



## **Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

### **51. Sitzung (öffentlich)**

27. August 2014

Düsseldorf – Haus des Landtags

13:30 Uhr bis 15:10 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Protokoll: Heinz-Uwe Müller

### **Verhandlungspunkt:**

**Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes durch Aufklärung und Schulungen verhindern**

Antrag  
der Fraktion der FDP  
Drucksache 16/5037

### **Öffentliche Anhörung**

\* \* \*



**Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes durch Aufklärung und Schulungen verhindern**

Antrag  
der Fraktion der FDP  
Drucksache 16/5037

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Meine Damen und Herren, ich begrüße Sie – die Kolleginnen und Kollegen zum wiederholten Male – ganz herzlich. Der Ausschuss hat heute mehrere Sitzungen bzw. Anhörungen auf der Tagesordnung. Dies ist die zweite Anhörung. Einziger Tagesordnungspunkt der heutigen Sitzung ist die Anhörung zu einem Antrag der Fraktion der FDP mit der Überschrift „Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes durch Aufklärung und Schulungen verhindern“. Dieser Sachverhalt ist am 19. Februar 2014 im Plenum behandelt worden. Der Ausschuss bzw. die Obleute des Ausschusses haben die beim nordrhein-westfälischen Landtag eingehenden Petitionen – zum Teil jedenfalls – als Material übersandt bekommen. Der Sachverhalt, über den wir heute reden, ist schon im Petitionsausschuss behandelt worden. Die FDP hat ihn noch einmal in einem plenaren Antrag aufgegriffen, der heute Verhandlungsgegenstand ist.

Ich darf im Namen des Ausschusses für die übersandten Stellungnahmen danken. Es gibt einige Sachverständige, die zum ersten Mal an einer Anhörung des Ausschusses teilnehmen. Von daher darf ich das Prozedere der Anhörung erläutern: Wir verzichten auf einführende Vorträge. Sie können davon ausgehen, dass die Damen und Herren Abgeordneten Ihre Stellungnahmen gelesen haben. Von daher werden sie sich direkt mit Fragen an Sie wenden. Wir werden ein oder zwei Fragerunden – wenn es notwendig ist, auch eine dritte – durchführen. Das läuft nach folgendem Muster: In der ersten Fragerunde haben zunächst einmal alle Fraktionen die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Danach ist die Fragerunde offen. – Es ist guter Brauch, dass die antragstellende Fraktion, nämlich die Fraktion der FDP, als erste das Wort erhält. Frau Kollegin Schneider, bitte schön.

**Susanne Schneider (FDP):** Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren Sachverständige! Ganz herzlichen Dank für die von Ihnen eingesandten zahlreichen Stellungnahmen die mich teilweise persönlich wirklich berührt haben. In ihnen steht, was auf dem zur Diskussion stehenden Gebiet tagtäglich passiert.

Ich beginne mit einer Frage an Herrn Dr. Lilienthal. Gibt es durch die Schulungen positiven Einfluss auf den Versorgungsbereich? Das betrifft notärztliche Leistungen hinsichtlich der Versorgung der Kinder in Schulen und Kindergärten. Wie sind Ihre allgemeinen Erfahrungen mit den Schulungen von Lehrpersonal auf dem Gebiet der Diabetes?

Dann habe ich eine Frage an Herrn Dr. Spörkel. Die genauen Ursachen von Diabetes Typ 1 sind nicht bekannt. Das heißt, dass Prävention in diesem Bereich sehr schwierig – um nicht zu sagen: gar nicht machbar – ist. Was können wir da tun?

Bleiben häufig nur Schulungen bezüglich des richtigen Umgangs mit den an Diabetes Typ 1 erkrankten Kindern? Oder wie sehen Sie das?

**Dr. Roland Adelman (SPD):** Auch im Namen der SPD-Fraktion erst einmal ganz herzlichen Dank an alle Sachverständigen für deren Ausarbeitungen. – Ich habe mehrere Fragen. Eine geht an Herrn Dr. Lilienthal, der in der Stellungnahme von Frau Dr. Hilgard geschrieben hat, dass es eine Eingrenzung auf Diabetes-Kinder gibt. Die Frage ist, ob man das – wenn es um die Betreuung in der Schule geht – nicht allgemein auf chronisch kranke Kinder erweitern sollte.

Sie sprechen von Fachkräften – im FDP-Antrag steht, dass sie vom Land NRW sein sollen –, welche die Kinder betreuen sollen. Bitte, erläutern Sie Ihr Konzept, wer diese Schulung am besten durchführen kann. Sollten das – so habe ich es verstanden – die Amtsärzte sein? Bestehen Sie auf der Betreuung von über 20 Diabetes-Kindern pro Jahr? Es dürfte zumindest in Teilen von NRW ein wenig unrealistisch sein, dass die Amtsärzte 20 Kinder direkt in ihrem Betreuungsgebiet haben. Könnte das auch ein wenig niedriger angesetzt werden?

Gibt es in dem Bereich bereits ein Konzept, für das Qualitätsrichtlinien – zum Beispiel solche für die Fortbildung – vorhanden sind?

Dann habe ich eine Frage an Herrn Prof. Dr. Martin vom Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrum eine Frage. Ich bitte ihn, etwas zur Prävalenz der Diabetes im Schul- und Kindesalter in NRW zu sagen. Was für einen Aufwand erachten Sie für sinnvoll? Ist es, was die Schulungen anbelangt, mit zwei oder drei Wiederholungen getan?

Zum Kostenaspekt hätte ich gerne von Herrn Wagemann vom BKK-Landesverband NORDWEST gewusst, ob es schon Töpfe gibt, die für diesen Bereich zugänglich sind.

An Herrn Dr. Lawrenz vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte habe ich die Frage, ob es bereits Beispiele gibt, wo es unkompliziert bzw. gut gelaufen ist. Wenn ja: Was sind die wesentlichen Voraussetzungen dafür, dass das so gut funktioniert?

**Arif Ünal (GRÜNE):** Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte mich sehr herzlich für die Stellungnahmen bedanken. Meine Fragen gehen in erster Linie an das Evangelische Krankenhaus Bielefeld und an die Hilfe zur Selbsthilfe. Sie haben eindrucksvoll geschildert, mit welchen Problemen Kinder und Jugendliche zu kämpfen haben.

Gibt es in Bezug auf das KiBiz bzw. auf Inklusion im Kindergarten und in der Schule sowie während der Pubertät eine Verbesserung? Dabei geht es um die Übergangsphase von der Jugendmedizin zur Erwachsenenmedizin. Wir haben nämlich die Information bekommen, dass das Schulministerium mit den Ärztekammern Gespräche darüber führen will, wie man die entsprechenden Schulungen in der Schule verbessern kann und ob überhaupt eine Verbesserung sichtbar ist.

Meine zweite Frage geht an den BKK-Landesverband NORDWEST. Sie haben in Ihrer Stellungnahme kategorisch abgelehnt, die Kosten für die Schulungen zu zahlen. Nach SGB V bezahlen Sie schon bestimmte Schulungen für Betroffene bzw. ihre Bezugspersonen. Wäre es eigentlich nicht sinnvoll, auch die Schulungen in der Schule über die Krankenversicherung zu finanzieren?

Herr Dr. Lilienthal, Sie haben in Ihrem Finanzierungskonzept vorgeschlagen, die Finanzierung über die Eingliederungshilfe hinzubekommen. Das sind eigentlich einzelne, personenbezogene Finanzierungen. Wie soll das in den Schulen flächendeckend laufen?

**Claudia Middendorf (CDU):** Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch vonseiten der CDU-Fraktion erst einmal herzlichen Dank an die Sachverständigen. Wie der Herr Vorsitzende schon sagte: Es gab viele Petitionen zu diesem Thema im Petitionsausschuss. Ich freue mich, dass wir jetzt hier Sachverstand dazu haben.

Ich habe einmal eine Frage an den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Bei Kindern mit Diabetes gibt es natürlich psychische Belastungen. Die Frage ist: Welche Benachteiligungen erfahren Kinder mit Diabetes?

Die zweite Frage geht an Herrn Dr. Jorch. Dabei geht es mir um die Benachteiligung von Eltern. Wir wissen, dass gerade Eltern, die ein an Diabetes erkranktes Kind haben, in ihren Lebensumständen eingeschränkt sind. Inwieweit erfahren Väter und Mütter insbesondere bei Berufstätigkeit Benachteiligungen?

**Olaf Wegner (PIRATEN):** Die Piraten-Fraktion sagt den Sachverständigen ein ganz großes Dankeschön für ihre Stellungnahmen, die auch mich sehr beeindruckt haben. – Meine erste Frage geht an Herrn Dr. Jorch: Inwieweit können Sie sich vorstellen, dass Kinderkrankenschwestern in Schulen und Kindergärten einen Großteil der Versorgung von an Diabetes erkrankten Kindern übernehmen? Die wichtigere Frage ist eigentlich: Inwieweit wären dann die Lehrer Ihrer Meinung nach aus der Verantwortung? Müssten sie dann gar nicht mehr daran teilnehmen?

Die zweite Frage betrifft denselben Komplex: In welcher Organisationseinheit würden Sie diese Kinderkrankenschwestern am liebsten ansiedeln? Direkt unten auf der Schulebene? Auf der Kommunalebene? Auf der Kreisebene? Vielleicht sogar auf der Landesebene?

Dann habe ich noch eine Frage an Herrn Dr. Lilienthal. Sie schlagen in Ihrer Stellungnahme, die von Frau Dr. Hilgard verfasst wurde, runde Tische vor. Wie sollten diese runden Tische flächendeckend durchgeführt werden? Auf der kommunalen oder auf der Kreisebene? Beantworten Sie die Frage bitte unter Berücksichtigung der Überlegung, dass unter Umständen auf kommunaler Ebene nicht sämtliche Kompetenzen vorhanden sind.

Die Stellungnahme war sehr detailliert, auch wurden mit ihr sehr viele Ideen eingebracht. Dazu habe ich noch die Frage, ob Sie, was diese runden Tische angeht,

schon eine Gesamtkostenabschätzung vorgenommen haben. Wer soll Ihrer Meinung nach die Kosten tragen?

**Dr. Eggert Lilienthal (Oberarzt in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Ruhr-Universität Bochum)** (Stellungnahme 16/1957 von Dr. Dörte Hilgard, Herdecke): Ich komme aus Bochum und bin Oberarzt in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Ruhruniversität Bochum und seit 20 Jahren in der Kinderdiabetologie tätig. Konstatieren möchte ich, dass wir in NRW eine extrem gute medizinische Versorgung der Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 haben. Diese Versorgung wird durch Kinderdiabetologen und Diabetesberaterinnen in qualifizierten Einrichtungen bzw. Krankenhäusern vorgenommen. In diesen Einrichtungen kann eine große Zahl von Kindern – sie nimmt noch zu – medizinisch gut betreut werden.

Unser großes Problem – das ergibt sich aus den Petitionen – besteht in der Versorgung dieser Kinder in Regelschulen bzw. Regelkindergärten. Da fangen für viele Familien und Patienten die größten Probleme an, die wir durch qualifizierte Schulungen dieser Einrichtungen beheben möchten.

Die Erfahrungen aus den Diabetes-Zentren zeigen, dass durch eine qualifizierte Schulung vor Ort Ängste bzw. Berührungsängste im Verhalten gegenüber Kindern mit dieser Krankheit deutlich minimiert werden können. Die Eltern haben ein sicheres Gefühl, wenn ihre Kinder in diesen Einrichtungen beschult werden. Aber auch die Erzieher und Lehrer gewinnen viel mehr Sicherheit im Umgang mit diesen Kindern und deren Therapieformen.

Diese Schulungen müssen individualisiert stattfinden, da jedes Kind eine eigene Therapie hat. Es gibt entweder eine Spritzen- oder eine Pumpentherapie. Des Weiteren gibt es eigene Anzeichen auftretender Komplikationen. Die Schulungen werden durch qualifiziertes Personal durchgeführt. Dabei handelt es sich um Kinder- und Jugenddiabetologen sowie – das ist eine eigene Berufsgruppe, bestehend aus Krankenschwestern oder Ernährungsassistenten, die sich zusätzlich qualifiziert haben, um die Beratung von Familien oder Lehrern durchzuführen – um Diabetesberaterinnen.

Zurzeit findet das leider nur in Einzelfällen – organisiert durch Stiftungen bzw. Fördervereine – statt. Auch geschieht es in Einzelfällen, weil sich Familien engagieren, durch andere Kostenträger. Im Grunde genommen treten die Familien aber als Bittsteller auf, laufen von einer Organisation zur anderen, bis letzten Endes meistens eine Stiftung oder ein Förderverein die Schulungskosten übernimmt. Dabei handelt es sich pro Kind meistens nur um Schulungsmaßnahmen von drei bis vier Stunden vor Ort.

Wir können beobachten, dass die Kinder dann deutlich besser versorgt sind. Es treten viel weniger Blutzuckerschwankungen oder auch -entgleisungen auf. Im Grunde genommen ist eine geschulte Einrichtung nicht auf den Einsatz von Notärzten bzw. Notarztwagen angewiesen. Hier lassen sich also deutlich positive Effekte im Hinblick auf die Lebensqualität der gesamten Familie, aber auch der betreuenden Personen

verzeichnen, die im Alltag viel sicherer damit umgehen können und auch genau wissen, worauf sie überhaupt achten sollen und welche Dinge für sie in Frage kommen.

Dann wurde nach chronisch kranken Kindern im Allgemeinen gefragt, ob hier eine Ausweitung unseres Konzepts vorgesehen ist. Wir haben jetzt zunächst vorgesehen, bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes Typ 1 den Prozess in Gang zu bringen und dabei unsere Expertise einzubringen. Sicherlich ist es sinnvoll, für andere chronische Krankheiten ähnliche Modelle zu entwickeln. Wir sehen zunehmend Kinder mit chronischen Krankheiten in unseren Kinderkliniken bzw. in den Spezialambulanzen. Die Therapien werden differenzierter. Die Kinder können besser behandelt werden. Von daher kann das sicherlich auch als Modellkonzept für andere Krankheiten gelten. Ich kann das jetzt spezifisch nicht weiter ausführen; aber das ist sicherlich eine Intention, auch anderen chronisch kranken Kindern und deren Familien durch dieses Modellprojekt einen Weg zu bahnen.

Wer führt die Schulungen durch? Ich möchte darauf hinweisen, dass die von Ihnen genannten Amtsärzte diese Schulungen nicht durchführen. Das ist vielleicht ein wenig missverständlich dargestellt worden. Auch Schulärzte führen zurzeit die Schulungen nicht durch; denn die Ausbildung zum Kinderdiabetologen und zur Diabetesberaterin geschieht auf speziellen Weiterbildungswegen, die meistens von den Schulärzten so nicht durchlaufen wurden. Die Kinderdiabetologie hat sich insbesondere in den letzten 10 bis 15 Jahren extrem weiterentwickelt. Es sind neue Therapieformen – insbesondere die Insulin-Pumpentherapie – hinzugekommen. Von daher kann die entsprechende Expertise im Einzelfall nicht vorhanden sein.

Unsere Idee ist, hier aber auch eine Vernetzung der Strukturen durchzuführen. Es sind viele Strukturen vorhanden; aber die Informationen sind oft nicht da. Es wäre insofern sinnvoll, zum Beispiel über die Ärztekammern bzw. über Fortbildungsangebote Direktoren von Schulen oder auch Schulärzte als Multiplikatoren auszubilden. Das Schuljahr hat gerade angefangen. Sie können sich vielleicht – nach den von uns eingereichten Stellungnahmen – in etwa vorstellen, was gerade wieder passiert. Es häufen sich die Notfallanrufe in den Kinderdiabetologien. Trotz Vorarbeit der Familien stehen die Kinder am ersten Tag da und werden fast wieder nach Hause geschickt, weil es keiner leisten kann oder möchte. Das sind wirklich dramatische Situationen im Hinblick auf die gesamte Lebensqualität und die Versorgung dieser Familien. Deshalb muss in ganz starkem Maße in Bezug auf Ausbildung und Information gearbeitet werden, um dann zusammenkommen zu können, um qualifiziert Hilfe zu leisten.

Konzept für die Schulungen: Es gibt auch in NRW Modellprojekte, die durch qualifiziertes Personal aufsuchend in den Einrichtungen – Schulen, Kindergärten, Kindertagesstätten – ein Schulungsprogramm entwickelt und durchgeführt haben. Das hat gezeigt, dass danach bei Patienten und deren Eltern eine viel größere Zufriedenheit vorhanden war. Die Blutzuckerkontrolle konnte deutlich verbessert werden. Die Eltern konnten ihrer Berufstätigkeit nachgehen. Das hat Herr Jorch auch sehr gut ausgeführt. Dazu gibt es gute Untersuchungen, wie stark die Teilhabe der Eltern am Berufsleben durch solch eine Erkrankung der Kinder eingeschränkt ist. Hier kann si-

cherlich für alle Seiten eine deutliche Verbesserung, die auch qualitativ nachgewiesen ist, erzielt werden.

Dann wurde eine Frage zur Finanzierung bzw. zu unserem Finanzierungskonzept gestellt. Wir haben uns Gedanken gemacht, wie man eine solche Schulung, die pro Kind zirka drei bis sechs Stunden erfordert, durchführen kann. Diese Schulung betrifft die Pädagogen bzw. die Erzieher. Gegebenenfalls sollte aber auch die Klassengemeinschaft eine Stunde lang geschult werden, um zu verhindern, dass die kranken Kinder ausgegrenzt werden, dass sie gemobbt oder benachteiligt werden. Das alles sind Dinge, die aktuell im Alltag gesehen werden können: Es gibt Schwierigkeiten bei der Teilnahme an Klassenausflügen bzw. Klassenreisen. Ein Mobbing der Kinder muss durch gute Information und qualifizierte Schulung verhindert werden.

Die Schulungen – das ist unser Anspruch – werden durch ausgebildete Kinder- und Jugenddiabetologen sowie durch Diabetesberaterinnen durchgeführt, die das Curriculum der Deutschen Diabetesgesellschaft haben, um in den Einrichtungen qualifiziert schulen zu können. Es sollten – es handelt sich um eine zunehmende Krankheit – auch andere Berufsgruppen ausgebildet werden, um qualifizierte Schulungen durchführen zu können.

Zur Finanzierung können wir nur Vorschläge machen. Ich denke, da ist die Politik gefordert, zu fragen: Wer ist in der Lage? Wie ist es zugeordnet? Wo kann man diese Schulungsmaßnahmen strukturiert abrufen? Es ist genau das Problem der Familien, die jetzt darüber überhaupt nichts wissen. Sie rufen an, schreiben und suchen verschiedene Ämter auf. Niemand kann ihnen wirklich weiterhelfen. Von daher muss genau darauf gesehen werden, wer in der Lage ist, für diese Patientengruppe eine drei- bis sechsstündige Schulungsmaßnahme zu finanzieren.

Sicherlich ist ein runder Tisch anzustreben, denn wir sehen, dass es bezüglich der Information über dieses Krankheitsbild ganz viele Defizite gibt. Er ist notwendig, um überhaupt das Verständnis zu verbessern, aber auch um die verschiedenen Gruppen zusammenzuführen, um dann zu entscheiden, wer in welcher Regelfunktion das übernehmen soll. Wir haben viele gut ausgebildete und auch willige Menschen, die diesen Familien helfen möchten. Es muss die Information aber auch an genau die richtigen Orte kommen. Von daher ist es sinnvoll, in ganz NRW solche Strukturen zu schaffen, um eine Verbesserung der Versorgung dieser Familien erzielen zu können.

**Dr. Norbert Jorch (Evangelisches Krankenhaus Bielefeld gGmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin)** (Stellungnahme 16/1956): Herzlichen Dank für die Möglichkeit, heute hier zu sprechen. – Ich spreche nicht nur als Vertreter unserer Klinik – wir behandeln ungefähr 200 diabetische Kinder und Jugendliche –, sondern auch für den Qualitätszirkel Westfalen, hinter dem sich, ehrlich gesagt, auch ein Teil Niedersachsens verbirgt. Wir arbeiten über die Landesgrenzen hinaus. Auch spreche ich für die Gruppe Diabetes bzw. für unseren Elternverein. Frau Wulle ist als betroffene Mutter und als Vorsitzende des Elternvereins mit mir hierhergekommen.

Es wurde gefragt, ob es aktuell immer noch Probleme gibt. Ich würde die Fragestellung verschärfen: Sie sind größer geworden. Die Probleme, mit Diabetes in der



Schule klarzukommen, sind größer geworden. Dahinter stecken tatsächlich positive Entwicklungen. Dabei geht es nämlich um die positiven Entwicklungen in der Medizin. Als ich vor 20, 30 Jahren in dem Fach startete, war es so, dass teilweise noch Urinzucker-Messungen ausreichten, um eine Diabeteskontrolle durchzuführen. Das Resultat war allerdings auch, dass die so behandelten Patienten damit rechnen mussten, später zu erblinden oder eine verkürzte Lebenserwartung zu haben.

Heute ist es, bedingt durch die Entwicklung der Medizin, so, dass die meisten Kinder eine intensivierete Insulin-Therapie machen. Das bedeutet, dass neben der klassischen kontrollierten Nahrungsaufnahme fünf bis sieben Blutzuckermessungen pro Tag sowie vier bis fünf Insulininjektionen – sie sind jeweils einzeln dosiert – pro Tag vorgenommen werden müssen. Oder es wird eine Pumpentherapie mit ähnlich häufigen Blutzuckermessungen und einzelnen Bonusabgaben durchgeführt. Fünf bis acht Boni am Tag werden über die Pumpe abgegeben. Der Erfolg ist, dass heutzutage auch ein im Kindesalter erkranktes diabetisches Kind nicht mehr mit einer verkürzten Lebenserwartung zu rechnen hat. Es muss auch nicht mehr damit rechnen, zu erblinden. Das ist also eigentlich ein positiver medizinischer Fortschritt. Der erfordert aber leider, dass im Alltag mehr an der Krankheit gearbeitet werden muss.

Das andere Problem, welches zur Zuspitzung beigetragen hat, ist der gesellschaftliche Wandel. Es gibt die gesellschaftliche Forderung, dass alle, die arbeiten können, auch arbeiten sollen. Deshalb werden Kinder ganztägig in Einrichtungen – von der Kita bis zur Schule – untergebracht. Die ersten Diabetologen der Kinder waren früher immer die Eltern. Diese stehen jetzt aber ab Mittag nicht mehr zur Verfügung, sondern – das ist gesellschaftlich so gewollt – sie arbeiten. Somit ist das Problem der Gesunderhaltung der Kinder größer geworden. Die Petitionen wurden eingereicht, weil es immer größer wird.

Zur Frage, wie es heute mit der Benachteiligung der Eltern aussieht. Ich habe das in meiner Stellungnahme noch einmal dargestellt. Herr Lilienthal hat das gerade richtig dargestellt: Im Moment gibt es auch bei uns in der Klinik einen Run. Es gibt trotz Vorbereitung erste Hilferufe. Eine Vorbereitung wird von eigentlich von allen größeren diabetologischen Teams in Nordrhein-Westfalen angeboten. Dabei geht es um eine Schulung der zweiten Reihe. Es gibt Kurse „Fit für die Schule“. All diese Angebote gibt es. Sie alle sind allerdings leider nicht gegenfinanziert.

Trotzdem geschieht es, dass Kitas sagen: Vielleicht können sich Eltern eine andere Kita aussuchen. Oder es gibt es Hinweise, dass der Kindergarten vielleicht doch besser nur bis zum Mittag besucht wird, dass eine bestimmte Schulform nicht in Frage kommt und man sich vielleicht an den Gedanken gewöhnen müsse, das Kind in einer Körperbehindertenschule unterzubringen. Das alles geschieht im Zeichen der Inklusion. Bei Diabetes erleben wir im Moment eher die Exklusion. Das hat mit den geschilderten Hintergründen zu tun, die an sich aber positiv sind.

Bezüglich Ideen und Vorschläge verweise ich auf das Papier von Herrn Lilienthal bzw. Frau Hilgard. Darin werden, glaube ich, die richtigen Ideen beschrieben, wie man hier vorankommen kann. In unserer Stellungnahme aus Bielefeld haben wir noch einmal die Kinderkrankenschwester mit eingefügt. Sicherlich wurde mir deshalb die entsprechende Frage gestellt. – Die Einrichtung der Kinderkrankenschwester darf

nicht dazu führen, dass das Lehrpersonal bzw. das pädagogische Personal aus der Verantwortung gelassen werden; denn eine Kinderkrankenschwester kann die anstehenden Aufgaben in einer entsprechend großen Einrichtung nicht bewältigen. Sie hat aber, glaube ich, gesundheitsökonomisch eine ganz andere Bedeutung. Ich würde sie nicht nur für das diabetologisch erkrankte Kind einstellen. Als Allgemein-Pädiater, der ich auch bin, erlebe ich, dass Kosten sehr oft dadurch entstehen, dass Kinder mit Bauch- und Kopfschmerzen oder anderen Beschwerden – nachdem sie dreimal von den Lehrkräften nach Hause geschickt wurden – von den Eltern in die Kinderklinik – zur stationären Aufnahme und Abklärung – gebracht werden. Da könnte niedrigschwellige gesundheitliche Fürsorge in den Schulen Abhilfe leisten. Es gibt natürlich auch Kinder mit anderen chronischen Erkrankungen. Ich bin neben meiner Tätigkeit als leitender Diabetologe und Endokrinologe auch als Onkologe und Hämatologe tätig. Auch auf diesen Gebieten gäbe es meiner Meinung nach gute Aufgaben für die Kinderkrankenschwestern in den Schulen. Für den Bereich der Neuropädiatrie – das betrifft die ansonsten beeinträchtigten Kinder – könnte hier ebenfalls ein gutes Arbeitsfeld geschaffen werden.

Ganz wichtig ist aber, dass es einen Sinneswandel bei denjenigen gibt, die in Kindertagesstätten, in Kindergärten und Schulen tätig ist. Dieser müsste in die Richtung gehen, dass man auch ein diabetisches Kind versorgen muss, dass das nicht exklusiv ist, sondern dass auch da eine ganzheitliche Aufgabe besteht. Dafür müssen die Lehrkräfte – am besten von den Diabetesteams vor Ort – entsprechend geschult werden. Alle Diabetesteams sind in Schulen Experten, weil sie sowieso an das Schulungsgeschäft – über die Manifestationsschulung bzw. über die Wiederholungsschulungen in den verschiedenen Altersklassen – gewöhnt sind. Sie gehen auch immer nach zertifizierten Schulungsprogrammen vor. Da ist das Primat zu setzen. Die Kinderkrankenschwestern könnten hier aber absichern.

In den Schulen besteht ein großes Problem darin, dass es rechtliche Unsicherheit gibt. Das wird oft von den Lehrkräften an uns herangetragen. Da könnte ihnen eine sogenannte medizinische Fachkraft den Rücken stärken. Sie könnte für eine regelmäßige Versorgung – durch das Blutzuckermessen in den Pausen bzw. durch die Insulinabgabe – zur Verfügung stehen. Das wäre eine ganz praktische Hilfe. Das kann von den Pflegediensten – sie werden von den Kassen durchaus honoriert – häufig nicht so gut übernommen werden; denn Pflegedienste schicken je nach Dienstplan unterschiedliche Kräfte mittags in die Schulen. Diese kennen den Patienten häufig nicht individuell. Damit wird die Diabetesversorgung dann schlechter.

Insofern: Kinderkrankenschwester ja. Auf jeden Fall sollt es aber das Primat geben, dass die pädagogischen Kräfte hier nicht außeracht gelassen werden. Sie sollten in die Lage versetzt werden sich um diabetische Kinder zu kümmern. Dabei sollte es die Möglichkeit geben, hierfür Arbeitszeit anzurechnen.

Wo sollen die Kinderkrankenschwestern angesiedelt werden? Ich sehe eigentlich die Schule als Lehre fürs Leben. Insoweit wäre meiner Ansicht nach der Schulträger der Ansprechpartner für die Kinderkrankenschwester in der Schule.

**Dr. Olaf Spörkel (Nationales Diabetes-Informationszentrum am Deutschen Diabetes-Zentrum in Düsseldorf):** Ich leite das Diabetes-Informationszentrum am Deutschen Diabetes-Zentrum in Düsseldorf. Wir setzen uns gemeinsam mit der Deutschen Diabetes-Hilfe auch für die Schulung im Bereich der Kinder mit Diabetes ein.

Es wurde nach der Prävention gefragt. Im Gegensatz zum Diabetes Typ 2 ist es beim Typ 1 derzeit wirklich schwer, flächendeckend präventive Maßnahmen zu realisieren. Wie Dr. Lilienthal schon sagte: Die Information spielt eine ganz entscheidende Rolle. Das Umfeld der betroffenen Kinder muss informiert werden. Es müssen Ängste genommen werden. Das gilt einerseits für die Lehrer, andererseits aber auch für die Eltern der betroffenen Kinder. Sie sollten mehr Sicherheit haben, wenn ihre Kinder in der Schule sind. Das ist der Fall, wenn das entsprechende Know-how im Umgang mit den betroffenen Kindern vorhanden ist.

**Prof. Dr. Stephan Martin (Westdeutsches Diabetes- und Gesundheitszentrum, Düsseldorf)** (Stellungnahme 16/1919): Ich leite hier in Düsseldorf die Diabetologie im Verbund Katholischer Kliniken. Wir haben eine interdisziplinäre Betreuung. Auch dadurch wird klar, dass eine einzelne Klinik den Diabetes gar nicht selbst betreuen kann. Wir haben ein neues Modell aufgebaut. Zurzeit bin ich auch Mitglied des Sachverständigenrates des Bundesarbeitsministeriums. Vor einigen Jahren haben wir eine sehr große Revision in Bezug auf den gesamten Bereich „GdS“ (Grad der Schädigungen) durchgeführt. Dabei hat der Diabetes Typ 1, der intensiv insulinbehandelt werden muss, mehr oder weniger den GdS „50“ bekommen. Dadurch wird noch einmal aufgezeigt, was für eine Erkrankung das ist. Wenn man sich einmal andere Schwerbeschädigungen bzw. Schwerbehinderungen anschaut, erkennt man, dass der Diabetes in diese Kategorie hineingehört.

Warum ist das so? Der Diabetes betrifft das ganze Leben. Es geht nicht darum, dass man einmal Schmerzen hat, die mit einer Tablette bekämpft werden. Vielmehr beginnt der Diabetes am Morgen, und er reicht bis in die Nacht. Das ist sowohl für die Kinder als auch für die Eltern eine große Aufgabe.

Ich bin Erwachsenen-Diabetologe. Das, was die beiden Kollegen vor mir gesagt haben, unterstütze ich absolut. Es handelt sich um eine Spezialisierung. Als Erwachsenen-Diabetologe, der auf diesem Gebiet schon 20 Jahre tätig ist, lehne ich es ab, ein Kind unter 15 Jahren zu behandeln. Die Behandlung ist so spezialisiert, dass ich sage: Das kann ich nicht, das müssen die Kollegen machen.

Man kann sich das einmal in Ausnahmefällen anschauen. Ich habe eine sehr große Hochachtung vor dem, was die Kollegen machen. Ich bin in Ausnahmefällen einmal da hineingerutscht und habe erlebt, was in Schulen geschieht. Ein Kind konnte plötzlich nicht mehr am Sportunterricht teilnehmen. Ich bin Internist. Kinderärzte sind nicht ganz so aufbrausend. Wir Internisten haben da vielleicht ein anderes Gemüt. Die Chirurgen sind noch ein bisschen intensiver. Ich habe mich einmal mit einem Direktor angelegt und ihm wirklich gedroht. Es hat genutzt. Das Kind konnte dann wieder am Sportunterricht teilnehmen. Angesichts dieser Situation habe ich gesagt: Ich bin heil-

froh, dass ich das nicht jeden Tag mitmachen muss. Deswegen habe ich Hochachtung vor dem, was die Kollegen da betreiben.

Die Frage lautete: Wie häufig kommt der Diabetes vor? Der Diabetes Typ 1 betrifft ungefähr 2.000 Kinder pro Jahr. Es bringt nichts, solche Zahlen zu nennen. Vielmehr geht es darum, dass jede Schule – je nachdem, wie groß sie ist – ein Kind bis fünf Kinder mit Diabetes Typ 1 hat. Vor einigen Jahren – das habe ich hier zur Verfügung gestellt; es handelte sich aber nicht um eine klassische Stellungnahme, sondern um eine Umfrage, die wir gemacht haben – haben wir 2.900 Schüler in Düsseldorf – das waren Schüler in Hauptschulen, Realschulen und Gymnasien – gefragt: Wie entsteht der Diabetes? Was weißt du über den Diabetes? Das Wissen war einfach grotten-schlecht.

Was Diskriminierung anbelangt: Die Frage, wie der Diabetes Typ 1 entsteht, haben gerade einmal zwölf Prozent der Befragten korrekt beantwortet. Rund 50 % der Befragten haben gesagt: Die haben zu viel Zucker gegessen. Allein die Beantwortung dieser Frage zeigt, wie wenig Wissen darüber vorhanden ist. Es handelt sich um eine Autoimmunerkrankung, für die der Erkrankte überhaupt nichts kann und gegen die wir überhaupt keine therapeutischen Maßnahmen in Bezug auf Prävention haben. Da gibt es nichts. Es sind da sehr viele Sachen gemacht worden. Ich habe darüber habilitiert. Es ist also diskriminierend, wenn gesagt wird: Der hat zu viel Zucker gegessen. Ich weiß nicht, wie die Befragung bei den Lehrern ausfallen würde. Die haben wir dieser Befragung nicht unterzogen. Es ist also eine Erkrankung, die zwar selten ist, aber sehr viele Schulen betrifft. Es betrifft von 1.000 Schülern einen.

Wir brauchen großes Verständnis auch im Kreis der Lehrer. Dort sollte man dort offen sein und nicht sagen: Ich muss dem Schüler möglicherweise, wenn er im Sportunterricht unterzuckert ist, eine Gegenspritze mit Glucagon geben. Vielmehr sollte der Lehrer fragen: Wo ist das Glucagon? Zeigt uns das einmal. – Dann besteht die Möglichkeit, dass die Kinder an Klassenfahrten teilnehmen können.

Die Frage war: Bringt eine einmalige Schulung etwas? Ich glaube, dass unsere Kollegen in der Kinderdiabetologie da schon große Pionierarbeit geleistet haben. Man sollte auf diesen Arbeiten aufbauen und jetzt nicht noch einmal etwas Neues anfangen. Die Kinderdiabetologen sind in der Tat hochspezialisiert. Als Erwachsenenendibetologe wage ich überhaupt nicht, therapeutische Vorschläge für die Kinder zu machen.

Ich wünsche mir als Erwachsenenendibetologe im Rahmen des gesamten Konzeptes aber sehr, dass wir das Thema „Diabetes“ in den Schulen bearbeiten. Diese Arbeit soll sich nicht nur auf den Typ 1 Diabetes beziehen. Vielmehr ist es so, dass wir eine Epidemie haben, was den Typ 2 Diabetes angeht. Im Mittel haben ein Drittel aller Menschen, die sich bei uns im Verbund Katholischer Kliniken behandeln lassen, einen Diabetes. Das ist also eine Volkserkrankung.

Bei der Befragung, die wir damals durchgeführt haben, kam heraus, dass auch da niemand Bescheid weiß, wie die entsteht. Sie entsteht nicht, weil wir zu wenig Insulin haben, sondern der Typ 2 Diabetes – der Alters-Diabetes – ist eine Lebensstilerkrankung.

kung. Er entsteht dadurch, dass sich die Menschen nicht bewegen und falsch ernähren bzw. zu viel zu sich nehmen.

Ich glaube, dass diese Botschaft mit der anderen Botschaft kombiniert werden muss, dass es auch erkrankte Menschen gibt, bei denen die Krankheit nichts mit der Ernährung zu tun hat. Das ist, finde ich, eine tolle Sache. Es ist der Wunsch des Erwachsenenendiabetologen, die Herausforderung auf dem Gebiet der an Typ 1 Diabetes erkrankten Kinder zu nutzen. Wenn es dort einen an Diabetes Typ 1 erkrankten Schüler gibt, sollte die Schule, was ein Glück wäre, mehr Informationen bekommen. Das sollte breit aufgebaut werden. Damit wäre, glaube ich, allen geholfen. Eine einmalige Schulung – so, wie sie von den Kollegen vorgenommen wird – hilft sicherlich sehr gut. Sie sollte aber nicht von Amtsärzten oder irgendwelchen anderen Ärzten vorgenommen werden. Wir erleben es bei uns im Verbund Katholischer Kirchen, dass die Chirurgen sehr dankbar dafür sind, dass ich ein Team habe, das sich vor Ort befindet und in dem Krankenschwestern mit uns zusammen die Kranken telediabetologisch betreuen. Dann müssen sich die Chirurgen im Endeffekt nicht mit dem Diabetes auseinandersetzen.

Wir sind sehr spezialisiert. Die Spezialisierung der Medizin schreitet immer weiter fort. Wenn man nicht gerade in spezialisierten Einrichtungen arbeitet, ist das Wissen über Diabetes sehr gering. Auch bei Hausärzten – das muss ich einfach so sagen – ist das so. Das ist aber ein anderes Thema.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Herzlichen Dank. – Das Wort hat Herr Wagemann von dem BKK-Landesverband NORDWEST. Vielleicht können Sie das Thema der Anzahl der Notfallaufnahmen aufgreifen. Können Sie dem Ausschuss dazu einmal insgesamt Daten zur Verfügung stellen? Das berührt nämlich auch den Punkt der Finanzierung. All die Finanzierungsfragen sind jetzt bei Ihnen anzulanden. Können Sie dazu Erkenntnisse beitragen? – Bitte schön.

**Thomas Wagemann (BKK-Landesverband NORDWEST, Essen)** (Stellungnahme 16/1932): Sehr geehrter Herr Vorsitzende! Sehr geehrter Herr Abgeordneter! Sehr geehrte Damen und Herren! Zur ersten Frage, die Sie gerade an mich gerichtet haben: Ich kann Ihnen heute keine konkreten Daten geben. Da bin ich sozusagen kalt erwischt worden. Wir können aber versuchen, die entsprechend aufzubereiten und nachzureichen.

Die weiteren Fragen, die an mich gegangen sind, betreffen im Prinzip mehr die Kostenseite. Die erste Frage lautete: Gibt es einen entsprechenden Topf, aus dem die gesetzlichen Krankenkassen flächendeckende Schulungsmaßnahmen, die sowohl für Schülerinnen und Schüler als auch für Lehrerinnen und Lehrer an Schulen durchgeführt werden, finanzieren können? Die kurze Antwort, die ich dazu geben kann, lautet: Erst einmal grundsätzlich nein. Es gibt keinen generellen Topf oder keine generelle Rechtsgrundlage, auf deren Grundlage die Krankenkasse solche Maßnahmen finanziert könnte. Wir haben versichertenbezogene Rechtsgrundlagen. Einerseits gibt es als Rechtsgrundlage den § 43 SGB V. Da geht es um die sogenannten Patientenschulungsmaßnahmen, welche für die Betroffenen selbst – das heißt für die

an Diabetes erkrankten Kinder – und für die Eltern dieser Kinder durchgeführt werden. Die werden in der Regel im Rahmen dieser Patientenschulungsmaßnahmen geschult.

Wir haben eine weitere Rechtsgrundlage. Dabei geht es um die Versorgung über die Disease-Management-Programme nach § 137 f SGB V. Da fahren auch wir in BKK-Bereichen ein besonderes Programm: BKK MedPlus. Dort geht es nicht nur um die bessere medizinische Versorgung der Betroffenen, sondern auch konkret um die Schulung der Betroffenen und deren Eltern. Im Rahmen unseres Programmes gibt es ganz konkret auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen zugeschnittene Schulungen. Die Eltern und die Angehörigen werden dabei natürlich entsprechend eingebunden. Wichtig ist aber auch hier der versichertenbezogene Anspruch. Das heißt, dass derjenige, der versichert ist, diesen Anspruch hat. Das gleiche gilt für § 43 SGB V.

Zur Kostenübernahme von Schulungen in Schulen. Grundsätzlich sagen wir uns erst einmal: Wir sehen, dass hier in erster Linie der Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schulen betroffen ist. Damit sehen wir in erster Linie die Schulen in der Verantwortung. Auch sehen wir, bezogen auf die Finanzierung, dass in erster Linie die Finanzierung aus Steuermitteln vorgenommen werden muss. Das möchte ich aber nicht ganz so stehen lassen, denn es gibt noch den § 20 SGB V, in dem es um das Thema „Prävention und Gesundheitsförderung“ geht. In diesem Rahmen fördern wir Projekte in den sogenannten Lebenswelten, auch in Schulen. Dabei geht es auch um Bewegungsförderung und Ernährungsverhalten. In diesem Zusammenhang sind wir als BKK-Landesverband neben anderen Krankenkassen Partner des Landesprogramms „Bildung und Gesundheit“. Im Rahmen dieses Landesprogramms werden entsprechende Töpfe gefüllt, mit denen wir Projekte an Schulen fördern. Da sind wir nicht versichertenbezogen unterwegs, sondern befinden uns im Setting. Diese Leistungen lassen wir im Prinzip allen Schülerinnen und Schülern, aber auch allen Lehrerinnen und Lehrern zugutekommen.

Deshalb gebe ich einfach einmal die Anregung, dass Schulen entsprechende Anträge an das Landesprogramm „Bildung und Gesundheit“ stellen könnten. Allerdings muss ich dazu sagen, dass dieses Landesprogramm derzeit nur für 250 Schulen geöffnet ist, die offiziell ihre Mitgliedschaft zu diesem Programm erklärt haben. Wir würden uns – als gemeinsame Träger dieses Programms – freuen, wenn sich weitere Schulen auf den Weg machen und die Möglichkeit nutzen würden, auf diesem Wege Projektförderungsmittel zu erhalten.

Ich könnte mir noch einen weiteren Ansatz vorstellen, wo sich die Gesetzliche Krankenversicherung an Kosten beteiligen könnte. Das ist der Ansatz der Selbsthilfeförderung. Hierbei denke ich an den Landesverband Nordrhein-Westfalen der Deutschen Diabetes-Hilfe. Der wird auch durch die gesetzlichen Krankenkassen – kassenartenübergreifend – in Form einer Pauschalförderung immer gefördert. Wir fördern aber auch in Nordrhein-Westfalen kassenartenübergreifend zusätzlich Projekte von Landesverbänden. Ich weiß nicht, ob ein Vertreter dieses Landesverbandes heute hier ist. Zumindest habe ich das auf dem Verteiler gesehen.

Ich mache ganz einfach ich folgendes Angebot: Im Jahr 2015 läuft die neue Antragswelle der Selbsthilfeförderung. In diesem Rahmen könnte ein interessanter Projektantrag für die Zusammenarbeit mit Schulen gestellt werden, wo auch das Thema „Fortbildungsmaßnahmen“ Inhalt sein könnte.

**Gudrun John (Hilfe zur Selbsthilfe e. V., Ahlen/Dolberg)** (Stellungnahme 16/1941): Ich leite den Verein „Hilfe zur Selbsthilfe“, bin selbst Typ-1-Diabetikerin und trage die Insulinpumpe. Ich habe gelernt, eigenverantwortlich mit meiner Krankheit umgehen. Den Ausführungen von Herrn Wagemann schließe ich mich an: Es geht um das Thema „Projektförderung“ an Schulen und Kindergärten. Ich habe mit einer Klinik zusammengearbeitet. Über eine Projektförderung gab es Schulungen für die Lehrer. Ich habe versucht, auch etwas an die Mitschüler zu vermitteln. Insofern möchte ich mich auch Prof. Martin anschließen. Ich halte es für sehr wichtig, gerade auf dem Gebiet des Typ 2 Diabetes etwas zu tun. Es gibt immer mehr übergewichtige bzw. adipöse Kinder. Laut Studien ist belegt, dass gerade die Kinder an Schulen übergewichtig werden.

Ich würde mir ein kommunales Netzwerk zur Gesundheitsförderung wünschen, das heißt – dies wurde schon erwähnt – die Einrichtung eines „round table“. Meistens sind die Kommunen Träger der Schulen. Da muss – gerade in Bezug auf Kinder mit Typ 1 Diabetes – erst einmal angesetzt werden. Ich musste immer wieder feststellen, dass Eltern ihre Kinder nicht loslassen können. Von daher halte ich es für wichtig, dass auch die Eltern speziell geschult werden. Ich bin selbst betroffen und weiß deshalb, dass es sehr schwierig ist, wenn man nicht für voll genommen wird. Das gilt auch für Kinder, die eigentlich schon gelernt haben, mit ihrer Krankheit ganz gut umzugehen. Wenn die Eltern das Kind immer wieder mit Fragen wie „Was für einen Blutzuckerwert hast du?“ nerven, kommt hinterher eine Trotzreaktion. Das habe ich oft genug festgestellt. Man könnte da präventiv sehr viel machen.

Ich komme auf die Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Typ 1 Diabetes zu sprechen. Das Herz- und Diabeteszentrum Bad Oeynhausen hat früher eine eigene Station nur für Kinder mit Typ 1 Diabetes gehabt. Es wurden Freizeiten organisiert. Kinder lernten dabei, sich selbst zu managen und mit ihrer Krankheit besser umzugehen. Auch wurden Sportangebote gemacht. Davon gibt es leider gar nichts mehr. Überall fehlen die Ressourcen. Ich versuche schon seit Jahren, Freizeiten für Kinder mit Typ 1 Diabetes aufzubauen; denn ich weiß selber, wie es diesen Kindern geht. Ich habe es in einer Fachklinik für Orthopädie gelernt. Janek könnte – wenn Sie nichts dagegen haben – dazu, glaube ich, noch ein bisschen sagen.

**Janek Scholz (Hilfe zur Selbsthilfe e. V., Ahlen/Dolberg)** (Stellungnahme 16/1941): Ich bin 15 Jahre alt und Typ 1-Diabetiker. Eine Woche vor den Ferien bin ich ins Krankenhaus – nach Bochum in die Kinderklinik – gekommen. Die ersten Kommentare von Freunden, die ins Krankenhaus kamen, entsprachen den typischen Klischees, die im Allgemeinen bedient werden. Zum Beispiel wurde gefragt: Hast du zu viel Süßigkeiten gegessen?

Auch meine Oma hat Diabetes. Die kann das mit Tabletten behandeln. Da wurde gefragt: Warum kannst du das nicht? Ich habe – wie ich es auch in meiner Stellungnahme beschreibe – noch im Krankenhaus begonnen, Erklärungen zur Krankheit abzugeben. Ich dachte, dass das fürs Erste ausreichend ist.

Nach den Ferien kam ich wieder in die Schule. Ich habe ganz normal – so gehe ich halt damit um – Blutzucker gemessen und fürs Pausenbrot Insulin gespritzt. Dabei ist folgendes Problem aufgetreten: Schüler einer jüngeren Jahrgangsstufe – eine Gruppe von sechs bis acht Personen – kamen zu mir und sagten, ich solle, bitte, meiner Drogensucht woanders nachgehen.

Die Problematik besteht darin, dass in Schulen wenig aufgeklärt wird. Ich denke, dass es wichtig ist, bei solchen Schulungen die komplette Klasse zu schulen. Dabei muss ganz klar zwischen Typ 1 Diabetes und Typ 2 Diabetes differenziert werden muss. Die Unterschiede liegen darin, dass der Typ 1 Diabetes eine Autoimmunerkrankung ist. Der Typ 1-Diabetes hat teilweise etwas mit Ernährung zu tun. Wichtig ist es, präventiv dagegen vorzugehen. Es sollte nicht erst dann, wenn ein betroffenes Kind in seine Klasse kommt, aufgeklärt werden. Das sollte schon in der 4. Klasse im Rahmen der „Sachkunde“ angesprochen werden.

Man sieht, dass der Typ 2 Diabetes – dabei geht es um Adipositas bzw. Übergewicht – schon bei kleineren bzw. jüngeren Kindern immer mehr zunimmt. Es ist meiner Meinung nach wichtig, auch da zu schulen, um das einzudämmen.

**Dr. Roland Adelman (SPD):** Ich frage Herrn Lawrenz, ob er Beispiele nennen kann, wo es in der Praxis unkompliziert und optimal gelaufen ist und es keine Schwierigkeiten gab.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Herr Adelman möchte jetzt – nach der Schilderung der vielen Defizite – eine Positiv-Meldung von Ihnen bekommen.

**Dr. Burkhard Lawrenz (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., Köln)** (Stellungnahme 16/1917): Ich bin Allgemeinpädiater mit einer Praxis im ländlichen Raum, im Sauerland, und vertrete den Berufsverband der Kind- und Jugendärzte als Landesverbandsvorsitzender von Westfalen-Lippe. – Ich bin über Ihre Frage erschrocken, denn ich kann Ihnen dazu gar nichts Positives berichten. Im Gegenteil, ich muss all das, was gesagt wurde, unterstützen. Ich sehe, dass die Probleme noch viel weitgreifender und tiefgreifender sind.

Das fängt – jetzt nicht aus der speziellen Sicht des Diabetologen, sondern des Allgemeinpädiaters – schon damit an: Wenn ich in der Praxis einem Kind, das in den Kindergarten geht, ein Antibiotikum verordne, sagt mir die Mutter, dass das nicht geht. Sie fragt mich: Wer soll dem Kind das dreimal am Tag geben? Das Kind ist doch mittags im Kindergarten. – Wenn es krank ist, ist es die ersten zwei, drei Tage zu Hause. Dann wollen Mutter oder Vater aber wieder arbeiten. Das soll auch so sein. Das Kind kann auch niemanden mehr anstecken und kann wieder in den Kindergarten. Es bekommt aber sein Medikament nicht, weil die Erzieherinnen im Kin-



dergarten – bei den Lehrern ist das so ähnlich – eine sehr starke rechtliche Verunsicherung verspüren, ob sie überhaupt Medikamente geben dürfen.

Rechtlich ist es zwar so, dass jeder, der es kann, auch darf. Das heißt also: Wenn ich zu dumm bin, um fünf Milliliter Antibiotika-Saft zu geben, darf ich das nicht übernehmen. Das wäre sonst ein Übernahmeverschulden. Dafür ist aber der normale Lehrer oder Erzieher nicht zu dumm. Er kann das sehr wohl, ist aber nur völlig verunsichert, weil er meint, dass er sich damit einem Rechtsrisiko aussetzt. Das müsste schon ganz allgemein einmal beseitigt werden.

Die Entwicklung geht in Richtung Ganztagsbetreuung bzw. Ganztagschulen. Insofern müssen die Pädagogen wissen, dass, wenn sie alles richtig machen, keinem Haftungsrisiko ausgesetzt sind. Das sollte nicht nur der Fall sein bei einer Glucagon-Spritze im Notfall, sondern bei ganz alltäglichen Verrichtungen nicht nur in Bezug auf Diabetiker, sondern bei allen medizinisch zu versorgenden bzw. zu betreuenden Kindern und Jugendlichen. Es betrifft also nicht nur Diabetiker, sondern Kinder mit allen chronischen Krankheiten, zum Beispiel Asthmatiker. Da ist es immer noch so, dass die häufig nicht am Sportunterricht teilnehmen dürfen. Der Sportlehrer sagt dann: Wenn die Luftnot haben und Pause machen müssen, können sie gar nicht richtig teilnehmen. Dann sollen die ein Spray nehmen, das geht doch gar nicht.

Das alles ist nicht mehr aktuell. Asthmatiker sollen am Sportunterricht teilnehmen. Auch für Asthmatiker ist Sport gesund. Es müssen aber bestimmte Rücksichtnahmen gelten. Das gilt genauso für die diabetischen Kinder. Ich sehe da breit angelegte und sehr tiefgreifende Probleme in Bezug auf die medizinische Versorgung im Rahmen pädagogischer Ganztagsbetreuung, wenn sich da nicht grundlegend etwas ändert. Das Wichtigste dabei ist die Schulung der Pädagogen und die Schaffung von Rechtssicherheit für sie.

Zweitens wurde die Gesundheitsförderung angesprochen. In unseren Praxen sind wir dazu verdammt, das jedem einzeln zu erzählen. Wir müssen einige Hundert Mal immer wieder dasselbe sagen. Ich habe am Tag 50 bis 60 Patientenkontakte. Dabei erzähle ich 30- bis 40mal das gleiche. Es wäre ein riesiger Fortschritt für die Gesundheitsförderung, wenn Ärzte und Schulen institutionalisiert besser zusammenarbeiten können. Ehrenamtlich und aufgrund persönlicher Kontakte geschieht das schon. Dann könnten wir Klassen, Lehrer und Eltern in Gruppen schulen, was gesundes Verhalten angeht. Dann hätte man die Möglichkeit, Lifestyle-Krankheiten wie zum Beispiel den Typ 2 Diabetes viel effektiver vorzubeugen, als das in Einzelberatungen unter Zeitdruck in der Arztpraxis geschieht. – Leider kann ich nicht sehr viele positive Beispiele nennen, Herr Adelman. Ich hätte Ihnen gerne eins gegeben.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Meine Damen und Herren, das war die erste Runde. Alle Fragen wurden, glaube ich, abgearbeitet. Wir gehen in die zweite Runde. Es gibt schon mehrere Wortmeldungen. Zunächst hat der Kollege Preuß das Wort.

**Peter Preuß (CDU):** Meine beiden Fragen hat Prof. Martin eben schon beantwortet.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Wunderbar. Das ist das Beste überhaupt.

(Heiterkeit)

– Dann hat der Kollege Yüksel das Wort.

**Serdar Yüksel (SPD):** Wir haben gerade gehört, dass die Erkrankungen jährlich um ein bis zwei Prozent zunehmen. Das, was Sie, Herr Dr. Lilienthal gesagt haben, veranlasst mich zu einer Frage. Sie haben gerade ausgeführt, dass die pädiatrische Diabetologie – mit Schwerpunktpraxen und Kliniken – in Nordrhein-Westfalen eine gute Betreuung gewährleistet und dass es in dem Bereich gut läuft. Inwieweit ist dieser Bereich – ich beziehe mich auf die jährliche Zunahme um ein bis zwei Prozent pro Jahr – für die Zukunft aufgestellt? Gibt es da auch schon erkennbare Engpässe, was zum Beispiel Terminvergaben – dabei geht es um Termine für Schulungen in Schwerpunktpraxen oder bei einem Kinderdiabetologen – angeht? Gibt es die Möglichkeit, schnell einen Termin zu bekommen? Wird das zunehmend schwieriger werden?

**Susanne Schneider (FDP):** Ich habe eine Frage an Herrn Hagemann. Sie haben sehr schöne Erläuterungen in Bezug auf Schulungen gegeben. Dabei ging es darum, wer sie bezahlen soll. Auch haben sie einige wirklich gute Projekte vorgestellt. Schulungen an den Schulen sollten im Rahmen von Projekten oder auch aus Steuermitteln bezahlt werden. Es gibt enorme Kosten für die Rettungseinsätze, die Sie dann doch wieder bezahlen müssten. Könnte das nicht verhindert werden, wenn Sie vielleicht doch die Kosten für solche Schulungen übernehmen? Wenn mich nicht alles täuscht, kostet solch ein Rettungseinsatz – wenn ein Kind hypoglykämisch ist und der Lehrer unter „112“ einen Arzt anruft – knapp 1.000 €. Wir haben jetzt gehört, dass eine Schulung relativ günstig zu haben ist. Vielleicht können Sie sich da noch andere Wege vorstellen, wie das Ganze finanziert werden kann.

Dann möchte ich noch Herrn Dr. Spörkel und Herrn Dr. Lilienthal etwas fragen. Sie haben etwas zu Schulungen über Diabetes Typ 1 und Diabetes Typ 2 gesagt. Können solche Schulungen auch einen Beitrag für eine Chancengleichheit von sozial benachteiligten Kindern leisten? Ich habe in Gesprächen an Schulen bzw. mit Medizinern gehört, dass es mit Kindern aus – ich drücke es einmal so aus – bildungsnahen Familien im Allgemeinen mit den Schulungen ganz gut läuft. Im Allgemeinen gibt es dabei auch weniger Probleme als an Schulen, wo es sehr viele Kinder mit Migrationshintergrund oder aus bildungsfernen Schichten gibt.

Können Sie beide sich vorstellen, dass es Sinn macht, wenn man an eine Schule so etwas wie ein Siegel „Diabetesfreundliche Schule“ vergeben würde? Das wäre für Eltern ein Zeichen dafür: Da kann ich mein Kind hingeben, die kennen sich damit aus. – Würde solch ein Siegel Sinn machen?

Ich habe eine weitere Frage an Dr. Spörkel und Dr. Lilienthal. Wir haben mitbekommen, dass es mit Diabeteskindern an Schulen Probleme gibt. Sind Ihnen Fälle von Kindern und Jugendlichen bekannt, wo körperliche Schäden – ein Diabetischer Fuß, Retinopathien und ähnliches – aufgrund der Tatsache auftraten, dass diese Kinder

oder ihre Eltern einfach Angst hatten, sich zu outen und zum Diabetes zu stehen? Oder ist da – wie heißt es so schön? – alles noch einmal gutgegangen?

**Claudia Middendorf (CDU):** Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich bedanke mich erst einmal ganz herzlich bei Janek Scholz. Er hat erlebt, wie seine Krankheit auf die Mitschüler wirkt. Das hat er sehr gut aufgezeigt. Darauf möchte ich eingehen.

Experten sagen: Wir sind medizinisch auf einem guten Weg, die Gesellschaft zeigt uns aber noch etwas anderes. Frau Wulle, Sie sind Mutter eines Kindes, das an Diabetes erkrankt ist. Sie sagten, dass Sie mit der Gesellschaft bzw. mit dem Umfeld zu kämpfen haben. Vielleicht können Sie aus Ihrer Sicht als Betroffene sagen, wo es Schwierigkeiten gibt. Kann man bei Tagesausflügen mitmachen? Kann man bei Freizeiten – darüber sprach gerade Frau John – mitmachen?

Frau Schneider sprach gerade an, dass es nicht nur um Nottfälle geht. Wenn ambulante Dienste in Schulen bzw. Kindergarten – so möchte ich es ausdrücken – „eindringen“, handelt es sich dabei um fremde Personen. Anhand mehrerer Petitionen auch von Behindertenwerkstätten haben wir gesehen, dass die Pädagogen Angst haben. Sie meinen, dass sie eigentlich mit einem Bein im Gefängnis stehen. Deshalb wollen sie das nicht verantworten. Deswegen fände ich es gut, wenn Sie noch einmal darauf eingehen würden. Was wünschen Sie sich von uns als Politiker? Wo können wir eingreifen? Wo können wir auch politisch noch einmal Akzente setzen und Gesetzeslagen schaffen? Können Sie dazu kurz Stellung nehmen?

**Arif Ünal (GRÜNE):** Ich habe eine Nachfrage an Herrn Wagemann. Sie haben in Bezug auf die Finanzierung § 43 SGB V erwähnt. Dabei geht es in Bezug auf Diabetes-Kranke oder anderweitig chronische kranke Personen um Leistungen an deren Angehörige oder ständige Betreuungspersonen. Nach dem Gesetzestext wären also auch Pädagogen bzw. Lehrer an den Schulen ständige Betreuungspersonen und müssten eigentlich auch finanziert werden. Oder habe ich das falsch verstanden?

Dann habe ich eine Frage an Dr. Spörkel. Es gibt beim Typ 2 Diabetes sehr viele Maßnahmen auf Bundesebene, Landesebene und kommunaler Ebene. Jeder macht irgendetwas. Wäre es eigentlich nicht sinnvoll, kommunale Netzwerke zu gründen und alle Arbeiten zu koordinieren? Ich bin seit mehreren Jahren bei der „Plattform Ernährung und Bewegung“ tätig. Sie berät bundesweit im Rahmen von Veranstaltungen an Schulen und anderen Einrichtungen über Ernährung und Bewegung. Es gibt aber sehr viele Schulen bzw. Betroffene, die das überhaupt nicht wissen. Sicher wäre es sinnvoll, die vorhandenen Strukturen bekannter zu machen und die Arbeiten besser zu vernetzen. Damit könnten Synergieeffekte geschaffen werden. Zum Beispiel spielen Selbsthilfegruppen in diesem Bereich eine sehr große Rolle. Das gilt auch für Krankenkassen, Ärzte usw. Jeder bietet eine Maßnahme an, jedoch sind die Zugänge für die Betroffenen sehr eingeschränkt bzw. unübersichtlich. Zum Beispiel könnte im Rahmen von kommunalen Gesundheitskonferenzen über Schwerpunktthemen beraten werden. Dabei könnten alle Maßnahmen koordiniert werden.

**Olaf Wegner (PIRATEN):** Meine erste Frage richte ich an Herrn Dr. Jorch und Herrn Dr. Lilienthal. Es wird immer wieder mal ausgeführt, dass es Broschüren und sonstiges Informationsmaterial – zum Teil auch im Internet – gibt. Inwieweit können Broschüren und sonstiges Informationsmaterial Schulen ersetzen? Könnte es sein, dass Broschüren unter Umständen sogar schädlich für die Aufklärung sind? Dazu würde ich gerne Ihre Einschätzung hören.

Meine zweite Frage geht an Herrn Dr. Lilienthal. Frau Dr. Hilgard erwähnt auf der letzten Seite ihrer Stellungnahme den Multiplikationseffekt. Weiterhin wird ausgeführt, dass bei jedem neuen Krankheitsfall trotzdem mit einer weiteren Schulung gerechnet werden muss. Können Sie genau darlegen, warum das der Fall ist?

Meine letzte Frage geht an Herrn Wagemann. Sie sagten vorhin, es müsse immer einen Versicherten-Bezug geben. Inwieweit rechnet es sich – da schließe ich mich Frau Schneider an – unter Umständen doch für die Krankenkassen, Schulungen durchzuführen? Des Weiteren ist die Frage, ob nicht doch bei einer individuellen Schulung in der Schule für ein Kind ein Versicherten-Bezug hergestellt werden kann, so dass die Kosten dafür von der Krankenkasse übernommen werden können.

**Dr. Eggert Lilienthal (Oberarzt in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Ruhr-Universität Bochum):** Zunächst wurde gefragt, ob die zurzeit verfügbaren Diabetes-Ambulanzen für Kinder- und Jugenddiabetologie in Nordrhein-Westfalen die ansteigende Zahl von Patienten ausreichend versorgen können. Das hängt, denke ich, ein wenig vom Raum ab. In den großen Städten gibt es große Kliniken und große Ambulanzen. In ländlichen Gebieten kann es teilweise schon zu Versorgungsproblemen kommen, so dass die Kinder von Erwachsenen-Diabetologen in Schwerpunktpraxen mitbetreut werden, was sicherlich „second best“ ist, aber nicht unser angestrebtes Ziel.

Wir versuchen natürlich, Nachwuchs im Bereich der Kinder- und Jugenddiabetologie zu generieren. Es gibt eine Weiterbildung für Kinderdiabetologie und Endokrinologie. Die ist langwierig und kann nicht an jeder Klinik durchgeführt werden, weil bestimmte Weiterbildungsinhalte gegeben sein müssen. Von daher sehen wir die Entwicklung in Bezug auf die Gewinnung des ärztlichen Nachwuchses – bei weniger Bewerbern und bei einer sehr langen Ausbildungszeit auch nach Erreichen des Facharzt-Status – kritisch. Viele der spezialisierten Ambulanzen, die an Kliniken angeschlossen sind, haben eine Zulassung auf Zeit. Sie sind nicht dauerhaft gesichert, sondern werden alle zwei Jahre neu – zum Beispiel im Sinne einer Ermächtigungsambulanz – von der KV bewilligt, so dass auch hier langfristige Planungssicherheiten nicht vorhanden sind.

Zum jetzigen Zeitpunkt sind die Ambulanzen sehr gut beschäftigt. Es gibt – das ist im pädiatrischen Bereich sehr oft zu sehen – ein sehr großes persönliches Engagement aller Beteiligten, die in solchen Diabetes-Teams zusammenarbeiten. Insoweit funktioniert das. Auf Dauer ist sicherlich fraglich, ob wir eine so hochqualifizierte Versorgung aufrechterhalten können.

Bei Schulungen für besondere Patientengruppen gibt es immer wieder besondere Schwierigkeiten. Gerade hier in NRW sehen wir einen hohen Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund, die an Typ 1 Diabetes erkranken. Teilweise liegen andere Krankheitsverständnisse vor. Wir versuchen, durch türkischsprachige oder anderssprachige Diabetesberater bzw. Ärzte, Schulungsinhalte zu vermitteln. Das gelingt zum Teil ganz gut. Türkische Mitarbeiter, soweit verfügbar, arbeiten teilweise in den Diabetes-Teams. Sicherlich besteht hier aber oft ein Problem des Zugangs zum Gesundheitssystem. Es gibt Probleme dabei, bestimmte Hilfen einzufordern oder überhaupt diese Krankheit in den Schulen oder Kindertageseinrichtungen öffentlich zu machen bzw. Informationen weiterzugeben.

Diabetische Folgeerkrankungen sehen wir zum jetzigen Zeitpunkt zum Glück relativ selten. Herr Jorch sagte bereits, dass wir uns medizinisch weiterentwickelt haben. Die Insulintherapie hat sich deutlich verbessert. Die Möglichkeiten, Blutzucker zu bestimmen, sind verfügbar. Da hat sich in den letzten 20 Jahren zum Glück etwas getan. Dennoch können wir uns darauf nicht ausruhen, denn wir sehen uns mit einem neuen Problem konfrontiert, dass nämlich immer jüngere Kinder an Typ 1 Diabetes erkranken. Vor 20 Jahren befand sich der Haupterkrankungsgipfel im Pubertätsalter.

Janek hat das sehr gut geschildert. Er ist – auch von seinem Alter her – intellektuell in der Lage, viele Dinge umzusetzen. Auch kann er sich sehr gut selbst helfen. Wir sehen jetzt aber einen zweiten Erkrankungsgipfel von Kindern im Alter zwischen zwei und sechs Jahren, die völlig andere Bedürfnisse haben. Deren Therapie muss ganz anders gesteuert werden. Sie sind natürlich als hilflos anzusehen. Sie werden auch so bezeichnet. Die sind einfach rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr auf Hilfe angewiesen. Diese Hilfe muss über den gesamten Tag hinweg geleistet werden, wo auch immer das Kind sich gerade in Betreuung befindet. Das ist eine sehr umfassende Aufgabe.

Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass es sehr positiv ist, über Hilfen nachzudenken und sich zu fragen: Wo kommt man an Gelder heran, um Präventionsprogramme aufzustellen? Bedenken Sie aber bitte: Die Familie, die ein Kind hat, welches an Typ 1 Diabetes erkrankt ist, braucht konkret Hilfe. Das Kind befindet sich vielleicht acht bis dreizehn Tage im Krankenhaus. Danach wird es entlassen. Die Familie ist gut geschult. Das Kind weiß – je nach Alter – über seine Krankheit auch einiges. Dann aber muss die ambulante Weiterbetreuung funktionieren. Das Kind soll wieder in die Schule gehen, und die Eltern sollen wieder arbeiten. Dann wird eine konkrete Möglichkeit benötigt, eine Schulungsmaßnahme abzurufen. Die muss kurzfristig ermöglicht werden. Das ist als Forderung zentral und ganz wichtig.

Broschüren und Informationsmaterial gibt es in sehr guter Ausführung. Die können auch bei der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diabetologie bestellt werden. Es gibt Informationshefte für die Schule und den Kindergarten. Sie können Eltern und Teams dienen, um diese Krankheit überhaupt erst einmal bekanntzumachen. Diese Informationshefte sind didaktisch extrem gut gemacht. In ihnen sind wichtige Informationen enthalten. Es gibt auch zertifizierte Schulungsprogramme in Deutschland. Sie ersetzen aber nicht die individuelle Schulung und das Vermitteln der Dinge, die mit dieser Krankheit zusammenhängen. Ein Heft, welches jede Schule oder jeder

Kindergarteneinrichtung im Regal stehen hat, führt nicht dazu, dass das Wissen im Alltag vorhanden ist. Vielmehr muss es an die Erzieher und die Lehrer vermittelt werden.

In manchen Städten könnten sich Schulen – die Namen der entsprechenden Schulen in Bochum kann ich Ihnen nennen – quasi schon ein Siegel über die Tür hängen: „Wir sind diabetesgeschult“. Die sind bereit, Kinder mit Diabetes aufzunehmen. Eltern chronisch erkrankter Kinder sind dort gut vernetzt und wissen, dass an diesen Schulen ein etwas offenerer Umgang mit diesen Kindern herrscht. Die Eltern informieren sich und gehen dann vielleicht zu einer Schule, wo zumindest eine größere Offenheit vorhanden ist. Es gibt aber auch Grundschulen, wo gesagt wird: Es tut uns sehr leid, wir können Ihnen überhaupt nicht versprechen, dass das Kind hier bei uns gut beschult wird. Dann müssen wir mal sehen. – Das ist eigentlich ein echter Skandal. So etwas ist in den letzten Wochen – selbst in Schulen, die sich Inklusion auf die Fahne geschrieben haben und über Inklusionsklassen verfügen – wieder verstärkt aufgetreten. Diese Schulen wollen Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 nicht beschulen. Das darf es, denke ich, einfach nicht geben.

**Dr. Olaf Spörkel (Nationales Diabetes-Informationszentrum am Deutschen Diabetes-Zentrum in Düsseldorf):** Ergänzend zu den Ausführungen von Herrn Dr. Lilienthal möchte ich Stellung zu den angesprochenen unterschiedlichen Punkten nehmen. Zunächst einmal ging es um die Chancen für sozial benachteiligte Kinder. Im Laufe der Schulzeit nimmt Übergewichtigkeit deutlich zu und erreicht einen hohen Prozentsatz. Dazu möchte ich ein Projekt nennen, das wir im Deutschen Diabetes-Zentrum gestartet haben, nämlich „Sei schlau. Mach mit. Sei fit“. Damit sprechen wir gezielt Dritt- und Viertklässler an Schulen mit hohem Migrationshintergrund an. Wir bieten ihnen zusätzliche Einheiten zum Thema „Ernährung und Bewegung“ an. Damit sollen das Auftreten von Übergewicht sowie langfristige Folgen – wie Diabetes – verhindert werden. Das ist sicherlich ein Weg, um auch sozial benachteiligte Kinder anzusprechen.

Das Siegel „Diabetesfreundliche Schule“ stellt auch eine Motivation für die Schulen dar, sich diesem Thema mehr zu widmen und es weiter zu kommunizieren. Von daher ist das sicherlich ein guter Ansatz.

Was Schäden anbelangt, haben wir keine entsprechenden Daten. Ich kann mich da nur Herrn Dr. Lilienthal anschließen.

Zur Frage bezüglich der Koordination der Maßnahmen: Es ist schwer, alle Personen an einen Tisch zu bringen. Wir haben kürzlich damit begonnen, ein Innovationsnetzwerk „Rhein-Ruhr zur Diabetesvorsorge und Begleitung von Menschen mit Diabetes“ zu initiieren. Das ist ein Beispiel für einen interdisziplinären Ansatz; denn es ist nur interdisziplinär zu machen. Es ist notwendig, Vertreter aus Ärzteschaft, Politik und Wirtschaft, aber eben auch aus Krankenkassen, Schulen und Berufsverbänden etc. zusammenzubringen, um mit ihnen gemeinsam Strategien zu entwickeln, damit einerseits Diabetes-Risikopatienten gezielt angesprochen werden können. Dadurch soll die Erkrankung entweder vermieden oder aber reduziert werden. Andererseits können Betroffene so gezielter angesprochen werden. Man bekommt dadurch – ei-

nem interdisziplinären Ansatz folgend – entsprechende Werkzeuge in die Hand, um Betroffene entsprechend zu unterstützen.

**Sabrina Wulle (Mutter eines an Diabetes erkrankten Kindes):** Ich bin in Begleitung von Herrn Dr. Jorch hier. Mein Sohn ist sechs Jahre alt. Er ist seit seinem zweiten Lebensjahr an Diabetes Typ 1 erkrankt. Mein Sohn Nick ist seit Donnerstag stolzes Schulkind. Deswegen kann ich Ihnen – Sie haben speziell nach den Schwierigkeiten im Alltag gefragt – ganz aktuelle Informationen über den momentanen Schulalltag geben.

Momentan muss ich jeden Tag in die Schule fahren. Das geschieht meistens um die Mittagszeit herum; denn mein Sohn nimmt am offenen Ganztage teil. Das heißt, er isst auch in der Schule. Mittags muss ich auf jeden Fall seinen Blutzuckerwert messen. Er kann zwar den Wert schon selber messen, also mit dem Gerät umgehen. Auch kann er die Zahlen ablesen. Jedoch kann er noch nicht so richtig etwas mit dem Wert anfangen. Es muss also auf jeden Fall noch jemand dabei sein, der den Wert deutet. Ich muss das Mittagessen begleiten. Das heißt, ich muss wissen, was er an Kohlenhydraten zu sich nimmt, und dementsprechend nach dem Mittagessen spritzen.

Ich habe das Glück, dass mein Sohn Nick ein sehr offenes Kind ist. Er geht ganz offen mit der Krankheit um. Er hat eine Insulinpumpe an seinem Körper, die er selber als „externe Bauchspeicheldrüse“ bezeichnet. Die zeigt er auch ganz stolz. Gerade in der Schule sind nicht nur die Lehrer beteiligt. Es geht auch um das Personal des offenen Ganztages. Er hat Glück, dass die Schule eine eigene Mensa mit Köchen hat. Diese drei Parteien sind in dem gesamten Prozess involviert. Ich bin ganz offen auf alle Personen zugegangen und habe gesagt, dass mein Sohn Diabetes hat. Er selber hat das auch getan. Die Köche sind so nett und messen für ihn das Essen ab. Das erleichtert uns die Berechnung der Insulindosis. Nichtsdestotrotz ist es so, dass ich momentan – das wird mit Sicherheit noch zwei bis drei Wochen der Fall sein – jeden Tag in die Schule gehen muss, um den gesamten Prozess zu begleiten. Ich bin aber auf die Hilfe der Lehrer und des Personals – in diesem Fall von den Köchen – angewiesen, denn allein kann ich das nicht stützen. Dann müsste ich die ganze Zeit über daneben sitzen. Das kann ich nicht, weil ich arbeite. Mein Arbeitgeber weiß das. Er macht eine Ausnahme bei mir. Ich kann jeden Tag dort hinfahren. Es ist aber – darüber müssen wir uns im Klaren sein – ein Ausnahmefall.

Andere Schwierigkeiten im Alltag entstehen durch Vorurteile. In der Kita war es so, dass er, wenn Geburtstage gefeiert wurden, keinen Kuchen bekam. Man ging davon aus, dass ein Diabetiker keinen Zucker essen darf. Da gibt es – das muss man ganz klar sagen- Unwissenheit. Es ist gar nicht böse gemeint. Natürlich darf er Zucker bzw. Kuchen essen. Ich muss nur wissen, wie viel. Dementsprechend muss ich ihm dann Insulin geben.

Was Ausflüge angeht: In der Kita war es so, dass immer ein Elternteil begleitet hat. Es war nie so, dass er allein an einem Ausflug – dabei ging es um Tagesausflüge – teilnahm. Zu Klassenfahrten kann ich noch nichts sagen, denn er ist jetzt gerade erst in die Schule gekommen.

Teilweise besteht eine Schwierigkeit in Bezug auf Freizeitgestaltung bzw. auf das Treffen von Freunden. Gott sei Dank ist es bei mir im Freundeskreis nicht so, dass dort eine Ablehnung vorhanden ist und man zurückweicht. Vielmehr fragt man mich ganz klar: Was müssen wir denn machen? Bist du telefonisch erreichbar? Denn jetzt fängt die Phase an, dass die Eltern nicht immer mit dabei sind.

Bei manchen Personen habe ich gemerkt, dass sie erst einmal ein bisschen Angst haben. Das kann ich auch verstehen. Dann muss man einfach ganz offen über diese Krankheit sprechen. Ich habe auch jetzt die ganze Zeit über meine Telefonnummer vor mir liegen. Man muss als Elternteil eines diabetischen Kindes – zumindest eines Kleinkindes – immer erreichbar sein.

Ich wünsche mir das, was Herr Dr. Lawrenz gerade angesprochen hat. Es sollte eine klare Rechtsprechung geben, die eine ganzheitliche Betreuung in der Kita und in der Schule gewährleistet. Sie soll auch gewährleisten, dass Pädagogen bzw. Lehrer unterstützt werden. Sie sollten aber auch die Möglichkeit von Schulungen, Aufklärungen usw. haben. Es ist ein großer organisatorischer Aufwand. Da benötigen alle Beteiligten – inklusive Eltern, Kinder, Mitschüler bzw. Mitkitakinder – einfach Hilfe. Das wünsche ich mir.

**Janek Scholz (Hilfe zur Selbsthilfe e. V., Ahlen/Dolberg):** Ich bin ab Montag auf Klassenfahrt. Meine Lehrer haben damit kein Problem. Meine Eltern fahren nicht mit. – Ich habe meine Freunde intensiv aufgeklärt. Denen habe ich gesagt: Wenn ich zum Beispiel einmal krakelig schreibe – darauf achten Lehrer besonders –, mögen sie sich bitte bemerkbar machen und mir sagen, dass ich meinen Blutzucker kontrollieren soll. Ich habe gelernt, das komplett selbst zu managen.

In der Schule bin ich komplett selbstständig. Wenn ich in der Pause Hunger habe, besorge ich mir beim Pausenverkauf auch einmal einen Schokocroissant. Dann spritze ich dementsprechend. Ich schätze ab, wie viel Kohlehydrate darin sind. Ich führe mein Leben im Prinzip so weiter, wie ich es vorher auch getan habe. Das ist sicher dem Umstand geschuldet, wie ich geschult wurde.

Ich habe von Anfang an prinzipiell nur positive Erfahrungen mit der Krankheit gemacht. Durch meinen medizinischen Background, den ich als Sanitäter habe, bin ich schon vorgebildet und etwas offener für all das gewesen, was damit zusammenhängt. Ich habe mich auch immer selbst für mich interessiert. Auch habe ich Spaß, etwas an meiner Insulin-Dosis zu verändern. Das mache ich gerne.

Meinen Lehrern habe ich das erklärt. In der Aula habe ich eine Powerpointpräsentation über das Thema durchgeführt, damit die Schüler ein bisschen verstehen, was das für eine Krankheit ist. Dabei ging es auch um die Unterschiede zwischen Typ 1 und Typ 2. Ich habe erklärt, dass wir alles essen dürfen. Damit sollten Missverständnisse vermieden werden. Damit habe ich für meine Mitschüler ein Interessenfeld namens „Diabetes“ geweckt. Die alle finden das ganz interessant.–

(Beifall)



**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Das ist ein gutes Beispiel für das, was wir auch aus der Selbsthilfe kennen. Die Betroffenen sind eigentlich die besten Botschafter für ihre Sache. – Herr Dr. Jorch war noch einmal angesprochen worden. Bitte schön.

**Dr. Norbert Jorch (Evangelisches Krankenhaus Bielefeld gGmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin):** Es wurde gefragt, ob die Broschüren ein Ersatz für menschliche Hilfe sind. Das sind sie natürlich nicht. Ich darf mal ein Beispiel anführen.

Es gibt wirklich gute Broschüren. Ich lese einmal vor, worauf beispielsweise die Lehrer hingewiesen werden. Es gibt eigentlich nur eine Komplikation, die in der Schule geschehen kann, nämlich die plötzliche Unterzuckerung. Die Lehrer haben dabei auf Folgendes zu achten: Aggressivität, Albereien, Weinerlichkeit, Schwitzen, Blässe, Zittern, Müdigkeit, Schwäche und Heißhunger. Wenn Sie sich an Ihre Schulzeit erinnern, wissen Sie, dass Sie das alles gehabt haben. Wenn das im Rahmen einer Broschüre genannt wird, reicht es natürlich nicht. Es muss einen Kommentar, eine Erklärung oder eine Vermittlung dazu geben.

Auf der gesamten letzten Seite steht: „Unterzuckerung mit Bewusstlosigkeit: Was muss ich im Notfall tun?“. Das ist genau das Phänomen, welches die Angst bei den Lehrern produziert. Auch wird das Gefühl bei ihnen produziert: Das ist eigentlich eine Nummer zu groß für mich, ich kann das gar nicht leisten. Einerseits sind die Symptome verdeckt, andererseits sind die Komplikationen sehr schwerwiegend. – In der Broschüre steht aber nicht, dass von 20 Diabetikern vielleicht nur einer während seiner gesamten Schulzeit annähernd eine Bewusstlosigkeit erlebt. Das ist also total selten. Insofern geht es, glaube ich, gar nicht anders, als eine persönliche Schulung durchzuführen.

Ein kleiner Kommentar: Siegel für Schulen finde ich nicht gut. Alle Diabetiker sollten in allen Schulen geschult werden können. Sie sollten auch in alle Kindergärten gehen können. Deshalb darf kein Anreiz geschaffen werden, zu meinen, dass das nur in bestimmten Schulen geht. Das ist meine Forderung an alle Schulen, Kindergärten und Kitas.

**Thomas Wagemann (BKK-Landesverband NORDWEST, Essen):** Bei der an mich gerichteten Frage ging es um das Geld: Wer übernimmt die Kosten für eventuelle Kosten für eventuelle Leistungen bzw. Maßnahmen?

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Sie sind als Gesundheitsdienstleister und nicht als Kostenwächter hier.

(Heiterkeit)

**Thomas Wagemann (BKK-Landesverband NORDWEST, Essen):** Ganz genau! – Die Krankenkassen können einerseits Kosten sparen, wenn der Transport in ein Krankenhaus unterbleibt, weil entsprechende Schulungen mit entsprechenden Inhalten durchgeführt wurden. Die Krankenkassen haben das grundsätzliche Problem,

dass die Leistungsgewährung kein Wunschkonzert ist. Sie müssen sich an starre Rechtsvorgaben halten.

Heute sitzen hier Vertreter des Gesundheitsministeriums. Sie beaufsichtigen die Krankenkassen. Wenn eine Krankenkasse – und sollte sie es für noch so sinnvoll halten – bestimmte Dinge bezahlt, die sie nicht gewähren darf, findet sie nach einer Prüfung die entsprechenden Bemerkungen im Prüfbericht. Guter Wille nutzt also nicht immer. Vielmehr müssen die Krankenkassen schauen, in welchem Rechtsrahmen sie sich bewegen können.

Was den Rechtsrahmen anbelangt, bietet sich im Rahmen des geplanten Präventionsgesetzes meiner Ansicht nach aktuell die größte Möglichkeit, Rechtsgrundlagen in diesem Kontext zu verändern bzw. zu verbessern. Sie, unsere Abgeordneten, können Einfluss auf dies geplante Gesetzgebungsverfahren nehmen. Ich appelliere an dieser Stelle an Sie, solche Rechtsrahmen im Verlauf der Entstehung des Präventionsgesetzes zu berücksichtigen. Dann haben die Krankenkassen nämlich nicht mehr die Probleme, die gerade genannt wurden. Sie haben dann einen größeren Handlungsspielraum und können sozusagen anders agieren.

Ich möchte mir noch eine Bemerkung zum Typ Diabetes Mellitus 2 erlauben. Ganz klar möchte ich Folgendes unterstützen: Mittlerweile wissen wir, dass jedes fünfte Kind an Übergewicht leidet. Es gibt viele Studien, in denen das steht. Wir brauchen also nicht mehr neu zu evaluieren. Das bedeutet, dass wir dort entsprechende Bedarfe haben. Die Bedarfe decken wir durch Projekte im Bereich der Bewegungsförderung und des Ernährungsverhaltens ab. Damit leisten wir indirekt auch einen Beitrag in Bezug auf die Prävention von Altersdiabetes Mellitus 2.

Ich komme auf das Präventionsgesetz zurück. Die Krankenkassen können sich nur innerhalb eines Richtwertes – dabei geht es um einen bestimmten Betrag pro Versicherten – bewegen. Das steht derzeit in § 20 SGB V. Überschreiten wir diesen Richtwert, bekommen wir Probleme mit der Aufsicht, die fragt, warum, weshalb und wofür das ausgegeben wurde. Von daher sollte auch in diesem Kontext überlegt werden, den Handlungsspielraum der Krankenkassen zu erweitern bzw. aufsichtsrechtliche Konsequenzen einzudämmen.

Die nächste Frage war, ob § 43 SGB V konkret die Kostenübernahme von Patientenschulungsmaßnahmen für Lehrer beinhaltet. Das verneine ich erst einmal; denn die sogenannten Sorgeberechtigten sind in der Regel Eltern. Es geht hier immer um den gemeinsamen Haushalt. Oder es geht um Pflegeeltern, die sich direkt um das Kind kümmern. Der Lehrer ist erst einmal hiervon nicht betroffen. Zumindest wird es so vonseiten der gesetzlichen Krankenkassen so ausgelegt.

Dann wurde nach dem Versichertenbezug gefragt: Warum übernehmen wir die Kosten für den einzelnen Versicherten im Rahmen der Patientenschulungsmaßnahmen außerhalb der Schule? Warum nicht in der Schule? Wir halten gerade die konkrete Schulung – das ist heute, glaube ich, auch noch einmal deutlich geworden – des Betroffenen, des an Diabetes Erkrankten, in einem Diabeteszentrum oder in einer Diabeteschwerpunktpraxis für absolut sinnvoll und erforderlich. Der Erkrankte und seine Eltern müssen nämlich genau wissen, wie sie damit umgehen sollen.

Des Weiteren sehe ich die Verknüpfung mit der Schule. Wie tauschen sich Eltern und Lehrer entsprechend aus? Dann muss ich – auch das haben wir heute gehört – die Prävalenz beim Diabetes Typ 1 heranziehen. Wenn ich eine flächendeckende, tiefgreifende Schulung über das Thema „Diabetes“ mache, muss ich mir die Frage stellen: Ist eine tiefgreifende und flächendeckende Schulung für alle Schülerinnen und Schüler erforderlich? Oder ist eine entsprechende Sensibilisierung, bei der die Grundzüge vermittelt werden, ausreichend? Ich könnte mir – nicht nur als Vertreter des Landesverbandes, sondern auch als Bürger und Vater einer Tochter, die noch in der Schule ist – vorstellen, dass das Thema „chronische Erkrankungen“ in Gänze in Form von Unterrichtseinheiten auch einmal in der Schule angegangen wird. Ich stelle mir immer die Frage: Lernen unsere Kinder nur aus den Geschichtsbüchern, sondern auch für das Leben? Ich wünsche mir, dass solche Unterrichtseinheiten in die Lehrpläne Eingang finden. Das könnte im Sachkundeunterricht – oder wo auch immer – platziert werden. – Ich hoffe, dass ich die Fragen, die mir noch gestellt worden sind, soweit beantwortet habe.

**Vorsitzender Günter Garbrecht:** Durch Nachfrage an die Fragesteller wird sich jetzt herausstellen, ob die in der zweiten Runde gestellten Fragen hinreichend beantwortet worden sind. – Ich sehe keine Wortmeldungen. Gibt es Bedarf für eine dritte Runde? – Das ist auch nicht der Fall.

Dann darf ich an dieser Stelle danken. Ich glaube, dass Sie dem Ausschuss – über die Beratungen des Petitionsausschusses hinaus – noch einmal ganz wertvolle Hinweise gegeben haben. Herr Wagemann, Sie haben das Präventionsgesetz angesprochen, das auf der Bundesebene in Angriff genommen wird.

Es gab in dieser Anhörung wichtige Hinweise. Man muss noch einmal über die Themen „Schule“ sowie „Handlungsebenen des Landes“ diskutieren. Es geht aber auch um die Frage, wie man bestimmte Leistungen, die nach dem SGB V individualisiert gewährt werden, lebensweltorientiert weitergibt.

Ich bin Ihnen sehr dankbar, dass wir hier die Betroffenen hören konnten. Betroffene zu Beteiligte zu machen, ist auch die Maßgabe dieses Parlamentes. Von daher bin ich dankbar, dass wir einen Einblick aus Ihrer Sicht bekommen konnten.

Der Kassenvertreter wird bezüglich der Frage der Rettungseinsätze bzw. der möglichen Kosten auf uns zukommen, damit wir eine entsprechende Beratung aufnehmen können. Ich gehe davon aus, dass der Ausschuss bei der Auswertung auch über den Ursprungsantrag der FDP hinaus durchaus bereit ist, weitere Punkte aufzunehmen, die im Rahmen dieser Anhörung genannt wurden. Von daher bin ich ganz zuversichtlich, dass wir zu einer einvernehmlichen Beschlussfassung im Ausschuss kommen werden.

Meine Damen und Herren, ich danke für die Teilnahme und wünsche Ihnen eine un-fallfreie Heimfahrt.

\* \* \*

Weitere Stellungnahme:

Dr. Dr. Quester und Prof. Dr. Dr. Diethelm Tschöpe (Herz- und Diabeteszentrum  
Nordrhein-Westfalen, Bad Oeynhausen), Stellungnahme 16/1943

gez. Günter Garbrecht  
Vorsitzender

23.09.2014/25.09.2014

215