Interview mit Dr. Christa Scheidt-Nave, Robert Koch-Institut

Die Datenlage ist reichhaltig, aber fragmentiert

Die Epidemiologin Dr. Christa Scheidt-Nave leitet den Aufbau der Nationalen Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut in Berlin. Im Interview erklärt sie die Ziele des Projekts und geht auf die Herausforderungen ein.

>> Schätzungen zufolge wird die Zahl der Menschen mit Diabetes in Europa bis 2035 um 33 Prozent zunehmen. Wo steht Deutschland in diesem Feld?

Bevölkerungsbezogene Studien zur Verbreitung von Diabetes können in der Regel nicht zwischen den verschiedenen Diabetes-Formen unterscheiden. Wenn wir hier von Diabetes sprechen, ist in erster Linie der Typ-2-Diabetes gemeint. Epidemiologische Modellierungen von Ralph Brinks und Kollegen am Deutschen Diabetes Zentrum in Düsseldorf haben auch für Deutschland eine starke Zunahme der Zahlen für Typ 2-Diabetes vorausgesagt. Die zukünftige Entwicklung wird ganz entscheidend davon abhängen, wie erfolgreich die Prävention von Typ-2-Diabetes in den nächsten Jahren umgesetzt wird. Einen wichtigen Beitrag zur Überprüfung der Prognose leistet das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts. Regelmäßig wiederkehrend werden in bundesweiten, bevölkerungsrepräsentativen Gesundheitssurveys u.a. auch Daten zur Prävalenz von ärztlich diagnostiziertem Diabetes mellitus, unerkanntem Diabetes und wichtigen Diabetes-Risikofaktoren erhoben.

Wo steht Deutschland beim Diabetes im internationalen Vergleich?

Bezogen auf die Prävalenz des ärztlich diagnostizierten Diabetes mellitus liegt Deutschland im europäischen Vergleich bislang im oberen Drittel, weltweit gesehen im Mittelfeld. Die insgesamt weitaus höchsten Diabetes-Prävalenzen werden im Nahen Osten, unter den indigenen Völkern Nordamerikas, in der Bevölkerung einiger Südseeinselstaaten und in Indien beobachtet.

Sie sind mit der Leitung eines Projekts zum Aufbau einer epidemiologischen Diabetes-Überwachung betraut. Welches Ziel verfolgt das Projekt genau?

Die Diabetes-Surveillance soll die in Deutschland bereits verfügbaren Daten zusammenführen, um verlässliche und über die Zeit vergleichbare Aussagen zum Krankheitsgeschehen und zu Fortschritten bzw. verbleibenden Herausforderungen in der Prävention und Versorgung von Diabetes mellitus in Deutschland treffen zu können.

Welche Daten, außer den bereits erhobenen, werden denn dafür benötigt?

Untersuchungen in bundesweiten Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts liefern nicht nur Prävalenzschätzungen, sondern lassen auch eine Einschätzung der Verbreitung wichtiger Diabetes-Risikofaktoren, z.B. Adipositas und körperliche Inaktivität, zu. Sie haben jedoch auch ihre Grenzen. Z.B. sind Untersuchungssurveys, zu denen die Menschen in ein Studienzentrum kommen müssen, nicht geeignet, die Anzahl von Personen mit schwerwiegenden Diabetes-bedingten Komplikationen in Deutschland verlässlich einzuschätzen oder das Versorgungsgeschehen zum Diabetes mellitus umfassend zu beurteilen. Außerdem sind damit keine verlässlichen Einschätzungen zur Epidemiologie und zur Versorgungsqualität bei Typ-1-Diabetes oder bei Schwangerschaftsdiabetes möglich.



Die Epidemiologin Dr. Christa Scheidt-Nave leitet den Aufbau der Nationalen Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut in Berlin.

Könnte man nicht auch Versichertendaten der Kassen hinzuziehen?

In der Tat existiert eine Fülle von routinemäßig erhobenen Daten, z.B. aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder der DRG-Statistik. Hinzu kommen Verlaufsdaten zur Prozess- und Ergebnisqualität aus den 2002-2004 eingeführten Disease-Management-Programmen für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2. Bislang wurden alle diese Daten aber nur punktuell für eine zusammenfassende und kontinuierliche Diabetes-Berichterstattung genutzt. Für den Aufbau der Diabetes-Surveillance ist geplant, diese Daten systematisch einzubeziehen.

Wo liegen die Herausforderungen für das Diabetes-Surveillance-Projekt?

Wie gesagt, die Datenlage ist reichhaltig, aber fragmentiert. Wir brauchen erstens ein Rahmenkonzept mit geeigneten Kennzahlen für eine umfassende und evidenzbasierte Gesundheitsberichterstattung zum Diabetes mellitus, um die Fachöffentlichkeit zu informieren und die Gesundheitspolitik zu beraten. Und zweitens benötigen wir Standards für das Zusammenführen relevanter Informationen zur Abbildung dieser Kernindikatoren – sie müssen in enger Zusammenarbeit mit den jeweiligen Datenhaltern und wissenschaftlichen Kooperationspartnern auf nationaler und regionaler Ebene entwickelt werden.

Wie gehen Sie konkret beim Aufbau der Surveillance vor?

Die Projektlaufzeit beträgt insgesamt vier Jahre, vom August 2015 bis Juli 2019, sie gliedert sich in eine Entwicklungs-, eine Umsetzungs- und eine Produktphase. Zunächst soll ein wissenschaftliches Rahmenkonzept konsentiert und publiziert werden. Es geht dabei um die Festlegung von Handlungsfeldern und Kernindikatoren sowie um eine abschließende Bestandsaufnahme zur grundsätzlichen Nutzbarkeit verfügbarer Datenquellen und der verbleibenden Datenlücken.

Was lässt sich aus der Diabetes-Surveillance für die Erfassung anderer chronischer Erkrankungen lernen?

Die Wahrscheinlichkeit ist sehr hoch, dass Erwachsene mit Diabetes mellitus auch andere chronische Krankheiten haben. Für die Diabetes-Surveillance sollen daher Datengrundlagen und Indikatoren genutzt werden, die auch bei anderen chronischen Erkrankungen relevant sind. Erfahrungen aus anderen Ländern, z.B. Kanada, haben gezeigt, dass Diabetes mellitus ein gutes Beispiel ist, mit dem sich Pionierarbeit für den Aufbau von Surveillance-Strukturen zu nicht übertragbaren Krankheiten leisten lässt. **<<**

Mehr Informationen zur Diabetes-Surveillance unter www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/Diabetes/FP_Diabetes_Surveillance.html