593	212	354	138	208
		2008	176.279	8.823	215	368	137	211
		2009	170.933	8.711	209	368	132	206
		2010	171.902	8.343	210	356	131	198
		2011	171.761	7.814	214	342	131	184
		2012	169.978	7.226	211	319	128	170
		2013	168.570	7.193	209	319	126	168
		2014	166.709	7.216	206	322	123	169
	2015	164.316	7.275	201	325	120	169	
	Unter 65 Jahre	2006	50.470	2.617	76	137	66	105
		2007	49.832	2.431	76	130	65	99
		2008	50.363	2.515	77	137	65	103
		2009	49.845	2.497	77	139	64	102
		2010	50.852	2.561	78	144	64	103
		2011	51.709	2.357	81	136	64	94
		2012	52.344	2.232	82	130	64	88
		2013	52.477	2.276	82	134	63	89
		2014	52.491	2.315	82	138	63	90
	2015	51.854	2.286	80	136	61	89	
	65 Jahre und älter	2006	120.048	6.114	747	1.127	721	1.109
		2007	124.215	6.162	757	1.112	729	1.090
		2008	125.916	6.308	757	1.123	723	1.091
		2009	121.088	6.214	720	1.095	683	1.051
		2010	121.050	5.782	718	1.018	672	964
		2011	120.052	5.457	724	979	669	916
		2012	117.634	4.994	706	900	647	831
2013		116.093	4.917	692	886	632	809	
2014		114.218	4.901	673	881	614	804	
2015	112.462	4.989	654	888	593	809		
Männlich	Alle Altersgruppen	2006	86.646	4.213	215	351	166	253
		2007	89.103	4.093	221	345	167	243
		2008	92.596	4.336	230	370	170	253
		2009	91.892	4.372	229	377	165	251
		2010	93.437	4.283	233	373	165	245
		2011	94.283	4.097	241	367	168	231
		2012	94.337	3.866	240	349	165	216
		2013	95.369	3.959	242	359	164	220
		2014	95.388	3.920	240	357	162	219
	2015	95.129	4.102	237	372	158	222	
	Unter 65 Jahre	2006	33.141	1.742	99	177	86	140
		2007	32.856	1.622	98	168	85	132
		2008	33.848	1.672	102	177	87	137
		2009	33.507	1.689	102	182	86	138
		2010	34.287	1.737	104	190	86	140
		2011	34.766	1.579	108	178	87	126
		2012	35.279	1.531	110	174	87	120
		2013	35.503	1.589	110	182	86	123
		2014	35.729	1.631	110	188	85	127
	2015	35.280	1.599	108	185	84	124	
	65 Jahre und älter	2006	53.505	2.471	801	1.142	808	1.165
2007		56.247	2.471	818	1.107	823	1.144	
2008		58.748	2.664	838	1.168	837	1.194	

		2009	58.385	2.683	818	1.156	810	1.167		
		2010	59.150	2.546	822	1.091	805	1.094		
		2011	59.517	2.518	844	1.097	820	1.078		
		2012	59.058	2.335	830	1.018	798	993		
		2013	59.866	2.370	831	1.030	797	1.002		
		2014	59.659	2.289	815	988	779	965		
		2015	59.849	2.503	804	1.065	764	1.022		
		Weiblich	Alle Altersgruppen	2006	83.869	4.518	199	360	111	176
				2007	84.943	4.500	202	363	110	172
				2008	83.682	4.487	200	366	106	171
2009	79.041			4.339	189	359	100	163		
2010	78.465			4.060	188	339	98	153		
2011	77.478			3.717	189	318	97	141		
2012	75.641			3.360	184	290	94	128		
2013	73.201			3.234	178	281	91	121		
2014	71.321			3.296	173	288	88	122		
2015	69.187			3.173	167	279	85	119		
	Unter 65 Jahre	2006	17.327	875	53	94	45	70		
		2007	16.975	809	52	89	44	66		
		2008	16.515	843	51	95	43	69		
		2009	16.338	808	51	93	42	66		
		2010	16.565	824	52	96	42	67		
		2011	16.943	778	54	92	42	63		
		2012	17.065	701	54	84	42	56		
		2013	16.974	687	54	83	41	54		
		2014	16.762	684	53	84	40	54		
		2015	16.574	687	52	85	39	55		
	65 Jahre und älter	2006	66.542	3.643	708	1.117	639	1.035		
		2007	67.968	3.691	713	1.115	642	1.031		
		2008	67.167	3.644	699	1.092	621	998		
		2009	62.703	3.531	648	1.052	574	951		
		2010	61.900	3.236	640	967	556	850		
		2011	60.535	2.939	635	896	545	774		
		2012	58.576	2.659	614	816	521	703		
		2013	56.227	2.547	587	784	495	658		
		2014	54.559	2.612	565	804	477	672		
		2015	52.613	2.486	540	761	452	640		

Quelle(n):

Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt

1) Bei der Angabe „Fälle je 100.000 Einwohner“ werden die registrierten Fälle in einer bestimmten Region einheitlich auf 100.000 Einwohner berechnet. Die Angabe besagt, wie viele Fälle es wären, wenn in der Region genau 100.000 Einwohner leben würden. Damit ist ein Vergleich zwischen unterschiedlich bevölkerungsstarken Regionen möglich. Die jeweilige Altersstruktur der Bevölkerung ist dabei allerdings noch nicht berücksichtigt. In der Regel ist daher auch eine Altersstandardisierung notwendig, da das Alter bei fast allen Gesundheitsproblemen eine Rolle spielt.

2) Bei der Altersstandardisierung werden die erfassten Erkrankungs- oder Sterberaten auf eine (fiktive) Vergleichsbevölkerung mit definierter Altersstruktur umgerechnet. Nach einer Altersstandardisierung können Daten unterschiedlicher Jahre oder Regionen miteinander verglichen werden, ohne dass es zu Verzerrungen aufgrund differierender Altersstrukturen kommt. Es ist zu beachten, dass altersstandardisierte Zahlen keine realen im Sinne von tatsächlich beobachtbaren Fällen darstellen. Sie beschreiben vielmehr, wie die Mortalitäts- oder Morbiditätsraten in der betrachteten Bevölkerung wären, wenn die Bezugsbevölkerung der Standardbevölkerung entspräche und somit altersstrukturbedingte Effekte keine Rolle spielten.

**2. Welche Betreuungs- und Unterstützungsangebote stehen den Diabetes-Patient/inn/en in Sachsen-Anhalt zur Verfügung? Bitte getrennt nach Landkreisen und kreisfreien Städten darstellen.**

Der Landesregierung sind keine Betreuungs- und Unterstützungsangebote bekannt. Zur Möglichkeit der Betreuung und Unterstützung durch Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen wird auf die Ausführungen zu den Fragen 4 und 5 verwiesen (s. u.).

**3. Welche Rolle nimmt Diabetes in der gesundheitspolitischen Prävention in Sachsen-Anhalt ein? Welche Maßnahmen plant die Landesregierung zum Ausbau dieser Präventionsarbeit?**

Die wesentlichen Risikofaktoren, die bei der Entwicklung von Diabetes eine Rolle spielen, sind Bewegungsmangel und Übergewicht. Diese Faktoren sind lebensstilbedingt - und das bedeutet, sie sind beeinflussbar. In Sachsen-Anhalt sind deutlich mehr Menschen vom Typ-2-Diabetes betroffen als im Bundesdurchschnitt. Die jüngsten Auswertungen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) zum Thema „Ungesunde Lebensstile und gesundheitliche Risikofaktoren in Sachsen-Anhalt“ haben das untermauert. Die häufigste Form von Diabetes ist der sogenannte Typ 2. Um ihn handelt es sich bei ungefähr 90 Prozent aller Erkrankungen. Aber auch vom Typ-1-Diabetes sind in Sachsen-Anhalt mehr Menschen betroffen als im Bundesdurchschnitt.

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS-Studie) des Robert-Koch-Instituts zeigt, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus seltener sportlich aktiv sind als Gleichaltrige aus höheren sozialen Schichten - sich gleichzeitig aber ungesünder ernähren. Sie konsumieren deutlich häufiger Fast-Food und zuckerreiche Getränke und Lebensmittel. Im Mittelpunkt der aktuellen Gesundheitspolitik Sachsen-Anhalts stehen deshalb auch die Umsetzung und Weiterentwicklung besonders der beiden Gesundheitsziele zum gesunden Bewegungs- sowie Ernährungsverhalten. So werden bereits seit 2009 über die Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung flächendeckend Caterer, Schulträger und die Akteure in den Schulen dabei unterstützt, den Qualitätsstandard der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) umzusetzen. Zahlreiche Träger beteiligen sich mit Modellprojekten am Gesundheitszieleprozess. Dennoch besteht nach wie vor erheblicher Bedarf, die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken.

Diabetes gehört zu den großen Volkskrankheiten, bei denen bekannt ist, dass sich Prävention lohnt. Durch die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Landesebene werden künftig auch diejenigen Menschen besser erreicht, die sich nicht aus eigener Kraft um ihre Gesundheit kümmern können. Für die Landesregierung sind daher die Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, wie Kita, Schule, Unternehmen und Wohnumfeld, von besonderer Bedeutung, weil sie die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen der Menschen berücksichtigen.

#### **4. Welche Kenntnisse liegen der Landesregierung hinsichtlich der Situation und Rahmenbedingungen für die Arbeit der Diabetes-Selbsthilfegruppen in Sachsen-Anhalt vor?**

Die Landesregierung verfügt über keine detaillierten Kenntnisse zu Selbsthilfegruppen bezüglich einzelner Krankheitsbilder und damit auch nicht hinsichtlich der Situation und Rahmenbedingungen für die Arbeit der Diabetes-Selbsthilfegruppen in Sachsen-Anhalt. In der Regel bestimmen Selbsthilfegruppen ihre Struktur, Arbeitsweise und Angebote für die Mitglieder eigenverantwortlich. Unterstützung hinsichtlich Austausch und Zusammenarbeit mit anderen Selbsthilfegruppen, vorhandener Fördermöglichkeiten inklusive Hilfe bei der Fördermittelantragstellung, Beratung bei der Öffentlichkeitsarbeit und Durchführung von Veranstaltungen erhalten Selbsthilfegruppen bei den im Land Sachsen-Anhalt vorhandenen 14 Selbsthilfekontaktstellen. Übersichten und Kontaktdaten von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen sind unter [www.nakos.de](http://www.nakos.de) (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) und [www.selbsthilfekontaktstellen-lsa.de/](http://www.selbsthilfekontaktstellen-lsa.de/) (Arbeitskreis Selbsthilfekontaktstellen Land Sachsen-Anhalt) verfügbar. Diabetes-Selbsthilfegruppen werden in Sachsen-Anhalt durch einen landesweit tätigen Verband unterstützt (Deutscher Diabetiker Bund, Landesverband Sachsen-Anhalt e. V.). Darüber hinaus kann sich der Landesverband mit bundesweit agierenden Diabetes-Selbsthilfeorganisationen fachlich austauschen, wie z. B. dem Deutschen Diabetiker Bund, Bundesverband e. V., und dem Deutsche Diabetes-Hilfe - Menschen mit Diabetes - Bundesverband e. V.

Nach Einschätzung der Landesregierung sind in Sachsen-Anhalt die Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Selbsthilfe (14 Selbsthilfekontaktstellen, 30 Selbsthilfelandesverbände und ca. 850 Selbsthilfegruppen) grundsätzlich gut. Die Selbsthilfeförderung gemäß § 20h SGB V ist eine gesetzliche Aufgabe der Krankenkassen und ihrer Verbände. Mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes wurde die Arbeit von Selbsthilfegruppen, -landesverbänden und -kontaktstellen nochmals gestärkt. Seit dem Jahr 2016 sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, je Versicherten 1,05 € für die gesundheitliche Selbsthilfe zur Verfügung zu stellen. Dabei werden die Fördermittel zum einen krankenkassenübergreifend als pauschale Gemeinschaftsförderung ausgereicht; zum anderen erfolgt eine kassenindividuelle Fördermittelvergabe, die vorrangig für die Durchführung von Projekten bestimmt ist. In Sachsen-Anhalt werden die Fördermittel krankenkassenübergreifend durch die Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfeförderung der GKV zugeteilt (Federführung der Arbeitsgemeinschaft im Jahr 2017 liegt bei der Knappschaft Bahn See). Die kassenindividuelle Förderung erfolgt in eigener Verantwortung der einzelnen Krankenkassen und mit eigener Schwerpunktsetzung. Grundlage hinsichtlich der Umsetzung der gesetzlich geregelten Selbsthilfeförderung gemäß § 20h SGB V stellt der Leitfadens zur Selbsthilfeförderung der GKV-Spitzenverbände dar, in dem die Grundsätze für die Vergabe der Fördermittel beschrieben werden. Die Anwendung des Leitfadens dient der einheitlichen Rechtsanwendung und trägt zur Erhöhung der Transparenz des Förderverfahrens bei.

**5. Plant die Landesregierung Maßnahmen zur besseren Unterstützung von Selbsthilfegruppen? In welcher Form würde dies die Diabetes-Selbsthilfegruppen betreffen?**

Nach Auffassung der Landesregierung sind die bestehenden Rahmenbedingungen für die Arbeit von Selbsthilfegruppen ausgewogen und ausreichend. Die gesetzlichen Regelungen gemäß § 20h SGB V dienen einer angemessenen finanziellen Unterstützung der einzelnen Selbsthilfegruppen. In Sachsen-Anhalt existiert ein Netz von 14 Selbsthilfekontaktstellen, die den Selbsthilfegruppen Unterstützung bei strukturellen, organisatorischen und förderrechtlichen Fragen bieten (s. auch Antwort zu Frage 4).

**6. Welche Kenntnisse liegen der Landesregierung bezüglich Selbsthilfe- und Unterstützungsangeboten sowie der Präventionsarbeit aus anderen Bundesländern vor?**

In allen Bundesländern bestehen die gleichen gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Präventionsgesetz, finanzielle Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V in Verbindung mit dem Leitfadens zur Selbsthilfeförderung der GKV-Spitzenverbände). Alle Bundesländer verfügen über ein Beratungsnetz aus Selbsthilfekontaktstellen und ein umfangreiches Angebot an Selbsthilfegruppen der verschiedensten Krankheitsbilder. Detailinformationen pro Bundesland sind unter [www.nakos.de](http://www.nakos.de) (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) eingestellt. Die Angebote der einzelnen Selbsthilfegruppen sind sehr unterschiedlich und hängen von vielen Faktoren ab, wie z. B. dem jeweiligen Krankheitsbild, der Mitgliederzusammensetzung (Betroffene oder Angehörige) oder auch den Selbsthilfeunterstützungsangeboten direkt vor Ort.