

7. Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung

7.1 Ausgewählte Schwerpunkte

...

7.1.6 Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus in Berlin - Bericht für das Jahr 2006

Kontext und Epidemiologie

Diabetes mellitus Typ 1 ist nach Asthma bronchiale die zweithäufigste chronische Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Derzeit erreicht die Inzidenz in der Bundesrepublik 15,1 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner pro Jahr (Daten Diabetesregister Baden-Württemberg 2001). Kinder und Jugendliche sind zum größten Teil vom autoimmun-verursachten Typ-1 Diabetes mellitus betroffen und benötigen eine intensive ambulante Betreuung und Insulintherapie.

Die Inzidenz (Erkrankungen/100.000 Einwohner und Jahr) des Typ 1-Diabetes variiert bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren in Europa um das 5- bis 10-fache, mit der höchsten Inzidenz von >60 in Finnland. Die Altersverteilung zeigt zwei relative Häufigkeitsgipfel im Vorschulalter und in der Pubertät. Die aktuellen Daten des Diabetesregisters in Baden-Württemberg ergeben eine alarmierende Dynamik der Diabetesentwicklung mit einer jährlichen Zunahme der Diabetes-Inzidenz um 3,6 %. Dies entspricht innerhalb von 20 Jahren einer Verdoppelung der Inzidenz auf >25.

Alarmierend hohe
Zunahme der
Diabetes-Inzidenz
um 3,6 % pro Jahr

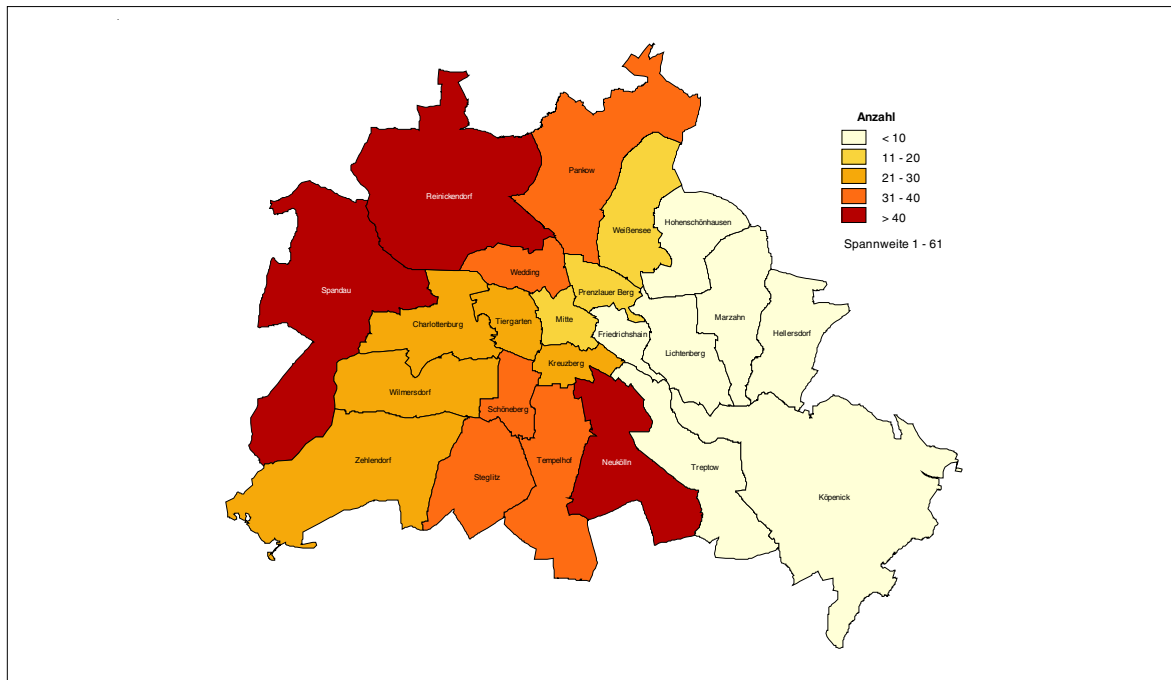
Versorgungsstrukturen

Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus müssen entsprechend den Empfehlungen nationaler und internationaler Fachgesellschaften (Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), International Society for Paediatric & Adolescent Diabetes (ISPAD)) in spezialisierten pädiatrischen Diabeteszentren betreut werden, die über ein multidisziplinäres Team, bestehend aus Kinderdiabetologen, Psychologen, Sozialpädagogen, Ernährungsberatern, Krankenschwestern und Diabetesberatern verfügen. Wesentliche Elemente der Diabetes-therapie sind eine adäquate Insulintherapie, Ernährung, körperliche Aktivität und Schulung der Familie sowie die Prävention und frühe Behandlung von Folgeerkrankungen, wie Dyslipidämie und Hypertension oder von Risikofaktoren für Folgeerkrankungen wie Rauchen. Auch die Vermeidung von akuten Stoffwechselkomplikationen, wie schwere Ketoazidosen und Hypoglykämien, steht im Zentrum der kontinuierlichen Versorgung. Diabetesbedingte Folgeerkrankungen produzieren erhebliche Kosten für Versorgungsträger und selbst kostenträchtige Interventionen werden einen günstigen Kosten/Nutzen Effekt haben, vorausgesetzt, dass sie tatsächlich wirksam sind. Berlin als urbaner Flächenstaat bietet eine relativ günstige Versorgungssituation mit einer sehr wohnortnahen Versorgungsstruktur. So ist beispielsweise der mittlere Abstand zwischen Familienwohnsitz und Diabeteszentrum (Virchow Klinikum, Charité) mit 10,0 km einer der geringsten in Deutschland. Der Einzugsbereich der versorgten Kinder erstreckt sich über Gesamtberlin und die angrenzenden Gebiete Brandenburgs. Gut vier Fünftel der Kinder kommen aus Berlin, knapp 20 % aus dem Brandenburger Umland. Die Verteilung in Berlin macht deutlich, dass die Charité überwiegend Kinder und Jugendliche aus den früheren Westberliner Bezirken versorgt (vgl. Abbildung 7.6).

Versorgung diabetes-
kranker Kinder durch
multidisziplinäre
Teams in speziali-
sierten Zentren

Abbildung 7.6:

Anzahl der im SPZ der Charité versorgten Kinder und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ-1 in Berlin 2006 nach Bezirken (alte Bezirksstruktur)



(Datenquelle: SPZ-Diabetes, Charité Berlin / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Struktur- und Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung (Diabetes Patienten Verlaufsdokumentation - DPV)

DPV-Datenbank enthält seit 2007 u. a. auch Daten zum Migrationshintergrund

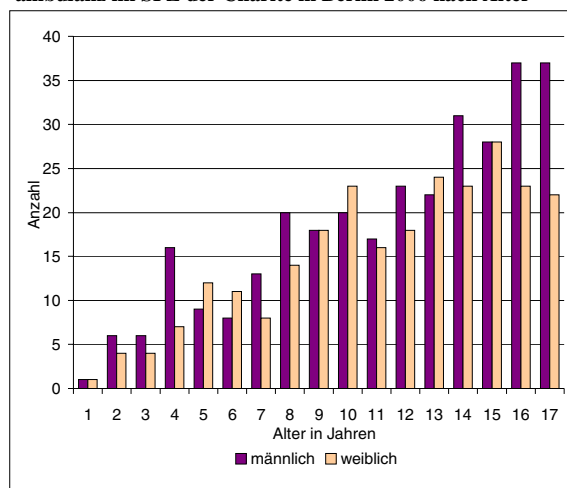
Klinische, diabetes-spezifische Verlaufsp Parameter zu Stoffwechselkontrolle, diabetesbedingten

Komplikationen (Hypoglykämien, Ketoazidosen) sowie zur Insulintherapie werden longitudinal in der DPV-Datenbank erfasst. Zusätzliche Daten zu Sprachkenntnis, sozioökonomischem Status, Migrationshintergrund und Ausbildungsstatus der Eltern werden seit 2007 in einer zentrumsinternen Datenmaske aufgenommen.

Im Jahr 2006 wurden 568 Kinder und Jugendliche (<18 Jahre) und zusätzlich 76 junge Erwachsene (≥18 Jahre) in der Diabetes-Sprechstunde des SPZ kontinuierlich behandelt. Alters- und Geschlechtsverteilung sind in Abbildung 7.7 dargestellt. Die Patienten haben im Mittel eine Diabetesdauer von 5,5 Jahren.

Abbildung 7.7:

Minderjährige Patientinnen und Patienten der Diabetesambulanz im SPZ der Charité in Berlin 2006 nach Alter



(Datenquelle und Darstellung: SPZ-Diabetes, Charité Berlin)

Ethnischer Hintergrund

Diabetesschulungskonzepte müssen kultursensibel sein

Die Inzidenz des Diabetes mellitus Typ-1 wird als Autoimmunerkrankung primär nicht durch psychosoziale Faktoren beeinflusst. Epidemiologische Studien zeigen, dass sich bei Migranten und Migrantinnen das Erkrankungsrisiko, das in den Herkunftsländern herrscht, in der ersten

Tabelle 7.3:
Im SPZ-Diabetes der Charité erfasste Familien von
Kindern mit Diabetes mellitus Typ-1 in Berlin am
31.01.2007
nach Migrationsstatus (Herkunftsland der Eltern)

<i>Herkunftsland der Eltern</i>	<i>Kinder</i>	
	<i>absolut</i>	<i>%</i>
Deutschland	433	75,7
gemischt Deutschland - Ausland	32	5,6
Türkei	54	9,4
Libanon	14	2,4
arabische Herkunftsländer, sonstige	3	0,5
Polen	21	3,7
Russland	6	1,0
Serbien, Kroatien, Slowenien	9	1,6
insgesamt	572	100,0

(Datenquelle und Berechnung: SPZ-Diabetes, Charité Berlin)

Generation noch fortsetzt. Da die Diabetes-Inzidenz beispielsweise in den Herkunftsländern Türkei, Libanon und Polen deutlich unter dem deutschen Niveau liegt, dürften in Berlin tendenziell etwas weniger Migrantenfamilien von einer Diabetesneuerkrankung bei einem Kind betroffen sein (vgl. Tabelle 7.3). Besonders wichtig ist, dass dem soziokulturellen Hintergrund und dem Bildungsstand der Familien in der initialen Diabetesschulung und auch in der weiteren ambulanten Betreuung Rechnung getragen wird. Neue Konzepte müssen entsprechend kultursensibel sein und Schulungsmaterial sollte weitestgehend textfrei sein.

Ein vorhandener Migrationshintergrund und ein niedriger sozio-ökonomischer Status (SES) gelten als Risikofaktoren für die Qualität der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischer

Erkrankung. In Deutschland gibt es bislang keine systematische Analyse, die das Ausmaß der Versorgungsdefizite für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus beschreibt. Ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Versorgungskonzept für Migrantenfamilien mit chronisch kranken Kindern kann exemplarisch anhand der Erkrankung Diabetes mellitus entwickelt und evaluiert werden. Die Qualität der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus hat großen Einfluss auf die Entwicklung von assoziierten Folgeerkrankungen und ist dadurch von extrem hoher gesundheits-ökonomischer Relevanz.