

Bundesgesundheitsbl 2017 · 60:1147–1152
<https://doi.org/10.1007/s00103-017-2616-8>
 Online publiziert: 4. September 2017
 © Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017



Lars Gabrys¹ · Christin Heidemann¹ · Andrea Teti¹ · Brigitte Borrmann² · Stefan Gawrich³ · Catharina Maulbecker-Armstrong⁴ · Regina Fertmann⁵ · Ulrike Schubert⁶ · Christian Schmidt¹ · Jens Baumer¹ · Rebecca Paprott¹ · Yong Du¹ · Christa Scheidt-Nave¹ · Thomas Ziese¹

¹ Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut (RKI), Berlin, Deutschland

² Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bielefeld, Deutschland

³ Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen, Dillenburg, Deutschland

⁴ Referat Prävention und Gesundheitsberichterstattung, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Wiesbaden, Deutschland

⁵ Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg, Deutschland

⁶ Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland

Regionalisierung der Gesundheitsberichterstattung am Beispiel Diabetes-Surveillance

Ziele und Ergebnisse des Bund-Länder-Gesprächs am Robert Koch-Institut

Hintergrund

Diabetes mellitus bezeichnet eine chronische Störung des Glukosestoffwechsels, die durch absoluten oder relativen Insulinmangel bedingt ist und bei unzureichender Behandlung durch Schädigung der Gefäße und des Nervensystems schwerwiegende Organkomplikationen nach sich ziehen kann. Zu den Spätfolgen zählen u. a. Herzinfarkt, Schlaganfall, Erblindung, Amputationen der unteren Gliedmaße und chronisches Nierenversagen. Zudem können Schwangerschaftskomplikationen bei Vorliegen oder Auftreten eines mütterlichen Diabetes mellitus auftreten. Insbesondere der weit verbreitete und als Zivilisationskrankheit bezeichnete Typ-2-Diabetes, aber auch die Autoimmunerkrankung Typ-1-Diabetes sowie der Schwangerschaftsdiabetes haben hohe Public-Health-Relevanz.

Der Typ-2-Diabetes tritt überwiegend im Erwachsenenalter auf. Zudem korreliert er stark mit einem ungünstigen Gesundheitsverhalten und benachtei-

ligten Lebensbedingungen. Epidemiologische Daten aus Deutschland und vielen anderen Ländern zeigen einen signifikanten Anstieg der Prävalenz des ärztlich diagnostizierten Diabetes bei Erwachsenen über die letzten Dekaden, der ganz überwiegend einen Anstieg der Zivilisationskrankheit Typ-2-Diabetes reflektiert [1]. Entsprechend aktueller Schätzungen auf Basis von Survey- und Routinedaten liegt die bundesweite Prävalenz des diagnostizierten Diabetes zwischen 7,7 % und 9,8 %, wobei ausgeprägte regionale Unterschiede zu beobachten sind [2, 3]. Demgegenüber zeigen bevölkerungsrepräsentative Daten aus Deutschland einen Rückgang in der Prävalenz von unerkanntem Diabetes sowie Prädiabetes [4]. Gleichzeitig konnte eine Reduktion des über den Deutschen Diabetes-Risiko-Score vorhergesagten 5-Jahres-Risikos für Typ-2-Diabetes [5] beobachtet werden ebenso wie eine Verbesserung in der Versorgungsqualität von Erwachsenen mit Diabetes mellitus [6]. Während Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen

nach wie vor selten auftritt, wird insbesondere in den jüngeren Geburtskohorten ein säkularer Trend mit steigender Inzidenz des Typ-1-Diabetes beobachtet, dessen Ursachen bislang nicht geklärt sind [7, 8]. Sowohl Berechnungen auf Basis der Daten der Kinder und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) als auch Daten der Perinatalstatistik zeigen eine Zunahme des Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 10 Jahre [9].

Trotz der dargestellten hohen Public-Health-Relevanz des Diabetes mellitus liegt derzeit keine über die Zeit vergleichbare Berichterstattung vor, die Indikatoren zu Krankheitsgeschehen, Krankheitsfolgen, Risikoentwicklung, Versorgungssituation und Präventionspotenzial von Diabetes mellitus auf der Bevölkerungsebene in Deutschland wiederkehrend abbildet.

Wie beschrieben sind sowohl in der Diabetesprävalenz als auch bei den krankheitsnahen Risikofaktoren teilweise massive regionale Unterschiede zu beobachten. Auf Basis der Daten des Gesundheitsmonitorings des RKI (Robert

Koch-Institut) sind repräsentative Aussagen bis auf die Ebene der Bundesländer möglich [10]. Kleineräumigere Analysen wurden bisher nur vereinzelt auf Basis von Sekundärdaten durchgeführt [3, 11]. Ein Konzept zur regelmäßigen Nutzung und Auswertung relevanter Indikatoren zum Diabetesgeschehen in Deutschland existiert bislang nicht.

Mit dem Ziel der Bereitstellung einer kontinuierlichen und vergleichbaren Datenlage wurde das RKI durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragt, in einem Zeitraum von 4 Jahren bis Ende 2019 ein geeignetes indikatorenbasiertes System zur Diabetes-Surveillance zu erarbeiten [12]. Zusätzlich zu den bereits etablierten und regelmäßig wiederkehrenden, bundesweit repräsentativen Gesundheitssurveys der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des RKI sollen verstärkt Sekundärdatenquellen in die Diabetes-Surveillance integriert werden, um wichtige Entwicklungen zeitnah abbilden zu können [13]. Hierfür ist es entscheidend, dass ein abgestimmtes Set an geeigneten Diabetesindikatoren vorliegt, welches nach Möglichkeit bis auf Bundesland- bzw. Kreisebene regionalisiert auswertbar ist.

Ziele und Inhalte des Bund-Länder-Gesprächs

Mit dem Ziel eines kontinuierlichen Austauschs zwischen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes und der Länder lud das RKI am 30. Mai 2017 zu einem Bund-Länder-Gespräch zum Thema „Regionalisierung der GBE am Beispiel Diabetes-Surveillance“ nach Berlin ein. Hierzu erfolgte im Vorfeld eine Terminabstimmung über die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Insgesamt nahmen 15 Vertreter der Bundesländer und eine Vertreterin des BMG am Bund-Länder-Gespräch teil, 3 Bundesländer waren nicht vertreten.

Im Vorfeld des Bund-Länder-Gesprächs wurden die folgenden Erwartungen und Themen durch die Bundesländer formuliert.

- Entwicklung und Bereitstellung eines konkreten Indikatorensatzes für die Diabetes-Surveillance durch das RKI,
- Erschließung relevanter Sekundärdatenquellen zur regelmäßigen Berichterstattung relevanter Diabetesindikatoren,
- regionale Auswertungen bis auf Kreisebene – nach Möglichkeit an zentraler Stelle,
- Vergleichbarkeit zwischen den Bundesländern herstellen.

Ziel des Bund-Länder-Gesprächs war es, die formulierten Erwartungen aufzugreifen und zu diskutieren sowie die bestehende Expertise auf Basis teilweise bereits bestehender Schwerpunktberichterstattungen der Länder zum Thema Diabetes in die Konzeptphase der Diabetes-Surveillance zu integrieren. Perspektiven einer weiteren Vernetzung der GBE des Bundes und der Länder sollten entwickelt werden. Hierzu wurde zunächst der bestehende „Indikorensatz für die Gesundheitsberichterstattung“ der Länder durch das Bundesland Nordrhein-Westfalen vorgestellt sowie Perspektiven für ein zukünftiges NCD-Monitoring (NCD: „noncommunicable diseases“) aufgezeigt. Das RKI stellte zum einen das Konzept und den aktuellen Stand der Diabetes-Surveillance vor und zeigte Möglichkeiten der Regionalisierbarkeit des mittlerweile erarbeiteten und abgestimmten Indikorensatzes unter Nutzung unterschiedlicher Datenquellen auf. Zum anderen wurden erste Ergebnisse zur systematischen Recherche bestehender Berichtsformate präsentiert. Im Anschluss daran stellten die Bundesländer Hessen, Hamburg und Schleswig-Holstein ihre Aktivitäten und Konzepte bezüglich einer Gesundheitsberichterstattung zum Thema Diabetes vor. Hierbei konzentrierte sich der Beitrag aus Hessen auf den Datenzugang und die Nutzung von Sekundärdaten des Morbi-RSA (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich), das Bundesland Hamburg stellte sein Konzept für einen Hamburger Gesundheitsbericht vor und Schleswig-Holstein berichtete zum Thema Daten, Fakten und Projekte.

Ergebnisse – Einzelbeiträge

Der Indikorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder – Status quo und Perspektiven im Hinblick auf ein künftiges NCD-Monitoring

Der derzeit gültige Indikorensatz für die GBE der Länder wurde 2003 als dritte, überarbeitete Fassung herausgegeben und besteht aus 297 Indikatoren aus 10 Themenfeldern. Mehr als ein Drittel der Indikatoren bezieht sich auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung (Themenfeld 3). Zur Datenbasis gehören aber auch Prozessindikatoren zu Einrichtungen des Gesundheitswesens, zur Inanspruchnahme von Leistungen, zu Beschäftigten und Ausbildung sowie zu Ausgaben und Kosten (Themenfelder 6–11). Weitere Themenfelder der Länder-GBE umfassen Indikatoren zur Bevölkerung, zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und zu Gesundheitsrisiken aus der Umwelt (Themenfelder 2, 4 und 6). Im Themenfeld 1 werden gesundheitspolitische Rahmenbedingungen (ohne Verwendung von Indikatoren) beschrieben. Die Indikatoren dienen der Gesamtschau der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, ermöglichen Vergleiche zwischen Ländern sowie zwischen Kreisen/kreisfreien Städten und bieten damit eine Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen. Ein Problem bei der Darstellung der Verbreitung von (nichtübertragbaren) Erkrankungen auf Landesebene und kommunaler Ebene besteht in der zum Teil fehlenden Verfügbarkeit von Daten, die zur Abschätzung von Prävalenzen und Inzidenzen geeignet sind. Perspektivisch zeichnet sich ab, dass hier neben Surveydaten auch Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen und Daten des Informationssystems Versorgungsdaten des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), die DaTrav(Datentransparenzverordnung)-Daten genutzt werden können. Die Weiterentwicklung der Länder-GBE sollte sich darüber hinaus auch auf die Entwicklung von Indikatoren zur Multimorbidität und die Verknüpfung mit anderen Berichtssystemen auf kommu-

nalere Ebene (integrierte Berichterstattung) erstrecken. In Bezug auf eine integrierte Berichterstattung sind aufgrund der notwendigen Begrenzung auf wenige, besonders aussagekräftige Indikatoren vor allem übergeordnete Gesundheitsindikatoren wie Lebenserwartung, gesunde Lebenserwartung und verlorene Lebensjahre von Bedeutung.

Diabetes-Surveillance – Konzept, Datenlage und Ausblick regionaler Analysen

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fördert für 4 Jahre ein Forschungsprojekt zum Aufbau einer Diabetes-Surveillance am RKI. Ziel der Diabetes-Surveillance ist es, verfügbare Datenquellen zusammenzuführen und somit eine vertiefende, zeitnah wiederkehrende und vergleichbare Datenlage für Politikberatung und Forschung zur Verfügung zu stellen. Perspektivisch soll die Diabetes-Surveillance als Prototyp einer Surveillance weiterer nichtübertragbarer Krankheiten dienen (NCD-Surveillance). Aktuell werden entsprechende Indikatoren erarbeitet und abgestimmt.

Eine zentrale Datenquelle zur Abbildung der Indikatoren der Diabetes-Surveillance sind die Primärdaten der Gesundheitssurveys des RKI. Auf dieser Grundlage ist beispielsweise eine über die Zeit vergleichbare und teils bis auf Bundeslandebene stratifizierte Abbildung der Prävalenz des bekannten Diabetes [2] und zahlreicher Risikofaktoren [5, 10] möglich. Andere Indikatoren, wie beispielsweise ausgewählte Parameter der Versorgungsqualität von Menschen mit Diabetes, sind bisher nur für die Gesamtbevölkerung verfügbar [6]. Das derzeit durchgeführte Mortalitäts-Follow-up von Teilnehmenden der RKI-Untersuchungssurveys liefert zudem Informationen zur Sterblichkeit bei Personen mit Diabetes im Vergleich zu Personen ohne einen Diabetes (Exzessmortalität) [14]. Durch die Integration von verfügbaren Sekundärdatenquellen wird angestrebt, weitere Indikatoren (insbesondere aus dem Versorgungsbereich) abzubilden und regional tiefer gegliederte Analysen durchzuführen. Beispielsweise kann

Bundesgesundheitsbl 2017 · 60:1147–1152 <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2616-8>
© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017

L. Gabrys · C. Heidemann · A. Teti · B. Borrmann · S. Gawrich · C. Maulbecker-Armstrong · R. Fertmann · U. Schubert · C. Schmidt · J. Baumert · R. Paprott · Y. Du · C. Scheidt-Nave · T. Ziese

Regionalisierung der Gesundheitsberichterstattung am Beispiel Diabetes-Surveillance. Ziele und Ergebnisse des Bund-Länder-Gesprächs am Robert Koch-Institut

Zusammenfassung

Unzureichend behandelt kann die Stoffwechselerkrankung Diabetes mellitus zu schwerwiegenden Folgeerkrankungen führen. Nationale und internationale Analysen zeigen einen kontinuierlichen Anstieg der Diabetesprävalenz über die letzten Jahre. Am Robert Koch-Institut (RKI) wird derzeit eine Nationale Diabetes-Surveillance aufgebaut, die das Diabetesgeschehen indikatorenbasiert unter Nutzung von Primär- und Sekundärdaten kontinuierlich abbilden soll. Ziel des Bund-Länder-Gesprächs war es, die Bundesländer frühzeitig in die Konzeption der Diabetes-Surveillance einzubinden und

die Bedarfe der Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Länder zu berücksichtigen. Das RKI lud alle Vertreter der Länder-GBE zu einem Gespräch nach Berlin ein. Dies war bereits das zweite Bund-Länder-Gespräch im Rahmen der Diabetes-Surveillance. Ein kontinuierlicher Austausch in Form regelmäßiger Bund-Länder-Gespräche wird angestrebt.

Schlüsselwörter

Diabetes mellitus · Gesundheitsmonitoring · Gesundheitsberichterstattung · Indikatoren · Diabetes-Surveillance

Regionalization of federal health reporting using the example of diabetes surveillance. Aims and results of the discussion between the Robert Koch Institute and the federal states

Abstract

Insufficiently treated diabetes mellitus can lead to severe comorbidities. National and international analyses show a continuous increase in diabetes prevalence over the last decades. Currently, an indicator-based national diabetes surveillance system is implemented at the Robert Koch Institute (RKI) to monitor and report on diabetes development on the basis of available primary and secondary data. The aim of the meeting

was to go into deeper discussions and to integrate expectations and expertise of the federal states into the design of the national surveillance system. A close collaboration between the RKI and the federal states is intended.

Keywords

Diabetes mellitus · Health monitoring · Health reporting · Indicators · Diabetes surveillance

auf Grundlage der Daten der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik, DRG: „diagnosis related groups“) der Bevölkerungsanteil mit diabetesbedingten Amputationen der unteren Gliedmaßen bis auf Kreisebene abgebildet werden [11]. Zudem wird angestrebt, die Abrechnungsdaten aller gesetzlichen Krankenversicherungen, welche im Rahmen der DaTraV über das DIMDI verfügbar sind, verstärkt in die Diabetes-Surveillance zu integrieren.

Ein weiterer Meilenstein im Aufbau der Diabetes-Surveillance stellt die Entwicklung eines geeigneten Berichtsformats dar. Zu diesem Zweck wird

zurzeit eine systematische Bestandsaufnahme der internationalen Diabetes-GBE unter Verwendung der Methode des Evidence Mapping durchgeführt. Die Bestandsaufnahme umfasst alle 35 Mitgliedsstaaten der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) und zielt auf die vollständige Erfassung bereits etablierter Diabetesberichtssysteme, deren Periodizität und Umfang sowie die entsprechenden Datengrundlagen ab. Die Diabetes-GBE weist international eine erhebliche Heterogenität auf. Bereits in der Hälfte der OECD-Länder (57 %) ist eine Diabetes-GBE vorzufinden, die jedoch

selten (37 %) über einen Einzelbericht hinausgeht. Das Vorhandensein eines nationalen Diabetesregisters oder eines Surveillancesystems sorgt für eine erhöhte Regelmäßigkeit der Diabetes-GBE.

Gesundheitsberichterstattung Hessen – Analysen und Erfahrungen mit den Daten des Morbi-RSA

Seit dem ersten Hessischen Gesundheitsbericht aus dem Jahr 2011 werden Morbi-RSA-Daten in der Hessischen Gesundheitsberichterstattung verwendet. In den derzeit aktuellsten Gesundheitsbericht aus dem Jahr 2016 gingen Daten von 74 % der gesetzlich Krankenversicherten in Hessen ein. Die Nutzung der Daten beruht auf Vereinbarungen, welche das Präventionsreferat im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration direkt mit Krankenkassen schließt (www.gesundheitsbericht.hessen.de).

Die Morbi-RSA-Datenstrukturen sind komplex und aufgrund von jährlichen Aktualisierungen volatil. Sie erfordern eine für die GBE aufwendige Aufbereitung. Die resultierenden Zahlen sind als Behandlungsprävalenzen zu interpretieren. Die Bildung von Raten mit der Versichertenpopulation im Nenner ist dabei möglich.

Durch die Stratifizierung der Morbi-RSA-Daten nach Alter, Geschlecht und Krankheitsgruppe kann das Krankheitsgeschehen in der Bevölkerung nachgezeichnet werden. Aus Sicht der Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch für strategische Versorgungsfragen ergeben sich wertvolle Hinweise zur Ausrichtung von Maßnahmen auf bestimmte Bevölkerungsgruppen und Lebenswelten.

Eine regionalisierte Auswertung unterhalb der Landesebene ist für die Gesundheitsberichterstattung und Prävention wünschenswert. Ein erstes Projekt hierzu befindet sich derzeit in Hessen im Planungsstadium.

Konzept für den Hamburger Gesundheitsbericht zu Risikofaktoren und Prävention von Diabetes

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz plant Ende 2018 einen Gesundheitsbericht zum Thema „Risikofaktoren und Prävention von Diabetes“ zu veröffentlichen. Zur Vorbereitung wurden im vergangenen Jahr mit vielen Hamburger Institutionen und Akteuren Gespräche geführt. Der Bericht soll dazu beitragen, zukünftig die Entstehung von Typ-2-Diabetes in Hamburg zu mindern, Diabetes noch häufiger frühzeitig zu erkennen und die Zugänge zu einzelfallgerechter, fachübergreifender Behandlung und Gesundheitsförderung zu verbessern. Im Mittelpunkt steht also die Praxisrelevanz für die Prävention.

Es liegen einige aktuelle Informationen zur sog. administrativen Prävalenz von Diabetes in Hamburg vor [15, 16]. Ebenso gibt es Zahlen zur Prävalenz bekannter Risikofaktoren aus bundesweiten Analysen [10] und der Hamburger GBE [17, 18].

Risikogruppen, wie z. B. Personen aus Familien mit Diabetes oder Adipositas, sollen, soweit möglich, differenziert beschrieben werden. Mit dieser Zielsetzung werden verschiedene Wege zur Datenakquise besprochen. Es wird einen repräsentativen Telefonsurvey zu Gesundheitskompetenz und Diabetesrisikofaktoren geben. Geplant ist zudem eine kleine qualitative Studie zur Lebensqualität und den Wegen durch das medizinische System bei Diabetesbetroffenen. Als Sekundärdatenanalyse wird eine spezifische Analyse aller Schwangeren aus Hamburg mit Gestationsdiabetes einbezogen. Auch aktuelle Behandlungsprävalenzen und -verläufe werden mit einem Exkurs zum Spezialthema „diabetischer Fuß“ thematisiert.

Kontext für die Nutzung der Berichtsergebnisse werden der Hamburger Pakt für Prävention (www.hamburg.de/pakt-fuer-praevention/) und die Landesrahmenvereinbarung im Zusammenhang mit dem Präventionsgesetz sein.

Diabetes in Schleswig-Holstein – Daten, Fakten, Projekte

Mit dem politischen Auftrag aus der St. Vincent Deklaration (1989) wurde 1990 die AG Diabetes in Schleswig-Holstein ins Leben gerufen. Seitdem wird in vielen Punkten offensichtlich, dass in Schleswig-Holstein die besondere Dimension des Themas Diabetes politisch wahrgenommen wurde und Aktivitäten für eine Optimierung dieser Situation unterstützt werden [19–21]. Dies zeigte sich insbesondere in dem Bestreben der Landesregierung, gemeinsam mit anderen Bundesländern im Rahmen einer Bundesratsinitiative (13. Juni 2014) einen Nationalen Diabetesplan zu fordern. Ein wichtiger Schritt ist die Entwicklung der Diabetes-Surveillance durch das RKI als Basis, um in Zukunft besser Prävalenzen, Komorbiditäten, Komplikationen und die Nachhaltigkeit medizinischer Maßnahmen sowie die Kosten beobachten und bewerten zu können.

Die Unterschiede der Diabetesprävalenz und der Risikofaktoren innerhalb Deutschlands und innerhalb des Bundeslandes auf Kreisebene unterstreichen die Notwendigkeit fokussierter regionaler Aktionen und die Fokussierung auf Subgruppen wie

- Kinder und Jugendliche (überwiegend Typ-1-Diabetes),
- ältere Menschen mit überwiegend Typ-2-Diabetes,
- Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes sowie
- Menschen mit Migrationsbiografien und Diabetes.

Auf Grundlage einer zunehmenden Insulinresistenz verläuft der Typ-2-Diabetes symptomarm und schleichend und kann über Jahre unerkannt bleiben. Die AG Diabetes Schleswig-Holstein hat deshalb auf die gesetzliche Vorsorgeuntersuchung Check-up 35 aufmerksam gemacht und folgende Projekte initiiert:

- „Einführung einer Schulkrankenschwester an Grundschulen“ (Projektphase in Flensburg nach dänischem Vorbild),
- „Wasser statt zuckerhaltige Getränke an Schulen“,

- „Etablierung einer Schulung von Angehörigen, die Menschen mit insulinbehandeltem Diabetes und Demenz betreuen“;
- „Optimierung der Nachsorge von Frauen mit einem stattgehabten Schwangerschaftsdiabetes“.

Aus Schleswig-Holstein haben 2 Diabetesprojekte 2017 einen Zuschlag aus dem Innovationsfond erhalten:

- ViDiKi (Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche)/Projekt von Mobile Diabetesschulung Schleswig-Holstein (MDSH) seit 1999
- „Dimini – Diabetes mellitus? Ich nicht!“/Präventionsprojekt aus „aha! ab heute anders!“

Fazit

Die im Vorfeld durch die Vertreter der GBE der Bundesländer formulierten Erwartungen an die Diabetes-Surveillance können in Teilen bereits jetzt oder zukünftig erfüllt werden. Beispielsweise ist es im Rahmen des existierenden Gesundheitsmonitorings des RKI bereits möglich, repräsentative Daten zu relevanten Indikatoren der Diabetes-Surveillance auf Bundeslandebene darzustellen und über das Informationssystem der GBE des Bundes (www.gbe-bund.de) abzurufen. Aktuell werden weitere Sekundärdatenquellen erschlossen und Zugangswege erprobt. Inwieweit eine Auswertung und Darstellung der Ergebnisse bis auf Kreis- oder Postleitzahlenebene möglich sein wird, hängt u. a. von den zu beachtenden Datenschutzbestimmungen ab. Ebenso erscheint ein regelmäßiger und kontinuierlicher Zugang zu Sekundärdatenquellen außerhalb der Datentransparenzverordnung rechtlich noch nicht abschließend geklärt. Die Vertreter der GBE des Bundes und der Länder regen eine rechtliche Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit an. Gegebenenfalls müssen weitere gemeinsame Anstrengungen unternommen werden, Sekundärdatenquellen außerhalb von Forschungskoperationen für die GBE dauerhaft verfügbar zu machen.

Die Bundesländer regen an, sich zunächst auf ein fest umschriebenes und überschaubares Indikatorenset zu einigen und für diese Indikatoren regionale Auswertungen zur Verfügung zu stellen. Dies ermöglicht es insbesondere den Ländern, die bisher noch keine Zahlen zum Diabetes auf Bundeslandebene veröffentlichen, eine Vergleichbarkeit und Einordnung des Krankheitsgeschehens herzustellen. Schwierigkeiten werden nach wie vor in den kreisfreien Städten gesehen. Hier erscheint perspektivisch eine Definition von Regionen/Bezirken auf Postleitzahlenebene zur Darstellung kleinräumiger Unterschiede notwendig.

Korrespondenzadresse

Dr. L. Gabrys

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut (RKI)
General-Pape-Str. 62–66, 12101 Berlin, Deutschland
GabrysL@rki.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. L. Gabrys, C. Heidemann, A. Teti, B. Borrmann, S. Gawrich, C. Maulbecker-Armstrong, R. Fertmann, U. Schubert, C. Schmidt, J. Baumert, R. Paprott, Y. Du, C. Scheidt-Nave und T. Ziese geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Heidemann C, Du Y, Schubert J et al (2013) Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56(5–6):668–677
2. Heidemann C, Kuhnert R, Born S et al (2017) 12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus in Deutschland
3. Goffrier B, Schulz M, Bätzing-Feigenbaum J (2017) Administrative Prävalenzen und Inzidenzen des Diabetes mellitus von 2009 bis 2015. Versorgungsatlas. ZI Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin
4. Heidemann C, Du Y, Paprott R et al (2015) Temporal changes in the prevalence of diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes and prediabetes: findings from the German Health Interview and Examination Surveys in 1997–1999 and 2008–2011. Diabet Med. <https://doi.org/10.1111/dme.13008>

5. Paprott R, Mensink GBM, Schulze MB et al (2017) Temporal changes in predicted 5-year risk of type 2 diabetes in Germany – Findings from the German Health Interview and Examination Surveys in 1997–1999 and 2008–2011. BMJ Open 7(7):e013058. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013058>
6. Du Y, Heidemann C, Rosario AS et al (2015) Changes in diabetes care indicators: findings from German National Health Interview and Examination Surveys 1997–1999 and 2008–2011. BMJ Open Diabetes Res Care 3(1):e135
7. Neu A, Ehehalt S, Willasch A et al (2001) Rising Incidence of Type 1 Diabetes in Germany 12-Year trend analysis in children 0–14 years of age. Diabetes Care 24(4):785–786
8. Bendas A, Rothe U, Kiess W et al (2015) Trends in incidence rates during 1999–2008 and prevalence in 2008 of childhood type 1 diabetes mellitus in GERMANY – model-based national estimates. PLOS ONE 10(7):e132716
9. Huy C, Loerbroks A, Hornemann A et al (2012) Prevalence, trend and determining factors of gestational diabetes in Germany. Geburtshilfe Frauenheilkd 72(4):311
10. Diederichs C, Neuhauser H, Kroll L et al (2017) Regionale Unterschiede in der Prävalenz von kardiovaskulären Risikofaktoren bei Männern und Frauen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 60(2):151–162
11. Pollmanns J, Romano PS, Weyermann M et al (2017) Impact of disease prevalence adjustment on hospitalization rates for chronic ambulatory care – sensitive conditions in Germany. Health Serv Res. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12680>
12. Gabrys L, Schmidt C, Heidemann C et al (2017) Diabetes-Surveillance in Deutschland – Hintergrund, Konzept, Ausblick. J Health Monit 2(1):91–104
13. Schmidt C, Bätzing-Feigenbaum J, Bestmann A et al (2017) Integration von Sekundärdaten in die Nationale Diabetes-Surveillance – Hintergrund, Ziele und Ergebnisse des Sekundärdaten-Workshops am Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2552-7>
14. Paprott R, Rosario AS, Busch MA et al (2015) Association between hemoglobin A1c and all-cause mortality: results of the mortality follow-up of the German National Health Interview and Examination Survey 1998. Diabetes Care 38(2):249–256
15. Erhart M, Hering R, Schulz M et al (2013) Morbiditätsatlas Hamburg. Zentralinstitut für die kassenärztliche Vereinigung, Berlin
16. Gesundheitsreport (2016) Fakten zur regionalen Gesundheits- und Versorgungssituation der Bürgerinnen und Bürger im Rheinland und in Hamburg. AOK Rheinland, Hamburg Düsseldorf
17. Fertmann R (2011) Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg II. Gesundheitsberichterstattung. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung, Hamburg
18. Fertmann R (2014) Gesundheit im jüngeren und mittleren Lebensalter in Hamburg. Gesundheitsberichterstattung. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung, Hamburg
19. Diabetes in Schleswig-Holstein (2013). Bericht der Landesregierung, Drucksache 18/694. Schleswig-Holsteinischer Landtag 18. Wahlperiode

20. Ergänzungsbericht zum Stand der Diabetes-Erkrankungen in Schleswig-Holstein sowie zu den präventiven und nachhaltigen Maßnahmen zur Krankheitseindämmung (2016). Zwischenbericht zur Landes-Präventionsinitiative Diabetes mellitus Typ 2, Drucksache 18/4859. Schleswig-Holsteinischer Landtag 18. Wahlperiode
21. Landes-Präventionsinitiative Diabetes Typ 2 (2014). Bericht und Beschlussfassung des Sozialausschusses, Drucksache 18/1597. Schleswig-Holsteinischer Landtag 18. Wahlperiode